

*Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, Т. В. Панько*  
**КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ  
 У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**

*Н. А. Марута, Г. Ю. Каленская, Т. В. Панько*  
**Комплексная программа психокоррекции психических нарушений у внутренне перемещенных лиц**

*N. O. Maruta, G. Yu. Kalenska, T. V. Panko*  
**Integrative program of psychocorrection of mental disorders in internally displaced persons**

В статті подано результати скринінгу факторів психічної травматизації, рівня тривоги і депресії, психологічних особливостей внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що звернулися за медичною допомогою. Визначено, що більша частина ВПО відрізнялась зниженням життєстійкості, низьким рівнем опірності стресам, актуалізацією неадаптивних копінг-стратегій, помірною вираженістю депресії та високими показниками тривоги, що можна розглядати як цілі психокорекційного втручання при порушеннях процесу адаптації у ВПО. Була розроблена програма психокорекції психічних порушень ВПО, яка становила поєднання тренінгів життєстійкості та ефективних копінг-стратегій. Наведено результати її апробації та доведено, що її застосування дає змогу суттєво знизити показники депресії і тривоги, підвищити показники життєстійкості, опірності стресам та сприяє актуалізації більш адаптивних копінг-стратегій.

**Ключові слова:** внутрішньо переміщені особи, адаптація, медична допомога, психокорекція, психічні порушення

В статье представлены результаты скрининга факторов психической травматизации, уровня тревоги и депрессии, психологических особенностей внутренне перемещенных лиц (ВПЛ), обратившихся за медицинской помощью. Определено, что большинство ВПЛ отличались снижением жизнестойкости, низким уровнем сопротивляемости стрессам, актуализацией неадаптивных копинг-стратегий, умеренной выраженностью депрессии и высокими показателями тревоги, что можно рассматривать в качестве целей психокоррекционного вмешательства при нарушениях процесса адаптации у ВПЛ. Была разработана программа психокоррекции психических нарушений ВПЛ, которая состояла из сочетания тренингов жизнестойкости и эффективных копинг-стратегий. Приведены результаты ее апробации и доказано, что ее применение позволяет значительно снизить показатели депрессии и тревоги, повысить показатели жизнестойкости, сопротивляемости стрессам и способствует актуализации более адаптивных копинг-стратегий.

**Ключевые слова:** внутренне перемещенные лица, адаптация, медицинская помощь, психокоррекция, психические нарушения

The article presents the results of screening for factors of mental trauma, anxiety and depression, psychological characteristics of internally displaced persons (IDPs) who needed medical help. It was determined that most IDPs were distinguished by a decrease in resilience, low level of resistance to stress, the actualization of non-adaptive coping strategies, moderate severity of depression and high level of anxiety, which can be considered as goals of psychocorrection intervention in violation of the adaptation process in IDPs. A program for the psychocorrection of mental disorders of IDPs was developed and consisted of a combination of trainings of resilience and effective coping strategies. The results of its testing are presented and it is proved that its use can significantly reduce level of depression and anxiety, increase vitality, resistance to stress and contribute to the updating of more adaptive coping strategies.

**Keywords:** internally displaced persons, adaptation, medical care, psychocorrection, mental disorders

Проблема внутрішньо переміщених осіб (ВПО) є однією з найгостріших для України. Внаслідок довготривалого воєнного конфлікту на Донбасі, окупації частин Донецької та Луганської областей та анексії Криму близько 1,5 млн українців були змушені покинути власні домівки та переїхати до інших місць [1]. Ситуація воєнного конфлікту та вимушеного переселення є надзвичайним стресом, який в умовах невизначеності термінів розв'язання конфлікту стає хронічним. Зміна стереотипного способу життя, розрив звичних стосунків, втрата роботи, побутові та матеріальні проблеми призводять до навантаження адаптаційних систем особистості, емоційно-психологічних проблем та формування психічних порушень [2—4]. Адаптаційний процес в ситуації міграції, так само як і переживання міграції як життєво важливої події, залежать від обставин міграційного процесу, мотивації і бажаності цієї зміни в житті людини [3, 5]. Під час міграції порушується звична життєдіяльність, що може стати поштовхом для виникнення психічних розладів [2, 5, 6]. Психічні розлади охоплюють всі основні сфери особистості: емоційну, когнітивну, поведінкову, мотиваційно-потребу, комунікативну [5—7]. Загалом, для всіх ВПО найбільш гострими суперечностями в сфері співвіднесення цінності та доступності значущих сфер є такі:

невідповідність рівня домагань і рівня досягнень; потреба в незалежності та необхідність бути залежним, необхідність в отриманні допомоги й опіки; невідповідність норм і внутрішніх агресивних тенденцій (неможливість висловити свої почуття) [8, 9].

Внаслідок травматичного досвіду емоційно-психологічний стан людини змінюється, людина відчуває нестабільність, втрату контролю над ситуацією, власним життям, порушення ідентичності, розгубленість, відчуття незахищеності, злість та пошук винуватих, або навпаки сором та провини, що можуть проявлятися у вигляді функціональних симптомів, психосоматичних та психічних розладів, аддиктивних порушень [5, 7, 8, 10].

За даними досліджень, рівень нервово-психічних розладів серед ВПО є дуже високим та сягає 65—80 %. Принаймні у 30 % людей виявляють емоційні симптоми, а 15—20 % хворіють на психічні розлади, найпоширенішими з яких є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР — 10 %), велика депресія (5 %) та генералізований тривожний розлад (ГТР — 4 %). У деяких групах поширеність розладів є набагато вищою (62 % ПТСР та 51 % ГТР) [11]. За даними дослідження «Приховані наслідки конфлікту: проблеми психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб», проведеного 2017 року, 32 % вимушених переселенців в Україні хворіють на посттравматичний стресовий

розлад [12]. Причиною ПТСР є порушення сімейних зв'язків, соціальних відносин, втрата працездатності та інших функцій [5, 10—12].

В зв'язку з цим особливо актуальним постає питання психокорекції психічних розладів, що виникають у ВПО при вимушеній міграції, а також попередження їх формування, одним з напрямів вирішення якого є розроблення комплексної програми профілактики психічних порушень.

Мета дослідження — розробити та оцінити ефективність комплексної програми психокорекції психічних порушень серед ВПО.

Загальна кількість обстежених становила 51 ВПО, що звернулися за медичною допомогою: 37 (72,55 ± 6,25) % жінок та 14 (27,45 ± 6,25) % чоловіків. Більшу частину із обстежених становили особи середнього та старшого віку: від 50 до 59 років — (29,41 ± 6,38) %, від 60 до 69 років — (23,53 ± 5,94) % та від 40 до 49 років — (19,61 ± 5,56) %. У обстежених були встановлені такі діагнози: у 27,45 % ВПО — пролонгована депресивна реакція (F43.2); у 17,65 % осіб — посттравматичний стресовий розлад (F43.2); у 15,69 % ВПО — помірний депресивний епізод (F32.1); у 11,76 % пацієнтів — органічний тривожний розлад (F06.4); у 11,76 % осіб — розлади адаптації (F43); у 7,84 % — органічний афективний (депресивний) розлад (F06.3); у 3,92 % осіб — рекурентний депресивний розлад (F33.1) та у 3,92 % — змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2). Клінічна картина означених психічних розладів, незалежно від нозологічної належності, характеризувалась поліморфізмом симптоматики та охоплювала порушення емоційного спектра, вегетативно-соматичні та когнітивні порушення. В структурі психопатологічних проявів у ВПО спостерігались окремі симптоми ПТСР у вигляді флешбеків (нав'язливих тривожних спогадів минулих подій), тривоги та страху, роздратування, безпричинної агресії, порушень сну та соматичних розладів.

Для аналізу стану пацієнтів та для оцінювання ефективності комплексної програми психокорекції психічних порушень серед ВПО використовували комплекс клініко-психопатологічних, психометричних (шкала Гамільтона для оцінки депресії та тривоги, методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге), психодіагностичних (опитувальник Хейма, тест життєстійкості Маді) та статистичних методів (точний метод Фішера, *t*-критерій Стюдента) дослідження [13—17].

Оцінення факторів психічної травматизації (ФПТ) показало представленість фізіологічних, психоемоційних, соціально-психологічних та інформаційних факторів, які оцінювали в динаміці, як ретроспективно під час перебування у зоні АТО, через 12 та 24 місяці після переїзду та під час обстеження (табл. 1).

До фізіологічних факторів, які відзначалися переважно під час перебування в зоні військових дій, пацієнти відносили звуки стрілянини, вибухів, свист куль і осколків снарядів, звуки руйнування будинків, постійне напруження з готовністю бігти в укриття, недостатній сон, відсутність повноцінного режиму їжі і пиття, відсутність звичних умов життя (перебої зі світлом, подачею газу, води). Психоемоційні фактори характеризувалися відчуттям реальної загрози для свого життя і життя близьких, страхом отримати поранення або травму, страхом і тривогою перед кожною годиною життя в зоні військових дій, спостереженням загибелі оточуючих (військових і цивільних осіб), страхом, що все це може повторитися. Структура соціально-психологічних чинників характеризувалась нерозумінням того, що відбувається, нерозумінням причин бойових дій, відсутністю контактів з родичами, які проживали в інших районах бойових дій, втратою соціального статусу — роботи, житла, розгубленість і неможливість змінити те, що відбувається. Як інформаційні фактори пацієнти відзначали відсутність інформації, її суперечливість.

Таблиця 1. Характеристика та представленість факторів психічної травматизації у внутрішньо переміщених осіб

| Найменування показників        |                 | Фактори психічної травматизації |                |               |                |                        |                |              |                |
|--------------------------------|-----------------|---------------------------------|----------------|---------------|----------------|------------------------|----------------|--------------|----------------|
|                                |                 | фізіологічні                    |                | психоемоційні |                | соціально-психологічні |                | інформаційні |                |
| момент обстеження              | гендерна ознака | <i>n</i>                        | % ± <i>m</i> % | <i>n</i>      | % ± <i>m</i> % | <i>n</i>               | % ± <i>m</i> % | <i>n</i>     | % ± <i>m</i> % |
| Під час перебування у зоні АТО | чоловіки        | 12                              | 85,71 ± 9,35   | 13            | 92,86 ± 6,88   | 9                      | 64,29 ± 12,81  | 12           | 85,71 ± 9,35   |
|                                | жінки           | 35                              | 94,59 ± 3,72   | 37            | 100,00         | 17                     | 45,95 ± 8,19   | 18           | 48,65 ± 8,22   |
| Через 12 місяців               | чоловіки        | 5                               | 35,71 ± 12,81  | 9             | 64,29 ± 12,81  | 11                     | 78,57 ± 10,97  | 12           | 85,71 ± 9,35   |
|                                | жінки           | 10                              | 27,03 ± 7,30   | 34            | 91,89 ± 4,49   | 31                     | 83,78 ± 6,06   | 11           | 29,73 ± 7,51   |
| Через 24 місяці                | чоловіки        | 5                               | 35,71 ± 12,81  | 12            | 85,71 ± 9,35   | 9                      | 64,29 ± 12,81  | 6            | 42,86 ± 13,23  |
|                                | жінки           | 9                               | 24,32 ± 7,05   | 27            | 72,97 ± 7,30   | 29                     | 78,38 ± 6,77   | 11           | 29,73 ± 7,51   |
| Під час обстеження             | чоловіки        | 3                               | 21,43 ± 10,97  | 12            | 85,71 ± 9,35   | 10                     | 71,43 ± 12,07  | 4            | 28,57 ± 12,07  |
|                                | жінки           | 9                               | 24,32 ± 7,05   | 24            | 64,86 ± 7,85   | 31                     | 83,78 ± 6,06   | 8            | 21,62 ± 6,7    |

Примітка. Тут і далі: *n* — кількість обстежених; % ± *m* % — відсоток і помилка відсотка

Оцінка ФПТ відображає певну їх динаміку. Зокрема, всі обстежені констатували у себе сукупність фізіологічних, психоемоційних, соціально-психологічних, інформаційних ФПТ з перенесеною сильною стресовою ситуацією, до якої ніхто з них не був готовий. Ретроспективна оцінка ФПТ під час перебування обстежених у зоні АТО свідчить, що у (85,71 ± 9,35) % чоловіків та (94,59 ± 3,72) % жінок переважали фізіологічні фактори. Також у великій

цією, до якої ніхто з них не був готовий. Ретроспективна оцінка ФПТ під час перебування обстежених у зоні АТО свідчить, що у (85,71 ± 9,35) % чоловіків та (94,59 ± 3,72) % жінок переважали фізіологічні фактори. Також у великій

кількості жінок та чоловіків часто виявлялись психоемоційні фактори — відповідно (100,00 ± 0,00) % та (92,86 ± 6,88) % випадків. Інформаційні фактори також переважали у чоловіків — (85,71 ± 9,35) %, у жінок вони виявлялись у (48,65 ± 8,22) % випадків. Соціально-психологічні фактори спостерігалися у (64,29 ± 12,81) % чоловіків та у (45,95 ± 8,19) % жінок. Через 12 місяців у жінок вірогідно частіше реєструвалися психоемоційні (91,89 ± 4,49) % та соціально-психологічні (83,78 ± 6,06) % ФПТ; у чоловіків переважали інформаційні ФПТ (85,71 ± 9,35) % та соціально-психологічні (78,57 ± 10,97) %. Через 24 місяці у жінок вірогідно частіше відзначалися соціально-психологічні (78,38 ± 6,77) %

та психоемоційні (72,97 ± 7,30) % ФПТ, у чоловіків також переважали психоемоційні (85,71 ± 9,35) % та соціально-психологічні (64,29 ± 12,81) %. На момент обстеження, через 5 років від початку військового конфлікту, у жінок та чоловіків вірогідно частіше відзначалися соціально-психологічні ФПТ (83,78 ± 6,06) % та (71,43 ± 12,07) %, психоемоційні ФПТ (64,86 ± 7,85) % та (85,71 ± 9,35) % відповідно.

Також усім хворим оцінювали рівень депресії та тривоги за шкалою Гамільтона. Здебільшого у обстежених ВПО переважав помірний рівень депресії (66,67 ± 7,70) % та високий рівень тривоги (56,86 ± 7,47) % (табл. 2).

Таблиця 2. Показники тривоги та депресії у внутрішньо переміщених осіб

| Найменування показників | Низький рівень |             | Помірний рівень |              | Високий рівень |              |
|-------------------------|----------------|-------------|-----------------|--------------|----------------|--------------|
|                         | n              | % ± m %     | n               | % ± m %      | n              | % ± m %      |
| Депресія                | 0              | 0           | 34              | 66,67 ± 7,70 | 17             | 33,33 ± 5,44 |
| Тривога                 | 4              | 7,84 ± 1,51 | 18              | 35,68 ± 5,68 | 29             | 56,86 ± 7,47 |

У обстежених ВПО переважали неадаптивні копінг-стратегії: 45,10 % хворих актуалізували неадаптивні копінг, 31,37 % — відносно адаптивні та 23,53 % — адаптивні. Серед когнітивних копінгів у обстежених переважали «розгубленість» (27,45 ± 4,68) %, «смирненя» (17,65 ± 3,20) % та «релігійність» (15,69 ± 2,88) %. Серед емоційних копінгів були більш актуалізовані «придушення емоцій» (21,57 ± 3,82) %, «покірність» (17,65 ± 3,20) %, «самозвинувачення» (15,69 ± 2,88) % та «пасивна кооперація» (13,73 ± 2,55) %. Серед поведінкових копінг-стратегій переважали «активне

уникнення» (29,41 ± 4,94) %, «відступ» (17,65 ± 3,20) %, «звернення» (15,69 ± 2,88) % та «компенсація» (13,73 ± 2,55) %.

У 76,47 % ВПО, що звернулись за медичною допомогою, був встановлений низький рівень опірності стресам, у 21,57 % — середній та у 1,96 % — високий.

У більшій частині обстежених ВПО був встановлений низький рівень життєстійкості (66,67 ± 7,70) %, середній рівень залученості (54,90 ± 7,37) %, низький рівень прийняття ризику (56,86 ± 7,47) % та контролю (45,10 ± 6,68) % (табл. 3).

Таблиця 3. Показники життєстійкості у внутрішньо переміщених осіб

| Найменування показників | Низький рівень |              | Середній рівень |              | Високий рівень |              |
|-------------------------|----------------|--------------|-----------------|--------------|----------------|--------------|
|                         | n              | % ± m %      | n               | % ± m %      | n              | % ± m %      |
| Життєстійкість          | 34             | 66,67 ± 7,70 | 13              | 25,49 ± 4,40 | 4              | 7,84 ± 1,51  |
| Залученість             | 6              | 11,76 ± 2,21 | 28              | 54,90 ± 7,37 | 17             | 33,33 ± 5,44 |
| Контроль                | 23             | 45,10 ± 6,68 | 20              | 39,22 ± 6,11 | 8              | 15,69 ± 2,88 |
| Прийняття ризику        | 29             | 56,86 ± 7,47 | 18              | 35,68 ± 5,68 | 4              | 7,84 ± 1,51  |

Отже, в результаті скринінгового аналізу було визначено, що ВПО, які звернулись за медичною допомогою, відрізняються зниженням життєстійкості, низьким рівнем опірності стресам, актуалізацією неадаптивних копінг-стратегій, помірною вираженістю депресії та високими показниками тривоги. Ці показники були обрані як мішені психокорекційного втручання при порушенні процесу адаптації у ВПО.

Була розроблена психокорекційна програма психічних порушень (ПППП) ВПО для запобігання хроніфікації у них психічних порушень, яка передбачала такі завдання: підвищення життєстійкості та опірності стресовим факторам; розширення спектра копінг-стратегій; формування навичок використання адаптивних копінгів; зниження тривоги та депресії; аналіз та опанування адаптивних навичок поведінки в стресових ситуаціях, а також ситуаціях міжособистісного спілкування та виявлення внутрішніх ресурсів

для подолання пережитих подій та труднощів. ПППП становила поєднання тренінгів життєстійкості та ефективних копінг-стратегій.

Тренінг ефективних копінг-стратегій проводили з метою підвищення ефективності актуалізації адаптивних копінг-стратегій у ВПО, він був спрямований на підвищення стійкості пацієнтів до стресових впливів, можливості створення альтернативних форм поведінки і їх оцінення до безпосередньої реакції на подію, а також сприяв формуванню навичок соціальної компетентності. Тренінгова програма охоплювала такі етапи: 1 етап — *введення в тренінг* — метою цього етапу стало розширення знань щодо копінг-поведінки, ознак її ефективності, когнітивно-сміслових бар'єрів використання конструктивних (ефективних) стратегій; розширення розуміння зв'язку між суб'єктивними установками; репрезентації важких ситуацій і особливостями поведінки в них; формування обізнаності щодо

засобів подолання проблемних ситуацій. Здійснюється засобами міні-лекцій, дискусій.

Метою 2-го етапу — *оцінювання важких ситуацій* — стало підвищення мотивації щодо вдосконалення стрес-долаючої поведінки та на усвідомлення індивідуальних відмінностей в суб'єктивних образах і інтерпретаціях, усвідомлення репертуару копінг-поведінки, а також прояснення рівня домагань, уявлень про «Я-концепції», актуальних смислів особистості. Здійснюється за допомогою обговорення в колі, персональних письмових завдань, проєктивних тестів (малюнків), вправ на розвиток мотивації до вдосконалення копінг-поведінки, а також за допомогою групового підбиття підсумків щодо «психологічної вигоди» від оволодіння новими конструктивними копінг-стратегіями для особистого, сімейного життя, здоров'я і професійної діяльності.

3 етап — *роль особистості* — був спрямований на усвідомлення важливості суб'єктивних характеристик для подолання важких ситуацій, оцінення ролі особистості і стресогенних ситуацій у виборі стратегій копінг-поведінки з метою розширення уявлень про особистісно-ситуаційний контекст копінг-поведінки. Досягається аналізом копінг-поведінки в іграх.

В процесі 4-го етапу — *робота зі смислами* — досягали мети — усвідомлення цілей та факторів привабливості життя. Використовували вправи, спрямовані на усвідомлення справжніх і несправжніх смислів життя. Обговорення важливості визначення мети для побудови усвідомлених стратегій життєвого розвитку. Досягається за допомогою широкого спектра методів активного зворотного зв'язку щодо поведінки в ситуаціях, що моделюють типові дії, активізації відповідальності і гнучкості копінг-поведінки, адекватних об'єктивним характеристикам ситуації. За допомогою дискусій і рольових ігор підвищується усвідомленість переваг нових способів подолання для підвищення задоволеності якістю життя.

5 етап — *ресурси копінг-поведінки* — метою цього етапу був пошук та усвідомлення ресурсної бази учасників: аналіз наявних ресурсів стресостійкості, що допомагають в індивідуальному плануванні і проєктуванні стратегій поведінки в широкому діапазоні життєвих ситуацій. Здійснюється за допомогою розширення простору цілей, навчання принципам і критеріям ефективного цілеутворення, обговорення стратегій долаючої поведінки, що сприяють їх досягненню.

6 етап — *бар'єри самозміни* — був спрямований на активізацію раціонального мислення і конструктивної копінг-поведінки. Обговорення особистих бар'єрів і труднощів реалізації конструктивних копінг-стратегій в житті. Використання технік когнітивного переструктурування для виправлення ірраціональних переконань, поглиблення розуміння глибинних причинно-наслідкових зв'язків між суб'єктив-нормативним баченням ситуації і мобілізацією ресурсів копінг-поведінки.

Тривалість тренінгу ефективних копінг-стратегій становила 24 години — 6 занять по 4 години. Заняття проводили 2 рази на тиждень.

Тренінг «Життєстійкість» був спрямований на підвищення рівня життєстійкості завдяки реалізації таких завдань: а) формування у учасників ставлення до життя як цінності; б) розвиток та підтримка позитивної само-

свідомості і самооцінки; в) формування адекватної оціночної діяльності; г) навчання навичкам конструктивної взаємодії; д) усвідомлення і структурування власних ресурсів стресостійкості; ж) оволодіння засобами емоційної саморегуляції.

Тренінг життєстійкості ґрунтується на припущенні, що життєстійкість не є вродженою властивістю, а формується протягом життя (Khoshaba, Maddi, 1999). Це — система переконань, яка може бути розвинена. У тренінгу використовували такі техніки:

1. Реконструкція ситуацій. При використанні цієї техніки акцент ставлять на уяву і розв'язання проблеми. Визначають ситуації, що сприймаються як стресові; стресові обставини розглядають в розширеній перспективі. У межах реконструкції ситуації використовували уяву кращих і гірших альтернатив ситуації.

2. Фокусування. Застосовували в разі неможливості прямої трансформації стресових обставин. Техніка становить пошук погано усвідомлюваних емоційних реакцій (які перешкоджають прийняттю рішення) за допомогою звернення до «внутрішнього змісту». Метою є емоціональний інсайт, що сприяє перетворенню стресових ситуацій в можливості.

3. Компенсаторне самовдосконалення. Якщо ситуацію не можна трансформувати, роблять акцент на іншій проблемі, яка якимось пов'язана з цією. Її розв'язання спонукає людину надавати увагу тому, що можна змінити (бо неможливо контролювати все).

4. Усвідомлення ресурсів стресостійкості. Спрямоване на інформування учасників про вплив стресу на тіло і психіку людини, ознайомлення учасників з найважливішими поняттями теорії стресу, як-от стресор, адаптивний синдром, фрустрація, психосоматичні захворювання. Після надання тренером цієї інформації зміст кожного з цих понять обговорюють в процесі вправ або у формі групових тематичних дискусій. В результаті роботи учасники навчаються відстежувати ознаки стресу і його наслідки у себе та інших людей та починають усвідомлювати вплив цих стресорів, аби в подальшому контролювати власну поведінку в ситуації стресу.

5. Навчання навичкам саморегуляції свого стану, до яких належать: вміння застосовувати техніки релаксації, моніторинг власного фізичного стану, вміння регулювати дихання, володіння окремими техніками медитації і візуалізації.

Тривалість тренінгу становила 28 годин — 7 занять по 4 години. Заняття проводили 2 рази на тиждень.

Отже, запропонована ПППП забезпечує комплексний вплив на когнітивний, емоційний, психофізіологічний, поведінковий та соціальний аспекти функціонування особистості. Реалізація програми забезпечує формування навичок самоаналізу та самоконтролю власного психоемоційного стану; дає змогу розширити діапазон використання адаптивних копінг-стратегій; надає ресурси щодо зміни особистісного та сімейного функціонування задля профілактики психопатологічних порушень.

В апробації ПППП взяли участь 51 особа, які були залучені до групової роботи та пройшли запропонований курс. Як критерії для оцінення ефективності запропонованої програми були обрані показники тривоги та депресії, рівень життєстійкості й опірності стресам та провідні копінг-стратегії.

За результатами проведеного оцінювання за шкалою депресії Гамільтона визначено, що після проходження ПППП серед ВПО на 43,14 % збільшилась кількість осіб з низьким рівнем депресії ( $p = 0,0001$ ), на 25,49 % зменшилась кількість осіб з помірним рівнем депресії (ДК = 2,09, MI = 0,29,  $p = 0,0057$ ) та на 17,64 % зменшилась кількість осіб з високим рівнем депресії (ДК = 3,27, MI = 0,29,  $p = 0,0220$ ). Динаміка тривоги за шкалою Гамільтона мала схожу тенденцію: у більшій частині ВПО (78,43 ± 7,28) % визначався низький рівень тривоги після проходження ПППП (ДК = 10,00, MI = 3,53,  $p < 0,0001$ ).

За даними методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге було визначено, що після проходження ПППП у більшій частині обстежених ВПО (54,90 ± 7,37) %, що звернулись за медичною допомогою, був зафіксований високий рівень опірності стресам (ДК = 14,47, MI = 3,83,  $p < 0,0001$ ), у 29,41 % — середній та у 15,68 % — низький (ДК = 6,88, MI = 2,09,  $p < 0,0001$ ).

За результатами оцінки результатів тесту життєстійкості Маді у більшій частині обстежених ВПО після проходження ПППП визначався високий рівень життєстійкості (45,10 ± 6,68) % (ДК = 7,60, MI = 1,42,  $p < 0,0001$ ), високий рівень залученості (50,98 ± 7,14) % (ДК = 1,85, MI = 0,16,  $p = 0,0319$ ), помірний рівень прийняття ризику (43,14 ± 6,51) % та контролю (52,94 ± 7,26) % (ДК = 1,76, MI = 0,16,  $p < 0,0323$ ).

Динаміка використання копінг-стратегій, що оцінювали за опитувальником Хейма, продемонструвала, що після проходження ПППП 21,57 % пацієнтів схильні були актуалізували неадаптивні копінги (ДК = 3,52, MI = 1,06,  $p < 0,0002$ ), 33,33 % — відносно адаптивні та 45,10 % — адаптивні копінг-стратегії (ДК = 2,61, MI = 1,45,  $p < 0,0001$ ): тобто було доведено, що знизилась актуалізація неадаптивних копінг-стратегій завдяки підвищенню актуалізації адаптивних копінг-стратегій. Серед когнітивних копінгів у обстежених переважали «збереження самовладання» (23,53 ± 4,12) % та «проблемний аналіз» (37,25 ± 5,90) %. Серед емоційних копінгів були більш актуалізовані «оптимізм» (25,49 ± 4,40) %, та «пасивна кооперація» (19,61 ± 3,52) %. Серед поведінкових копінг-стратегій переважали «Співпраця» (29,41 ± 4,94) %, «конструктивна активність» (39,22 ± 6,11) %.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

1. Доведено, що ВПО, які звернулись за медичною допомогою, відрізняються зниженням життєстійкості, низьким рівнем опірності стресам, актуалізацією неадаптивних копінг-стратегій, помірною вираженістю депресії та високими показниками тривоги, що можна розглядати як цілі психокорекційного втручання при порушеннях процесу адаптації у ВПО.

2. Була розроблена психокорекційна програма психічних порушень ВПО для запобігання хроніфікації психічних порушень, яка передбачала такі завдання: підвищення життєстійкості та опірності стресовим факторам; розширення спектра копінг-стратегій; формування навичок використання адаптивних копінгів; зниження тривоги та депресії; аналіз та опанування адаптивних навичок поведінки в стресових ситуаціях, а також ситуаціях міжособистісного спілкування

та виявлення внутрішніх ресурсів для подолання перешкоджених подій та труднощів. ПППП становила поєднання тренінгів життєстійкості та ефективних копінг-стратегій.

3. Доведена ефективність запропонованої програми, яка полягає в зниженні показників депресії (ДК = 3,27, MI = 0,29) і рівня тривожності (ДК = 10,00, MI = 3,53), підвищенні показників життєстійкості (високий рівень життєстійкості (ДК = 7,60, MI = 1,42), високий рівень залученості (ДК = 1,85, MI = 0,16) та помірний рівень контролю (ДК = 1,76, MI = 0,16)) і опірності стресам (ДК = 14,47, MI = 3,83) та актуалізації більш адаптивних копінг-стратегій (ДК = 2,61, MI = 1,45) у ВПО після проходження психокорекційної програми.

Отже, отримані дані слід брати до уваги під час використання психокорекційних заходів для ВПО, що звернулись за медичною допомогою.

### Список літератури

1. Интерфакс Украина. Информационное агентство. 15.08.2018. Менее половины внутренне перемещенных лиц в Украине трудоустроены. URL: <https://interfax.com.ua/news/general/524809.html>.
2. Константинов В. В. Стратегии социально-психологической адаптации мигрантов // Ученые записки: электронный научный журнал Курского государственного университета. 2018. № 2 (46). С. 294—304. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategii-sotsialno-psihologicheskoy-adaptatsii-migrantov>.
3. Сулова Т. Ф. Адаптация мигрантов: понимание проблемы в контексте конструктивистского подхода // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. № 9 (51). Часть 3. С. 100—103. DOI: 10.18454/IRJ.2016.51.037.
4. Моросанова В. И, Нестерова А. А., Сулова Т. Ф. Факторы позитивной адаптации мигрантов: анализ теоретических подходов // Психологический журнал. 2015. Т. 36, № 5. С. 98—109. URL: <http://naukarus.com/factory-pozitivnoy-adaptatsii-migrantov-analiz-teoreticheskikh-podhodov>.
5. Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб / Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, В. Ю. Федченко [та ін.] // Львівський клінічний вісник / Lviv clinical bulletin. 2020, 1 (29): 21—28. DOI: <https://doi.org/10.25040/lkv2020.01.021>.
6. Константинов В. В., Лапшина Т. В. Специфика проживания мигрантов и социально-психологические факторы субъективного благополучия представителей принимающего сообщества // Общество: социология, психология, педагогика. 2015. № 6. С. 67—70. <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-prozhivaniya-migrantov-i-sotsialno-psihologicheskie-factory-subektivnogo-blagopoluchiya-predstaviteley-prinimayuschego>.
7. Особенности психического статуса внутренне перемещенных лиц (структура та вираженість психопатологічних порушень) / Марута Н. О., Явдак І. О., Колядко С. П. [та ін.] // Медична психологія. 2019. № 3. С. 40—44.
8. Набиуллина Р. Р., Тухтарова И. В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): учебное пособие. Казань, 2003, С. 23—29.
9. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия / под ред. Н. С. Хрусталева. СПб.: Изд-во С.Петербург. ун-та, 2014. 372 с. URL: <https://rucont.ru/efd/693318>.
10. Рыбаковский Л. Л., Жежевникова Н. И., Савинков В. И. Межрайонные миграционные связи, их особенности и измерение // Уровень жизни населения регионов России. 2020. Т. 15, № 3. С. 25—35. DOI: <https://doi.org/10.24411/1999-9836-2019-10070>.
11. Кутько И. И., Панченко О. А., Линева А. Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение

и реабилитация // Український медичний часопис. 2016 — I/II. № 1 (111).

12. Робертс Б., Махашвілі Н., Джавахішвілі Д. Приховані наслідки конфлікту: Проблеми психічного здоров'я та доступ до послуг серед внутрішньо переміщених осіб в Україні / International Alert; ГП-Тбілісі; Лондонська школа гігієни і тропічної медицини. 2017. 25 с.

13. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / Райгородский Д. Я. (редактор-составитель). Самара : Издательский Дом «Бахрах-М», 2001. 672 с.

14. Рассказова Е. И., Леонтьев Д. А. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д. А. Леонтьева. М. : Смысл, 2011. С. 178—209.

15. Hamilton M. A rating scale for depression // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1960. Vol. 23. P. 563—62. PMID 14399272.

16. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959. Vol. 32. P. 50—55.

17. Лупандин В. И. Математические методы в психологии : учеб. пособие. 4-е изд., перераб. Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2009. 196 с.

*Надійшла до редакції 20.05.2020*

**МАРУТА Наталія Олександрівна**, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: mscience@ukr.net

**КАЛЕНСЬКА Галина Юріївна**, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

**ПАНЬКО Тамара Василівна**, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: tamarapanko@ukr.net

**MARUTA Nataliya**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work of State Institution "Institute of Neurology Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: mscience@ukr.net

**KALENSKA Galyna**, PhD in Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

**PANKO Tamara**, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: tamarapanko@ukr.net