

Мороз Сніжана Романівна,
студентка 4 курсу спеціальності 053 Психологія,
Херсонський державний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Попович Ігор Степанович
член-кореспондент НАПН України,
д. психол. н., професор,
професор кафедри психології,
Херсонський державний університет
м. Івано-Франківськ, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗМІСТОВІ ПАРАМЕТРИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Анотація: У статті досліджуються психологічні змістові параметри травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в умовах триваючої збройної агресії проти України. Теоретично обґрунтовано поняття психологічної травми у психологічному, клінічному та соціокультурному вимірах, охарактеризовано психофізіологічні механізми реагування на травму, виявлено особливості посттравматичної адаптації ВПО. Проведено емпіричне дослідження за участю ВПО ($n = 52$) із застосуванням стандартизованих психодіагностичних методик (BDI-II, STAI, PCL-C, IES-R). Встановлено, що значна частина вибірки демонструє підвищений рівень тривожності, симптоми ПТСР та високий вплив травматичного досвіду. Розроблено психокорекційну програму зниження проявів посттравматичного стресу.

Ключові слова: психологічна травма, посттравматичний стресовий розлад, тривожність, депресія, стрес, психокорекція, адаптація, психологічна допомога.

ВСТУП

Внутрішня міграція українців унаслідок війни стала одним із наймасштабніших гуманітарних викликів сучасності. Починаючи з 2014 року і особливо після повномасштабного вторгнення у 2022 році, мільйони людей були змушені залишити свої домівки. За даними Міжнародної організації з міграції, станом на серпень 2022 року в Україні нараховувалося 6,9 млн внутрішньо переміщених осіб. Станом на грудень 2025 року в Україні залишаються 4,6 млн внутрішньо переміщених громадян, більшість яких пережили прямий або опосередкований травматичний досвід, пов'язаний із бойовими діями.

Дослідження International Alert (2017) засвідчило, що ще до повномасштабної війни 32% внутрішньо переміщених осіб мали симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), 22% – депресії, 17% – тривожних розладів. Травматичний досвід ВПО має складну структуру та включає не лише гострі стресові події, а й тривалий вплив соціальних, економічних та побутових чинників [2].

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні змістові параметри травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб, а також розробити психокорекційну програму зниження проявів посттравматичного стресу.

Постановка проблеми. Поняття психологічної травми має тривалу історію розвитку в науковій думці, починаючи з досліджень істерії Ж. Шарко, П. Жане та З. Фрейда у XIX столітті. Значний поштовх у розвитку психотравматології відбувся після Першої та Другої світових воєн, коли масової уваги набув феномен «військового неврозу». Ці спостереження створили підґрунтя для офіційного визнання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як окремої діагностичної категорії в американському діагностичному посібнику DSM-III у 1980 році [3].

У психологічному розумінні травма це не сама екстремальна подія, а складний процес реагування психіки на неї, що супроводжується порушенням

здатності інтегрувати цей досвід у цілісну картину світу. Структура травматичного досвіду охоплює кілька взаємопов'язаних компонентів: когнітивний (уявлення про травматичну подію, негативні переконання), емоційний (страх, жах, сором, провина, безпорадність), поведінковий (уникнення, гіперпильність, соціальна ізоляція) та соматичний (фізіологічні реакції, порушення сну, психосоматичні симптоми) [6; 7].

Виклад основного матеріалу. П. Горностай у монографії «Психологія колективних травм» зазначає, що українське суспільство переживає колективний травматичний досвід. Це явище психологічної травматизації, що викликане воєнною агресією та ускладнене суб'єктивними детермінантами індивідуальних психологічних травм. Автор підкреслює, що колективна травма має не лише суму індивідуальних травм, але й власну динаміку, пов'язану зі змінами суспільної свідомості, ціннісних орієнтацій та ідентичності [3].

Клінічний аспект психологічної травми пов'язаний із її роллю як етіологічного чинника виникнення психічних розладів. Згідно з класифікацією DSM-5, ПТСР характеризується чотирма групами симптомів: інтрузивні симптоми (нав'язливі спогади, флешбеки); уникнення; негативні зміни в когніціях та настрої; зміни в реактивності та збудливості [3]. А. Мікіртічян та В. Боснюк, досліджуючи переживання травматичного досвіду українськими переселенцями, виявили широкий спектр психологічних розладів від депресивного стану до підвищеної дратівливості та епізодів неконтрольованого гніву [4].

Реагування на травматичний досвід має складну психофізіологічну природу. В основі лежить активація стресової системи, насамперед гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (НРА-вісь). Важливу роль відіграє амігдала структура лімбічної системи, що набуває підвищеної чутливості до стимулів, які нагадують травматичну подію. Водночас спостерігається зниження активності префронтальної кори, що призводить до труднощів із концентрацією уваги, порушень пам'яті та емоційної нестабільності. Окремої уваги заслуговує

феномен дисоціації – захисний механізм, що полягає у тимчасовому порушенні інтеграції психічних функцій [5].

Посттравматична адаптація ВПО є складним багатовимірним процесом. Внутрішньо переміщені особи стикаються з комплексом психотравмувальних факторів трьох груп: пов'язаних безпосередньо з воєнними діями; зумовлених процесом переміщення; пов'язаних з адаптацією на новому місці [1]. Успішність посттравматичної адаптації визначається індивідуально-психологічними ресурсами особистості (життестійкість, копінг-стратегії, саморегуляція) та зовнішніми чинниками підтримки (соціальна підтримка, ставлення приймаючої громади, доступ до психологічної допомоги).

У дослідженні взяли участь 52 респонденти зі статусом внутрішньо переміщених осіб. Віковий діапазон – від 20 до 52 років. Розподіл за статевою ознакою: жінки – 34 особи (65,4%), чоловіки – 18 осіб (34,6%). Такий розподіл відображає загальну тенденцію серед ВПО в Україні. Основними регіонами виїзду стали Херсонська, Харківська, Миколаївська, Донецька, Дніпропетровська та Запорізька області.

Для комплексного вивчення проявів депресії, тривожності та посттравматичного стресу застосовано стандартизований пакет психодіагностичних методик: опитувальник депресії Бека (BDI-II); шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера (STAI); військово-цивільна шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL-C); шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R).

Дотримання етичних принципів (добровільність участі, конфіденційність, інформована згода) забезпечило коректність проведеного дослідження та захист прав респондентів.

Таблиця 1

**Описові статистики психологічних показників травматичного досвіду
ВПО**

Методика	Показник	М (середнє)	SD (середнє квадратичне)
----------	----------	-------------	-----------------------------

BDI-II	Депресія	12,8	9,0
STAI	Ситуативна тривожність	44,25	8,6
STAI	Особистісна тривожність	46,3	7,9
PCL-C	Симптоми ПТСР	43,6	10,2
IES-R	Вплив травматичної події	41,4	11,5

За показниками депресії (BDI-II) середнє значення $M = 12,8$ відповідає низькому рівню депресивних проявів. Однак значне стандартне відхилення ($SD = 9,0$) вказує на неоднорідність вибірки. Розподіл: низький рівень – 40 осіб (76,9%), легкий – 9 осіб (17,3%), помірний – 2 особи (3,9%), високий – 1 особа (1,9%). Отже, 23,1% вибірки демонструють симптоми емоційного виснаження та пригніченості.

Показник ситуативної тривожності ($M = 44,25$) відповідає середньому рівню з тенденцією до підвищеного, що свідчить про актуальне емоційне напруження респондентів. Особистісна тривожність ($M = 46,3$) відповідає високому рівню: 82,7% учасників мають схильність до сприйняття широкого спектра ситуацій як потенційно загрозливих, що є наслідком пролонгованого впливу травматичних подій.

Середній показник за шкалою PCL-C ($M = 43,6$) відповідає помірному рівню вираженості симптомів посттравматичного стресу. Розподіл: низький рівень – 26 осіб (50,0%), помірний – 13 осіб (25,0%), високий – 13 осіб (25,0%). Отже, половина вибірки демонструє помірні та високі прояви симптомів ПТСР.

За шкалою IES-R середнє значення ($M = 41,4$) відповідає високому рівню впливу травматичної події. Розподіл: низький рівень – 14 осіб (26,9%), помірний – 7 осіб (13,5%), підвищений – 5 осіб (9,6%), високий – 26 осіб (50,0%). Загалом 59,6% респондентів перебувають у зоні підвищеного та високого ризику.

Таблиця 2

Кореляційна матриця досліджуваних показників (коефіцієнт Спірмена, r_s)

Показники	BDI-II	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	PCL-C	IES-R
BDI-II	1,00				
Ситуативна тривожність	0,38	1,00			
Особистісна тривожність	0,42	0,51	1,00		
PCL-C	0,61	0,49	0,44	1,00	
IES-R	0,57	0,46	0,41	0,68	1,00

Примітка: наведено статистично значущі коефіцієнти кореляції ($p < 0,05$).

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі позитивні зв'язки між усіма досліджуваними показниками. Найбільш тісний зв'язок встановлено між симптомами ПТСР та рівнем впливу травматичної події ($r_s = 0,68$), що підтверджує: зі зростанням інтенсивності суб'єктивного переживання травми посилюється посттравматична симптоматика. Також виявлено тісний взаємозв'язок між депресією та симптомами ПТСР ($r_s = 0,61$), між депресією та впливом травми ($r_s = 0,57$), що свідчить про комплексний характер психоемоційних порушень у ВПО та взаємообумовленість депресивних і посттравматичних проявів.

На основі результатів емпіричного дослідження розроблено психокорекційну програму, що ґрунтується на теоретико-методологічних засадах травмафокусованої когнітивно-поведінкової терапії, психоосвітнього підходу та ресурсно-орієнтованої психотерапії. Мета програми – зниження рівня посттравматичного стресу, тривожності та депресивних проявів у ВПО, підвищення здатності до саморегуляції та адаптації.

Програма розрахована на групову роботу (8–12 учасників) і складається з 10 занять тривалістю 90 хвилин, що проводяться два рази на тиждень. Структура включає три основні блоки:

1. Діагностично-психоосвітній (заняття 1–2): встановлення довірчих відносин у групі, надання психоосвітньої інформації про природу травматичного стресу, нормалізація переживань учасників.

2. Корекційно-терапевтичний (заняття 3–7): робота з травматичними спогадами, техніки стабілізації (дихальні вправи, заземлення, «безпечне місце»), когнітивне переструктурування, подолання почуття провини.

3. Ресурсно-закріплювальний (заняття 8–10): закріплення набутих навичок, формування індивідуальних планів підтримки психологічного благополуччя, рефлексія змін.

Методи роботи: міні-лекції, групові дискусії, психогімнастичні вправи, арт-терапевтичні техніки, дихальні практики, тілесно-орієнтовані вправи, ведення щоденника спостережень та домашні завдання. Особливістю програми є акцент на відновленні відчуття безпеки та контролю, роботі з множинними втратами та підтримці процесів інтеграції в новому соціальному середовищі.

Практична значущість програми полягає у можливості її впровадження в діяльність психологічних служб, центрів підтримки ВПО, благодійних та волонтерських організацій, а також у системі соціально-психологічної допомоги населенню.

Висновки. Психологічна травма є міждисциплінарним поняттям, що інтегрує психологічний, клінічний і соціокультурний виміри. Психофізіологічні механізми реагування на травму охоплюють дисрегуляцію НРА-осі, порушення балансу між амігдалою та префронтальною корою, зміни у функціонуванні гіпокампу, формування дисоціативних та соматичних симптомів. Посттравматична адаптація ВПО визначається поєднанням індивідуально-психологічних ресурсів (життєстійкість, активні копінг-стратегії, саморегуляція) та зовнішніх чинників підтримки. Виявлено відмінності в адаптації різних груп переселенців залежно від місця перебування. Емпіричне дослідження ВПО ($n = 52$) засвідчило: 23,1% вибірки демонструють симптоми емоційного виснаження; 82,7% мають високий рівень особистісної тривожності; 50% – помірні та високі прояви симптомів ПТСР; 59,6% перебувають у зоні підвищеного та високого

ризика за шкалою IES-R. Кореляційний аналіз підтвердив комплексний характер психоемоційних порушень ($r_s = 0,68$ між ПТСР та впливом травми; $r_s = 0,61$ між депресією та ПТСР). Розроблена трьохблокова психокорекційна програма (10 занять по 90 хв.) на засадах травмафокусованої КПТ може бути впроваджена в діяльність психологічних служб, центрів підтримки ВПО та волонтерських організацій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Вимушені переселенці та приймаючі громади: уроки для ефективної суспільної адаптації й інтеграції: наукова доповідь / за ред. О. М. Балакіревої. Київ, 2016. 140 с.
2. Волинець Н., Корсун В. Особливості травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб в умовах війни. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 11(45). С. 1224–1239.
3. Горностай П. Психологія колективних травм: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2023. 336 с.
4. Мікіртічян А., Боснюк В. Психологічні особливості переживання травматичного досвіду українськими переселенцями. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2024. № 1(7). С. 28–39.
5. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч. посіб. Київ: Кондор, 2005. 278 с.
6. Plokhikh V., Popovych I., Savchuk O., Shevchenko N., Hoian I., Petraniuk A. Time Orientations of Ukrainian Students with Traumatic Experiences. *The New Education Review*. 2025. 83. 9–23. <https://doi.org/10.15804/ther.2025.82.4.01>
7. Plokhikh V., Popovych I., Shevchenko N., Losiyevska O., Kolly-Shamne A., Akimov R. Time Perspective of Forced Migrants within the National Boundaries and Abroad. *Journal of Education Culture and Society*. 2025. Vol. 16(1). P. 125–142.