

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Особливості психологічної адаптації вимушено переміщених
жінок, які мають дисоціативні симптоми внаслідок ПТСР**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-224
групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Дадики А.Ф.
(прізвище та ініціали)
Керівник
к.психол.н.,
Іванова Є.О.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та
ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ЖІНОК	
1.1. Огляд основних теоретичних моделей психологічної адаптації.....	9
1.2. Поняття та симптоми ПТСР та дисоціації.....	13
1.3. Вплив дисоціативних симптомів на психологічну адаптацію жінок-ВПО.....	18
1.4. Фактори ризику для розвитку ПТСР та дисоціації у жінок-ВПО.....	19
Висновки до розділу I.....	22
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДИСОЦІАТИВНИХ СИМПТОМІВ ІЗ ПТСР У ЖІНОК-ВПО	
2.1. Організація емпіричного дослідження.....	25
2.2. Вибір і обґрунтування використаних методик, описові характеристики вибірки.....	26
Висновки до розділу II.....	42
РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
3.1. Аналіз зв'язку ПТСР та дисоціації в контексті вимушеного переміщення.....	44
3.2. Аналіз чинників, які впливають на прийняття рішення про виїзд.....	53
3.3. Аналіз чинників, які ускладнюють психологічну адаптацію вимушено переміщених жінок.....	62
3.8. Перспективи дослідження.....	84
Висновки до розділу III.....	87
ВИСНОВКИ	93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	98
ДОДАТКИ	103

ВСТУП

Зустріч із травматичною фігурою війни не проходить без сліду. Особливо актуальною ця теза стає для жінок, які вимушено покинули рідний дім через російську агресію. Згідно з опитуванням, яке провела Харківська обласна фундація «Громадська альтернатива», однією із найбільших сфер уразливості жінок та дівчат в умовах вимушеного переміщення є той факт, що жінки не ставлять в пріоритет своє власне здоров'я, знаходячись в кризових умовах. Вони скоріше надають значення ментальному та фізичному здоров'ю своєї родини (Уварова & Ясеновська, 2020, с. 16). Це може спричинити паузу між реальним усвідомленням травматичних симптомів та зверненням до фахівців. Те сама підтверджує і міжнародний досвід, наприклад, в статті, яка присвячена гендерним відмінностям в симптоматиці ПТСР та депресії серед вимушено переміщених у Туреччину іракських єзидів автори зазначають, що ПТСР частіше виникало у жінок, ніж у чоловіків (Tekin та ін., 2016), адже вони «як правило, реагували на травматичний стрес недостатньою модуляцією емоцій і низькою самооцінкою». Дослідники вважають, що саме соціальні чинники мають великий вплив на рівень переживання травми та низький рівень психологічної адаптації до кризових умов у жінок.

Станом на жовтень 2023 року в Україні майже 5 мільйонів внутрішньо переміщених осіб. А за кордоном перебуває від 5,6 до 6,7 млн українців, серед яких переважна більшість — жінки та діти. Отже, актуальність обраної проблематики зумовлена високою розповсюдженістю ПТСР серед жінок ВПО, проте відсутністю релевантних рекомендацій із психологічної роботи з дисоціативними симптомами.

Саме тому настільки важливо підсвічувати проблему психологічної адаптації вимушено переміщених жінок, які страждають на ПТСР та дисоціативні симптоми, і створювати актуальні та робочі механізми психологічного опрацювання травми. Це питання підіймали у своїй статті Гарем Наріман Махмуд, Хокар Ібрагім та Френк Нойнер (Mahmood та ін., 2022). Проте, саме дисоціативні стани не отримали потрібного висвітлення в науці, хоча мають неабияке значення для аналізу проблеми в цілому. Вони можуть негативно впливати як на подальшу психологічну адаптацію внутрішньо переміщених жінок на новому місці, так і на їх ментальне здоров'я. Тому обрана проблематика дослідження є вельми актуальною на цей час.

Об'єкт дослідження — особливості психологічної адаптації вимушено переміщених жінок. А **предмет** — особливості психологічної адаптації вимушено переміщених жінок, які мають дисоціативні симптоми внаслідок ПТСР. Це дозволяє нам сформулювати **мету**: визначити специфіку психологічної адаптації ВПО, ускладнену дисоціативними симптомами. Щоб досягти нашої мети, нам необхідно виконати **ряд завдань**:

1. оглянути концепції психологічної адаптації вимушено переміщених жінок у різних психотерапевтичних підходах, з'ясувати, які із підходів будуть релевантними для роботи з українським досвідом;
2. створити власну теоретичну модель психологічною адаптації вимушено переміщених жінок;
3. підготуватися до емпіричного дослідження: зібрати релевантні дані за опитувальниками, проаналізувати їх на узгодженість, окреслити зібрану вибірку за допомогою описових статистик;
4. дослідити взаємозв'язок дисоціації та травматичного стресу;

5. проаналізувати психологічні чинники, які зумовлюють прийняття рішення про виїзд за кордон або у більш безпечні області України;
6. проаналізувати фактори, які можуть ускладнювати переживання симптомів ПТСР у ВПО та сформулювати рекомендації по терапевтичній роботі із ВПО.

Задля реалізації поставлених завдання, ми використаємо такі методи, як описові статистики, що допоможуть визначити, які в середньому відповіді у двох різних груп; кореляційний аналіз, який дасть змогу оцінити зв'язки між рівнем дисоціації та ПТСР. Для проведення дослідження ми будемо використовувати стандартизовані опитувальники:

1. Шкала оцінювання впливу травмивної події (IES-R). Що допоможе нам виявити рівень симптомів ПТСР у вимушено переміщених жінок.
2. Місісіпська шкала оцінювання ПТСР для цивільних дасть змогу виявити ступінь впливу травмивного досвіду (розлад адаптації), який переніс індивід.
3. Опитувальник перитравмивної дисоціації. Отриманий тестовий показник відображає ступінь впливу травмивного досвіду на людину, який призвів до дисоціативних симптомів.

Для проведення емпіричного дослідження ми плануємо сформувати дві групи: основна, яка складається із 58 вимушено переміщених жінок; контрольна із 30 жінок, які не виїхали після 24 лютого.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ЖІНОК

Щоб виконати завдання, поставлені перед терапевтичним розділом, ми дослідили теоретичні аспекти психологічної адаптації вимушено переміщених жінок. В тому числі ми спиралися на комплексну працю «Mental health needs in forcibly displaced populations: critical reflections» [4]. У цьому дослідженні автори акцентують на травматичному впливі вимушеного переміщення, високих ризиках виникнення психологічних патологій та розладів у біженців, в тому числі ПТСР (Jaff, 2018). Науковці зазначають, що саме робота з травмою може суттєво вплинути на лікування психологічного дистресу у вимушено переміщених осіб. Жінки, які змінили свою локацію через військові конфлікти, переживали різноманітний травматичний досвід на батьківщині, такий як: безпосередня загроза життю, спостереження за насиллям та руйнуваннями, відчуття невизначеності в умовах високої небезпеки, втрата близьких та рідного дому. В тому числі саме переміщення може супроводжуватись обмеженим доступом до чистої води, їжі та медичної допомоги, екстремальними погодними умовами та ненадійними засобами пересування. Дослідження вказує на сильний зв'язок між впливом травматичного досвіду та подальшим розвитком ПТСР у ВПО. Згадуючи український досвід, одна із респонденток нашого дослідження ділилась тим, що виїжджати із прифронтового Харкова доводилось у вантажівці. Це був єдиний доступний спосіб на той момент і у тих обставинах.

Окрім цього, автори акцентують на складнощах, з якими зустрічаються саме вимушено переміщені жінки, які можуть бути

особливо вразливі через ризик утисків, сексуальної експлуатації, насилля та навіть примусового одруження.

У науковій роботі автори порівнюють поширеність ПТСР та депресії серед біженців та місцевого населення, наводячи результати декількох досліджень, які показують, що високий рівень посттравматичних симптомів зберігаються у вимушено переміщених осіб ще декілька років після переміщення, незважаючи від умов, в яких вони проживають у новій країні.

Окрім травмоцентрованих підходів у роботі з біженцями, автори зазначають високу ефективність наративної експозиційної терапії (NET) та адаптованих версій когнітивно-поведінкової терапії (CBT).

Здебільшого, дослідження про біженців та вимушено переміщених осіб фокусуються на проблемах їх психічного здоров'я, а не на способах психологічної адаптації, нормалізації життя та прагнення зростати після травматичних подій. Проте, Numan Turan, Turkey Bediha İpekçi та Mehmet Yalçın Yılmaz у своїй статті [5] вирішили акцентувати саме на зусиллях, які докладають ВПО, щоб повернутися до усталеного життєвого ритму, адаптуватися та знайти своє місце в новому середовищі. Автори (Turan та ін., 2019) також зазначають, що окрім базових потреб в життєзабезпеченні, біженці також потребують самовизначення та поваги оточення, адже їх часто сприймають як тимчасових гостей в новому середовищі. Теорія самовизначення, наведена авторами, підкреслює необхідність у автономії, компетентності та надійних позитивних відносинах, які можуть допомогти уникнути додаткового стресу та фрустрації з боку суспільства. Тобто важливо надавати вимушено переміщеним особам достатньо самостійності для соціальної та економічної взаємодії.

Ross G. White та Catharina Van der Boor у своєму дослідженні «Enhancing the capabilities of forcibly displaced people: a human development approach to conflict- and displacement-related stressors» також звертають увагу на важливість самореалізації вимушено переміщених осіб у нових умовах[6]. Їх теорія базується саме на індивідуальних потребах окремих індивідів, на які варто звертати увагу, а також на їх вміннях і здатностях, реалізація яких може пришвидшити адаптацію у незнайомому середовищі (White & Van der Boor, 2021).

Цікавим також є дослідження Ruth Wells, Catalina Lawsin, Caroline Hunt¹, Omar Said Youssef, Fayzeh Abujado and Zachary Steel, які зазначають, що одним з основних факторів адаптації біженців є відчуття власної гідності, яке корелює з ідентичністю, соціальним становищем та сім'єю (Wells та ін., 2018). Більшість респондентів, яких ми опитували для практичної частини нашого дослідження зіткнулися з необхідністю кардинальної зміни роботи, що також може безпосередньо впливати на зміни ідентичності та ускладнювати соціальну адаптацію на новому місці.

Також автори звертають увагу на різні виклики, які стоять перед вимушено переміщеними чоловіками та жінками. Адже вони мають різний доступ до ресурсів психосоціальної адаптації, яка залежить від статусу жінки в культурі країни їх походження.

Всесвітня організація охорони здоров'я також звертає увагу на стресори, які заважають психологічній адаптації вимушено переміщених осіб, включаючи у цей перелік погані соціально-економічні умови та відсутність соціальної інтеграції (*Mental health and forced displacement*, б. д.). На противагу яким підкреслює важливість працевлаштування, вивчення мови країни перебування та наявність сімейного кола [8].

1.1. Огляд основних теоретичних моделей психологічної адаптації

Залежно від психотерапевтичного підходу трактування терміну «психологічна адаптація» і відповідно моделі розроблені на цю тему можуть відрізнятися [9]. Інколи ці відмінності суттєво впливають на розуміння цього терміну та релевантність запропонованих теоретичних моделей для конкретної вибірки. Пропонуємо у межах теоретичного огляду розглянути основні вектори дослідження психологічної адаптації.

Почнімо із психоаналітичного підходу, який заклав важливі підвалини у розвиток всієї психотерапевтичної науки та практики. За З.Фрейдом саме процес психологічної адаптації до складних умов життя зумовив розвиток трьох рівнів психіки: свідомої, підсвідомої та несвідомої [10]. Тобто у рамках цієї теорії, неусвідомлені інстинкти допомагають нам швидко реагувати на ситуацію загрози, проте не завжди є соціально прийнятними. Навпаки необхідність побудови міцних соціальних зв'язків призводить до свідомих відповідей нашої психіки (Фрейд, 1991, с. 35). Якщо ми згадаємо перші дні повномасштабного вторгнення і ту інтенсивність різноманітних емоцій і почуттів, які виникали, можемо припустити, що не завжди усі прийняті рішення під впливом небезпеки були саме усвідомленими. Найважливіша задача психіки — це відреагувати та вберегти себе. І саме такими засобами, свідомими та несвідомими, користувались вимушено переміщені жінки у реагуванні на небезпеку.

Юнг також підкреслює багат шаровість наших психічних процесів (Юнг, 2023, с. 49), протиставляючи усвідомлене неусвідомленому, але на відміну від засновника класичної психоаналітичної теорії, він вважає, що

не тільки «лібідо» є основою внутрішніх конфліктів, але загалом психічна енергія, яка виділяється на задоволення певних емоційних потреб індивіда [11]. Ми можемо припустити, що основною емоційною потребою вимушено переміщених жінок — була і є безпека. Проте не можна не помічати конфлікту, який виникає в тому місці, де заради забезпечення однієї психологічної потреби доведеться приносити в жертву іншу. Наприклад, для вимушено переміщених жінок це може бути потребою близькості з родиною, якою доводиться жертвувати заради власної безпеки та безпеки дітей, за яких здебільшого жінки несуть відповідальність.

Для вчених біхевіористів адаптаційні процеси також мають важливе значення. Людина реагує на стимул і саме внаслідок психологічної адаптації до певних подразників можна регулювати її поведінку. Проте, розглядаючи цю теорію під призмою нашої теми, важливо помітити, що саме контекст та індивідуальність реакцій на стимул небезпеки може призводити до різних дій та рішень. Наприклад, залишитись у рідному місті чи зіткнутись із вимушеним переїздом. Скіннер [12] запропонував систему позитивних та негативних підкріплень, реагуючи на які людина може коригувати свою поведінку, або іншими словами — адаптуватись до зміни навколишнього середовища (Skinner, 1965, с. 112). Тільки лонгітюдні дослідження поведінки вимушено переміщених осіб можуть показати, які саме підкріплення працювали для конкретної вибірки, ускладнюючи чи полегшуючи психологічну адаптацію на новому місці.

Жан Піаже, досліджуючи розвиток дітей, вважав, що адаптація — це основа когнітивного розвитку [13]. Він поділяв її на декілька процесів, такі як асиміляція та акомодация, коли дитина сприймає навколишнє середовище, має здатність проаналізувати та систематизувати нову інформацію, використовуючи її собі на користь (Jean, 2013, с. 67).

Екстраполюючи цю модель на ситуації вимушеного переміщення, ми можемо порівняти жіноцтво із тими самими дітьми, ніяким чином не знецінюючи їх досвід, а навпаки, акцентуючи на тому, що їм доведеться асимілювати величезну кількість нової інформації, перебуваючи в новій культурі.

А. Бек, «батько когнітивної психології», зазначав, що неадекватна поведінка чи сприйняття певних ситуацій в індивіда можна пояснити «неадаптивним» когнітивним процесам [14]. І, відповідно, саме робота зі сприйняттям може коригувати переживання і дії індивідів. Якщо співвідносити цю теорію із вимушеним переміщенням, можна припустити, що вимушено переміщені особи, які обирають «неадаптивні» способи взаємодії з реальністю, мають викривлене сприйняття, на яке впливають ті самі дисоціативні симптоми, що виникли внаслідок травматичного стресу.

Представники гуманістичної психотерапії також зробили свій внесок у дослідження психологічної адаптації. Наприклад, Карл Роджерс (Carl Rogers, 1978, с. 134) розглядав конгруентність, як важливу складову психологічної адаптації, коли особистість відчуває узгодженість між власним досвідом і переживаннями [15]. При цьому важливо помітити, що переживаючи дисоціативні симптоми, індивіди, навпаки, ніби відрізані від реальності свого досвіду і не можуть розвивати навички конгруентності.

Натомість Абрахам Маслоу змістив фокус психологічної адаптації саме на задоволення емоційних потреб людини, вершиною яких є самореалізація [16]. Це концепція однозначно є релевантною для вимушено переміщених жінок, адже має градацію потреб (Maslow, 2013). І хоч самореалізація, безперечно, є важливим фактором психологічного здоров'я, не менш важливо мати доступ до задоволення базових

фізіологічних потреб, такі як: їжа, сон, дах над головою та впевненість у власній безпеці.

Теоретичні знахідки, наведені у попередньому підрозділі, відповідають моделі Лазара і Фолькмана (Lazarus, 1984), які зазначають, що на успішне подолання стресу в тому числі впливає оцінка людини, наскільки вона здатна подолати цей стрес [17]. Людина оцінює свої внутрішні ресурси та знаходить відповідь, яка актуальна для подолання конкретного виклику. У випадку із ВПО, для того, щоб оцінити свої внутрішні та зовнішні ресурси, потрібен певний час, який необхідний для первинної адаптації на новому місці та задоволення базових потреб, які ми зазначали раніше.

Спираючись на проаналізовані концепції, ми пропонуємо теоретичну модель психологічної адаптації вимушено переміщених жінок, які переживають дисоціативні симптоми внаслідок ПТСР. Для її розробки ми передусім використали гуманістичний підхід Роджерса (Carl Rogers, 1978) та Маслоу (Maslow, 2013), які підсвічують важливість контакту із власними емоціями та потребами. А також поєднали їх із концепцією Лазара та Фолькмана (Lazarus, 1984), в якій основний акцент — на самостійності індивіда та пошуку та усвідомленні наявних ресурсів. Нижче на зображенні ми демонструємо теоретичну модель, про яку йде мова. Які можуть бути ресурси для подолання стресу вимушеного переміщення? Спираючись на попередні дослідження, які ми проаналізували, можемо навести такі варіанти:

- задоволення базових фізіологічних потреб;
- психосоціальна підтримка;
- доступність сімейної та особистої терапії;
- програми інтеграції та пошуку роботи.

- залученість до громадського життя;
- можливість реалізації власних навичок та вмій;
- освіта, наприклад, вивчення мови країни, де перебувають;
- економічна та правова підтримка;
- наявність житла;
- простір для культурної реалізації;
- робота з цінностями вимушено переміщених осіб.



Рис. №1.1. Теоретична модель психологічної адаптації жінок ВПО, які переживають дисоціативні симптоми внаслідок ПТСР

1. 2. Поняття та симптоми ПТСР та дисоціації

Згідно із книгою американського психіатра Бессела Ван дер Колка «Тіло веде лік», посттравматичний стресовий розлад — це крайня реакція на сильний стресор, який загрожує життю [18]. Зазвичай, ця реакція з’являється не відразу, а проявляється через 6 місяців після травматичної

події. Причиною ПТСР можуть бути будь-які екстремальні події. Вірогідність швидкого розвитку посттравматичного стресового розладу також пов'язана із тривалістю екстремальної події та інтенсивністю переживань конкретної людини. Національний інститут психічного здоров'я, Американська психіатрична асоціація та клініка Мейо (*Post-Traumatic Stress Disorder*, б. д.) надають інше, більш розгорнуте, визначення: «Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це психіатричний розлад, який може розвинути у людей, які пережили або стали свідками травматичної події, такої як: стихійне лихо, серйозна аварія, терористичний акт, війна чи бойові дії, зґвалтування чи інші форми насильства [19].

ПТСР характеризується інтенсивними, тривожними думками та почуттями, пов'язаними з травматичним досвідом, які зберігаються довго після того, як подія закінчилася. Люди з посттравматичним стресовим розладом можуть заново переживати подію через спогади або кошмари, відчувати смуток, страх або гнів, переживання себе відчуженими від інших людей. Вони часто уникають ситуацій, які нагадують їм про травматичну подію, і можуть мати сильну негативну реакцію на, здавалося б, звичайні подразники, такі як гучні звуки або випадковий дотик.

Так, наприклад, докторка Едіт Егер, яка пережила досвід перебування у концтаборі, підкреслює цей аспект у своїй книзі «Вибір. Прийняти можливе» (Eger, 2017, с 24): «Моє минуле досі переслідує мене: щоразу, коли я чую сирени, або важкі кроки, або чоловіків, які горляють, мене охоплює тривога та запаморочення» [20]. Саме так і проявляється травма — у відчутті, що щось жахливе може статися саме зараз, у необхідності постійної мобілізації, яка вже не актуальна для теперішньої реальності, але ніби переносить нас у минуле. З цією тезою також

погоджується Елізабет Ф. Хауелл у своїй роботі «The Dissociative Mind» (Howell, 2013). Вона також підкреслює, що, переживаючи ПТСР, людина може відчувати вторгнення у свідомість дисоційованих переживань, таких як спогади, сомато-сенсорні переживання або навіть нав'язливі ідеї [21].

Усі джерела зазначають, що ПТСР може виникнути у будь-кого, незалежно від етнічного походження, національності, культури чи віку. Хоча це історично асоціювалося з ветеранами бойових дій, відомо, що воно зустрічається в усіх демографічних групах. Отже, спровокувати появу ПТСР може, в тому числі вимушене переміщення через військові дії, яке є сильним стресовим фактором, адже охоплює багато кардинальних змін: соціально-економічних, географічних, психологічних тощо.

Окремо варто наголосити, що вимушено переміщеними особами здебільшого стають саме жінки, які мають підвищений ризик розвитку ПТСР як зазначають Мері Бет Вільямс та Соїлі Поюла (Williams & Poijula, 2016) у своїй книзі «Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу» [22]. Дослідники гендерних відмінностей у переживанні травми, такі як Атілла Текін та Хекім Карадаг також погоджуються з цією тезою (Tekin та ін., 2016). Саме такий значущий вплив травматичного стресу на жінок і зумовив наш вибір предмета цього дослідження.

Згідно з класифікацією, яку надає Національний інститут психічного здоров'я (National Institute of Mental Health) [19] ПТСР має 4 основних групи симптомів: вторгнення, яке проявляється у вигляді повторюваних спогадів, флешбеків, тривожних сновидінь про травматичну ситуацію. Людина, яка має такий симптом, відчуває, ніби проживає все це знову. Часто вторгнення буває спровоковане певним тригером: різким звуком, доторком тощо; уникнення, що полягає у відсутності контактування з

людьми, місцями, думками, які наштовхують на спогади про травматичну подію; збудження та реактивність, що відображається у постійній психологічній та фізичній напрузі, підвищеній тривожності, проблемах зі сном, спалах гніву тощо; дисоціативні стани, що супроводжуються втратою причинно-наслідкових зв'язків, дереалізацією, деперсоналізацією тощо.

Отже, проаналізувавши найбільш актуальні дефініції ПТСР та наведену симптоматику, можна зробити висновок, що людина, яка переживає травму, має складне протиріччя. З одного боку, вона прагне зібрати в одне ціле і розповісти свою історію, що була фрагментована внаслідок травматичної події. А з іншого — потрапляє у дисоціативний стан, в якому неможливо пережити всю ситуацію повноцінно. На нашу думку, цей конфлікт особливо актуальний для вимушено переміщених жінок, адже вони перебувають не тільки в емоційній, але і в фізичній ізоляції від звичного середовища та соціального кола. А отже — позбавлені можливості асимілювати свій травматичний досвід.

Щодо дисоціації у своєму дослідженні Емілі Холмс (HOLMES та ін., 2005) надає наступне визначення: дисоціація — це відчуття психологічної відстороненості, яке може проявлятися у вигляді деперсоналізації, тобто відчуття ізоляції, дереалізації та амнезії [23]. Американська психіатрична асоціація (*APA PsycNet*, б. д.) натомість наводить таку дефініцію: дисоціація — це порушення зазвичай інтегрованих функцій свідомості, пам'яті, ідентичності або сприйняття навколишнього середовища [24].

Ці визначення надають загальне формулювання феномену дисоціації. Проте важливою складовою є диференціація дисоціації як симптому посттравматичного стресового розладу та дисоціативного розладу. Дисоціація при ПТСР виконує важливу захисну роль для нашої

психіки. Адже відмежовує від болючих переживань, спогадів та думок [25]. Як і всі симптоми ПТСР, дисоціативний стан може виникати внаслідок певних тригерів. Також, окрім дисоціації, проявляються і інші симптоми. Щодо дисоціативного розладу — то це окремий стан, описаний в DSM IV, який розвивається внаслідок тривалого або повторюваного травматичного досвіду [26].

У цьому контексті дисоціація виглядає скоріше хронічним, а не епізодичним станом, та при відсутності належного лікування може призвести до порушення соціального функціонування. Результати компаративного аналізу різних видів дисоціації наведені на малюнку нижче. На ньому ми звертаємо увагу на тривалість кожного стану, тригер, який спричиняє дисоціацію та потребу, яку закриває дисоціація у кожній конкретній ситуації. Наприклад, коли дисоціативний стає працює як захисна функція психіки при переживанні гострого травматичного стресу і відмежовує нас від ситуації, подій та людей, що спричиняють складні та нестерпні переживання.



Рис. 1.2. — Диференціація дисоціації як симптому ПТСР, дисоціативного розладу та наслідків стресу.

1.3 Вплив ПТСР та дисоціативних симптомів на психологічну адаптацію жінок-ВПО

Вимушене переміщення може впливати, як на фізичне, так і на ментальне здоров'я жінок, які покинули рідну домівку. Так у дослідженні впливу вимушеного переміщення на сирійських жінок ВПО автори (Venkatachalam та ін., 2023) зазначають, що насильницька зміна місця проживання може негативно впливати, як на рівень стресу та стан психологічного здоров'я, так і на фізіологічні показники: розвиток запалень та виникнення діабету. Так у висновках цього дослідження ми бачимо, що у жінок-біженок віком від 35 до 55 років були виявлені симптоми ПТСР, підвищена тривожність та імунна дисфункція, пов'язана із високим рівнем стресу [27].

Лінда Джолоф (Jolof та ін., 2022) зі своїми співавторами досліджувала те, як досвід вимушеного переміщення та міграції внаслідок збройних конфліктів впливав на жінок Близького Сходу, Балкан та Африки [28]. Ця наукова стаття цікава саме своєю комплексністю у вивченні різноманітних інтерв'ю жінок-ВПО. Синтезуючи результати, автори зазначають, що переживаючи збройні конфлікти та вимушену міграцію, жінки стикаються зі значними проблемами, пов'язаними зі зміною умов життя та наражаються на наслідки, пов'язані зі здоров'ям. Вони стають жертвами не тільки особистого насильства, але також зазнають страждань від державних структур та бюрократії, не маючи доступу до найпоширеніших медичних послуг. Обмежені у правах, ці жінки все ще виявляють надзвичайну стійкість і витривалість. Ці ресурси акумулюються через соціальну підтримку та спілкування з однолітками. В рамках даного дослідження можна провести паралель між українським досвідом і

припустити, що наявність соціального кола суттєво впливає на подолання травматичних наслідків вимушеного переміщення.

У питанні вивчення наслідків вимушеного переміщення в українок ми поки спостерігаємо брак релевантних досліджень, що ускладнює для нас можливість детальних наукових розвідок. Проте, щоб актуалізувати важливість даного питання, ми пропонуємо розглянути статтю ООН, яка підсвічує вплив війни на психологічний стан українських біженців в Польщі [29]. Понад 10% респондентів вказують, що емоційна дерегуляція та стрес впливають на їх повсякденну реальність, соціальне життя та адаптацію. І понад 50% зазначили, що потребують психологічної підтримки, хоча не наважуються звернутися за нею.

Йоганна Бухчик (Buchcik та ін., 2023) разом зі своїми співавторами дослідила досвід вимушених українських мігрантів у Німеччині та прийшла до висновку, що жінки-біженки є вразливі до погіршення стану психологічного здоров'я і це, в першу чергу, пов'язано із погіршенням якості життя у ролі вимушено переміщеної особи [30].

Узагальнюючи результати цих двох досліджень, важливо підкреслити, що переживаючи ускладнене горювання, українські жінки вимушені стикатися не тільки із травматичною фігурою війни, через яку вони покинули домівку, але і зі зміною ідентичності та базових умов життя, що може негативно впливати на їх психологічне здоров'я та рівень стресу.

1.4 Фактори ризику для розвитку ПТСР та дисоціації у жінок-ВПО

Дослідники вважають, що попередні травми можуть збільшити ризик появи посттравматичного стресового розладу і, в тому числі

вплинути на інтенсивність дисоціативних симптомів. Так, Альберто Місітано (Misitano та ін., 2022) у своїй статті, яка присвячена дисоціативному підтипу посттравматичного стресового розладу, вказує, що «більш важка форма посттравматичного стресового розладу із дисоціативними симптомами може бути пов'язана з минулою травмою, високою супутньою патологією та складним клінічним лікуванням» [31]. Ця стаття є актуальною для нашого дослідження, адже вона порушує питання існування дисоціативної підгрупи осіб серед тих, хто страждає на посттравматичний стресовий розлад. Вибірка, яку ми будемо досліджувати в емпіричній частині роботи також стикнулася з переживанням комплексної травми, яка не обмежується виключно війною. Окрім того, що респондентки опинилися в зоні ведення бойових дій, вони зазнали повторної травматизації, адже були вимушені покинути власний дім і адаптуватись до нових, часто несприятливих, умов. Це нашо вхує нас на гіпотезу, що саме комплексність пережитої травми може вплинути на появу дисоціативних симптомів у вимушено переміщених жінок.

З іншого боку, Сара Герцог (Herzog та ін., 2020) у своїй статті, яка має назву: «Дисоціативні симптоми передбачають ризик розвитку посттравматичного стресового розладу: результати національного дослідження здоров'я та стійкості ветеранів (NHRVS)» вказує на зворотну кореляцію [32]. Тобто переживання дисоціативних симптомів в минулому також може спричинити збільшення відносного ризику виникнення посттравматичного стресового розладу. Це не єдине дослідження на цю тему. Сара Л. Халліган та Рейчел Єгуда (Halligan & Yehuda, 2002) оцінюють дисоціацію як фактор ризику посттравматичного стресового розладу у дорослих нащадків тих, хто пережив Голокост [33]. У висновках

вони приходять до того, що дисоціативні симптоми скоріше пов'язані з поточною травматичною ситуацією, аніж з минулим досвідом.

Майор Хансен, Яна Росс та Чері Армор (Hansen та ін., 2017) у своєму дослідженні наводять докази існування дисоціативного підтипу ПТСР [34]. Автори акцентують, що наявність дисоціації може потенційно вплинути на курс та результат лікування. В той самий час ми спостерігаємо брак уваги клініцистів до виявлення та прицільного лікування дисоціативних станів. Це також підтверджує робота Рейчел Етчлі та Картер Бедфорд (Atchley & Bedford, 2020), у якій авторки зауважують, що більшість проаналізованих терапій не були спрямовані конкретно на дисоціацію, хоча результати огляду свідчать про те, що пацієнти з ПТСР, які відчують дисоціативні симптоми, можуть отримати користь від лікування, орієнтованого на травму, яке часто значно зменшує дисоціативні та пов'язані з травмою симптоми [35].

Враховуючи усі наявні думки, варто звернути особливу увагу на цей аспект. Адже при виявлених дисоціативних симптомах у нашої вибірки, ми можемо припустити, що подальша ретравматизація може призвести до більш виражених і стійких проявів ПТСР. В майбутньому це може стати важливим діагностичним чинником при реінтеграції вимушено переміщених жінок.

Що стосується саме вимушеного переміщення, як фактора розвитку ПТСР, то нам варто звернутися до когорти східних теоретиків, таких як Перджан Хашим Таха (Таха та ін., 2021), який у своєму дослідженні проводить кореляцію між посттравматичним стресовим розладом та вимушеним переміщенням місцевого населення внаслідок нападу ІДІЛ на Ірак [36]. У цій статті автор підкреслює, що симптоми уникнення та вторгнення мали найвищі середні значення серед вибірки. А супутніми

факторами до ПТСР стали: комплексна травма, незадоволення базових потреб та спостереження за руйнуваннями. Ці фактори також претендують на актуальність серед української вибірки в нашому дослідженні, отже ми пропонуємо звернути на них додаткову увагу.

Також варто зазначити, що будь-які теоретичні дослідження теми посттравматичного стресу мають свої недоліки, які пов'язані із: обмеженістю даних, адже жінки не завжди погоджуються відверто розповідати про травматичні події; культурними відмінностями, бо способи і стратегії переживання травматичних подій можуть відрізнитися у різних культурах; етичними стандартами, які вимагають обережності у ставленні до респондентів для уникнення повторної травматизації.

Висновки до розділу I

Метою цього розділу було дослідити теоретичні аспекти психологічної адаптації вимушено переміщених жінок, такі як: травматичний вплив вимушеного переміщення, чинники, які можуть ускладнювати переживання та призводити до появи симптомів ПТСР та депресії, способи психологічної адаптації та нормалізації життя.

У першому підрозділі ми оглянули класичні концепції психологічної адаптації у різних психотерапевтичних підходах — від психоаналітичного до гуманістичного. Для роботи із нашою темою найбільш релевантними є моделі Карла Роджерса (Carl Rogers, 1978), Абрахама Маслоу (Maslow, 2013), Лазара та Фолькмана (Lazarus, 1984). По-перше, через важливість конгруентності зі своїм емоційним станом, що часто є проблемою при дисоціативних симптомах. По-друге, через послідовний підхід до задоволення основних фізіологічних та емоційних потреб, вершиною яких

є самореалізація. По-третє, через усвідомлення власної спроможності до адаптації та пошук ресурсів.

У другому підрозділі ми розглянули поняття та симптоми дисоціації як наслідку ПТСР. Це дозволило нам розмежувати та диференціювати різні види дисоціації, яка може виникати не тільки як симптом ПТСР, а ще і як наслідок дисоціативного розладу чи сильного та тривалого стресу. Ми проаналізували актуальні дефініції та симптоматику ПТСР і дійшли висновку, що вимушене переміщення може бути тригером для розвитку травматичних симптомів.

Третій підрозділ стає важливим саме через гендерне питання. Саме жінки частіше за все стикаються з необхідністю вимушеного переміщення. Саме на їх плечі лягає за дітьми та рештою родини під час мобілізації чоловіків. Проаналізовані дослідження акцентують на тому, що вимушено переміщені жінки більш вразливі до погіршення стану психологічного здоров'я і це, в першу чергу, пов'язано із погіршенням якості життя у ролі вимушено переміщеної особи, а по-друге, зі зміною ідентичності та самосприйняття, що також є актуальним для українського досвіду.

У останньому теоретичному підрозділі ми звернули увагу саме на супутні фактори, які збільшують ймовірність розвитку ПТСР та дисоціації, такі як комплексна травма, незадоволення базових потреб, спостереження за руйнуваннями. Цей підрозділ підштовхує нас до висновку, що саме попередня травма, пов'язана із переживанням війни, може збільшувати ризик розвитку ускладненого ПТСР із дисоціативними симптомами, що своєю чергою може негативно впливати на подальшу психологічну адаптацію вимушено переміщених жінок. Щоб дізнатися чи дійсно попередня травма може негативно впливати та посилювати симптоматику

посттравматичного стресового розладу у вимушено переміщених жінок, ми переходимо до організації емпіричного дослідження.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДИСОЦІАТИВНИХ СИМПТОМІВ ІЗ ПТСР У ЖІНОК-ВПО

2.1 Організація емпіричного дослідження

Щоб зібрати необхідні дані, ми використали інструмент онлайн-опитування у Google Forms. Таким чином ми змогли структурувати питання, щоб вони були зрозумілими для респондентів.

Вибірку даного дослідження ми залучили через соціальні мережі, щоб досягти широкого охоплення аудиторії у необхідній нам демографічній групі. Ми досліджували дві групи жінок — тих, хто виїхав під час повномасштабного вторгнення і залишився жити у іншому місті або країні, а також тих, хто залишився у рідному місті. Зокрема, дописи та історії з інформацією про опитування були розміщені на таких платформах як Instagram та Facebook.

Таким чином ми залучили потенційних респондентів та спонукали їх пройти опитування. Дослідження гарантувало повну конфіденційність учасників і було повністю анонімним. Це сприяло відкритості у відповідях, зменшуючи страх перед розголошенням особистої інформації. Це, своєю чергою, покращило якість зібраних даних та забезпечило більш точне та надійне відображення реальних досвідів та думок учасників.

Дані, які нам вдалось зібрати, були автоматично збережені у таблицю, що забезпечило змогу подальшого аналізу та інтерпретації. Таблицю із сирими даними можна переглянути за посиланням у Додатку 4. Вона включає відповіді 88 респондентів на три шкали та додаткову інформацію стосовно вимушеного переміщення: вік, наявність дітей, час перебування у вимушеному переміщенні, наявність в іншому місці другого дорослого та соціального кола, знання мови тієї країни, де опинились. Пізніше ми перенесли їх у Jamovi для отримання статистичних результатів.

2. 2. Вибір і обґрунтування психологічних опитувальників, описові характеристики вибірки

У нашому дослідженні ми використовували такі емпіричні методи:

Шкала оцінки впливу травмивної події. Так, як одним із важливих аспектів цього наукового дослідження є оцінка психологічного впливу травматичних подій на вимушено переміщених українців, ми використали спеціалізовану шкалу оцінки впливу травматичної події, щоб дослідити інтенсивність переживання травми та його взаємозв'язок із дисоціативними симптомами [37].

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) — це широко використовуваний інструмент у психологічних дослідженнях [37]. Вона дозволяє дослідити різноманітні симптоми, такі як: нав'язливі думки про травматичну подію, уникнення, фізіологічну та психологічну збудливість. Застосування (IES-R) дозволить нам виміряти рівень травматичного стресу у ВПО та у контрольній групі жінок, які не виїхали із рідного міста. Це надасть нам змогу провести компаративний аналіз двох груп та встановити загальні тенденції впливу травматичних подій на вимушено переміщених жінок.

Шкала має високу валідність, яку ми в тому числі перевірили за допомогою статистичних методів, таких як альфа Кронбаха, про що детальніше можна дізнатися в розділі, який присвячений опрацюванню результатів. Загальна оцінка реакції на стресову ситуацію визначається за сумою балів усіх субшкал, які присвячені різним симптомами ПТСР, таким як: збудливість, уникнення чи вторгнення, що дозволяє отримати комплексний результат. Опрацювання результатів методик відбувалося за

наступними ключами. Переглянути їх можна у таблиці, яка розміщена далі. [37].

Таблиця 2. 1

Субшкали до IES-R

Субшкала «вторгнення»	сума балів за пунктами 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20;
Субшкала «уникнення»	сума балів за пунктами 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22;
Субшкала «фізіологічна збудливість»	сума балів за пунктами 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Таблиця 2.2

Рівень впливу травматичного стресу за шкалою IES-R

1	Низька	24 і вище
2	Помірна	33 і вище
3	Виражена	більше 37

Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів для цивільних. Щоб виміряти симптоми ПТСР серед цивільних жінок, які вимушені були залишити свої домівки через війну та руйнування, ми використали Міссісіпську шкалу посттравматичних стресових розладів, яка спеціально адаптована для людей, що не мають військового досвіду

[37]. Також позитивним аспектом, який зумовив наш вибір, є широкий спектр питань, що стосується різних симптомів ПТСР, включаючи дисоціативні. Це дозволить досягти вичерпного розуміння, психологічного стану наших респонденток у контексті нашого дослідження та отримати релевантні результати, які можна надалі використати для покращення стану жінок, які переживають посттравматичну симптоматику. Опрацювання результатів методик відбувалося за наступними ключами. Їх можна переглянути у таблиці, що розташована нижче.

Таблиця 2.3

**Ключі до Міссісіпської шкали посттравматичних стресових розладів
для цивільних**

Прямі твердження:	1,3,4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39.
Зворотні твердження:	2, 6, 11, 17, 19, 22, 27, 30, 34.

Переглянемо ключі до Міссісіпської шкали посттравматичних стресових розладів для цивільних. Як бачимо, прямі твердження оцінюються за шкалою від 1 до 5, залежно від того, наскільки вони є правильними для респондента (від «абсолютно неправильно» – 1 бал до «абсолютно правильно» – 5 балів); зворотні твердження оцінюються від 5 до 1 (від «Абсолютно неправильно» – 5 балів, до «Абсолютно правильно» – 1 бал). Зверніть увагу, що підсумкова оцінка, отримана при підрахунку балів усіх 39 тверджень, відображає ступінь впливу травмивного досвіду на людину і

показує на якому рівні людина переживає травматичну симптоматику [37]. Дана шкала чудово підходить для оцінки досвіду вимушено переміщених українок.

Таблиця 2.4

Рівень впливу травмивного досвіду за Міссісіпською шкалою

Рівні розладу адаптації	Суми балів
Низький	менш як 40
Знижений	41-78
Середній	79-117
Підвищений	понад 118

Опитувальник перитравмивної дисоціації. Як ми вже зазначали раніше, визначення дисоціації у вимушено переміщених жінок є одним із ключових аспектів даного дослідження, адже їх наявність може вплинути на подальший ускладнений розвиток ПТСР при ретравматизації, якщо наші респондентки знову зіткнуться з травмивною і тригерною ситуацією[37].

Отже, ця шкала дозволить виявити такі симптоми, як відчуження, апатію, змінене сприйняття реальності, амнезію і деперсоналізацію, що надалі може допомогти коригувати терапевтичне втручання при роботі з цією групою. Опитувальник є стандартизованим і його часто використовують для діагностики та наукових досліджень для різноманітних популяцій. Саме тому ми обрали його для нашого дослідження. У цій методиці застосовується шкала оцінювання тверджень

від 1 до 5 балів. Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку суми балів («сирий» бал) усіх 9 питань, переводиться в сумарний тестовий показник – умовну оцінку, виражену в процентах, за формулою: від «сирого» бала відняти 9, те, що залишилося поділити на 36 і помножити на 100 [37].

Таблиця 2. 5

Рівень дисоціації за шкалою

Рівень дисоціації	Суми балів
Низький	1-20
Знижений	21-40
Помірний	41-60
Підвищений	61-80
Високий	81-100

В опитуванні взяли участь 88 респонденток, серед яких 30 жінок, що залишились в рідному місті, та 58 українок, які змінили своє місце проживання через військові дії. Ми використали ці дві групи задля того, щоб виділити відмінності та специфіку та особливості переживання травматичних симптомів саме в контексті рішення про виїзд у більш безпечні регіони України чи за кордон. Також ці групи відрізняються такими чинниками як наявність чи відсутність дітей, вік, соціальний статус та контекст, в якому вони зустріли травматичну подію війни. Усі ця інформація детальніше описана у блоці, який присвячений демографічним показникам нашої вибірки.

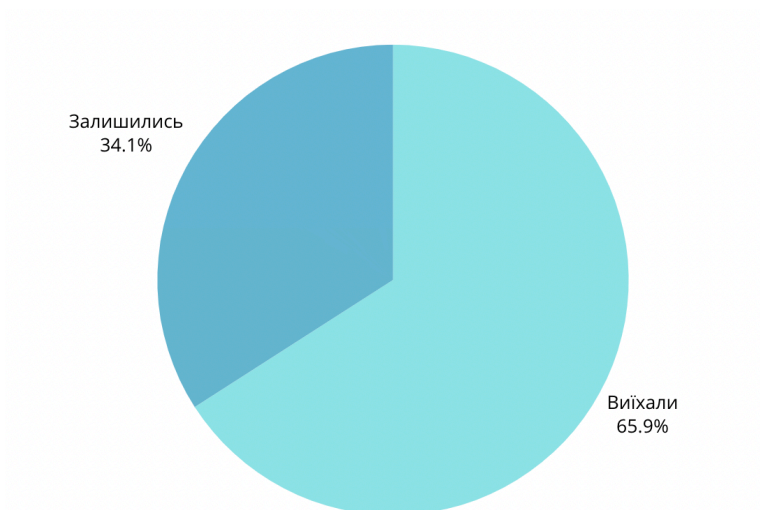


Рис.2.1 — Розподіл респонденток на основну та контрольну групи

В нашому дослідженні ми намагались отримати широкий зріз відповідей жінок, які мають різний вік та соціальний статус, а також акцентували на таких характеристиках як: тривалість перебування за кордоном, наявність дітей, соціальне оточення, знання мови, необхідність змінювати роботу. Адже це може підвищити репрезентативність наших результатів та виявити особливі випадки серед масиву даних, чії відповіді сильно відрізняються від середнього. Таким чином ми також забезпечуємо інклюзивність та репрезентацію жінок різного віку у дослідженні, що, в тому числі допомагає зрозуміти взаємозв'язки між досліджуваними питаннями та демографічними показниками та на основі цього побудувати релевантні гіпотези.

Описові статистики показують, що більшість жінок-ВПО із досліджуваної групи виїхали із рідного міста на початку повномасштабного вторгнення, проте у вибірці також присутні ті, хто

прийняв рішення виїхати за рік від початку активних військових дій в Україні.

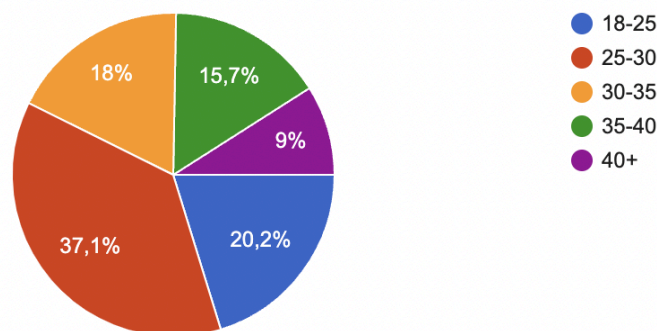


Рис. 2.2 — Розподіл респонденток за віком

Тобто, можемо припустити, що тригерною точкою для таких жінок став не безпосередньо початок повномасштабного вторгнення, а саме наслідки, які принесла із собою війна, такі як: руйнування, втрати близьких та рідних, мобілізація. На графіку нижче ви можете спостерігати час перебування за кордоном нашої вибірки.

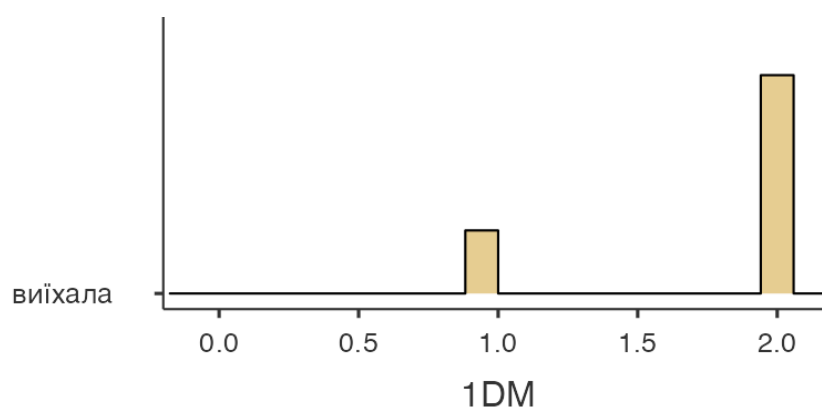


Рис. 2.3 — Розподіл респонденток за часом перебування за кордоном

Важливим аспектом, який потенційно може впливати на рівень дисоціації — є кардинальна зміна професійної діяльності. Адже це пов'язано із переліком складних переживань: втратою ідентичності та побудовою нової, соціальною ізоляцією та потребою у підтримці, втратою звичних патернів поведінки та ритуалів, відсутністю контролю фінансової стабільності.

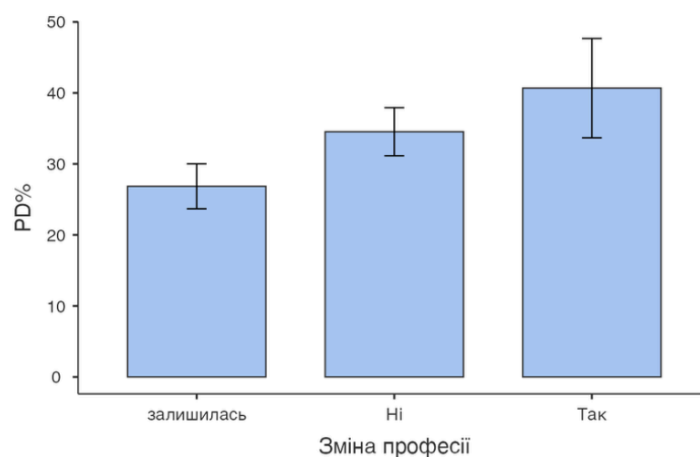


Рис. 2.4. — Розподіл рівня дисоціації контрольної та основної групи при кардинальній зміні професії за кордоном

Також, згідно з описовими статистиками, серед тих, хто виїхав, більша кількість жінок, що мають дітей, ніж серед тих, хто залишився. Хоча рішення про виїзд частіше приймали ті, хто мав можливість виїхати хоча б із ще одним дорослим.

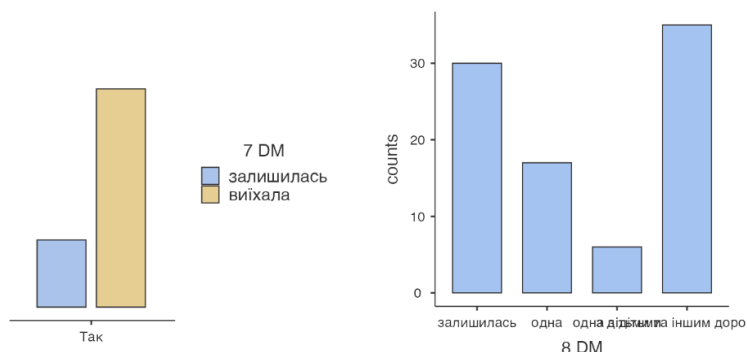


Рис. 2.5 — Наявність дітей в основної та контрольної групи, наявність додаткового опікуна при виїзді

Також ми можемо спостерігати різницю у медіанах інтегрального показника контрольної та основної груп, що підштовхує нас до побудови гіпотези, що дисоціативні симптоми внаслідок ПТСР частіше виникають у вимушено переміщених осіб, аніж у тих, хто залишився. Чи це дійсно так? Наразі ми не можемо стверджувати з точністю, адже описових статистик недостатньо, щоб зробити повноцінний висновок з цього питання. Пізніше, в емпіричному розділі ми спробуємо підтвердити або спростувати цю гіпотезу.

Таблиця 2. 6

Медіани контрольної та основної групи за рівнем переживання травматичного стресу, дисоціації та вираженості симптомів ПТСР

	Рівень дисоціації медіана	Рівень травматичного стресу	Вираженість симптомів ПТСР
Вийхали	33,3	38,5	49
Залишились	22,2	33	43

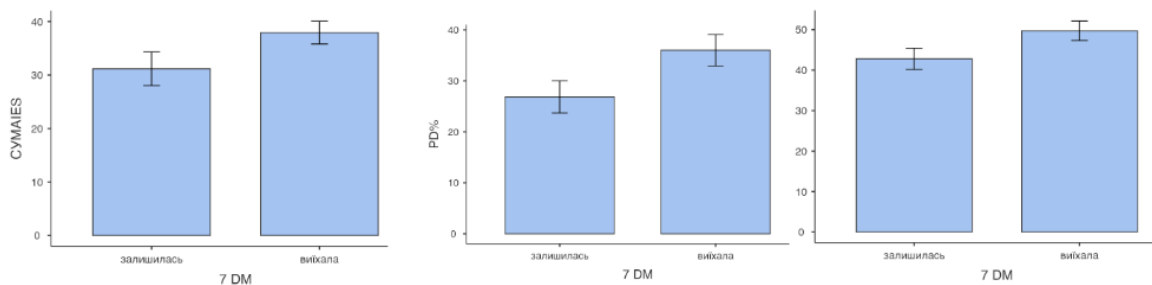


Рис. 2. 6 — Описові характеристики контрольної та основної групи за рівнем переживання травматичного стресу, дисоціації та вираженості симптомів ПТСР

Також на цьому етапі дослідження буде важливо зрозуміти внутрішню мотивацію жінок, які вирішили виїхати в більш безпечне місто або країну. Щоб її дослідити, ми скористаємось субшкалою «вторгнення», яка належить до Місісіпської шкали визначення рівня ПТСР.

Вторгнення — це переживання флешбеків, неспокійних снів, у яких людина повертається у травматичну ситуацію та усіяке програвання травматичних ситуацій. Такі симптоми можуть проявлятися у ВПО внаслідок травми вимушеного переміщення, повертаючи їх в ситуацію, яку неможливо було емоційно прожити в моменті. Адже фокус уваги був спрямований саме на виживання і прийняття конкретних рішень «тут і зараз».

Але щоб стверджувати, ми повинні опиратися на релевантні дані статистичного аналізу. У таблицях, що розміщені нижче знаходяться дані щодо описових статистик за цими шкалами.

Описові статистики за субшкалою вторгнення

Описові статистики		
	7 DM	вторгнення
N	залишилась	30
	виїхала	58
Пропущений	залишилась	0
	виїхала	0
Середній	залишилась	10.6
	виїхала	13.9
Медіана	залишилась	11.5
	виїхала	14.0
Стандартне відхилення	залишилась	6.81
	виїхала	5.56
Мінімум	залишилась	0
	виїхала	3
Максимум	залишилась	27
	виїхала	24

Проаналізувавши дані, наявні у цій таблиці, можна зробити наступні висновки щодо змінної. Середнє значення показника «вторгнення» є менше у тих, хто залишився, у порівнянні із тими, хто виїхав. Те саме стосується і медіани показника. Також варто звернути увагу на те, що у групи, яка виїхала, немає дуже низьких показників «вторгнення», в порівнянні із контрольною групою. На основі цих даних можемо зробити припущення, що група жінок-ВПО прийняла рішення виїхати, в тому числі через те, що більш інтенсивно переживала небезпеку та симптоми

вторгнення. Щодо показника «фізіологічної збудливості» ми можемо спостерігати схожі результати.

Таблиця 2.8

Описові статистики за субшкалою збудливість

Описові статистики		
	7 DM	збудливість
N	залишилась	30
	виїхала	58
Пропущений	залишилась	0
	виїхала	0
Середнішій	залишилась	10.2
	виїхала	13.6
Медіана	залишилась	10.5
	виїхала	12.5
Стандартне відхилення	залишилась	6.55
	виїхала	6.40
Мінімум	залишилась	0
	виїхала	2
Максимум	залишилась	20
	виїхала	26

У групи, яка виїхала, вище середнє значення, медіана, мінімальні та максимальні значення за показником фізіологічної збудливості. Тобто на фізіологічному рівні їх переживання стресу та небезпеки також були вище, що могло зумовити відповідну захисну реакцію, на кшталт «біжи», у вигляді переїзду, порівнюючи із контрольною групою, яка залишилась. А як щодо показника уникнення?

Таблиця 2.9

Описові статистики за субшкалою уникнення

Описові статистики		
	7 DM	уникнення
N	залишилась	30
	виїхала	58
Пропущений	залишилась	0
	виїхала	0
Середній	залишилась	10.3
	виїхала	10.5
Медиана	залишилась	10.5
	виїхала	9.00
Стандартне відхилення	залишилась	5.22
	виїхала	6.33
Мінімум	залишилась	0
	виїхала	0

Максимум	залишилась	22
	виїхала	23

Можемо зробити висновок, що показник уникнення має схожі значення у групі тих, хто виїхав і тих, хто залишився. Проте, дещо більшу варіабельність у ВПО. Узагальнюючи написане вище, можна навести такі пункти:

1. Основна група (ВПО) більш інтенсивно відреагували на стрес через небезпеку війни на емоційному і фізіологічному рівнях, що могло зумовити їх рішення покинути рідну домівку.
2. Контрольна група (ті, хто залишився) потенційно мають іншу стратегію реагування на травматичний стрес, виходячи із нижчих показників вторгнення та фізіологічної збудливості.

Показник Кронбаха альфа — це міра внутрішньої узгодженості шкали, яка вказує про її надійність. При високому рівні внутрішньої узгодженості всі запитання в шкалі вимірюють одну й ту ж концепцію. Коефіцієнт цього показника варіюється від 0 до 1, де вищі значення вказують на більш високий рівень внутрішньої узгодженості. Значення альфа понад 0.7 вважаються прийнятними для подальшої роботи із цією шкалою. Інтерпретуючи результати, важливо звертати увагу на ті випадки, коли шкала має низьке значення альфа. Адже це може вказувати, що респонденти не зрозуміли наведені запитання, або вони не відповідають загальній тематиці анкети.

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^n v_{y_i}}{v_y} \right)$$

Рис. 2.7. — Формула альфа Кронбаха, де n — кількість питань; v_{y_i} - варіативність питання номер; v_y - варіативність теста в цілому

В такій ситуації подальше дослідження може стояти під питанням. Щоб валідувати наші дослідницькі інструменти та довести їх надійність, ми провели дослідження альфи Кронбаха, яке показало наступні результати:

Таблиця 2.10

Альфа Кронбаха використаних шкал

	Шкала оцінки впливу травмівної події	Міссісіпська шкала ПТСР для цивільних	Опитувальник перитравмівної дисоціації
Альфа Кронбаха	0.925	0.889	0.852

Для нашого дослідження надзвичайно важливим є консистентність шкали, які вимірюють певні концепції, адже вибірка, яку ми досліджуємо є різноманітною і жінки, які будуть відповідати на питання зіштовхнулись із абсолютно різним досвідом переживання війни, зустріли цю травму у різних умовах та контекстах, що могло суттєво вплинути на варіабельність

стратегій, які вони обрали, щоб подолати цей стрес. Саме тому важливо звернути увагу на узгодженість отриманих показників.

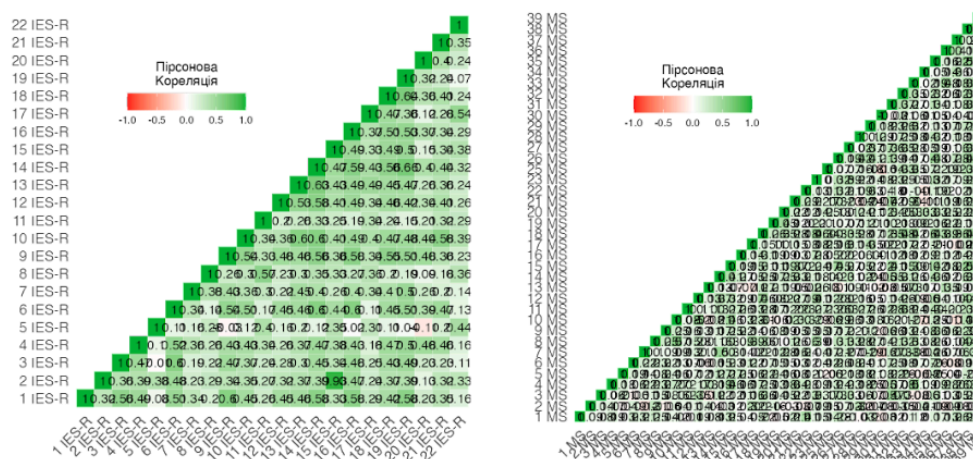


Рис. 2.8. — Тепловий графік α Кронбаха Шкали оцінки впливу травмівної події та Міссісіпської шкали ПТСР для цивільних



Рис. 2.9. — Тепловий графік α Кронбаха опитувальника перитравмівної дисоціації.

Ми бачимо, що показник α Кронбаха у всіх шкалах наближається до значення «1», а отже вони є надійними та узгодженими між собою. Питання опитувальників виявилися релевантними для дослідження, адже послідовні та зрозумілі для вибірки. Як показав аналіз надійності, питання вимірювання стресу від травмивної події однаково релевантні, як для тих жінок, які залишились у рідному місті, так і для тих, хто вимушено змінив своє місце проживання. Це означає, що ми можемо перейти безпосередньо до роботи із статистичними даними без страху перед неточностями або недостатньою зрозумілістю наданих опитувальників.

Узгодженість питань в опитувальниках є критично важливою, адже від цього залежить: точність вимірювань, можливість порівнювати результати між різними групами, ефективність обробки даних, етичність, зрозумілість питань для респондентів із різних прошарків популяції.

Висновки до розділу II

Другий розділ був присвячений всебічній підготовці до емпіричного дослідження. В ньому описаний процес залучення релевантної вибірки через соціальні мережі, її описові характеристики, підбір опитувальників та тестування їх на узгодженість за шкалою альфа Кронбаха. Також у цьому розділі зазначені ключі, за якими розшифровуються значення результатів опитування для кожного з респондентів.

В результаті опитування був створений об'єм даних у таблиці, який був використаний для статистичного дослідження. Він включає відповіді 88 респонденток на три шкали та додаткову інформацію стосовно вимушеного переміщення: вік, наявність дітей, час перебування у вимушеному переміщенні, наявність в іншому місці другого дорослого та

соціального кола, знання мови тієї країни, де опинились. Усю вибірку ми поділили на дві групи: основну та контрольну, яка відповідає тим жінкам, які виїхали та залишились у рідних місцях відповідно.

Питання опитувальників у дослідженні пройшли перевірку на узгодженість та виявились зрозумілими для вибірки та релевантними для дослідження, адже показник α Кронбаха у всіх шкалах наближається до значення «1». Отже, ми можемо переходити безпосередньо до роботи з даними та їх аналізу, інтерпретації.

Вже на етапі описових досліджень ми спостерігали підвищений рівень дисоціації, симптомів травматичного стресу та ПТСР в основній вибірці жінок, які вимушено покинули своє звичне місце проживання і виїхали за кордон або в більш безпечний регіон України, ніж у тих, хто залишився у рідному місті. Можемо зробити висновок, що завдання другого розділу виконані успішно і з цим об'ємом даних можна проводити подальшу роботу.

РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Після підготовки масиву даних, ми перемістили його у програму Jamovi для подальшого проведення статистичного аналізу. Результати даного емпіричного дослідження є важливими з погляду представлення українського досвіду в темі вимушеного переміщення і складнощів, з якими зустрічаються жінки-ВПО, які зазнали дисоціативних симптомів внаслідок ПТСР. Показники, отримані у цьому дослідженні можуть спростувати або підтвердити наступні гіпотези: кореляцію ПТСР та дисоціативних симптомів у розрізі вимушеного переміщення, зв'язок тривалості вимушеного переміщення з дисоціативними симптомами, наявність в українській вибірці особливого — комплексного типу ПТСР, наявність супутніх факторів, які можуть впливати на ускладнення психологічної адаптації вимушено переміщених осіб. Саме доказ чи спростування цих гіпотез може вплинути на створення нових практичних моделей психологічної адаптації вимушено переміщених жінок, які можуть суттєво покращити рівень їх життя на новому місці.

Також результати цієї роботи спрямовані на консолідацію та зниження соціального тиску між групами українців, які прийняли рішення виїхати чи залишитись у рідному місті, що може стати особливо важливим в період реабілітації та післявоєнної відбудови українського суспільства.

3.1. Аналіз зв'язку ПТСР та дисоціації в контексті вимушеного переміщення

Попередні теоретичні знахідки тільки підкріпили наш інтерес стосовно пошуку зв'язку між дисоціацією та симптомами

посттравматичного стресового розладу. Адже наявність такої кореляції у нашої вибірки може свідчити про ускладнений перебіг цього розладу, такий як К-ПТСР і необхідність впровадження специфічних терапевтичних втручань для покращення психологічної адаптації жінок на новому місці.

Першим етапом роботи стало дослідження того, наскільки дисоціація та симптоми травматичного стресу є характерними саме для вибірки вимушено переміщених жінок. Щоб знайти відповідь на це питання, ми провели статистичне тестування за моделлю ANOVA. Показники для рівня дисоціації ви можете спостерігати у таблиці нижче.

Таблиця 3.1

Статистичне тестування за моделлю ANOVA — взаємозв'язок виїзду та рівня дисоціації

ANOVA - PD%					
	Сума квадратів	df (ступенів свободи)	Середній квадрат	F	p
Загальна модель	1660	1	1660	3.59	0.061
7 DM	1660	1	1660	3.59	0.061
Решти	39742	86	462		

Дані показали, що сума змінної 7DM (виїхали чи залишились) впливає на рівень дисоціації та цей вплив є статистично значущим, адже $p = 0.061$. Тобто робимо висновок, що жінки ВПО дійсно переживають більш інтенсивні симптоми дисоціації. Схожі показники ми маємо щодо симптомів травматичного стресу. Модель вказує на те, що ці симптоми здебільшого характерні для тих, хто зазнав вимушеного переміщення через війну. Та чи корелюють показники дисоціації та травматичного стресу між собою? Саме до цього питання ми та переходимо у дослідженні.

Таблиця 3. 2.

Статистичне тестування за моделлю ANOVA — взаємозв'язок виїзду та рівня розвитку симптомів травматичного стресу

ANOVA - СУМАІЕС					
	Сума квадратів	df (ступенів свободи)	Середній квадрат	F	p
Загальна модель	905	1	905	3.32	0.072
7 DM	905	1	905	3.32	0.072
Решти	23442	86	273		

Ми провели вивчення кореляції дисоціації із вимушеним переміщенням. Для того, щоб дослідити наявність зв'язку між вимушеним

переміщенням та високим рівнем вираженості дисоціативних симптомів ми скористаємося статистичним тестом, який називається Т-критерій Стьюдента. Він допомагає визначити чи є статистично значущими різниці між середніми значеннями груп, припускаючи, що дані мають нормальний розподіл. Отже, на базі нашого масиву даних ми провели статистичний аналіз за Т-критерієм Стьюдента, який показав нам наступні результати:

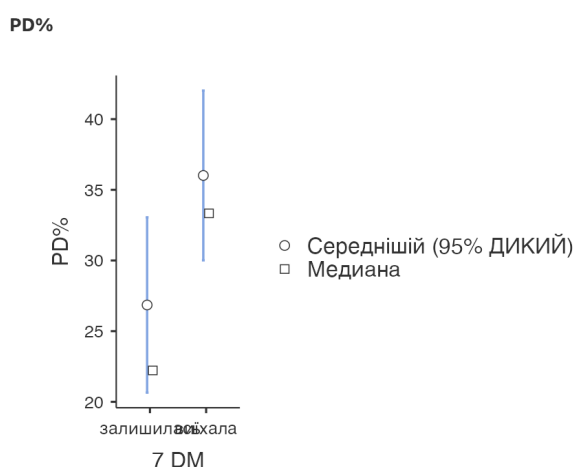


Рис. 3.1 Описовий графік Т-тесту незалежних вибірок за Стьюдентом, дисоціація

На графіку ми можемо спостерігати, що дисоціація у вимушено переміщених осіб знаходиться на значно вищому рівні, ніж у тих, хто не виїхав, а саме на рівні 30-45 балів у порівнянні із 20-30 балами, при цьому ми спостерігаємо коефіцієнт p у значенні 0.03, тобто вірогідність того, що ми не праві у своїй гіпотезі, що люди, які виїхали переживають більше дисоціативних симптомів, ніж ті, хто залишились в рідному місті, прагне до нуля. Аналізуючи цю модель, ми можемо зробити висновок, що жінки-ВПО мають вищий показник дисоціативних симптомів, ніж ті, хто залишився. Схожий показник ми маємо і за шкалою переживання

травмівної події. Ті хто виїхав пережили травматичну подію початку повномасштабного вторгнення значно інтенсивніше, ніж ті, хто залишився. Переглянути результати статистичного розрахунку другої моделі, пов'язаної із травматичним стресом, можна у таблиці та рисунку нижче. На ній ми також спостерігаємо широкий розкид показників у двох груп жінок, який є статистично вагомим згідно із p , яке дорівнює 0.031 за Стьюдентом та $p = 0.020$ за Уелчем.

Таблиця 3.3

Т-тест незалежних вибірок за Стьюдентом

Статистика		df (ступенів свободи)		p
PD%	Стьюдент t	-1.90	86.0	0.031
	Уэлч t	-2.08	75.2	0.020

СУМАІЕС

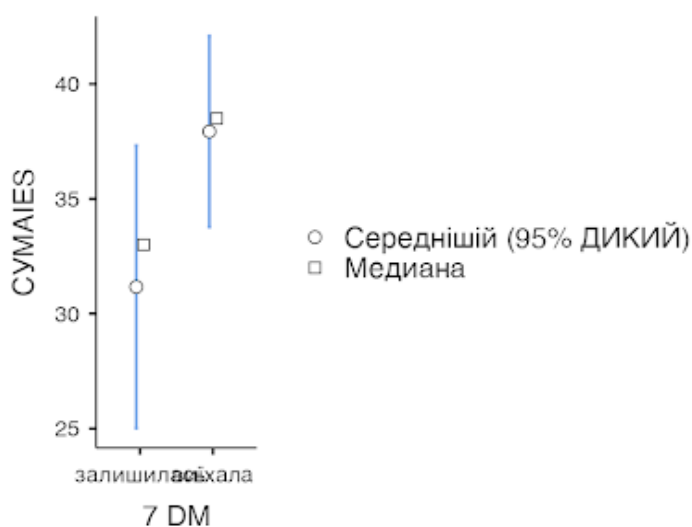


Рис. 3.2. — Описовий графік Т-тесту незалежних вибірок за Стьюдентом, вплив травматичного стресу

Для того, щоб визначити кореляцію між впливом травматичної події та дисоціативним станом, ми скористалися діаграмою розсіювання. Усі випадки в комплексі даних мають вигляд точки на графіку, яка розташована відповідно до значення двох змінних: одна змінна визначає положення на осі x , а друга — y . Цей тип діаграми потрібен нам для візуального виявлення зв'язків між двома числовими змінними, а також перевірки наявності кореляції. Яка у нашому випадку дуже яскраво простежується у вигляді висхідних позитивних трендів.

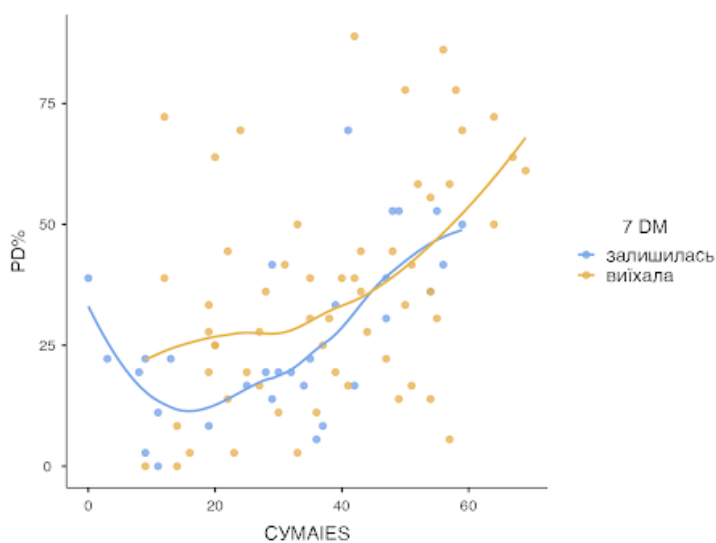


Рис. 3.3. — Діаграма розсіювання, зв'язок між дисоціацією та рівнем вираженості симптомів ПТСР

Основні показники цього графіка стверджують, що взаємозв'язок дисоціації та травматичного стресу наявний, як для групи, що виїхала, так

і для групи, що залишилася, проте вони мають різне значення. Для основної групи ВПО (оранжева лінія) збільшення дисоціації більш виражене із ростом травматичного стресу, тоді як контрольна група, яка залишилась (синя лінія) показує менше зростання дисоціації при збільшенні травматичного стресу. Важливо також звернути увагу на форму кривих. У групи, яка не змінила свого місця проживання через війну, вона має виражену U-подібну форму, яку можна трактувати таким чином: на початку рівень дисоціації доволі високий, але потім ніби знижується і підвищується вже більш рівномірно, що можна пояснити більшою тенденцією звикання до існування в критичних умовах. Тоді як у основної групи це зростання є послідовним, що вказує на пряму кореляцію травми та дисоціації у ВПО. Також важливо помітити високу варіативність між індивідами у цьому графіку, що може бути спричинено різноманітними чинниками та особистісними характеристиками.

Ми бачимо, що в частині графіку, де є зростання впливу травматичної події до вираженої — зростає і інтенсивність дисоціативних симптомів. Можемо спостерігати прямий зв'язок. Але нас в тому числі цікавить нерівномірний розподіл респондентів у правій частині графіку. Візуально здається, що тих, хто виїхав — більше. Але при цьому ми маємо трохи більшу основну групу. Щоб врівноважити їх за кількістю респондентів, ми порахували у відсотках і виявили, що внаслідок травматичного стресу ВПО переживають інтенсивніші дисоціативні симптоми. Наведені показники представлені у таблиці нижче.

Відсоткове співвідношення рівня дисоціації серед груп

30%	із тих, хто залишився
50%	із тих, хто виїхав

Щоб підтвердити взаємозв'язок між цими значеннями, ми підрахували коефіцієнт кореляції Пірсона, який використовується для вимірювання сили та напрямку взаємозв'язку між двома або більше змінними. Коефіцієнт варіюється від -1 до 1. Для нашого дослідження важливо визначити саме силу та характер взаємозв'язків між змінними. Адже в теоретичних розвідках інших авторів ми бачили контрверсійні погляди.

Коефіцієнт кореляції Пірсона між переживанням ПТСР та дисоціативними симптомами у нашої вибірки виявився 0,486 — що є показником високої позитивної кореляції при p -значенні < 0.001 . На графіку ми спостерігаємо висхідний тренд, який представляє позитивний зв'язок між двома змінними — зі зростанням травматичного стресу зростає і показник дисоціації. А значення $p < 0.001$ вказує нам на те, що результати є статистично значущими. Схожі показники ми бачимо встановлюючи взаємозв'язок між Міссісіпською шкалою ПТСР та рівнем дисоціації.

Отже, можемо зробити проміжний висновок, що переживання симптомів сильного травматичного стресу можуть бути пусковим механізмом для розвитку дисоціативних симптомів в межах посттравматичного стресового розладу у вимушено переміщених українців. З одного боку дисоціація може працювати як захисний механізм, який

допомагає відмежуватись від наслідків травматичного стресу, проте з іншого боку саме наявність дисоціації уповільнює процес психологічної адаптації на новому місці та відмежовує не тільки від травматичних переживань, але і від усвідомлення реальності подій в цілому. Це може впливати на погіршення психологічного здоров'я, впливати на повсякденне життя респонденток, затримувати психологічну адаптацію на новому місці, ускладнювати перебіг інших психологічних розладів та створювати ризик хронічного перебігу.

Такі результати наштовхують на необхідність подальших досліджень для визначення супутніх факторів, які можуть також впливати на збільшення цих показників. Профілактика у вигляді психотерапії і розвиток навичок стресостійкості можуть позитивно впливати на як на рівень травматичного стресу, так і на розвиток дисоціативних симптомів, але при цьому дослідження показує, що будь-яке втручання має бути комплексним для досягнення повноцінного результату.

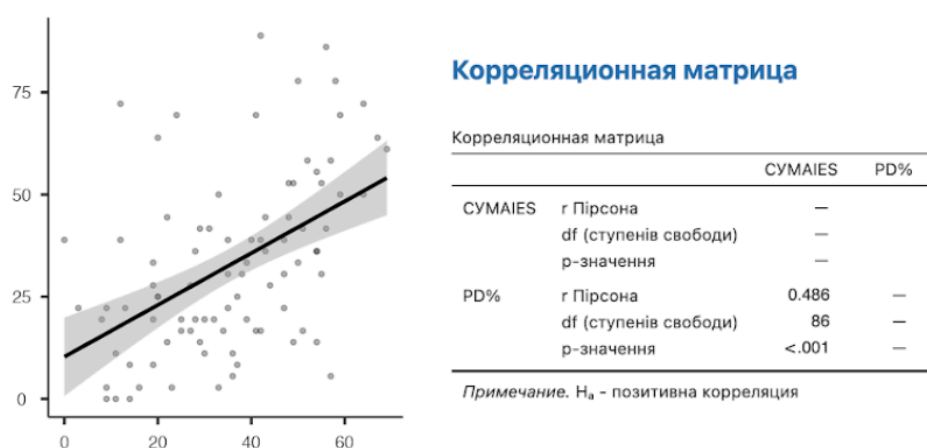


Рис. 3.4 — Кореляційна матриця Пірсона, взаємозв'язок ПТСР та дисоціації

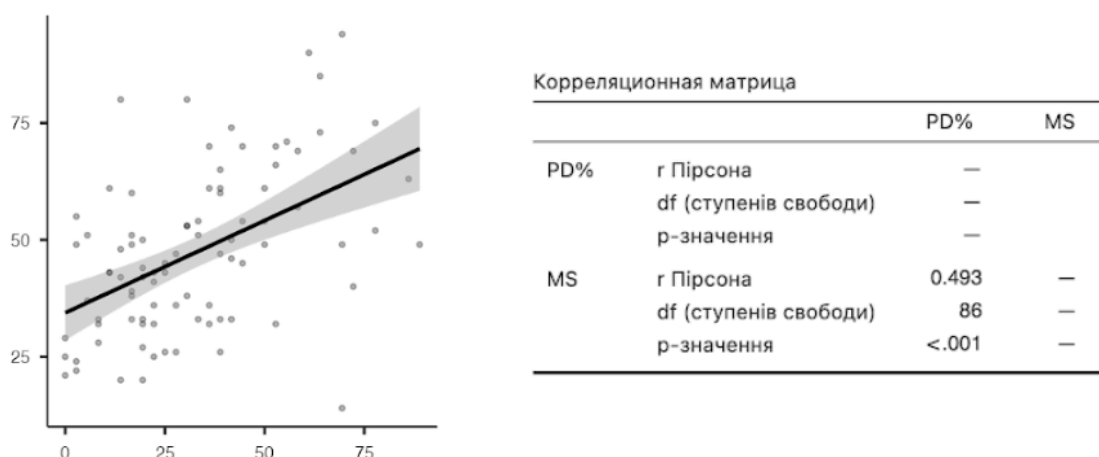


Рис. 3.5. — Кореляційна матриця Пірсона, взаємозв'язок ПТСР та дисоціації

3.2 Аналіз чинників, які впливають на прийняття рішення про виїзд

Зв'язок між показниками фізичної та психологічної збудливості та дисоціацією може впливати на прийняття рішення про виїзд. Адже відчуючи яскраві симптоми фізіологічного збудження, такі як підвищене серцебиття та тремор, наш організм готується до реагування на стресовий фактор. Щоб дати відповідь на питання, чи наявний зв'язок між фізичною та психологічною збудливістю та дисоціацією, ми для початку пропонуємо простежити наскільки характерний показник збудливості для нашої основної групи досліджуваних, а саме жінок-ВПО. Для цього пропонуємо ознайомитись із результатами моделі ANOVA:

Таблиця 3.5

**Результати моделі ANOVA — зв'язок показника збудливості із групою
вимушено переміщених жінок**

Односторонній ANOVA (Велч)				
	F	df1	df2	p
збудливість	5.31	1	57.6	0.025

Аналізуючи дані, ми спостерігаємо статистичну значущість різниці показника «збудливості» між двома групами — тими, хто залишився і тими, хто виїхав. А ступені свободи вказують на адекватність вибірки для даної моделі. Звернімо увагу на зображення самого графіка. Що можемо спостерігати? У тих, хто залишився, показник збудливості нижчий поруч із ширшим довірчим інтервалом. У тих, хто виїхав — вищий показник збудливості та вузький довірчий інтервал. Тобто саме високий показник збудливості міг вплинути на прийняття рішення про виїзд. Також можемо припустити, що сам виїзд відбувався у більш стресовому та тривожному форматі. Отже, можемо зробити проміжний висновок, що у відповідь на травматичну подію виїзду може виникнути ускладнена симптоматика, коли поруч із фізіологічним збудженням, підвищеним серцебиттям та напруженістю з'являються дисоціативні реакції такі, як амнезія, відчуження, переживання, ніби ти знаходишся не у своєму тілі. Це може свідчити про симптоми комплексного посттравматичного стресового розладу, який проявляється через комбінацію різноманітних симптомів. В такому випадку необхідно створювати індивідуальні плани для терапії із урахуванням усіх вищеперелічених симптомів.

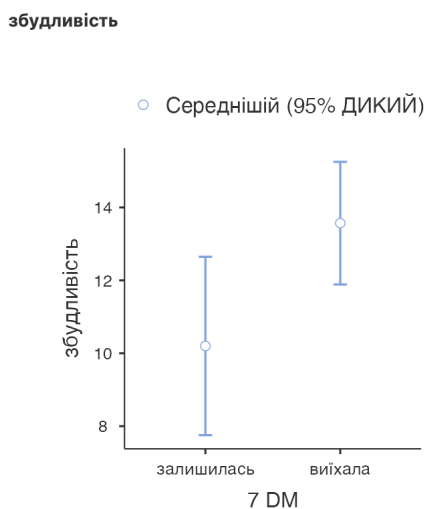


Рис. 3.9 — Рівень дисоціації в вимушено переміщених українках у порівнянні із контрольною групою

Кореляція показує, що для української вибірки актуальні прояви К-ПТСР. Важливим аспектом є те, що це однаково актуально, як і для вимушено переміщених жінок, так і для українок, які не покидали своє місце проживання. На графіку ми спостерігаємо, що група жінок-ВПО, представлена оранжевим кольором, має вищу тенденцію до розвитку дисоціативних симптомів, яке корелює із фізіологічною збудливістю. Значення r -Пірсона = 0.533, що означає помірно сильну кореляцію із статистично значущим $p = <.001$. Гіпотетично ми можемо припустити, що вимушене переміщення приносить високий рівень фізіологічної збудливості, пов'язаної із необхідністю до адаптації в новому середовищі, але неможливості це зробити в тому числі через високий показник дисоціативних симптомів.

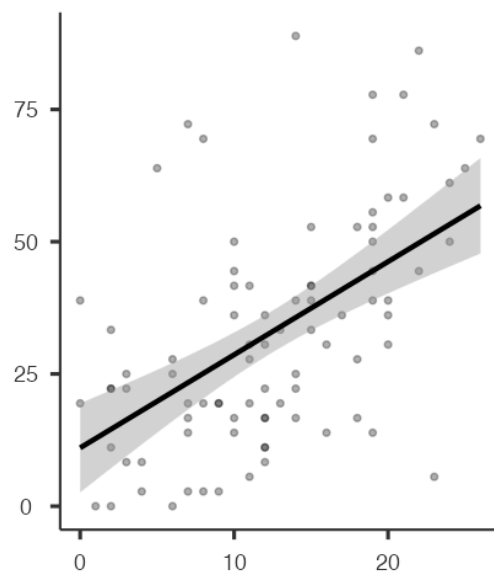


Рис. 3.10 — Кореляція збудливості та дисоціативних симптомів

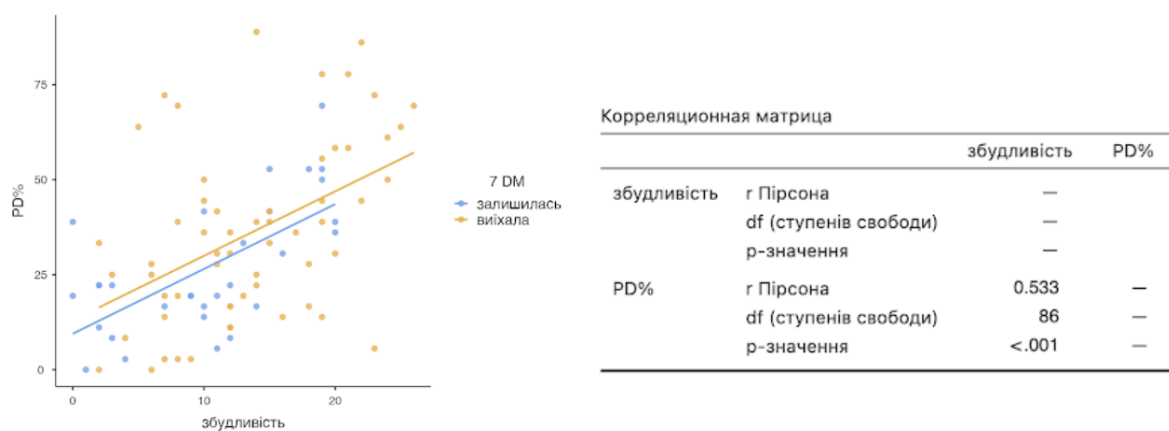


Рис. 3.10 — Кореляція збудливості та дисоціативних симптомів

Чи вплинуло суб'єктивне переживання себе «вдома» на рішення змінити місце проживання через небезпеку? Щоб дізнатися відповідь на це питання, ми провели частотний аналіз і отримали наступні дані.

Частотний аналіз: кількість жінок, які прийняли рішення про виїзд, суб'єктивно переживаючи/чи не переживаючи відчуття дому

Таблиці сполучення				
		7 DM		
6DM		залишилась	виїхала	Всього
Ні	Лічильник	458	1339	1797
	% у строке	25.5 %	74.5 %	
	% у шпальті	56.9 %	64.1 %	
Так	Лічильник	347	750	1097
	% у строке	31.6 %	68.4 %	
	% у шпальті	43.1 %	35.9 %	
Всього	Лічильник	806	2089	2894
	% у строке	27.8 %	72.2 %	
	% у шпальті	100.0 %	100.0 %	

Якщо ми розглядаємо групу жінок ВПО, то до виїзду вони здебільшого (74.5% респонденток) суб'єктивно не переживали себе вдома. Також порівнюючи із тими, хто мав суб'єктивне переживання власної домівки, ми спостерігаємо, що частка тих, хто залишився (31.6% респонденток) вища, ніж у тих, хто не відчував себе вдома. Такі дані можуть свідчити про те, що жінки, які не «відчували себе вдома» були також більш схильні прийняти рішення про виїзд. Щоб підтвердити

статистичну значущість цих показників, ми провели тест Макнемара, який показав наступні дані:

Таблиця 3.11

Підтвердження статистичної значущості за тестом Макнемара

Тест Макнемара			
	Значення	df (ступенів свободи)	p
χ^2	583	1	< .001
χ^2 корекція неперервності	582	1	< .001
Логарифмічне ставлення шансів точно	1.35		< .001
N	2894		

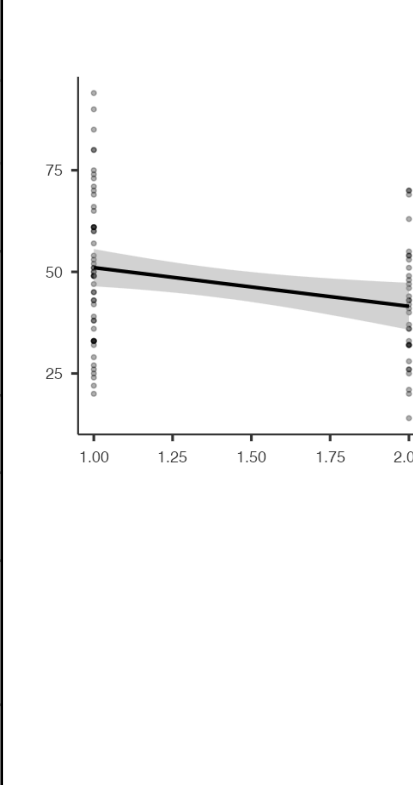
Високе значення χ^2 , яке дорівнює 583 із $p = <.001$ вказує на статистичну значущість цих показників. Отже, ми можемо зробити припущення, що жінки, які суб'єктивно переживали своє місце проживання, як дім, рідше приймали рішення про виїзд. Та чи пов'язано це із рівнем симптомів травматичного стресу? Щоб визначити це, ми скористалися кореляційною матрицею Пірсона, яка показала наступні результати: ми бачимо зворотний зв'язок між двома змінними. Кореляційний коефіцієнт = 0.267, що вказує на слабку із тенденцією до середньої сили кореляцію, але при p -значенні, яке дорівнює = 0.006, ми можемо вважати цю знахідку статистично значущою. Отже, на основі цієї моделі, можемо зробити висновок, що жінки, які переживали себе вдома,

рідше стикалися із симптомами травматичного стресу внаслідок військових дій. І, власне, рідше приймали рішення про виїзд. Це може бути зумовлене більшою емоційною стабільністю, яке дає відчуття домівки.

Таблиця 3.12.

Кореляційна матриця: взаємозв'язок суб'єктивного переживання себе вдома та симптомів посттравматичного стресового розладу

Кореляційна матриця			
		6DM	MS
6DM	r Пірсона	—	
	df (ступенів свободи)	—	
	p-значення	—	
MS	r Пірсона	-0.267	—
	df (ступенів свободи)	86	—
	p-значення	0.006	—



Примітка. H_a – зворотна кореляція

Важливою терапевтичною інформацією для нас є той факт, що переживання себе як вдома, може знижувати симптоми посттравматичного стресового розладу. Тоді однією із терапевтичних стратегій роботи із ВПО, крім роботи із втратою дому, може бути актуалізація того, як сенс мала домівка для конкретної респондентки та пошук ресурсів для відновлення цього переживання там, де вона зараз знаходиться.

Варто зазначити, що у кожного суб'єктивне відчуття домівки може відрізнятися і залежати від різних факторів: емоційної та фізичної безпеки, знаходження рідних та близьких поруч, знайомих ритуалів та звичок тощо. Ми вирішили протестувати, чи впливає збереження соціального кола у нашої вибірки на переживання себе вдома. Результати кореляції Пірсона показали, що $r = 0.146$ при p -значенні $= 0.088$, що означає наявний слабкий кореляційний зв'язок між цими показниками. Збережене соціальне коло, у тих, хто залишився у рідних містах попри небезпеку війни, дійсно допомагає відчувати себе вдома. Проте, слабкість цього зв'язку вказує на те, що існує більше значущих факторів, що можуть впливати на цю зміну.

Наші результати також підтверджується одностороннім графіком ANOVA, який дає наступні дані для аналізу:

Таблиця 3.13

Односторонній графік ANOVA: збереження соціального кола та його вплив на суб'єктивне переживання дому

Односторонній ANOVA (Велч)				
	F	df1	df2	p
MS	7.35	1	81.8	0.008

MS

○ Середній (95% ДІКІЙ)

MS

Ні Так

BDM

Вплив суб'єктивного переживання себе як вдома пов'язаний із симптомами посттравматичного стресового розладу і цей показник є статистично значущим при $p=0.008$. Також можемо простежити вищий

рівень симптомів посттравматичного стресового розладу у тих, хто не відчуває себе вдома у порівнянні із протилежною групою.

Також пропонуємо розглянути діаграму розсіювання, яка показує кореляцію між рівнем травматичного стресу та дисоціації у тієї групи жінок, яка відчуває себе вдома, та у тієї, яка позбавлена цього суб'єктивного переживання. Які дані ми можемо отримати із цієї моделі? Обидві групи мають позитивний тренд між цими показниками: зі збільшенням симптомів травматичного стресу зростає і дисоціація. Проте, візуально ми спостерігаємо, що жовті крапки (ті, хто відчуває себе вдома) розміщені в нижній частині графіка, що підтверджує наші згадки про нижчий рівень дисоціації у цієї групи жінок у порівнянні з іншою групою (сині крапки). Тобто, можемо припустити, що цей чинник впливає як захист від симптомів травми та дисоціації.

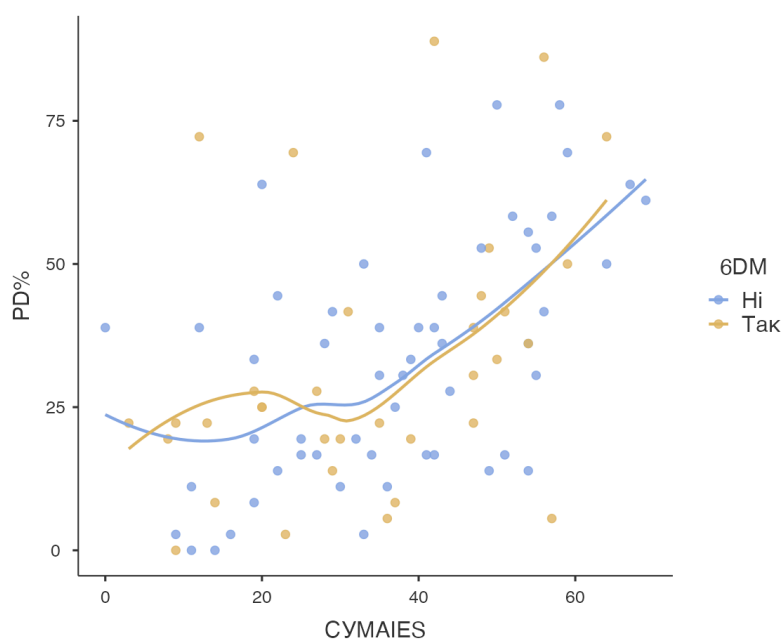


Рис. 3.12 — Кореляція між суб'єктивним почуттям себе «вдома», рівнем дисоціації та травматичного стресу

Отже, ми можемо зробити такі висновки:

- жінки, які суб'єктивно не відчували себе вдома, частіше приймали рішення виїхати, ніж ті, хто мав почуття рідної домівки;
- жінки, які переживали себе вдома, рідше стикалися із симптомами травматичного стресу внаслідок військових дій;
- рівень симптомів ПТСР вищий у тих жінок, які не відчували себе вдома у порівнянні із протилежною групою;
- суб'єктивне переживання себе «вдома» може залежати від різноманітних чинників, таких як культурна ідентичність, взаємодія і підтримка близьких та місцевої громади, наявність особистих речей, що мають емоційне значення, повсякденні зрозумілі ритуали тощо.

3.3 Аналіз чинників, які ускладнюють симптоми ПТСР у ВПО

Одним із наших початкових припущень була гіпотеза, що *тривалість перебування за кордоном впливає на зростання рівня дисоціації*, що своєю чергою ускладнює психологічну адаптацію ВПО. Адже первинний стрес, який виник через військові дії, може продовжуватись і підкріплюватись додатковим стресовими факторами, такими як відчуття ізоляції, втрата мережі безпеки, культурна дезадаптація. Логічне припущення в тому, що стрес зростає і разом із ними прояви дисоціативних симптомів стають ще більш помітними. В цьому випадку механізм дисоціації може спрацьовувати миттєво або із затримкою, даючи психіці час адаптуватися до додаткового навантаження через стрес. Але чи характерна така поведінка для нашої вибірки? Переглянемо дані кореляції, щоб дізнатися.

Як показують графіки, така кореляція дійсно існує, проте вона має середню силу на рівні 2, на відміну від наших попередніх показників. Це може свідчити не тільки про низький рівень взаємозв'язку, а і про такі чинники як: неоднозначність або складність взаємозв'язків, вплив інших факторів, велику варіативність. Що підштовхує нас до необхідності подальшого аналізу цього питання із застосуванням інших методів, які можуть пояснити особливості досліджувальних явищ.

Корреляционная матрица

		1DM	PD%
1DM	г Пірсона	—	
	df (ступенів свободи)	—	
	р-значення	—	
PD%	г Пірсона	0.198	—
	df (ступенів свободи)	86	—
	р-значення	0.032	—

Примечание. Н_a - позитивна кореляция

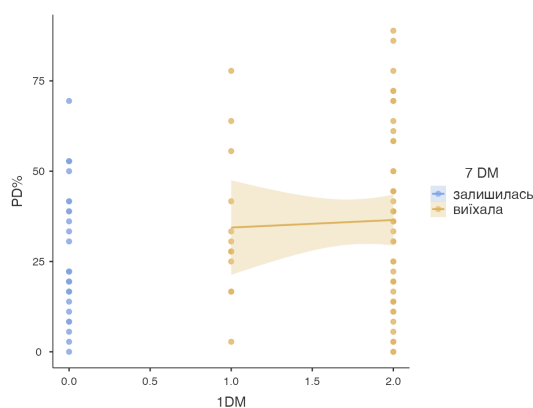
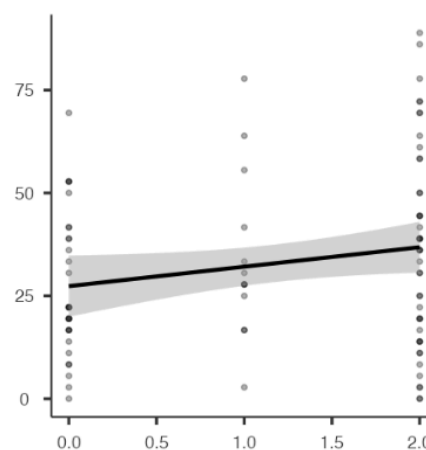


Рис. 3.6.; 3.7. — Кореляція між часом перебування за кордоном та дисоціативними симптомами

Слабкість цієї кореляції може означати, що існують інші супутні фактори, які більше впливають на розвиток дисоціативних симптомів, ніж час проведений у вимушеному переміщенні за кордоном. Тобто сам контекст: вибір, умови, в яких перебуває людина, її оточення або інші фактори можуть також впливати на ці показники та потребувати подальшого дослідження. Тобто, щоб визначити причини та наслідки важливо проаналізувати інші зміни.

Проте, якщо порівняти три групи (жінки, які прийняли рішення залишитись у рідному місті; жінки, які перебувають у вимушено переміщенні до року; жінки, які перебувають у вимушеному переміщенні понад рік) на діаграмі розсіювання, ми можемо спостерігати відмінності у тренді зростання дисоціації до симптомів травмивного стресу. Ті, хто прийняли рішення залишатись у рідному місці мають помірний зв'язок та нахил тренду, тоді як зі збільшенням часу перебування за кордоном збільшується і нахил тренду.

Тобто триваліший час перебування за кордоном може збільшувати рівень дисоціації, якщо рівень стресу також залишається висхідним. Це може бути пояснено складнощами із психологічною адаптацією на новому місці та зростанням соціальних вимог до тих, хто знаходиться за кордоном/у більш безпечних регіонах більшу кількість часу. Адже після первинної адаптації від жінок-ВПО очікується поведінка, що схожа на іншого роду емігрантів: пошук роботи, постійного житла, влаштування дітей у школи і садки, спілкування із місцевою громадою, вивчення мови,

пошук нової ідентичності на новому місці. Та чи можливо це в такий короткий проміжок часу?

Можна припустити, що соціальна адаптація жінок-ВПО не може повноцінно початися до того моменту, поки не пройшла психологічна адаптація та не були пропрацьовані симптоми посттравматичного стресового розладу та дисоціації, які безпосередньо впливають на можливість активної участі у соціальному житті громади та задоволення базових потреб вимушено переміщених жінок, що є важливою знахідкою для подальших терапевтичних втручань.

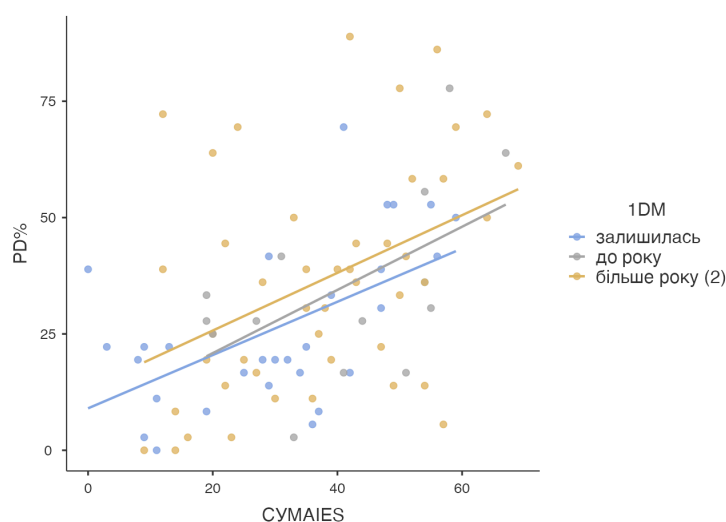


Рис. 3.8. — Зв'язок тривалості перебування за кордоном і дисоціації

Одним із наукових інтересів цієї дослідницької роботи є визначити як наявність чи відсутність дітей впливає на розвиток дисоціації та переживання травматичного стресу у жінок, які стикнулися з війною. Адже наявність дитини та необхідність піклуватися про неї (а у випадку із ВПО із високою ймовірністю у ролі єдиного опікуна) може суттєво вплинути на стан жінки.

Важко передбачити як саме проявляється цей вплив. Для когось діти — це можливості відволіктись та стабілізуватись, перевести свою увагу із травматичного стимулу на інші, більш нагальні, потреби. Для інших діти можуть стати додатковим стресовим фактором, адже батьки, вірогідно, відчувають посилену відповідальність та стрес, через необхідність потурбуватися про дітей у часи кризи. Тож перейдімо до статистики, яка надасть більш чіткі знання з цієї теми.

Частотний аналіз показав наступні результати: серед жінок, які мають дітей, виїхала значно більша частка, ніж серед тих, хто не має (84% у порівнянні із 63%). Логічно припустити, що це пов'язано із тим, що ВПО із дітьми мають вищий показник дисоціації та травматичного стресу, який підштовхнув їх до прийняття рішення про виїзд. Та чи дійсно це так? Перейдімо до даних, щоб дати відповідь на це питання. Переглянути частотний аналіз та описові статистики ви можете у таблицях, які розміщені нижче за текстом.

Таблиця 3.6.

Частотний аналіз: кількість жінок, які мають дітей і прийняли рішення виїхати в більш безпечну країну чи регіон

Таблиці сполучення				
9 DM		7 DM		Всього
		залишилась	виїхала	
Ні	Лічильник	617	1083	1700
	% у строке	36.3 %	63.7 %	
	% у шпальті	76.6 %	51.9 %	

Так	Лічильник	189	1006	1194
	% у строке	15.8 %	84.2 %	
	% у шпальті	23.4 %	48.1 %	
Все	Лічильник	806	2089	2894
	% у строке	27.8 %	72.2 %	
	% у шпальті	100.0 %	100.0 %	

На етапі описових статистик, ми спостерігаємо такі результати. Маємо дві групи жінок: 54 тих, хто немає дітей і 34 тих, хто має. При цьому середнє значення рівня дисоціації у матерів складає 35,1, в порівнянні із нижчим показником, у тих, хто не має дітей, який дорівнює 31,1. Ту ж саму тенденцію ми можемо простежити в медіані, мінімальних та максимальних показниках.

Таблиця 3.7.

Описові статистики двох груп: жінок, які мають та не мають дітей

Описові статистики		
N	Наявність дітей	Рівень дисоціації
	Ні	54
	Так	34
Пропущений	Ні	0

	Так	0
Середніший	Ні	31.5
	Так	35.1
Медіана	Ні	29.2
	Так	31.9
Стандартне відхилення	Ні	21.4
	Так	22.7
Мінімум	Ні	0.00
	Так	2.78
Максимум	Ні	88.9
	Так	86.1

Можемо зробити проміжний висновок про те, що наявність дітей викликає підвищений рівень дисоціації при зіткненні із травматичним стресом у нашої вибірки. Щоб розглянути, як формується розподіл, ми скористаємось описовими графіками. Зверніть увагу на рисунок, розміщений нижче, на якому зображено розподіл рівня дисоціації у жінок, які мають дітей та у тієї групи, яка не має. На них можна спостерігати цікаві показники. Попри те, що подекуди рівень дисоціації вищий у матерів, загальний розподіл показує, що більша кількість жінок із дітьми має менший рівень дисоціації у порівнянні із тими, хто немає дітей. Тобто маємо значно вищу варіабельність відповідей серед респонденток, які мають дітей.

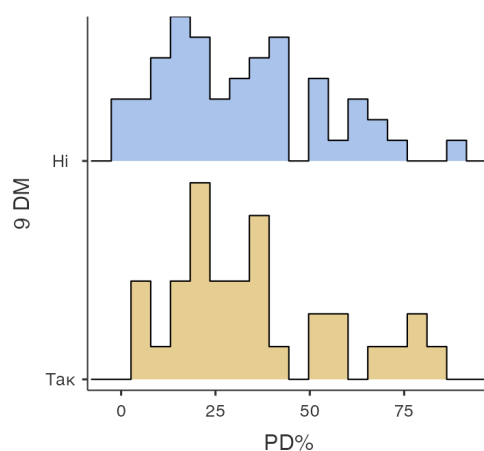


Рис. 3.11 — Розподіл рівня дисоціації у жінок, які мають дітей та у тієї групи, яка не має

То чи впливає наявність дітей як стабілізаційний фактор при стресі? Наразі ми можемо стверджувати, що цих даних недостатньо, щоб дати чітку відповідь на це питання. Саме тому щоб визначити, чи є різниця у рівні дисоціації у цих двох вибірок, ми провели статистичний аналіз за Т-критерієм Стьюдента, який показав наступні результати. Переглянути їх можна у таблиці, яка розміщена нижче за текстом:

Таблиця 3.8.

Т-тест незалежних вибірок: вплив наявності дітей на рівень дисоціації

Т-тест незалежних вибірок				
		Статистика	df (ступенів свободи)	p
PD%	Стьюдент t	-0.762	86.0	0.448
Примітка $H_a \mu_{Hi} \neq \mu_{Так}$				

Спираючись на високе значення p , можемо зробити висновок, що різниця рівня дисоції не є статистично значущою у цих групах. Отже, наша гіпотеза про вплив наявності дітей на розвиток дисоціативних симптомів не підтверджується. Що до симптомів травматичного стресу — маємо схожі результати. Проте, статистично більшість жінок, які мали дітей, виїжджали за кордон або в більш безпечні регіони.

Таблиця 3.9.

Т-тест незалежний вибірок: вплив наявності дітей на рівень розвитку травматичної симптоматики

Т-тест незалежний вибірок				
Статистика			df (ступенів свободи)	p
MS	Стьюдент t	0.945	86.0	0.347
Примітка $H_a: \mu_{Hi} \neq \mu_{Tak}$				

Як переживання емоційної ізоляції можуть впливати на розвиток дисоціації та посттравматичних симптомів? Можемо припустити, що уникнення спілкування зі звичним соціальним колом може поглиблювати травматичні симптоми та посилювати рівень дисоціації, адже ця стратегія поведінки підкріплює уникнення.

Щоб дізнатися, ми скористалися запитанням із Місісіпського опитувальника, які пов'язані з емоційною ізоляцією, а саме: 1. В минулому в мене було більше близьких друзів, ніж тепер; 22. Мені подобається бути в товаристві інших людей; 26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю. Використовуючи відповіді на питання,

пов'язані з емоційною ізоляцією ми провели кореляційне дослідження і дійшли наступних результатів.

Ми спостерігаємо кілька позитивних і негативних кореляцій. 26MS позитивно корелює показником посттравматичного стресу, що означає наступне: жінки, які відчують, що їх не розуміють навіть їх сім'ї, мають вищий показник симптомів посттравматичного стресового розладу. Таку саму ситуацію ми спостерігаємо із показником дисоціації. При цьому ми також спостерігаємо негативну кореляцію між 22MS і симптомами травматичного і дисоціації, що можна трактувати наступним чином: жінки, які прагнуть товариства інших людей, менше страждають на симптоми посттравматичного стресового розладу та дисоціації. Отже, можемо зробити висновок, що соціалізація грає значну роль при психологічній адаптації вимушено переміщених жінок і їх боротьбі симптомами посттравматичного стресового розладу та дисоціації.

Таблиця 3.14

Кореляційна матриця: зв'язок емоційної ізоляції із розвитком симптомів посттравматичного стресового розладу та дисоціації

		1MS	22MS	26MS	СУМА IES	PD%
1MS	r Пірсона	—				
	df (ступенів свободи)	—				
	p-значення	—				
22MS	r Пірсона	-0.402	—			

	df (ступенів свободи)	86	—			
	p-значення	< .001	—			
26MS	r Пірсона	0.282	-0.314	—		
	df (ступенів свободи)	86	86	—		
	p-значення	0.008	0.003	—		
СУМ AIES	r Пірсона	0.241	-0.344	0.408	—	
	df (ступенів свободи)	86	86	86	—	
	p-значення	0.023	0.001	< .001	—	
PD%	r Пірсона	0.221	-0.341	0.252	0.486	—
	df (ступенів свободи)	86	86	86	86	—
	p-значення	0.038	0.001	0.018	< .001	—

Схожі результати ми бачимо, проводячи тестування за моделлю ANOVA: ми простежуємо статистично значущу відмінність у середніх рівнях дисоціації у тих жінок, яким подобається бути у товаристві інших. Рівень дисоціації падає із підвищенням балів, які означають задоволення від спілкування з оточенням. Також варто звернути увагу на широкий довірчий інтервал, який виникає у дисоціації при найбільшому задоволенні від спілкування (бал 5). Це також може означати високу варіабельність і присутність також і інших факторів, які впливають на розвиток дисоціації.

Тобто ми можемо зробити висновок, що попри супутні фактори, соціальна ізоляція також має високий вплив на розвиток симптомів посттравматичного стресового розладу, в тому числі дисоціативних, у вимушено переміщених осіб. Детальніше ознайомитись із розрахунком можна у таблиці, яка зображена нижче:

Таблиця 3.15

Односторонній аналіз за моделлю ANOVA: вплив соціальної ізоляції на розвиток симптомів ПТСР та дисоціації

Односторонній ANOVA (Велч)				
	F	df1	df2	p
Рівень дисоціації	4.66	3	22.3	0.011

Можемо зробити проміжний висновок, що жінки, які пережили травматичну подію, з меншою ймовірністю звертаються по допомогу і виходять із соціальної ізоляції, перебуваючи в уникненні. Проте, ця стратегія поведінки працює як замкнене коло, посилюючи симптоми посттравматичного стресового розладу. Тож логічним терапевтичним втручанням може стати створення спеціальних груп, в яких жінки будуть отримувати необхідне спілкування, ділитися своїм досвідом вимушеного переїзду, соціалізуватись на новому місці та паралельно знижувати дисоціативну симптоматику.

Для того, щоб дослідити, які супутні фактори ускладнюють психологічну адаптацію жінок-ВПО, ми провели регресійний лінійний аналіз, щоб визначити, які фактори мають статистичну значущість та

можуть потенційно впливати на розвиток дисоціативних симптомів у вимушено переміщених жінок. Перший фактор, який ми досліджували — це наявність дітей та другого дорослого при виїзді за кордон. Показники відповідності такої моделі становили:

Таблиця 3.16

Відповідність моделі: фактор — наявність сім'ї поруч

Модель	R	R ²
1	0.271	0.0736

Показник R² означає, що 7.36% варіативності рівня дисоціації можна пояснити через статус переїзду.

Коефіцієнти моделі - PD%

Предиктор	Оцінити	SE	t	p
Перехват ^a	26.85	3.90	6.883	<.001
8 DM:				
одна – залишилась	5.34	6.49	0.823	0.413
одна з дітьми – залишилась	-1.39	9.56	-0.145	0.885
з дітьми та іншим дорослим – залишилась	12.83	5.32	2.413	0.018

^a Представляти опорний рівень

Рис. 3.13. — Дослідження впливу наявності дітей та другого дорослого при виїзді за кордон на розвиток дисоціативних симптомів у вимушено переміщених жінок

З результатів дослідження ми можемо зробити висновок, що жінки, які виїхали за кордон з дітьми та іншим дорослим мають середній рівень дисоціації, який на 12, 83% вищий за референтну групу. Враховуючи, що

показник $p = 0.018$ — ці результати є статистично значущими. Отже, ми можемо зробити висновок, що жінки, які виїждять за кордон з близькими та дітьми зберігають вищий рівень дисоціації, у порівнянні із тими, хто залишається. Гіпотетично, це може бути пояснено тим, що зберігаючи свою сімейну систему, жінки не помічають різких змін в оточенні, направляючи всю свою увагу на дітей та сім'ю, ігноруючи такі стресові фактори, як війна та переїзд.

Наступним показником, який ми проаналізували було збереження соціального кола, друзів тощо. Показники відповідності цієї моделі становили:

Таблиця 3.17

Відповідність моделі: фактор — збереження соціального кола

Модель	R	R ²
1	0.221	0.0489

Показник R² означає, що 4,89% варіативності рівня дисоціації можна пояснити через збереження чи втрату друзів і звичного соціального кола у вимушено переміщених жінок. З цього ми можемо зробити висновок, що модель може інтерпретувати лише невелику частину варіативності рівня дисоціації у цієї популяції. Розглянемо коефіцієнти даної моделі:

Коефіцієнти моделі - PD%

Предиктор	Оцінити	SE	t	p
Перехват ^a	26.85	3.93	6.83	<.001
5DM:				
Ні – залишилась	12.04	5.83	2.07	0.042
Так – залишилась	6.99	5.43	1.29	0.202

^a Представляти опорний рівень

Рис. 3.14 — Дослідження впливу збереження соціального кола на розвиток дисоціативних симптомів у вимушено переміщених жінок

На зображенні зазначено, що група, яка виїхала за кордон і через це втратила своє соціальне коло в середньому на 12.04 % більше постраждала від дисоціативних симптомів, аніж група жінок, які не змінили своє місце перебування. Ми можемо вважати цей коефіцієнт статистично значущим, адже $p = 0.042$. Цей розрахунок свідчить про те, що соціальна ізоляція може негативно впливати на розвиток дисоціативних симптомів у ВПО, тим самим ускладнюючи психологічну адаптацію на новому місці.

Наступним фактором, який ми дослідили у рамках цього дослідження стало знання мови країни перебування. Наскільки цей фактор може впливати на розвиток дисоціації? Щоб дізнатися, детальніше розглянемо дані, які запропонував нам статистичний розрахунок. Показники відповідності цієї моделі були такими:

Таблиця 3.18

Відповідність моделі: фактор — знання мови країни перебування

Модель	R	R ²
1	0.244	0.0597

Показник R^2 означає, що 5,97% варіативності рівня дисоціації можна пояснити через знання мови країни перебування у вимушено переміщених жінок. Проаналізуємо коефіцієнти даної моделі:

Коефіцієнти моделі - PD%				
Предиктор	Оцінити	SE	t	p
Перехват ^a	26.85	3.91	6.872	<.001
3DM:				
Ні – залишилась	12.20	5.32	2.290	0.024
Так – залишилась	4.55	5.93	0.767	0.445

^a Представляти опорний рівень

Рис. 3.15 — Дослідження впливу знання мови країни перебування на розвиток дисоціативних симптомів у вимушено переміщених жінок

Дана таблиця вказує на те, що група жінок, які змінили своє місце проживання через війну та не вивчили/не знають мови країни, в якій вимушено опинились, мають на 12.20% вищий рівень дисоціативних симптомів, ніж група, яка залишилась. Чи є ці показники статистично значущими? Так, адже показник $p = 0,024$. З аналізу даної моделі ми можемо зробити висновок, що не вивчення мови у новій країні може посилювати дисоціації та сповільнювати процес психологічної адаптації. Можемо припустити, що це також пов'язано із соціальною ізоляцією, адже саме від знання мови залежить можливість відвідувати різноманітні заходи, знайомитись з новими людьми та знаходити роботу/корисну діяльність, які можуть пришвидшити процес адаптації.

Наступним фактором, який може вплинути на розвиток дисоціативних симптомів, ми визначили — зміну звичного місця роботи. Адже велика кількість респонденток під час дослідження діляться своїм

досвідом зміни роботи з інтелектуальної на прикладну. Наприклад, зі сфери ІТ на роботу на заводі. Ми припустили, що такі критичні зміни діяльності можуть вплинути на розвиток дисоціативних симптомів та ускладнити процес психологічної адаптації вимушено переміщених жінок. Звернемось до показників відповідності даної моделі:

Таблиця 3.19

Відповідність моделі: фактор — зміна діяльності

Модель	R	R ²
1	0.223	0.0498

Показник R² становить , що пояснює близько 4,98% варіативності рівня дисоціації у даної популяції.

Коефіцієнти моделі - PD%

Предиктор	Оцінити	SE	t	p
Перехват ^a	26.85	3.93	6.84	<.001
2DM:				
Ні – залишилась	7.68	5.09	1.51	0.135
Так – залишилась	13.82	6.96	1.99	0.050

^a Представляти опорний рівень

Рис. 3.16 — Дослідження впливу зміни роботи на розвиток дисоціативних симптомів у вимушено переміщених жінок

Аналізуючи цю модель, ми можемо зробити висновок, що група жінок-ВПО, які кардинально змінили місце роботи, має на 13,82% вищий показник дисоціації, ніж ті, хто залишився. Цей показник тяжіє до статистичної значущості, адже показник $p = 0,050$. Тобто цей фактор має

потенційний вплив, але ми також не можемо виключати наявність інших чинників, що можуть впливати на вибірку у цій моделі. Можемо виділити триаду факторів, які можуть посилювати ризик розвитку дисоціативних симптомів у вимушено переміщених українок і тим самим впливати на ускладнення психологічної адаптації, а саме: відсутність знання мови країни перебування, обмеження соціального кола та друзів, кардинальна зміна роботи.

Щоб узагальнити цю тезу, було вирішено провести факторний аналіз компонентів, які ускладнюють психологічну адаптацію вимушено переміщених жінок. Для початку важливо зрозуміти чи можемо ми застосувати факторний аналіз для нашої вибірки. Для цього пропонуємо провести статистичний тест за Бартлетом, який може показати чи буде ця методика достатньо інформативною та коректною для цього набору даних. У таблиці, яка наведена нижче, ми бачимо такі дані: показник $\chi^2 = 407$, що є підтвердженням наявності лінійних зв'язків між даними у вибірці. При цьому р значення = $<.001$, що також підтверджує статистичну значущість кореляції між змінними. Отже, може зробити висновок, що метод факторного аналізу може бути використаний для вирішення наших завдань. Щоб детальніше ознайомитись з результатами статистичного тесту, пропонуємо вам звернути увагу на таблицю, яка розташована нижче:

Таблиця 3.20

Статистичний тест на використання моделі

Тест Бартлетта на сферичність		
χ^2	df (ступенів свободи)	p
407	21	$<.001$

Також ми провели тестування за мірою адекватності вибірки Кайзера Мейера-Олкіна, яке показало наступні результати:

Таблиця 3.21

Міра адекватности вибірки за тестом Кайзера Мейера-Олкіна

КМО міра адекватности вибірки	
MSA	
Загалом	0.800
MS	0.660
СУМАІЕС	0.648
PD%	0.803
1DM	0.774
2DM	0.905
3DM	0.869
5DM	0.837

Інтерпретуючи їх, ми бачимо, що міра більшості показників прагне до 1. Це означає, що дані придатні до обробки факторним методом. Переходячи до основного аналізу, ми можемо припустити, що існують фактори, які пояснюють поведінку та переживання нашої вибірки. Пропонуємо розглянути як основну гіпотезу вплив двох факторів:

- рівня посттравматичного стресу та дисоціативних симптомів (як внутрішній фактор)

- психологічної адаптації (як зовнішнього фактора)

Щоб визначити кількість факторів, ми застосували критерій Кеттела (шкалу кам'яного осипу), яка показала наступні результати.

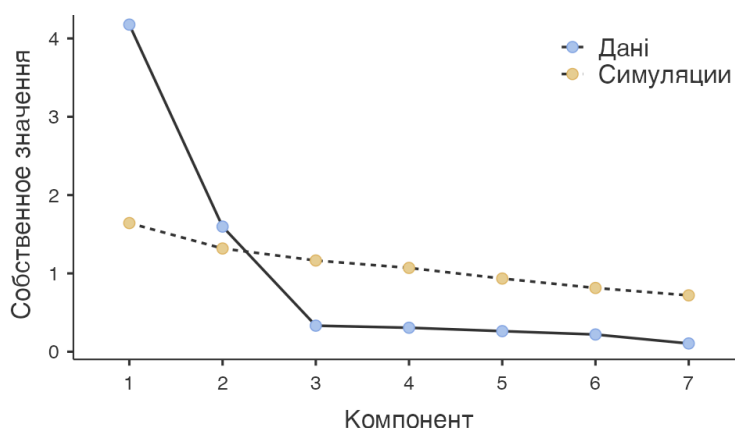


Рис. 3.17 — Шкала кам'яного осипу факторів у нашої вибірки

На даному зображенні ми спостерігаємо результати факторного аналізу за нашою вибіркою. Власні значення швидко падають від першого до третього компонента, що може означати, що перші кілька факторів охоплюють значну варіативність даних. Тобто додавати додаткові компоненти — не має сенсу, адже це не покращить модель. Отже, на нашу вибірку дійсно впливають два основних фактори. Розглянемо детальніше результати аналізу. Для цього зверніть увагу на таблицю, яка розташована нижче. Проаналізувавши головні складові, ми спостерігаємо два компоненти, на які є різне навантаження:

- компонент 1 ми інтерпретуємо, як фактор, пов'язаний із психологічною адаптацією на новому місці, адже змінні, які увійшли до нього, пов'язані із часом перебування за кордоном, зміною

професії, вивченням мови, наявністю соціального кола. Ці зміни більше характерні для проявлення в новому середовищі.

- компонент 2 ми інтерпретуємо, як фактор, пов'язаний із переживанням симптомів посттравматичного стресу та дисоціації. Він здебільшого про внутрішні переживання конкретної респондентки.

Таблиця 3.22

Дослідження компонентів за допомогою факторного аналізу

Навантаження компонента			
	Компонент		
	1	2	Унікальність
MS		0.881	0.2185
СУМАІ ES		0.876	0.2278
PD%		0.756	0.4210
1DM	0.947		0.0880
2DM	0.869		0.2055
3DM	0.910		0.1662
5DM	0.917		0.1567

Примітка. Було використане обертання 'варімакс'

Аналізуючи модель, ми спостерігаємо, що саме 1 компонент має суттєвий вплив на змінні. А 2 пояснює більш специфічні та унікальні

реакції — посттравматичні, дисоціативні, які пов'язані із внутрішніми переживаннями респонденток.

Тобто ми мали рацію у своїх здогадках і можемо зробити висновок, що труднощі, пов'язані із первинною психологічною та соціальною адаптацією більше впливають на нашу вибірку, аніж наслідки посттравматичного стресу та дисоціації.

Це підкреслює значущість розробки спеціалізованих інтервенцій, які адресують ці первинні виклики та допомагають укріпити здатність осіб до адаптації у нових соціальних та культурних умовах. Отже, нам необхідно робити акцент на початкових етапах адаптації, а також брати до уваги однаково як і внутрішні чинники, так і зовнішню адаптацію при розробці інтервенцій та підтримки вимушено переміщених українців.

Таким чином, зосередження ресурсів на ранній адаптації та всебічний комплексний підхід до цього питання може значно покращити загальний добробут і допомогти впоратися з травматичними наслідками в довгостроковій перспективі.

Таблиця 3.23

Навантаження на змінні

Резюме			
Компонент	Сума квадратичних навантажень (SS)	% від дисперсій	Накопичений %
1	3.34	47.7	47.7
2	2.18	31.1	78.8

Переглядаючи статистичні значення компонентів у таблиці вище, ми можемо зробити висновок, що компонент 1 захоплює аж 47,7 % від дисперсії, а другий компонент охоплює 31,1% від дисперсії. Тобто перший компонент дійсно є панівним, проте другий також має великий вплив на нашу вибірку. Отже, інтерпретуючи результати факторного дослідження, ми прийшли до наступних висновків:

- ця вибірка має велику кількість внутрішніх кореляцій та добре підходить для цього типу аналізу;
- є два важливих фактори, які можуть впливати на нашу вибірку, це психосоціальна адаптація та переживання травматичних симптомів, в тому числі дисоціації;
- саме чинники, які належать до психосоціальної адаптації покривають переважну частину дисперсії (зовнішні фактори);
- переживання травматичних симптомів також відіграє важливе значення для нашої вибірки, проте займає 2 місце у послідовності;
- можливо, саме дисоціація, як захисний механізм, відіграє важливу роль в уникненні думок про травматичні події та спрямуванні діяльності на вирішення нагальних потреб.

3.4. Перспективи дослідження

Зважаючи на викладене вище, у рамках даного дослідження ми досягли бажаних результатів, проте важливо підкреслити, який вектор розвитку цієї роботи ми вважаємо перспективним. У ході дослідження ми не торкнулись контексту та умов проживання вимушено переміщених жінок на новому місці, а отже не можемо зробити висновки щодо їх впливу

на рівень травматичного стресу та дисоціації, які можуть бути із цим пов'язані. У цьому дослідженні ми використовували широку вибірку жінок, які мають різний вік та соціальний статус, що також могло впливати на результати. У подальшій роботі на цю тему ми рекомендуємо експериментувати та досліджувати вужчі групи населення, щоб отримати спеціалізовані рекомендації, які можна застосовувати для конкретних випадків психотерапевтичної роботи.

Безумовно, тему вимушеного переміщення та психологічної адаптації можуть поглибити міждисциплінарні студії, такі як: психологічно-соціологічні дослідження, що допоможуть вказати, які саме соціальні впливи так чи інакше формують поведінку вимушено переміщених жінок за кордоном. Важливий внесок у це дослідження можуть зробити роботи, що спрямовані на вивчення не тільки психологічної, але і фізичної адаптації вимушено переміщених осіб — адже вони також можуть бути гіпотетично пов'язані, проте цих досліджень наразі немає у науковому полі.

Не можна оминати увагою також і гендерні дослідження, які можуть підкреслити, як саме змінюється роль жінки, коли вона опиняється у незнайомому середовищі у якості єдиного опікуна дитини у ситуації вимушеного переміщення.

Також показники сильної кореляції між дисоціацією та фізіологічною збудливістю можуть бути приводом дослідити травматичний стан ВПО із погляду нейронауки та медицини.

Перспективним є дослідження тих копінгових стратегій, які свідомо чи несвідомо застосовують вимушено переміщені українки для психологічної та соціальної адаптації в інших країнах та регіонах. Для того, щоб детальніше дослідити це питання важливо не тільки отримати

кількісні статистичні дані, але і безпосередньо поспілкуватися з респондентками у вигляді терапевтичного інтерв'ю. Це дозволить проаналізувати індивідуальний досвід кожної з учасниць та виявити, які стратегії роботи із травмою вони застосовували.

Надалі у дослідженні важливо також враховувати культурний контекст вимушеного переміщення, адже для багатьох жительок східних регіонів України це вимушене переміщення — не є першим. Повторна ретравматизація та втрата другого дому можуть впливати на результати, що також важливо врахувати у майбутньому.

Важливою точкою для продовження і розвитку цього дослідження може стати перевірка ефективності роботи різних терапевтичних методик із жінками-ВПО. Розуміючи сильний зв'язок між ПТСР та дисоціативними станами, важливо застосовувати методики, які будуть повертати до реальності та надавати можливість усвідомити власні ресурси у процесі посттравматичного зростання. Зокрема, досліджуючи нашу вибірку у довгостроковому форматі, ми можемо проаналізувати, яким чином наслідки цієї травми вплинули на їх подальший життєвий шлях.

Також цікавим пластом наукової роботи з темою психологічної адаптації вимушено переміщених осіб може стати міждисциплінарна робота, яке поєднує інформаційні технології та психологію для розробки мобільного застосунку з психотерапевтичними вправами та техніками, які можуть застосовувати жінки ВПО задля полегшення психологічної адаптації на новому місці. Виходячи із результатів, які ми отримали, наповнення цього застосунку має бути пов'язане із роботою з травмою, поверненням до реальності, пошуком та застосування індивідуальних ресурсів для виходу зі стану ізоляції в новому середовищі.

Наше дослідження має практичну значущість для розробки нових терапевтичних втручань, націлених на роботу із комплексним посттравматичним стресовим розладом та дисоціативними симптомами. Завдяки цій роботі ми змогли актуалізувати ті виклики, з якими зустрічаються вимушено переміщені українки, та плануємо надалі розробити специфічну методику роботи для роботи з ними. Також ця робота допомогла зрозуміти необхідність розширення розуміння наслідків ПТСР у вимушено переміщених жінок. Це дозволить сформувати терапевтичні групи, які можуть стати корисними при реінтеграції та поверненні ВПО додому. Адже як показала робота, високий рівень дисоціації може викликати повторну, більш виражену травму. Також, розуміючи природу дисоціації та включаючи її в діагностичні критерії, ми зможемо на ранньому етапі визначати у яких пацієнтів є підвищений ризик ретравматизації та вживати запобіжних заходів. Довгострокове спостереження за пацієнтами під час роботи у терапевтичних групах може сприяти розвитку цього дослідження та визначенню тривалих наслідків при роботі з дисоціативними симптомами ПТСР. Це дозволить проаналізувати, які терапевтичні підходи є найефективнішими у зниженні дисоціативних реакцій та покращенні якості життя респонденток. Накопичені дані допоможуть у формуванні більш точних методик ведення групових сесій для осіб з ПТСР, а також у виробленні стратегій профілактики та реагування на дисоціативні симптоми в майбутньому.

Висновки до розділу III

У третьому емпіричному розділі нашої роботи ми використали статистичні методи дослідження, такі як: описова статистика, кореляція

Пірсона, лінійна регресія, частотний та факторний аналізи, щоб детально і послідовно вивчити особливості психологічної адаптації вимушено переміщених жінок, дізнатися про труднощі, з якими вони стикаються на цьому шляху, та визначити, які потенційні терапевтичні інтервенції можуть працювати із нашою вибіркою.

По-перше, можемо зробити наступні висновки стосовно мотивації до виїзду вимушено переміщених жінок та вибору саме такої стратегії поведінки. Наші статистичні дослідження показали, що:

1. Взаємозв'язок дисоціації та травматичного стресу наявний як для групи, що виїхала, так і для групи, що залишилася. Проте, вони мають різне значення. Для групи вимушено переміщених осіб збільшення дисоціації більш виражене із ростом травматичного стресу. Тоді як контрольна група, яка залишилась, показує менше зростання дисоціації при збільшенні травматичного стресу. *Тобто жінки-ВПО переживають більш інтенсивні симптоми дисоціації та травматичного стресу, ніж ті, хто прийняв рішення залишитись у рідному місті.* Це може бути пов'язано із більшою чутливістю до травматичних подій або більш складним контекстом їх переживання. Наприклад, у нашої вибірки були випадки, коли рішення виїжджати було пов'язано із втратою домівки чи близьких через обстріли або окупацію.
2. *Маємо пряму кореляцію між показниками емоційної та фізіологічної збудливості та прийняттям рішення про виїзд.* Тобто саме високий показник збудливості міг вплинути на прийняття цього рішення, запускаючи відповідну стратегію самозбереження. Також можемо припустити, що сам виїзд відбувався у більш стресовому та тривожному форматі.

3. Жінки, які суб'єктивно не відчували себе вдома, частіше приймали рішення виїхати, ніж ті, хто мав почуття рідної домівки. Також рівень симптомів ПТСР вищий у тих жінок, які не відчували себе вдома у порівнянні із протилежною групою. А от жінки, які відчували себе «вдома», рідше стикалися із симптомами травматичного стресу внаслідок військових дій;

Також можемо зробити висновки, стосовно особливостей переживання травматичного стресу та дисоціації у нашої вибірки.

1. Переживання симптомів сильного травматичного стресу можуть бути пусковим механізмом для розвитку дисоціативних симптомів в межах ПТСР у вимушено переміщених українок. З одного боку дисоціація може працювати як захисний механізм, який допомагає відмежуватись від наслідків травматичного стресу, проте з іншого боку саме наявність дисоціації уповільнює процес психологічної адаптації на новому місці та відмежовує не тільки від травматичних переживань, але і від усвідомлення реальності подій в цілому.
2. Триваліший час перебування за кордоном може збільшувати рівень дисоціації, якщо рівень стресу також залишається висхідним. Це може бути пояснено складнощами із психологічною адаптацією на новому місці та зростанням соціальних вимог до тих, хто знаходиться за кордоном/у більш безпечних регіонах більшу кількість часу.
3. У відповідь на травматичну подію виїзду може виникнути ускладнена симптоматика, коли поруч із фізіологічним збудженням, підвищеним серцебиттям та напруженістю з'являються дисоціативні реакції такі, як амнезія, відчуження, переживання, ніби ти

знаходишся не у своєму тілі. Це може свідчити про симптоми комплексного ПТСР у вимушено переміщених осіб.

Також ми проаналізували чинники, які можуть ускладнювати ці стани:

1. *Наявність чи відсутність дітей* не впливає на розвиток дисоціативних симптомів та симптомів травматичного стресу. Проте, статистично більшість жінок, які мали дітей, виїжджали за кордон або в більш безпечні регіони.
2. *Соціальна ізоляція* також впливає на нашу вибірку. Жінки, які відчувають, що їх не розуміють навіть їх сім'ї, мають вищий показник симптомів ПТСР та дисоціації. Жінки, які прагнуть товариства інших людей, менше страждають на симптоми ПТСР та дисоціації. Отже, можемо зробити висновок, що соціалізація грає значну роль при психологічній адаптації вимушено переміщених жінок і їх боротьбі симптомами ПТСР та дисоціації. Рівень дисоціації падає із підвищенням балів, які означають задоволення від спілкування з оточенням.
3. Можемо виділити тріаду факторів, які можуть посилювати ризик розвитку дисоціативних симптомів у вимушено переміщених українок і тим самим впливати на ускладнення психологічної адаптації, а саме: *відсутність знання мови країни перебування, обмеження соціального кола та друзів, кардинальна зміна роботи.*
4. Є два важливих компоненти, які можуть впливати на нашу вибірку: *це психосоціальна адаптація та переживання травматичних симптомів, в тому числі дисоціації.* Саме чинники, які належать до психосоціальної адаптації покривають переважну частину дисперсії (зовнішні фактори). Переживання травматичних симптомів також відіграє важливе значення для нашої вибірки, проте займає 2 місце у

послідовності; Можливо, саме дисоціація, як захисний механізм, відіграє важливу роль в уникненні думок про травматичні події та спрямуванні діяльності на вирішення нагальних потреб.

Враховуючи отриману інформацію, ми сформулювали рекомендації по терапевтичній роботі з психологічною адаптацією вимушено переміщених жінок:

1. Беручи до уваги більшу емоційну та фізіологічну збудливість вимушено переміщених жінок, ми рекомендуємо впроваджувати психотерапевтичні техніки, спрямовані на заземлення та усвідомленість для жінок із такою симптоматикою. Це може допомогти знизити високу реактивність, яка виступає одним із симптомів К-ПТСР.
2. Також важливою терапевтичною інтервенцією може стати робота, пов'язана із фігурою власної домівки. Адже, як показує наше дослідження, брак приналежності до власного дому може посилювати травматичну симптоматику. Тоді, крім підтримки процесів горювання, важливо також дізнаватися, який саме сенс вкладає у розуміння «власного дому» кожна із респонденток та працювати із пошуком та відновленням цього втраченого ресурсу. Наприклад, для деяких жінок із нашої вибірки «почуття власного дому» було безпосередньо пов'язане із соціальним колом та оточенням. В такому випадку робота полягала б у пошуці можливостей для спілкування та виходу із соціальної ізоляції у новому середовищі. Така терапевтична робота могла б суттєво вплинути на рівень дисоціативних та травматичних симптомів у вимушено переміщених осіб.

3. Одним із факторів, який позитивно корелює із розвитком посттравматичних симптомів та дисоціації — є саме соціальна ізоляція. Тому однією із важливих рекомендацій стосовно терапевтичної роботи з вимушено переміщеними жінками є створення терапевтичних груп, які будуть виступати безпечним простором для спілкування жінок із схожим досвідом.
4. Також при складанні плану терапевтичної роботи із жінками ВПО важливо приділяти увагу двом складовим, які безпосередньо впливають на психологічну адаптацію цих жінок, а саме роботі із внутрішньою та зовнішньою проблематикою. Якщо ми говоримо про зовнішні фактори, то знижувати травматичні симптоми може: спілкування із громадою, соціальна діяльність, вивчення мови, продовження чи пошук роботи за своїм фахом, робота над створенням нової ідентичності. Якщо ми говоримо про внутрішні фактори, то це психотерапевтична робота із переживаннями конкретної людини. Тобто важливо розуміти, що комплексна проблематика вимушеного переміщення потребує уваги до багатьох факторів і на це може піти певний час, який буде відрізнятися у кожному конкретному випадку. У цьому випадку важливо наголошувати саме на можливості посттравматичного зростання, але при цьому уникати тиску.

На основі цих рекомендацій можна скласти індивідуальний план психотерапевтичної роботи із жінками, які зазнали травми вимушеного переміщення. В цю роботу варто інтегрувати методи, які націленні на посилення емоційної резильєнтності. План може включати індивідуальні та групові сесії, роботу з сім'єю та соціальним оточенням, а також сприяння залученню до спільноти та відновленню соціальних зв'язків.

ВИСНОВКИ

На початку цієї дослідницької роботи ми ставили перед собою мету — визначити специфіку психологічної адаптації вимушено переміщених жінок, які переживають дисоціативні симптоми внаслідок ПТСР. Досягти цієї мети було нашим науковим викликом, адже досягнення цілі стало можливим тільки після дослідження цілого комплексу теоретичний та емпіричних питань.

Досвід вимушеного переміщення безпосередньо пов'язаний із втратою. І в цій темі йдеться про втрати, які не одразу є очевидними. Ця робота не тільки про втрату рідної домівки чи знайомого середовища, вона також присвячена кожному, хто пережив втрату якоїсь частини власної ідентичності, втрату відчуття стабільності і впевненості, втрату коренів. Але важливо помічати і підкреслювати, що другою стороною цього досвіду є саме посттравматичне зростання. І попри усі ускладнюючі фактори, такі як дисоціація чи інші симптоми ПТСР, вимушено переміщені жінки проходять психологічну адаптацію. І ця робота спрямована на те, щоб допомогти їм на цьому шляху та підтримати їх через конкретні рекомендації. В подальшому їх можна застосовувати для розробки індивідуальних чи групових терапевтичних підходів.

Переходячи до результатів важливо підкреслити, що ми умовно розділили цю роботу на два великих блоки: теоретичний та емпіричний. В теоретичному розділі ми виконали такі завдання:

1. *Оглянули концепції психологічної адаптації вимушено переміщених жінок у різних психотерапевтичних підходах та з'ясували, які із підходів є релевантними для роботи із українським досвідом. Ми дослідили різноманітні концепції психологічної адаптації вимушено*

переміщених жінок у різних психотерапевтичних підходах, проте дуже швидко з'ясували, що культурний досвід інших країн відрізняється від українського і це може безпосередньо впливати на результати досліджень. Це розуміння допомогло нам під час дизайну власного дослідження. Також у теоретичному розділі ми з'ясували, що гуманістичний психотерапевтичний підхід є найбільш релевантним для нашої вибірки із симптомами ПТСР та дисоціації, адже вони глибоко потребують задоволення емоційних потреб у контакті з іншою людиною (що також потім було доведено емпірично).

2. Відштовхуючись від гуманістичних теорій Карла Роджерса (Carl Rogers, 1978), Абрахама Маслоу (Maslow, 2013), Лазара та Фолькмана (Lazarus, 1984) та інших, ми *створили власну теоретичну модель психологічної адаптації*, яка буде релевантна сама для нашої вибірки. Також щоб дізнатися більше про симптоми, які відчувають вимушено переміщені жінки, ми розглянули поняття дисоціації та ПТСР у контексті вимушеного переміщення. Отримані теоретичні результати стали надійною базою для дизайну подальшого дослідження. Адже ми звернули увагу на те, які чинники ускладнювали перебіг ПТСР, які умови, навпаки, дозволяли скоріше відбутися психологічній адаптації та як гендер впливає на переживання досвіду вимушеного переїзду.

Після цього ми перейшли до емпіричної частини дослідження, у якій виконали такі завдання:

3. *Підготувались до емпіричного дослідження.* У другому розділі детально описаний сам процес збору даних за опитувальниками, первинний аналіз їх на узгодженість за альфою Кронбаха та опис

отриманих результатів. Така детальна підготовка дозволила нам краще зрозуміти нашу вибірку та перейти безпосередньо до статистичних аналізів.

4. Важливою частиною цього дослідження став *аналіз зв'язку дисоціативних симптомів із травматичним стресом*, який пережили дві групи жінок: ВПО та ті, хто прийняв рішення та/або мав можливість залишитись у рідній домівці. Було доведено, що жінки-ВПО більш інтенсивно пережили стрес початку повномасштабного вторгнення і мали більш виражені дисоціативні симптоми. Високий рівень симптомів ПТСР став пусковим гачком для розвитку ускладнень у вигляді дисоціативних станів, які з одного боку працювали у якості захисних механізмів, але з іншого уповільнювали процес психологічної адаптації на новому місці та ізолювали не тільки від травми, але і від усвідомлення та опрацювання нової реальності загалом.
5. Ми дослідили чинники, які впливають на прийняття рішення про виїзд. Змогли показати статистично, що вимушено переміщені жінки мали вищий показник емоційної та фізіологічної збудливості, що могло стати причиною виїзду. Ця група або переживала більш тривожно початок повномасштабної війни, або зустріла її в такому контексті, де витримати стрес, збудження і травматичні симптоми було можливо тільки через дисоціативний захисний механізм, а саме — відмежування від реальності, ізоляція у своєму внутрішньому світі. Також поєднання таких полярних симптомів як збудження і дисоціація можуть свідчити про розвиток К-ПТСР, де травма війни накладається на інші травматичні події, такі як: втрата близьких, втрата дому, пошук нової ідентичності тощо. Однією із важливих

наукових знахідок цієї роботи став факт, що жінки, які мають суб'єктивне «переживання дому» / «домашнього затишку» менше зустрічаються із посттравматичними симптомами, ніж ті, хто не мають цього стабілізаційного почуття. Саме тому жінки, які не відчували себе вдома з більшою ймовірністю приймали рішення про виїзд. Однак, для кожної окремої респондентки «почуття дому» може бути пов'язане із різними факторами.

6. Також ми проаналізували фактори, які можуть ускладнювати переживання симптомів ПТСР у ВПО та сформулювати рекомендації по терапевтичній роботі із ВПО. У цій роботі було виявлено, що час перебування за кордоном може збільшувати рівень дисоціації, але тільки якщо тенденція високого травматичного стресу також залишається висхідною. Такий рівень напруги можна пояснити через те що з часом зростають вимоги до вимушено переміщених осіб у новому місці. Спільнота очікує, що жінки-ВПО будуть швидше адаптуватися у новому середовищі: вчити мову, шукати роботу тощо, проте здебільшого не враховується важливість психологічної адаптації у цьому контексті. Чинниками, які ускладнюють дисоціативні симптоми стали соціальна ізоляція та небажання знаходитись у товаристві інших людей, відсутність знання мови країни перебування, обмеження соціального кола та друзів, кардинальна зміна роботи. Проте, наявність дітей, наприклад, ніяк не вплинула на ускладнення травматичної симптоматики та зростання рівня дисоціації. В ході роботи ми виокремили два основних фактори, які впливають на психологічну адаптацію. Для нашої зручності ми інтерпретуємо їх як «зовнішні» та «внутрішні». Перший компонент був пов'язаний саме із пошуком себе на новому

місці та зовнішньою стороною адаптації. І як показує дослідження саме більшість жінок ВПО акцентує свою увагу на цьому. Другим фактором стали внутрішні переживання жінок, пов'язані із травматичною симптоматикою, яким, натомість, приділялась менша увага. Отже, таким чином відбувалось уникнення психологічної роботи над важкими почуттями. Враховуючи отриману у дослідженні інформацію, ми сформулювали рекомендації із терапевтичної роботи з цією категорією жінок.

Ці тези створені із надією, що саме ґрунтовна терапевтична робота може позитивно вплинути на вихід з ізоляції та стану уникнення для вимушено переміщених українок. Найбажанішим вектором цього дослідження, крім описаних у розділі із перспективами, може стати вивчення феномену посттравматичного зростання жінок-ВПО, яке ми сподіваємось прослідкувати у нашої вибірки надалі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Уварова, О., & Ясеновська, М. (2020). *Гендерний вимір внутрішнього переміщення: світовий досвід і ситуація в Україні*. ФОП Рубашкін Д.Ю.
2. Tekin, A., Karadağ, H., Süleymanoğlu, M., Tekin, M., Kayran, Y., Alpak, G., & Şar, V. (2016). Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 28556. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28556>
3. Mahmood, H. N., Ibrahim, H., Ismail, A. A., & Neuner, F. (2022). The mental health of forcibly displaced couples. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/jts.22862>
4. Jaff, D. (2018). Mental health needs in forcibly displaced populations: critical reflections. *Medicine, Conflict and Survival*, 34(1), 10–12. <https://doi.org/10.1080/13623699.2018.1456091>
5. Turan, N., İpekçi, B., & Yalçın Yılmaz, M. (2019). Self-Determination and Psychological Adaptation in Forcibly Displaced People. *New England Journal of Public Policy*, 31(2), Стаття 11.
6. White, R. G., & Van der Boor, C. (2021). Enhancing the capabilities of forcibly displaced people: a human development approach to conflict- and displacement-related stressors. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30. <https://doi.org/10.1017/s2045796021000263>
7. Wells, R., Lawsin, C., Hunt, C., Said Youssef, O., Abujado, F., & Steel, Z. (2018). An ecological model of adaptation to displacement: individual, cultural and community factors affecting psychosocial adjustment among

- Syrian refugees in Jordan. *Global Mental Health*, 5.
<https://doi.org/10.1017/gmh.2018.30>
8. *Mental health and forced displacement*. (б. д.). World Health Organization (WHO).
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement>
 9. Ніколаєнко, С., & Ніколаєнко, О. (2012). Поняття адаптації в різних напрямках психології. *Світогляд - Філософія - Релігія : збірник наукових праць*.
 10. Фрейд, З. (1991). *"Я" и "Оно"* (Т. 1). Мерани.
 11. Юнг, К. Г. (2023). *Символы и метаморфозы. Либидо*. Центр навчальної літератури.
 12. Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. Free Press.
 13. Jean, P. J. (2013). *Construction of Reality in the Child*. Taylor & Francis Group.
 14. Beck, A. T. (1989). *Cognitive therapy and the emotional disorders*.
 15. *Carl Rogers on Personal Power: Inner Strength and Its Revolutionary Impact*. (1978). Delta Books.
 16. Maslow, A. H. (2013). *Theory of Human Motivation*. Start Publishing LLC.
 17. Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
 18. Bessel A. Van der Kolk. (2015a). *Body Keeps the Score: Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. Penguin Books, Limited.
 19. *Post-Traumatic Stress Disorder*. (б. д.). National Institute of Mental Health (NIMH).
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>

20. Eger, E. (2017). *Choice: Embrace the Possible*. Penguin Random House.
21. Howell, E. F. (2013). *Dissociative Mind*. Routledge.
22. Williams, M. B., & Poijula, S. (2016). *PTSD Workbook: Simple, Effective Techniques for Overcoming Traumatic Stress Symptoms*. New Harbinger Publications.
23. HOLMES, E., BROWN, R., MANSELL, W., FEARON, R., HUNTER, E., FRASQUILHO, F., & OAKLEY, D. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 1–23.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
24. *APA PsycNet*. (б. д.). APA PsycNet. <https://psycnet.apa.org/home>
25. Herman, J. L. (2001). *Trauma and Recovery*. Rivers Oram Press/Pandora List.
26. *DSM-IV*. (1993). [W.H. Freeman].
27. Venkatachalam, T., O'Sullivan, S., Platt, D. E., Ammar, W., Hamadeh, R., Riachi, N., Presley, D., Khoury, B., Gauguier, D., Nader, M., Qi, L., & Zalloua, P. (2023). The impact of forced displacement: trauma, increased levels of inflammation and early presentation of diabetes in women Syrian refugees. *Journal of Public Health*.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad037>
28. Jolof, L., Rocca, P., Mazaheri, M., Okenwa Emegwa, L., & Carlsson, T. (2022). Experiences of armed conflicts and forced migration among women from countries in the Middle East, Balkans, and Africa: A systematic review of qualitative studies. *Conflict and Health*, 16(1).
<https://doi.org/10.1186/s13031-022-00481-x>
29. *New research reveals how war-related distress affects mental health of Ukrainian refugees in Poland*. (б. д.). World Health Organization

(WHO).

<https://www.who.int/europe/news/item/19-12-2022-new-research-reveals-how-war-related-distress-affects-mental-health-of-ukrainian-refugees-in-poland>

30. Buchcik, J., Kovach, V., & Adedeji, A. (2023). Mental health outcomes and quality of life of Ukrainian refugees in Germany. *Health and Quality of Life Outcomes*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02101-5>
31. Misitano, A., Moro, A. S., Ferro, M., & Forresi, B. (2022). The dissociative subtype of post-traumatic stress disorder: A systematic review of the literature using the latent profile analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1–17.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2022.2120155>
32. Herzog, S., Fogle, B. M., Harpaz-Rotem, I., Tsai, J., DePierro, J., & Pietrzak, R. H. (2020). Dissociative symptoms predict risk for the development of PTSD: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study (NHRVS). *Journal of Psychiatric Research*, 131, 215–219. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.018>
33. Halligan, S. L., & Yehuda, R. (2002). Assessing dissociation as a risk factor for posttraumatic stress disorder: A study of adult offspring of holocaust survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), 429–436. <https://doi.org/10.1097/00005053-200207000-00002>
34. Hansen, M., Ross, J., & Armour, C. (2017). Evidence of the dissociative PTSD subtype: A systematic literature review of latent class and profile analytic studies of PTSD. *Journal of Affective Disorders*, 213, 59–69.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.004>

35. Atchley, R., & Bedford, C. (2020). Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760410>
36. Taha, P. H., Taib, N. I., & Sulaiman, H. M. (2021). Posttraumatic stress disorder correlates among internally displaced Yazidi population following Islamic state of Iraq and Syria attacks in Iraq. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03299-8>
37. Пророк, Н., Запорожець, О., Креймеєр, Дж., Гридковець, Л., Царенко, Л., Ковальчук, О., Невмержицький, В., Кондратенко, Л., Манилова, Л., Чекстере, О., & Палієнко, Т. (2018). *Основи реабілітаційної психології: Подолання наслідків кризи* (Т. 1). ОБСЄ.

Додаток А

Шкала оцінки впливу травмівної події

№	Питання	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Весь час
1	Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушує мене знову пережити все, що трапилося	0	1	2	3	4
2	Я не міг(могла) спокійно спати ночами	0	1	2	3	4
3	Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною сталося	0	1	2	3	4
4	Я відчував(ла) постійне роздратування і гнів	0	1	2	3	4
5	Я не дозволяв(ла) собі засмучуватися, коли думав(ла) про цю подію або щось нагадувало мені про неї	0	1	2	3	4
6	Я думав(ла) про те, що трапилося проти своєї волі	0	1	2	3	4

7	Мені здавалося, що всього того, що сталося зі мною, ніби й не було насправді, або все, що тоді відбувалося, було нереальним	0	1	2	3	4
8	Я намагався(лася) уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що трапилося	0	1	2	3	4
9	Окремі картини того, що сталося раптово виникали в свідомості	0	1	2	3	4
10	Я був(ла) весь час напруженим(ною) і сильно здригався(лась), якщо щось раптово лякало мене	0	1	2	3	4
11	Я намагався(лася) не думати про те, що трапилося	0	1	2	3	4
12	Я розумів(ла), що мене і досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу	0	1	2	3	4

	того, що трапалося, але нічого не робив(ла), щоб їх уникнути					
13	Я відчував (ла) щось на зразок заціпеніння і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче «паралізовані»	0	1	2	3	4
14	Я раптом помітив(ла), що дію або почуваюся так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації	0	1	2	3	4
15	Мені було важко заснути	0	1	2	3	4
16	Мене буквально переповнювали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією	0	1	2	3	4
17	Я намагався(лася) витіснити з пам'яті те, що трапалося	0	1	2	3	4
18	Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь	0	1	2	3	4

19	Коли щось нагадувало мені про те, що трапалося, я відчував(ла) неприємні фізичні ознаки: пітнів(ла), дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс тощо	0	1	2	3	4
20	Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося	0	1	2	3	4
21	Я постійно остерігався(лась) і весь час чекав(ла), що трапиться щось погане	0	1	2	3	4
22	Я намагався(лася) ні з ким не говорити про те, що трапалося	0	1	2	3	4

Додаток Б

**Міссісіпська шкала посттравматичних стресових
розладів для цивільних**

№	Питання	Абсолютно не правильно	Іноді правильно	Правильно частково	Правильно	Абсолютно правильно
1	В минулому в мене було більше близьких друзів, ніж тепер	1	2	3	4	5
2	У мене немає почуття вини за все те, що я робив(ла) в минулому	1	2	3	4	5
3	Якщо хтось виведе мене з терпіння, то ймовірно, що я не стримаюсь і відповім агресивно, навіть можу застосувати фізичну силу	1	2	3	4	5

		Ніколи	Рідко	Іноді буває	Часто	Завжди
4	Якщо відбувається щось, що нагадує мені про минуле, то це виводить мене з рівноваги	1	2	3	4	5
5	Люди, які дуже добре мене знають, побоюються мене	1	2	3	4	5
6	Я здатний (на) вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7	Ночами мені сняться кошмари про те, що відбувалось зі мною в реальності	1	2	3	4	5
		Абсолютно не правил	Іноді правил ьно	Правильно частково	Правильно	Абсолютно правил

		ьно				ьно
8	Коли я думаю про певні речі, які я робив(ла) в минулому, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9	Ззовні може здатися, що в мене немає почуттів	1	2	3	4	5
10	Останнім часом мені іноді хочеться покінчити життя самогубством	1	2	3	4	5
		Ніколи	Рідко	Іноді буває	Часто	Завжди
11	Я добре засинаю, міцно сплю і прокидаюсь лише тоді, коли мені потрібно вставати	1	2	3	4	5
12	Я запитую себе, чому я живу, коли інші померли	1	2	3	4	5

13	В деяких ситуаціях я відчуваю себе так, ніби повернувся(лась) у минуле	1	2	3	4	5
14	Мої сні настільки реальні, що я прокидаюся у холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
		Абсолютно не правильно	Іноді правильно	Правильно частково	Правильно	Абсолютно правильно
15	Я відчуваю себе дуже втомленим(ою)	1	2	3	4	5
16	Речі, які викликають в інших людей сміх або сльози, мене не хвилюють	1	2	3	4	5

17	Я отримую задоволення від тих самих речей та дій, що й раніше	1	2	3	4	5
		Ніколи	Рідко	Іноді буває	Часто	Завжди
18	Мої фантазії реалістичні й лякають мене	1	2	3	4	5
		Абсолютно не правильно	Іноді правильно	Правильно частково	Правильно	Абсолютно правильно
19	Робота не обтяжує мене	1	2	3	4	5
		Ніколи	Рідко	Іноді буває	Часто	Завжди
20	Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21	Я плачу без причини	1	2	3	4	5
22	Мені подобається бути в товаристві	1	2	3	4	5

	інших людей					
23	Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24	Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25	Від несподіваного шуму я сильно здригаюся	1	2	3	4	5
		Абсолютно не правильно	Іноді правильно	Правильно частково	Правильно	Абсолютно правильно
26	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27	Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28	Я відчуваю, що про певні речі, які я робив(ла) в минулому, я	1	2	3	4	5

	ніколи не зможу розповісти, бо мене ніхто не зрозуміє					
		Ніколи	Рідко	Іноді буває	Часто	Завжди
29	Час до часу я вживаю алкоголь (заспокійливі таблетки, снодійне або наркотики), щоб заснути або забути про те, що трапилось зі мною у минулому	1	2	3	4	5
30	Я почуваюся комфортно в натовпі	1	2	3	4	5
31	Я втрачаю самовладання і «вибухаю» через дрібниці	1	2	3	4	5
32	Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33	Я намагаюсь	1	2	3	4	5

	уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною в минулому					
		Абсолютно не правильно ьно	Іноді правильно ьно	Правильно но частково	Правильно но	Абсолютно правильно ьно
34	Моя пам'ять не гірша, ніж раніше	1	2	3	4	5
35	У мене є труднощі у виявленні своїх почуттів, навіть стосовно рідних	1	2	3	4	5
36	Час до часу я почуваюся або поводжуся так, ніби те, що трапилося зі мною в минулому, відбувається знову	1	2	3	4	5
37	Я не можу	1	2	3	4	5

	пригадати деяких важливих речей, які відбулися зі мною в минулому					
38	Більшість часу я буваю пильним(ою) і настороженим(ою)	1	2	3	4	5
		Ніколи	Рідко	Іноді буває	Часто	Завжди
39	Якщо стається щось, що нагадує мені про минуле, то мене охоплює тривога або паніка: починається сильне серцебиття, перехоплює дихання, може посилитися потовиділення, з'явитися тремтіння,	1	2	3	4	5

	запаморочення в голові					
--	---------------------------	--	--	--	--	--

Додаток В

Опитувальник перитравмівної дисоціації


№	Питання	Абсолютно не правильно	Іноді правил ьно	Правильно частково	Правильно	Абсолютно правильно
1	Чи були такі моменти під час події, коли ви переставали розуміти, що відбувається? Чи було у вас відчуття втрати почуття реальності, «випадання з реальності»? Чи були інші стани, коли ви переставали відчувати себе частиною того, що відбувається?	1	2	3	4	5
2	Чи було так, що ви діяли автоматично («на автопілоті»)? Зробивши щось, ви	1	2	3	4	5

	пізніше усвідомлювали, що це зробили ви, але ніяких активних намірів здійснити цю дію тоді у вас не було?					
3	Чи змінювалося у вас відчуття часу? Чи здавалося вам, що події надзвичайно прискорювалися або уповільнювалися?	1	2	3	4	5
4	Чи здавалося вам все, що відбувається, нереальним, ніби ви були уві сні або дивилися кіно, або якусь виставу?	1	2	3	4	5
5	Чи відчували ви себе стороннім спостерігачем того, що відбувається з вами особисто? Чи було у вас відчуття,	1	2	3	4	5

	що ви ніби летите над місцем події або спостерігаєте все збоку?					
6	Чи було так, що ваше відчуття власного тіла ніби спотворювалося або змінювалося – ви відчували себе незвично маленьким(ою) або великим(ою)? Чи відчували ви, що не пов'язані зі своїм тілом?	1	2	3	4	5
7	Чи здавалося вам, що те, що відбувається на ваших очах із кимось іншим, насправді відбувається безпосередньо з вами? Наприклад, якщо ви бачили, як когось травмувало, то відчували, що	1	2	3	4	5

	травмувало саме вас, навіть якщо насправді цього не відбулося?					
8	Чи було так, що після того, як все скінчилося, ви були здивовані, виявивши, що у вашій присутності відбулося багато подій, про які ви нічого не знаєте (особливо таких, які ви зазвичай обов'язково зауважуєте)?	1	2	3	4	5
9	Якщо ви були фізично травмовані під час події, чи зауважили ви, що в момент травми відчували лише дивно слабкий біль або не відчували болю зовсім?	1	2	3	4	5

Додаток Г

Посилання на масив даних для аналізу:  Дослідження дисоціації у ВПО