

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЗМІСТОВІ ПАРАМЕТРИ ТРАВМАТИЧНОГО
ДОСВІДУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: здобувачка 4 курсу, 07-431 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійної програми «Психологія»
Сніжана МОРОЗ

Керівник: член-кореспондент НАПН України,
професор, доктор психологічних наук, професор
кафедри психології
Ігор ПОПОВИЧ

Рецензентка: докторка психологічних наук,
професорка, завідувачка кафедри психології та
соціології Східноукраїнського національного
університету імені Володимира Даля
Юлія БОХОНКОВА

Івано-Франківськ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗМІСТОВИХ ПАРАМЕТРІВ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	6
1.1. Поняття психологічної травми: психологічний, клінічний і соціокультурний аспекти	6
1.2. Психофізіологічні механізми реагування на травматичний досвід	10
1.3. Психологічні особливості посттравматичної адаптації внутрішньо переміщених осіб	14
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗМІСТОВИХ ПАРАМЕТРІВ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	20
2.1. Методичні особливості дослідження психологічних змістових параметрів травматичного досвіду	20
2.2. Аналізування та результатів емпіричного дослідження параметрів травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб	22
2.3. Психокорекційна програма зниження проявів травматичного стресу у внутрішньо переміщених осіб	27
ВИСНОВКИ.....	31
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	34

ВСТУП

Актуальність теми. 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. За інформацією Міністерства соціальної політики України, у січні 2023 року кількість офіційно зареєстрованих ВПО становила 4,9 млн 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.

Пережиті події такі, як окупація, обстріли, перебування у зоні бойових дій, втрата близьких, руйнування житла, вимушений виїзд, розлука з родиною формують значний ризик розвитку посттравматичних реакцій. 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 внутрішньо переміщених осіб має складну структуру та включає не лише гострі стресові події, а й тривалий вплив соціальних, економічних та побутових чинників. ВПО часто стикаються з труднощами пошуку житла, роботи, забезпечення базових потреб, дискримінаційними упередженнями, браком соціальної підтримки. Почуття невизначеності майбутнього, втрата звичного оточення й соціальних зв'язків, пережиті події насильства або небезпеки є причиною емоційних переживань. Це може проявлятися у вигляді нав'язливих спогадів, порушень сну, дратівливості, емоційного виснаження, панічних атак, відчуття провини за те, що людина опинилась у більш безпечних умовах порівняно зі своїми близькими.

Значна частина ВПО стикається з такими емоційними станами, як відчуття безпорадності, сором за необхідність просити допомогу, страх змін, хронічна напруга, очікування небезпеки навіть у відносно спокійному середовищі. Все це вказує на необхідність комплексного вивчення психологічних змістових параметрів травматичного досвіду, який впливає на адаптацію, поведінкові реакції та якість життя внутрішньо переміщених осіб.

Проблематика травматичного досвіду ВПО активно вивчається як українськими, так і зарубіжними науковцями. Значний внесок у дослідження впливу війни та насильницьких подій на психіку зробили З. Спринська, К. Чупіна, В. Пундєв, К. Вольська, Т. Каменщук, Робертс, Н. Махашвілі, Дж. Джавахішвілі та інші.

У зв'язку з цим дослідження травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб є особливо актуальним у контексті нинішньої збройної агресії проти України та потребує наукового узагальнення, психодіагностичного вивчення та визначення напрямів психологічної підтримки та психокорекції.

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

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичне аналізування поняття психологічної травми, механізмів формування травматичного досвіду та чинників, що зумовлюють розвиток посттравматичних реакцій.
2. Визначити особливості адаптації внутрішньо переміщених осіб у новому середовищі.
3. Сформувати комплекс психодіагностичних методик для вивчення змістових параметрів травматичного досвіду.
4. Провести емпіричне дослідження психологічних проявів травми у ВПО та здійснити аналіз отриманих даних.

5. Розробити психокорекційну програму зниження рівня посттравматичного стресу у внутрішньо переміщених осіб.

Об'єкт дослідження: травматичний досвід внутрішньо переміщених осіб.

Предмет дослідження: психологічні змістові параметри травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення завдань використано комплекс методів. Теоретичні методи включали аналіз, синтез, систематизацію та узагальнення наукової літератури з проблеми психологічної травми, ПТСР та адаптації внутрішньо переміщених осіб. Емпіричні методи представлені стандартизованим пакетом психодіагностичних методик: опитувальником депресії Бека (BDI-II); шкалою ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера (STAI); військово-цивільною шкалою самооцінки наявності ПТСР (PCL-C); шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R). Методи математико-статистичної обробки даних включали обчислення середніх значень, стандартних відхилень та кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження обговорювалися на засіданні кафедри психології (протокол від 21.05.2026 р. №13), під час виробничої практики, а також висвітлено у публікації: «Психологічні змістові параметри травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб», котра увійшла до збірки матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «UKRAINIAN FORUM OF SCIENTIFIC STRATEGIES» (м. Харків 6 квітня 2026 р.).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (41 найменувань) та додатків. Загальний обсяг роботи становить 37 сторінки, з яких основний текст – 35 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗМІСТОВИХ ПАРАМЕТРІВ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

1.1. Поняття психологічної травми: психологічний, клінічний і соціокультурний аспекти

Поняття психологічної травми має тривалу історію розвитку в науковій думці, починаючи з досліджень істерії Ж.-М. Шарко, П. Жане та З. Фрейда у XIX столітті. Саме в цей період було вперше описано явище, за якого психічні розлади можуть виникати внаслідок психологічних, а не суто фізіологічних причин. П. Жане одним із перших вказав на те, що травматичні спогади відрізняються від звичайних тим, що вони не інтегруються в особистісну структуру, а зберігаються у вигляді фрагментованих, часто невербалізованих утворень, які при актуалізації викликають інтенсивні емоційні реакції. Значний поштовх у розвитку психотравматології відбувся після Першої та Другої світових воєн, коли масової уваги набув феномен «військового неврозу» (або «контузії», «снарядного шоку»). Спостереження за ветеранами бойових дій дозволили виявити стійкі психологічні наслідки пережитих екстремальних подій: нав'язливі спогади, порушення сну, підвищену дратівливість, емоційне відчуження. Ці спостереження створили підґрунтя для офіційного визнання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як окремої діагностичної категорії в американському діагностичному посібнику DSM-III у 1980 році (Горностай П.) [5].

У сучасній українській науці проблематика психологічної травми набула особливої актуальності у зв'язку зі збройною агресією проти України, яка розпочалася у 2014 році та набула масштабного характеру з 2022 року. П. Горностай у своїй монографії «Психологія колективних травм» зазначає, що українське суспільство переживає колективний травматичний досвід –

явище психологічної травматизації, викликане воєнною агресією та ускладнене суб'єктивними детермінантами вже наявних чи утворених у часі додаткових індивідуальних психологічних травм. Автор наголошує, що колективна травма має не лише суму індивідуальних травм, але й власну динаміку, пов'язану зі змінами суспільної свідомості, ціннісних орієнтацій та ідентичності.

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. Як зазначає І. Романова, ключовою характеристикою травматичного досвіду є його «непереробленість»: він не стає частиною автобіографічної пам'яті, а зберігається у вигляді окремих, часто невербалізованих, фрагментів, які при актуалізації викликають інтенсивні емоційні та фізіологічні реакції (Горностай П.) [5]. Структура травматичного досвіду, за сучасними уявленнями, охоплює кілька взаємопов'язаних компонентів. Когнітивний компонент включає уявлення про травматичну подію, її оцінку та інтерпретацію, формування негативних переконань про себе, інших людей та світ загалом. Емоційний компонент охоплює спектр переживань, пов'язаних із травмою: страх, жах, гнів, сором, провину, безпорадність, емоційне оніміння. Поведінковий компонент проявляється у зміні звичних патернів поведінки, уникненні ситуацій, що нагадують травму, гіперпильності, агресії, соціальній ізоляції. Соматичний компонент виражається у фізіологічних реакціях на тригери, порушеннях сну, апетиту, психосоматичних симптомах (Розов В.) [26].

Важливою характеристикою травматичного досвіду є його вплив на базові уявлення особистості про світ. Р. Янофф-Бульман у своїй теорії «порушених базових припущень» стверджує, що травма руйнує три фундаментальні переконання: віру в доброзичливість світу, віру в справедливість та віру у власну цінність. Відновлення цих уявлень є ключовим завданням посттравматичного зростання (Горностай П.) [5]. У дослідженнях

українських авторів наголошується, що травматичний досвід внутрішньо переміщених осіб має особливу складність, оскільки поєднує в собі наслідки безпосередньої загрози життю (обстріли, окупація) з наслідками втрати домівки, соціальних зв'язків, звичного способу життя, що створює ефект «травматичного нашарування» (Мікіртичян А., Боснюк В.) [20].

Клінічний аспект психологічної травми пов'язаний із визначенням її як етіологічного фактора виникнення психічних розладів. Згідно з класифікацією DSM-5, травматичною вважається подія, що загрожує життю або фізичній цілісності людини чи інших осіб, викликає інтенсивний страх, жах або відчуття безпорадності. Основними діагностичними категоріями, пов'язаними з травмою, є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), гострий стресовий розлад та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад характеризується чотирма групами симптомів: інтрузивні симптоми (нав'язливі спогади, сни, флешбеки, інтенсивний дистрес при зіткненні з тригерами); уникнення (свідоме зусилля уникати думок, почуттів, людей, місць, що нагадують травму); негативні зміни в когніціях та настрої (нездатність згадати важливі аспекти травми, стійкі негативні переконання про себе та світ, емоційне оніміння, відчуження); зміни в реактивності та збудливості (дратівливість, гіперпильність, надмірна реакція переляку, порушення сну, проблеми з концентрацією) (Горностай П.) [5].

А. Мікіртичян та В. Боснюк, досліджуючи особливості переживання травматичного досвіду українськими переселенцями, виявили, що психологічні розлади серед вимушених переселенців мають великий та різноманітний спектр – від байдужості, втрати інтересу та активності з переходом у депресивний стан до підвищеної дратівливості, проявів агресії, неконтрольованих епізодів гніву. У значної кількості переселенців трапляються проблеми зі сном: важке засинання, нічні жахи (Мікіртичян А., Боснюк В.) [20]. Важливою клінічною особливістю є те, що симптоми ПТСР можуть мати відстрочений характер – проявлятися через місяці або навіть роки після травматичної події, що створює додаткові складності для діагностики та

своєчасного надання допомоги. В. Кердивар у дослідженні синдрому жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту підкреслює, що травматичний досвід характеризується високою інтенсивністю, раптовістю, тривалістю впливу та неможливістю контролювати ситуацію, що унеможлиблює його ефективне опрацювання звичними психологічними механізмами (Кердивар В.) [11].

Соціокультурний аспект психологічної травми акцентує увагу на тому, що переживання травми та її наслідки значною мірою опосередковані культурним контекстом, соціальними нормами, цінностями та наявністю підтримуючого середовища. Культура визначає, які події сприймаються як травматичні, які форми вираження емоцій є прийнятними, до кого можна звернутися по допомогу (Горностай П.) [5]. Л. Орбан-Лембрик зазначає, що переселенці з підвищеним рівнем тривожності негативно оцінюють поточне становище та своє майбутнє, переживають власну неповноцінність та соціальну несправедливість, демонструють специфічність сприймання становища та логіки суспільної взаємодії (Педоренко В.) [23]. Соціокультурний контекст також визначає прийнятні форми вираження емоцій, звернення по допомогу та способи подолання травми. У суспільствах, де існує стигматизація психічних розладів, постраждалі можуть уникати звернення до фахівців, що поглиблює наслідки травматизації.

Дослідження Г. Лазос на прикладі роботи з переселенцями з Криму підкреслює, що центральним аспектом психологічної допомоги є робота з емоційними та когнітивними порушеннями, які включають емоційне отупіння, проблеми з пам'яттю, концентрацією та сном, що часто ведуть до фізичного виснаження. Переселенці часто відчувають безпорадність, глибокі внутрішні конфлікти та емоційну ізоляцію, які погіршуються відчуттями провини, страху й параної. Соціальна адаптація включає допомогу у взаємодії з новим середовищем, зменшення відчуженості та відновлення довіри, часто порушеної через ізоляцію та недовіру (Лазос Г.) [18]. Особливої уваги заслуговує феномен стигматизації психічних розладів в українському

суспільстві. Соціологічне дослідження компанії Gradus Research свідчить, що хоча ставлення українців до психологічної допомоги поступово змінюється, значна частина населення досі уникає звернення до психологів через страх осуду, недовіру, або переконання, що «з цим можна впоратися самому». Це створює додаткові бар'єри для своєчасної допомоги ВПО.

Таким чином, поняття психологічної травми є міждисциплінарним та інтегрує психологічний, клінічний і соціокультурний виміри. Психологічний аспект розкриває структурно-динамічні характеристики травматичного досвіду, його вплив на особистість та базові уявлення про світ. Клінічний аспект визначає діагностичні критерії посттравматичних розладів та спектр їх проявів. Соціокультурний аспект акцентує роль культурного контексту, соціальної підтримки та ставлення суспільства до психічних травм. Розуміння цих аспектів є необхідною передумовою для дослідження специфіки травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб, які зазнали впливу комплексу екстремальних факторів, пов'язаних із війною, вимушеним переселенням та адаптацією до нових умов життя.

1.2. Психофізіологічні механізми реагування на травматичний досвід

Реагування на травматичний досвід має складну психофізіологічну природу, що охоплює нейробіологічні, ендокринні та психологічні процеси. Розуміння цих механізмів є ключовим для пояснення того, чому травматичні події спричиняють тривалі зміни в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах людини. У основі психофізіологічного реагування на травму лежить активація стресової системи організму, насамперед гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (НРА-вісь). У відповідь на загрозу активується симпатична нервова система, вивільняються катехоламіни (адреналін, норадреналін), що призводить до мобілізації організму для реакції «бий або біжи»: прискорюється серцебиття, підвищується артеріальний тиск, збільшується

м'язова напруга, загострюються органи чуття. Ця реакція є еволюційно закріпленим механізмом виживання, що дозволяє організму швидко реагувати на небезпеку (Розов В.) [26].

Однак, на відміну від гострого стресу, при травматичному досвіді ця система може зазнавати дисрегуляції. Хронічне перебування у стані стресу призводить до виснаження адаптаційних ресурсів організму. Як зазначає В. Розов, тривала активація стресової системи може спричинити підвищення базального рівня кортизолу, або, навпаки, його зниження, що спостерігається при ПТСР. Дисрегуляція НРА-осі пов'язана з порушенням механізмів зворотного зв'язку, що забезпечують повернення до гомеостазу після припинення дії стресора [26]. Дослідження показують, що у людей із ПТСР спостерігаються стійкі зміни в рівнях кортизолу, адреналіну та норадреналіну, що впливають на процеси пам'яті, емоційної регуляції та сну. Зокрема, підвищений рівень норадреналіну сприяє гіперконсолідації травматичних спогадів, роблячи їх особливо стійкими та легкодоступними для актуалізації (Горностай П.) [5].

Важливу роль у формуванні травматичного досвіду відіграє амігдала (миндалевидне тіло) – структура лімбічної системи, відповідальна за емоційне навчання та формування реакцій страху. Амігдала отримує інформацію від органів чуття двома шляхами: швидким, безпосереднім (таламо-амігдаларний шлях) та повільнішим, опосередкованим через кору головного мозку (таламо-кортикально-амігдаларний шлях). Швидкий шлях дозволяє організму реагувати на загрозу ще до того, як вона буде усвідомлена, що є еволюційно виправданим механізмом виживання (Розов В.) [26]. Під впливом травми амігдала набуває підвищеної чутливості до стимулів, що нагадують травматичну подію, навіть якщо вони не несуть реальної загрози. Це пояснює феномен нав'язливих спогадів, гіперпильності та надмірних реакцій переляку, характерних для посттравматичних станів.

Водночас спостерігається зниження активності префронтальної кори – структури, що відповідає за когнітивний контроль, оцінку ситуації та

регуляцію емоційних реакцій. У нормі префронтальна кора здатна пригнічувати надмірну активацію амігдали, забезпечуючи адаптивну відповідь на загрозу. При травматичному досвіді цей регуляторний механізм порушується, що призводить до домінування емоційних реакцій над раціональним контролем. Це проявляється у труднощах із концентрацією уваги, порушеннях пам'яті, імпульсивності та емоційній нестабільності. Дослідження за допомогою методів нейровізуалізації (фМРТ, ПЕТ) демонструють, що у людей із ПТСР спостерігається знижена активація префронтальної кори та підвищена активація амігдали у відповідь на стимули, пов'язані з травмою (Розов В.) [26].

Важливим аспектом є зміни у функціонуванні гіпокампу – структури, відповідальної за контекстуалізацію пам'яті, інтеграцію нової інформації з наявними знаннями, а також за орієнтацію в просторі та часі. При травматичному досвіді спогади часто зберігаються не як цілісні наративи з чіткими часовими та просторовими координатами, а у вигляді фрагментованих сенсорних вражень (звуків, запахів, тактильних відчуттів), які при актуалізації викликають інтенсивні емоційні та фізіологічні реакції, немов подія відбувається знову. Встановлено, що хронічний стрес та високий рівень кортизолу можуть спричиняти атрофію гіпокампу, що проявляється у зменшенні його об'єму. Це пов'язують із порушеннями пам'яті, труднощами у розрізненні минулого та сьогодення, а також із феноменом дисоціації. П. Горностай наголошує, що травматичні спогади мають якісно іншу структуру, ніж звичайні автобіографічні спогади: вони менш вербалізовані, більш сенсорно насичені, менш інтегровані в часовий контекст і більш схильні до мимовільної актуалізації (Горностай П.) [5].

Окремої уваги заслуговує феномен дисоціації, який є одним із ключових психофізіологічних механізмів реагування на травму. Дисоціація – це захисний механізм, що полягає у тимчасовому порушенні інтеграції психічних функцій (сприймання, пам'яті, ідентичності, свідомості), внаслідок чого травматичний досвід не інтегрується в цілісну картину автобіографічної

пам'яті. Дисоціативні прояви можуть включати дереалізацію (відчуття нереальності навколишнього), деперсоналізацію (відчуття відстороненості від власного тіла чи психічних процесів), амнезію на важливі аспекти травматичної події. За даними досліджень, дисоціативні прояви під час або одразу після травматичної події є потужним предиктором розвитку ПТСР. В. Кулініченко зазначає, що внутрішньо переміщені особи часто демонструють емоційне оніміння, відчуття нереальності подій, відстороненість, що є проявами дисоціативних процесів. Дисоціація дозволяє психіці «відключитися» від непереносного болю, однак у довгостроковій перспективі перешкоджає опрацюванню травматичного досвіду.

Травматичний досвід не обмежується психічними проявами, а має виражений соматичний компонент. Хронічне перенапруження стресової системи призводить до порушень у роботі серцево-судинної, травної, імунної систем. Поширеними є головні болі, м'язова напруга, біль у спині, порушення травлення, зниження імунітету. О. Кокун у своєму дослідженні зазначає, що значна частина переселенців скаржиться на погіршення фізичного самопочуття, що є відображенням соматизації психологічного дистресу (Кокун О.) [13]. А. Мікіртічян та В. Боснюк виявили, що різні групи переселенців демонструють специфічні психофізіологічні патерни реагування. Зокрема, особи, які вимушено виїхали за кордон, мають більш виражені негативні відстрочені реакції реагування на травматичну ситуацію, яка включає періодичне, слабо контрольоване відчуття неприємних спогадів, думок або відчуттів, пов'язаних із пережитою подією. Найвища психічна збудливість проявлена в групі осіб, які не покидали місця свого проживання від початку війни – це виражається в надмірному відчутті настороженості, дратівливості, відчутті гніву, ризикованій поведінці та порушеннях сну (Мікіртічян А., Боснюк В.) [20].

Важливим відкриттям сучасної нейронауки є концепція нейропластичності – здатності мозку змінювати свою структуру та функцію під впливом досвіду, у тому числі терапевтичного. Це дає підстави для

оптимізму щодо можливостей відновлення після травми. Ефективні психотерапевтичні інтервенції (зокрема, EMDR, травмафокусована когнітивно-поведінкова терапія) сприяють нормалізації функціонування стресової системи, відновленню балансу між амігдалою та префронтальною корою, інтеграції травматичних спогадів. В. Розов наголошує, що адаптивні антистресові психотехнології мають враховувати психофізіологічні механізми реагування та спрямовуватися на відновлення саморегуляції, зниження рівня активації симпатичної нервової системи, опрацювання травматичних спогадів у безпечному контексті (Розов В.) [26].

Таким чином, психофізіологічні механізми реагування на травматичний досвід охоплюють комплекс нейробіологічних змін, що призводять до дисрегуляції НРА-осі, порушення балансу між амігдалою та префронтальною корою, змін у функціонуванні гіпокампу, а також формування дисоціативних проявів та соматичних симптомів. Розуміння цих механізмів є важливим для розроблення ефективних стратегій психологічної допомоги та корекції посттравматичних станів, оскільки дозволяє враховувати не лише психологічні, але й біологічні аспекти травматизації.

1.3. Психологічні особливості посттравматичної адаптації внутрішньо переміщених осіб

Посттравматична адаптація внутрішньо переміщених осіб (ВПО) є складним багатовимірним процесом, що охоплює пристосування до нових умов життя, подолання наслідків травматичного досвіду та відновлення психологічного благополуччя. Цей процес має низку специфічних особливостей, зумовлених характером пережитих подій, умовами переміщення, соціальним контекстом приймаючої громади та індивідуально-психологічними ресурсами особистості.

Внутрішньо переміщені особи стикаються з комплексом психотравмувальних факторів, які можна умовно розділити на кілька груп.

Перша група пов'язана безпосередньо з воєнними діями: загроза життю, обстріли, окупація, загибель або поранення близьких, руйнування житла, свідчення актів насильства. Друга група зумовлена процесом переміщення: раптовість виїзду, невизначеність, втрата звичного оточення та соціальних зв'язків, розлука з родиною, втрата майна та засобів до існування. Третя група пов'язана з адаптацією на новому місці: пошук житла, працевлаштування, відновлення документів, налагодження соціальних контактів, подолання дискримінаційних упереджень, зміна соціального статусу [2].

С. Волошин наголошує, що соціально-психологічна адаптація внутрішньо переміщених осіб до нового соціального середовища має низку труднощів, пов'язаних із необхідністю прийняття нових соціальних норм, правил поведінки, встановлення міжособистісних контактів із місцевими жителями, які не завжди є доброзичливими. Автор зазначає, що адаптація ВПО є двостороннім процесом: важливою є не лише готовність переселенців до змін, але й відкритість приймаючої громади (Волошин С.) [4]. Дослідження показують, що найбільшими матеріальними складнощами для ВПО є невирішені проблеми з мешканням та трудовою діяльністю. Схоже становище має місце в різних областях України, що приймають переселенців. Н. Гордієнко та М. Навошицький підкреслюють, що проблеми проживання і трудової діяльності є максимально проблематичними та актуальними для ВПО, оскільки вони безпосередньо впливають на задоволення базових потреб та відчуття безпеки.

Важливою особливістю посттравматичної адаптації ВПО є те, що вона відбувається на тлі триваючої воєнної загрози та невизначеності щодо майбутнього. На відміну від класичних моделей адаптації, які передбачають поступове повернення до стабільного стану, адаптація ВПО в умовах війни має характер «адаптації до незавершеної травми», коли людина змушена функціонувати в умовах перманентної небезпеки. Це створює додаткове навантаження на психіку та може призводити до хронічного стресу, емоційного виснаження та формування дезадаптивних патернів поведінки

(Горностай П.) [5]. П. Горностай зазначає, що особливістю колективної травми українців є її пролонгований характер: війна триває, загроза залишається актуальною, повернення до «нормального» життя є неможливим. Це вимагає від особистості вироблення нових способів адаптації, які дозволяють функціонувати в умовах постійної невизначеності та небезпеки. Така адаптація має включати не лише подолання минулого травматичного досвіду, але й вироблення стратегій виживання в актуальній загрозливій ситуації (Горностай П.) [5].

Успішність посттравматичної адаптації визначається поєднанням індивідуально-психологічних ресурсів особистості та зовнішніх факторів підтримки. Серед індивідуально-психологічних ресурсів особливе значення має життєстійкість – здатність особистості витримувати стресові ситуації, зберігаючи внутрішню рівновагу та активність. (Мороз С. Р., Попович І. С.) [22]. Г. Пирог та Т. Бондаренко виявили, що внутрішньо переміщені особи мають середній або низький рівень життєстійкості, з вираженим прийняттям ризику, але з низьким рівнем залученості в життєві процеси. Кореляційний аналіз показав, що зростання життєстійкості сприяє зменшенню використання стратегій уникнення та підвищенню активності в розв’язанні проблем та позитивному сприйнятті ситуацій (Пирог Г. В., Бондаренко Т. М.) [24].

Важливу роль відіграють копінг-стратегії – способи подолання стресових ситуацій. Дослідження показують, що найбільш ефективними є активні копінг-стратегії: планування вирішення проблем, пошук соціальної підтримки, позитивне переосмислення. Натомість пасивні стратегії (уникнення, самозвинувачення) асоціюються з гіршими адаптаційними результатами (Пирог Г. В., Бондаренко Т. М.) [24]. Також значущим ресурсом є здатність до саморегуляції – контролювати власні емоційні стани, імпульси та поведінку. О. Кокун у дослідженні «Твоя життєстійкість в умовах війни» виявив, що здатність до саморегуляції є одним із ключових факторів, що відрізняють осіб з високою адаптивністю від тих, хто має труднощі. Не менш

важливою є здатність знаходити сенс у складних обставинах, що сприяє відновленню цілісності життєвої історії та ідентичності (Горностаї П.) [5].

Серед зовнішніх факторів підтримки ключове значення має соціальна підтримка – наявність мережі соціальних контактів, емоційної та інструментальної допомоги від родини, друзів, громади. Г. Лазос зазначає, що ефективність психологічної інтервенції значною мірою залежить від здатності психолога адресувати складні аспекти травматичного досвіду через індивідуальний та груповий підходи, а також зменшення використання шкідливих способів самозаспокоєння, як-от алкоголь чи наркотики (Лазос Г.) [18]. Важливим є також ставлення приймаючої громади – рівень толерантності, готовності до допомоги, відсутність дискримінаційних упереджень. І. Шапошникова та І. Пристай наголошують, що інтеграція ВПО є складним процесом, який вимагає зусиль як з боку переселенців, так і з боку територіальних громад (Шапошникова І. В., Пристай І. Р.) [32]. Доступ до психологічної допомоги також є критичним фактором: наявність кваліфікованих фахівців, доступність послуг, подолання стигматизації. Соціологічне дослідження Gradus Research свідчить, що хоча ставлення українців до психологічної допомоги поступово змінюється, значна частина населення досі уникає звернення до психологів. Нарешті, матеріальна стабільність – наявність житла, роботи, доступу до базових потреб – створює основу для психологічного відновлення.

А. Мікіртичян та В. Боснюк виявили важливі відмінності в адаптації різних груп переселенців залежно від їхнього місця перебування. У дослідженні взяли участь 95 респондентів, розподілених на три групи: люди, які вимушено здійснили переїзд із постійного місця проживання за кордон; ті, хто вимушено переїхав за кордон, але повернувся до України; та особи, які не змінювали місце проживання (Мікіртичян А., Боснюк В.) [20]. Результати показали, що особи, які вимушено виїхали за кордон і залишилися там, демонструють найбільш виражені ознаки ПТСР та найнижчий рівень суб'єктивного благополуччя. У них більш виражені негативні відстрочені

реакції реагування, пов'язані з нав'язливими спогадами, уникненням та гіперзбудженням. Група з досвідом повернення з-за кордону вказує на більшу кількість стресових подій і схильність до уникнення, однак має вищий рівень психологічного благополуччя, ніж ті, хто залишився за кордоном. Найвищі показники суб'єктивного благополуччя — у осіб, які не змінювали місце проживання, проте в них спостерігається найвища психічна збудливість (гіперпильність, дратівливість, порушення сну) через тривале перебування в зоні небезпеки (Мікіртичян А., Боснюк В.) [20].

Автори пояснюють ці відмінності тим, що передислокація виступає додатковим стрес-фактором, змушуючи переселенців спочатку адаптуватися до незнайомих умов життя за кордоном, а пізніше — повторно при поверненні до звичного місця проживання. Повернення до звичних умов життя може підвищувати психологічний ресурс особистості. Водночас ті, хто не покидав своїх домівок попри загрозу, змогли адаптуватися до пролонгованої обстановки невизначеності, що відображається у вищих показниках благополуччя, хоча й супроводжується підвищеною психічною збудливістю.

Важливим аспектом адаптації є збереження ідентичності та відчуття належності. Вимушене переміщення часто супроводжується втратою не лише фізичного простору (домівки, міста, регіону), але й символічного — мовного середовища, культурних традицій, соціальних зв'язків. Відновлення відчуття ідентичності та пошук нового «місця у світі» є важливим завданням адаптаційного процесу (Горностай П.) [5]. П. Горностай наголошує, що колективна травма змінює не лише індивідуальну, але й групову ідентичність, формуючи нові смисли, цінності та наративи, які можуть стати ресурсом для посттравматичного зростання.

Таким чином, посттравматична адаптація внутрішньо переміщених осіб має складну динаміку, зумовлену поєднанням воєнної травми, переміщення та адаптації до нових умов. Її успішність визначається індивідуально-психологічними ресурсами (життестійкість, копінг-стратегії, саморегуляція, пошук сенсу), соціальною підтримкою, доступом до психологічної допомоги,

ставленням приймаючої громади та матеріальною стабільністю. Розуміння цих особливостей є необхідним для розроблення ефективних програм психологічної підтримки, спрямованих на зниження травматичного стресу та успішну інтеграцію ВПО.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗМІСТОВИХ ПАРАМЕТРІВ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

2.1. Методичні особливості дослідження психологічних параметрів травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб

Емпіричне дослідження психологічних змістових параметрів травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб було організоване з урахуванням загальноприйнятих науково-методичних підходів до проведення психодіагностичних обстежень. Методологічна логіка дослідження ґрунтувалася на поєднанні системного, особистісно-орієнтованого та травмафокусованого підходів, що дозволило комплексно аналізувати психологічні змістові параметри травмованого досвіду внутрішньо переміщених осіб. У центрі дослідницької уваги перебували індивідуальні переживання травми, рівень психоемоційної напруженості, особливості адаптації, а також взаємозв'язки між досліджуваними психологічними показниками.

Дослідження проводилося поетапно та включало підготовчий, діагностичний і аналітичний етапи. На підготовчому етапі було визначено вибірку респондентів, підібрано валідний та надійний психодіагностичний інструментарій, а також забезпечено дотримання етичних вимог проведення психологічних досліджень. Учасникам було надано інформацію щодо мети та процедури дослідження, після чого отримано їхню добровільну інформовану згоду на участь.

У дослідженні взяли участь 52 респонденти, які мають статус внутрішньо переміщених осіб. Віковий діапазон учасників становив від 20 до 52 років, що дозволяє віднести вибірку до категорії дорослого населення працездатного віку. Гендерний розподіл учасників характеризувався

переважанням жінок – 34 особи (65,4%), тоді як чоловіків було 18 осіб (34,6%). Такий розподіл відображає загальну тенденцію серед внутрішньо переміщених осіб в Україні, де жінки складають більшість, що пов'язано з тим, що значна частина чоловіків залучені до військової служби або залишаються на тимчасово окупованих територіях.

Респонденти були вимушено переміщені внаслідок воєнного стану з різних регіонів України. Основними регіонами виїзду стали Харківська, Миколаївська, Донецька, Дніпропетровська та Запорізька області. За соціальним статусом більшість учасників на момент дослідження працювали за основним місцем зайнятості або поєднували навчання у закладах вищої освіти з професійною діяльністю. Сформована вибірка є релевантною меті дослідження, оскільки представлена дорослими особами, які пережили стресогенні події, пов'язані з війною та зміною місця проживання, що безпосередньо впливає на їхній психоемоційний стан і процеси адаптації.

З метою комплексного вивчення проявів депресії, тривожності та посттравматичного стресу було використано стандартизований пакет психодіагностичних методик, який включав чотири інструменти. Першою методикою став Опитувальник депресії Бека (BDI-II), який застосовувався для визначення рівня вираженості депресивних симптомів. Ця методика дозволяє оцінити когнітивні, емоційні та соматичні прояви депресії, а також встановити ступінь її тяжкості – від мінімального до вираженого. Другою методикою була Шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, яка використовувалася для диференційованої оцінки ситуативної (реактивної) тривожності як стану, що виникає у відповідь на стресову ситуацію, та особистісної тривожності як стійкої індивідуально-психологічної характеристики.

Третьою методикою стала PCL-C – військово-цивільна шкала самооцінки наявності ПТСР, спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до діагностичних критеріїв. Вона дозволяє оцінити частоту проявів таких симптомів, як нав'язливі

спогади, уникнення, гіперзбудження та емоційне оніміння. Четвертою методикою стала Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R), яка використовувалася для визначення сили психологічного впливу пережитих травматичних подій та вимірювала три ключові групи симптомів: вторгнення (intrusion), уникнення (avoidance) та фізіологічне й емоційне збудження (hyperarousal).

Дотримання етичних принципів психологічної науки було важливим складником організації емпіричного дослідження. Дослідження проводилося з урахуванням базових етичних стандартів, що регламентують роботу психолога з респондентами, особливо з уразливими категоріями населення, до яких належать внутрішньо переміщені особи. Передусім було забезпечено принцип добровільності участі: кожен респондент залучався до дослідження виключно за власним бажанням без будь-якого примусу, а учасники мали право відмовитися від участі на будь-якому етапі дослідження без пояснення причин. Неухильно дотримувався принцип конфіденційності: уся отримана інформація використовувалася виключно в узагальненому науковому вигляді, персональні дані респондентів не фіксувалися у звітній документації, а результати оброблялися анонімно. Обов'язковою процедурою стало отримання інформованої згоди респондентів: перед початком дослідження учасники були поінформовані про мету, завдання, зміст методик, тривалість участі, а також про можливі психологічні переживання, пов'язані з актуалізацією травматичного досвіду.

2.2. Аналізування результатів емпіричного дослідження параметрів травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб

Обробка результатів емпіричного дослідження здійснювалася із застосуванням методів математико-статистичного аналізу. Первинні дані, отримані в результаті психодіагностичного обстеження 52 респондентів, були

систематизовані та піддані кількісній обробці відповідно до стандартних процедур інтерпретації кожної з використаних методик.

На першому етапі аналізу було здійснено обчислення описових статистик, що дозволяють узагальнити отримані емпіричні дані та охарактеризувати вибірку за основними досліджуваними показниками. Зокрема, визначалися середні значення (M) як інтегральний показник вираженості досліджуваної ознаки у вибірці, стандартні відхилення (SD), що відображають ступінь варіативності результатів, а також мінімальні (Min) та максимальні (Max) значення.

Результати аналізу показників депресивних проявів, отриманих за опитувальником Бека ($BDI-II$), представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Описові статистики показників депресії ($BDI-II$)

Показник	M (середнє розподілу)	SD (середнє квадратичне)
$BDI-II$ (загальний бал)	12,8	9,0

Як свідчать отримані дані, середнє значення показника депресії у вибірці становить $M = 12,8$, що відповідно до нормативних критеріїв інтерпретації методики відповідає низькому рівню депресивних проявів. Водночас стандартне відхилення ($SD = 9,0$) є відносно значним, що вказує на неоднорідність вибірки та наявність респондентів із різним рівнем вираженості депресивної симптоматики – від мінімальних до достатньо високих значень.

Розподіл респондентів за рівнями депресивних проявів був таким: низький рівень (0–13 балів) зафіксовано у 40 осіб (76,9%), легкий (14–19 балів) – у 9 осіб (17,3%), помірний (20–28 балів) – у 2 осіб (3,9%), високий (29–63 бали) – у 1 особи (1,9%). Таким чином, хоча у більшості учасників відсутні виражені депресивні стани, у частини вибірки (23,1%) простежуються симптоми емоційного виснаження, пригніченості та зниження життєвої активності, що потребує психологічної уваги.

На наступному етапі було проаналізовано показники тривожності за шкалою Спілбергера, що дозволяє диференціювати ситуативну (реактивну) та особистісну тривожність. Отримані результати узагальнено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Описові статистики показників тривожності (STAI)

Показник	М (середнє розподілу)	SD (середнє квадратичне)
Ситуативна тривожність	44,25	8,6
Особистісна тривожність	46,3	7,9

Середнє значення ситуативної тривожності становить $M = 44,25$, що відповідає середньому рівню з тенденцією до підвищеного. Це свідчить про те, що респонденти перебувають у стані актуального емоційного напруження, зумовленого впливом стресогенних чинників, пов'язаних із пережитим травматичним досвідом.

Показник особистісної тривожності ($M = 46,3$) відповідає високому рівню, що вказує на сформовану схильність респондентів до сприйняття широкого спектра життєвих ситуацій як потенційно загрозливих. Такий результат може бути інтерпретований як наслідок пролонгованого впливу травматичних подій та стану невизначеності.

Подальший аналіз був спрямований на вивчення симптомів посттравматичного стресу за шкалою PCL-C. Узагальнені результати наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Описові статистики показників ПТСР (PCL-C)

Показник	М (середнє розподілу)	SD (середнє квадратичне)
PCL-C (загальний бал)	43,6	10,2

Середній показник ($M = 43,6$) відповідає помірному рівню вираженості симптомів посттравматичного стресу. Це свідчить про наявність у значної

частини респондентів таких проявів, як нав'язливі спогади, уникнення травматичних стимулів та підвищений рівень психофізіологічного збудження.

Розподіл респондентів за рівнями вираженості симптомів ПТСР був таким: низький рівень (до 33 балів) зафіксовано у 26 осіб (50,0%), помірний (33–44 бали) – у 13 осіб (25,0%), високий (45 і більше балів) – у 13 осіб (25,0%). Отже, половина вибірки (26 осіб) демонструє помірні та високі прояви симптомів ПТСР.

Аналіз показників за шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R), результати якого подано в таблиці 2.4, дозволив уточнити суб'єктивний рівень переживання травматичного досвіду.

Таблиця 2.4

Описові статистики впливу травматичної події (IES-R)

Показник	М (середнє розподілу)	SD (середнє квадратичне)
IES-R (загальний бал)	41,4	11,5

Середнє значення ($M = 41,4$) відповідає високому рівню впливу травматичної події, що свідчить про значну інтенсивність переживання травматичного досвіду та високий ризик формування посттравматичних реакцій.

Розподіл респондентів за рівнями впливу травматичної події був таким: низький рівень (до 24 балів) зафіксовано у 14 осіб (26,9%), помірний (24–32 бали) – у 7 осіб (13,5%), підвищений (33–36 балів) – у 5 осіб (9,6%), високий (37 балів і вище) – у 26 осіб (50,0%). Отримані дані свідчать, що значна частина респондентів (31 особа, або 59,6%) перебуває у зоні підвищеного та високого ризику, продовжуючи інтенсивно переживати травматичні події.

З метою виявлення взаємозв'язків між досліджуваними психологічними показниками на наступному етапі було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Використання цього методу обумовлено тим, що він дозволяє оцінити силу та напрямок зв'язку між змінними, які не обов'язково мають нормальний розподіл.

Результати кореляційного аналізу узагальнено у вигляді кореляційної матриці (таблиця 2.5).

Таблиця 2.5

Кореляційна матриця зв'язків досліджуваних показників (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, r)

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

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

Аналіз отриманих коефіцієнтів кореляції засвідчив наявність статистично значущих позитивних зв'язків між більшістю досліджуваних показників.

Зокрема, встановлено сильний позитивний зв'язок між симптомами посттравматичного стресу та рівнем впливу травматичної події ($r = 0,68$), що свідчить про те, що зі зростанням інтенсивності суб'єктивного переживання травми посилюється вираженість посттравматичної симптоматики.

Також виявлено тісний взаємозв'язок між рівнем депресії та симптомами ПТСР ($r = 0,61$), що підтверджує взаємообумовленість депресивних і посттравматичних проявів. Помірно сильний зв'язок між депресією та

впливом травматичного досвіду ($r = 0,57$) вказує на те, що інтенсивність переживання травми супроводжується зростанням депресивних симптомів.

Крім того, встановлено статистично значущі позитивні зв'язки між ситуативною тривожністю та симптомами ПТСР ($r = 0,49$), а також між ситуативною тривожністю та впливом травматичної події ($r = 0,46$), що свідчить про важливу роль актуального емоційного напруження у структурі травматичного досвіду. Особистісна тривожність також виявила помірні зв'язки з депресією ($r = 0,42$), ПТСР ($r = 0,44$) та впливом травми ($r = 0,41$).

Узагальнюючи результати проведеного аналізу, можна констатувати, що психоемоційний стан внутрішньо переміщених осіб характеризується наявністю взаємопов'язаних проявів депресії, тривожності та посттравматичного стресу. Виявлені кореляційні зв'язки свідчать про комплексний характер психічних порушень, зумовлених травматичним досвідом, що підтверджує необхідність системного підходу до їх психологічної корекції.

2.3. Психокорекційна програма зниження проявів травматичного стресу у внутрішньо переміщених осіб

Результати проведеного емпіричного дослідження засвідчили наявність у значної частини внутрішньо переміщених осіб підвищених показників тривожності, депресивних проявів, симптомів посттравматичного стресу та високого рівня впливу травматичного досвіду. Виявлені кореляційні зв'язки між цими показниками вказують на комплексний характер психоемоційних порушень та необхідність розроблення системної психокорекційної програми, спрямованої на зниження проявів травматичного стресу та підвищення адаптаційних ресурсів внутрішньо переміщених осіб.

Розроблена психокорекційна програма ґрунтується на теоретико-методологічних засадах травмафокусованої когнітивно-поведінкової терапії, психоосвітнього підходу та ресурсно-орієнтованої психотерапії. Метою

програми є зниження рівня посттравматичного стресу, тривожності та депресивних проявів у внутрішньо переміщених осіб, а також підвищення їхньої здатності до саморегуляції та адаптації. Програма розрахована на роботу в груповому форматі (8–12 учасників) і складається з 10 занять тривалістю 90 хвилин кожне, які проводяться 2 рази на тиждень.

Структура програми включає три основні блоки: діагностично-психоосвітній, корекційно-терапевтичний та ресурсно-закріплювальний. Перший блок (заняття 1–2) спрямований на встановлення довірчих відносин у групі, знайомство з учасниками, формування мотивації до участі в програмі, а також надання психоосвітньої інформації про природу травматичного стресу, його психофізіологічні механізми та можливості подолання. Важливим завданням цього блоку є нормалізація переживань учасників – пояснення того, що їхні симптоми є типовими реакціями на нетипові події, що знижує відчуття стигматизації та самоізоляції.

Другий блок (заняття 3–7) є основним корекційно-терапевтичним і включає роботу з травматичними спогадами, емоційною регуляцією та формування адаптивних копінг-стратегій. На заняттях цього блоку використовуються техніки стабілізації (дихальні вправи, заземлення, створення «безпечного місця»), техніки опрацювання травматичного досвіду (експозиційні вправи, когнітивне переструктурування), а також методи розвитку навичок емоційної саморегуляції. Окреме заняття присвячується роботі з почуттям провини, яке часто виникає у внутрішньо переміщених осіб через те, що вони опинилися у безпеці, тоді як інші залишилися в зоні небезпеки.

Третій блок (заняття 8–10) спрямований на закріплення набутих навичок, розвиток ресурсного стану, формування планів на майбутнє та попередження рецидивів. На цих заняттях учасники навчаються ідентифікувати ранні ознаки загострення симптомів, використовувати набуті навички саморегуляції в повсякденному житті, а також створюють індивідуальні плани підтримки психологічного благополуччя. Завершальне

заняття включає підведення підсумків, рефлексію змін та обговорення перспектив подальшої підтримки.

Кожне заняття має чітку структуру: ритуал вітання, актуалізацію попереднього досвіду, основну змістову частину (теоретичне обговорення та практичні вправи), рефлексію та ритуал прощання. Методи роботи включають міні-лекції, групові дискусії, психогімнастичні вправи, арт-терапевтичні техніки, дихальні практики, тілесно-орієнтовані вправи, ведення щоденника спостережень та домашні завдання.

Особливістю програми є її адаптація до потреб внутрішньо переміщених осіб з урахуванням специфіки їхнього травматичного досвіду. Це виявляється в акценті на відновленні відчуття безпеки та контролю, роботі з множинними втратами, подоланні почуття провини вижившого, а також у підтримці процесів інтеграції в новому соціальному середовищі. Програма враховує можливу актуалізацію травматичних спогадів під час роботи, тому передбачає наявність індивідуальних консультацій для учасників, які потребують додаткової підтримки.

Ефективність програми оцінюватиметься за допомогою повторної діагностики за тими ж методиками, що й на початковому етапі (BDI-II, шкала Спілбергера – Ханіна, PCL-C, IES-R), а також за допомогою анкет зворотного зв'язку від учасників. Очікуваними результатами є зниження показників тривожності, депресивних проявів та симптомів ПТСР, підвищення рівня суб'єктивного благополуччя, формування навичок саморегуляції та розширення репертуару адаптивних копінг-стратегій.

Практична значущість розробленої програми полягає у можливості її впровадження в діяльність психологічних служб, центрів підтримки внутрішньо переміщених осіб, благодійних та волонтерських організацій, а також у системі соціально-психологічної допомоги населенню. Програма може бути адаптована для роботи з різними категоріями постраждалого населення, зокрема з ветеранами війни, членами сімей загиблих, жителями

прифронтових територій, що розширює сферу її застосування та підвищує соціальну значущість проведеного дослідження.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження психологічних змістових параметрів травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб, а також розроблено психокорекційну програму зниження проявів посттравматичного стресу. Узагальнення результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження дає підстави для формулювання таких висновків.

1. За результатами теоретичного аналізу поняття психологічної травми, механізмів формування травматичного досвіду та чинників, що зумовлюють розвиток посттравматичних реакцій, встановлено, що психологічна травма є міждисциплінарним поняттям, яке інтегрує психологічний, клінічний і соціокультурний виміри. Психофізіологічні механізми реагування на травматичний досвід охоплюють комплекс нейробіологічних змін, що призводять до дисрегуляції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, порушення балансу між амігдалою та префронтальною корою, змін у функціонуванні гіпокампі, а також формування дисоціативних проявів та соматичних симптомів. Важливим відкриттям сучасної нейронауки є концепція нейропластичності, яка дає підстави для оптимізму щодо можливостей відновлення після травми за умови своєчасного та адекватного психотерапевтичного втручання.

2. Визначаючи особливості адаптації внутрішньо переміщених осіб у новому середовищі, встановлено, що посттравматична адаптація ВПО має складну динаміку, зумовлену поєднанням дії воєнної травми, процесу переміщення та адаптації до нових умов. Успішність адаптації визначається поєднанням індивідуально-психологічних ресурсів (життєстійкість, активні копінг-стратегії, здатність до саморегуляції, пошук сенсу) та зовнішніх факторів підтримки (соціальна підтримка, ставлення приймаючої громади, доступ до психологічної допомоги, матеріальна стабільність). Виявлено

відмінності в адаптації різних груп переселенців залежно від їхнього місця перебування.

3. Сформований комплекс психодіагностичних методик для вивчення змістових параметрів травматичного досвіду включав чотири стандартизовані інструменти: опитувальник депресії Бека (BDI-II), шкалу ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера (STAI), військово-цивільну шкалу самооцінки наявності ПТСР (PCL-C) та шкалу оцінки впливу травматичної події (IES-R). Дотримання етичних принципів (добровільність, конфіденційність, інформована згода) забезпечило коректність проведеного дослідження та захист прав респондентів.

4. Проведене емпіричне дослідження психологічних проявів травми у внутрішньо переміщених осіб охопило 52 респонденти віком від 20 до 52 років (34 жінки та 18 чоловіків). Аналіз результатів засвідчив, що депресивні прояви у більшості респондентів мають мінімальний або легкий характер ($M = 12,8$; $SD = 9,0$), однак 23,1% вибірки демонструють симптоми емоційного виснаження. За показниками тривожності всі учасники перебувають у стані емоційного напруження (ситуативна тривожність: $M = 44,25$; особистісна: $M = 46,3$), а 82,7% мають високий рівень особистісної тривожності. За симптомами ПТСР половина вибірки (50%) демонструє помірні та високі прояви ($M = 43,6$; $SD = 10,2$), а 59,6% респондентів перебувають у зоні підвищеного та високого ризику за шкалою IES-R ($M = 41,4$; $SD = 11,5$). Кореляційний аналіз виявив статистично значущі зв'язки між досліджуваними показниками, зокрема між симптомами ПТСР та впливом травматичної події ($r = 0,68$), а також між депресією та симптомами ПТСР ($r = 0,61$), що свідчить про комплексний характер психоемоційних порушень у ВПО.

5. Розроблена психокорекційна програма зниження рівня посттравматичного стресу у внутрішньо переміщених осіб ґрунтується на засадах травмафокусованої когнітивно-поведінкової терапії, психоосвітнього та ресурсно-орієнтованого підходів. Програма розрахована на групову роботу (8–12 учасників) і складається з 10 занять (90 хвилин кожне, 2 рази на

тиждень). Структура програми включає три блоки: діагностично-психоосвітній, корекційно-терапевтичний та ресурсно-закріплювальний. Особливістю програми є її адаптація до потреб внутрішньо переміщених осіб: акцент на відновленні відчуття безпеки та контролю, робота з множинними втратами, подолання почуття провини вижившого, підтримка інтеграції в новому соціальному середовищі. Практична значущість програми полягає у можливості її впровадження в діяльність психологічних служб, центрів підтримки ВПО, благодійних та волонтерських організацій.

Таким чином, мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні змістові параметри травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб, а також розробити психокорекційну програму зниження проявів посттравматичного стресу – досягнута. Усі поставлені завдання виконано. Отримані результати мають теоретичне значення для розвитку психотравматології як наукової галузі та практичне значення для вдосконалення системи психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам в Україні. Перспективним напрямом подальших досліджень є вивчення факторів резильєнтності, ефективності різних форм психологічної допомоги та довготривалих наслідків пережитого травматичного досвіду.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Брацюнь О. П. Соціально-демографічна та емоційно-психологічна характеристика українців, які покинули Україну внаслідок російської військової агресії. *Терапевтика*. 2022. Т. 3, № 4. С. 56–62. URL: <https://doi.org/10.31793/2709-7404.2022.3-4.56>
2. Вимушені переселенці та приймаючі громади: уроки для ефективної суспільної адаптації й інтеграції: наукова доповідь / за ред. О. М. Балакіревої. Київ, 2016. 140 с.
3. Волинець Н., Корсун В. Особливості травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб в умовах війни. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 11(45). С. 1224–1239. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-11\(45\)-1224-1239](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-11(45)-1224-1239)
4. Волошин С. М. Особливості змісту соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб до нового соціального середовища. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, серпень 2019. № 9. С. 73–76. URL: <https://journals.oa.edu.ua/Psychology/article/view/2547/2320>
5. Горностай П. Психологія колективних травм : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2023. 336 с. URL: <https://ispp.org.ua/2023/12/26/monografiya-psixologiya-kolektivnix-travm-gornostaj-p-p/>
6. Гуляєва А. С. Соціальнопсихологічні особливості системи переконань особистості в кризових умовах : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05. СХУ ім. В. Даля. Київ, 2023. 226 с.
7. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за ред. І. Зверєвої. Київ; Сімферополь: Універсум, 2012. 536 с.

8. Закон України № 1706-VII від 20.10.2014 р. «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб». URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1706-vii>.

9. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с. <https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf>

10. Карамушка Л. К., Терещенко К. В., Креденцер О. В. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMHscale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. Вип. 27, № 3. С. 85–94. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8>

11. Кердивар В. В. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту : дис. на здобуття наукового ступеня доктора філософії : 053 – Психологія. НУЦЗУ, Харків, 2021. 163 с.

12. Ковальова О. В., Кирашек Н. О. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам. *Габітус. Психологія особистості*. 2024. Вип. 61. С. 187–190.

13. Кокун О. М. Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни» : препринт. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2022. 46 с.

14. Королович О. Психологічні аспекти динаміки переживання втрати. *Психологічні травелогі*. 2023. № 4. С. 16–24.

15. Корольова Н., Грозіна А. Психологічні особливості горювання внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та методи роботи з травматичною втратою. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія Психологічні науки*. 2025. № 1(6). С. 113–128. DOI: [https://doi.org/10.31558/2786-8745.2025.1\(6\).8](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2025.1(6).8)

16. Крючкова Ю. В. Особливості стресостійкості та використання копінг-стратегій студентами внутрішньо переміщеними і виїхавшими за кордон. *Scientific Theories and Practices as an Engine of Modern Development* :

XII International scientific and practical conference. Bratislava, Slovakia, International Scientific Unity, 2024. С. 257–261.

17. Кудінова М., Кожанова Д. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб: теоретичний аналіз проблеми. *Наукові праці МАУП. Психологія*. 2024. Вип. 2 (63). С. 17–24. DOI: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.2.2>

18. Лазос Г. П. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (на прикладі роботи з переселенцями з Криму). *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій* : метод. посіб. / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ Видавництво «Логос», 2015. С. 36–45.

19. Малиновська О. А. Внутрішня міграція та тимчасові переміщення в Україні в умовах політичних та соціально-економічних загроз. URL: http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/vnutrishnya_migratsia-45aa1.pdf

20. Мікіртичян А., Боснюк В. Психологічні особливості переживання травматичного досвіду українськими переселенцями. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2024. № 1(7). С. 28–39. URL: https://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/20253/1/1%287%29_28-39.pdf

21. МОЗ України. Вплив війни на психічне здоров'я — колосальний. Віктор Ляшко. 2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psihichne-zdorovya-kolosalniy-viktor-lyashko>

22. Мороз С. Р., Попович І. С. Психологічні змістові параметри травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб. Ukrainian Forum of Scientific Strategies: proceedings of the International scientific and practical conference (April 6–8, 2026). Kharkiv, Ukraine, 2026. С. 215–222. URL: <https://doi.org/10.64828/conf-112-2026>

23. Орбан-Лембрик Л. Е. Вплив міграційних процесів на поведінкові прояви особистості. *Філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ : ВДВ ЦІТ, 2008. Вип. 13. Ч. 1. С. 3–15.

24. Педоренко В. М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 5. С. 5–10. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.5.1>

25. Пирог Г. В., Бондаренко Т. М. Особливості зв'язку життєстійкості з копінгстратегіями внутрішньо переміщених осіб. *Габітус*. 2023. Вип. 56. С. 193–197. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.56.36>

26. Попович І. С. Психологія соціальних очікувань особистості: методологія, теорія і практика: навч.-метод. посіб. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2019. 158 с.

27. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посіб. Київ : Кондор, 2005. 278 с.

28. Слюсаревський М. М. Соціальна ситуація в Україні: спроба оцінки з погляду формування та прояву суб'єктного потенціалу особистості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2007. № 16. С. 109–127.

29. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

30. Титаренко Т. М. Як допомогти свідкам і учасникам травматичних подій: горизонти соціальнопсихологічної реабілітації. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки* : зб. наук. праць. Київ : КНУ ім. Т. Шевченка, 2015. № 4(29). С. 163–170.

31. Тімченко О. В. Обпалені війною (психологічна пам'ятка для роботи з внутрішньо переміщеними особами). *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2022. № 3. С. 159–166.

32. Топчий Д. О. Психологічні особливості травматичного досвіду в буденній свідомості внутрішньо-переміщених осіб. *Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень* : матеріали конф. 2025. DOI: 10.36059/978-966-397-562-7-57.

33. Шапошникова І. В., Пристай І. Р. Стратегії та виклики інтеграції внутрішньо переміщених осіб у територіальних громадах в умовах воєнного стану. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*. 2024. № 11.

URL: <https://reicst.com.ua/pmtl/article/view/2024-11-02-04/2024-11-02-04>

34. Юр'єва Л, Вишніченко С, Шорніков А. Аналіз феноменів тривоги та депресії у перші тижні війни: гендерно-вікові аспекти. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2022;7(1):e0701351. DOI: 10.26766/pmgrp.v7i1.35.

35. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e259. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30088-8.

36. Levy BS, Sidel VW, editors. War and public health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2008. 486 p.

37. Mollica RF, Sarajlic N, Chernoff M, Lavelle J, Vukovic IS, Massagli MP. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *JAMA*. 2001;286(5):546-554. DOI: 10.1001/jama.286.5.546.

38. Murthy RS, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. 2006;5(1):25-30.

39. Plokhikh, V., Popovych, I., Savchuk, O., Shevchenko, N., Hoian, I., & Petraniuk, A. (2025). Time Orientations of Ukrainian Students with Traumatic Experiences. *The New Education Review*, 82, 9–23. <https://doi.org/10.15804/ther.2025.82.4.01>

40. Plokhikh, V., Popovych, I., Shevchenko, N., Losiyevska, O., Kolly-Shamne, A., & Akimov, R. (2025). Time Perspective of Forced Migrants within the National Boundaries and Abroad. *Journal of Education Culture and Society*, 16(1), 125–142. <https://doi.org/10.15503/jecs2025.2.125.142>

41. Ukraine: Overview of population displacement (as of 23 March 2015).
URL: <https://reliefweb.int/map/ukraine/ukraine-overview-population-displacement-23-march-2015>
42. UNHCR. Ukraine situation Flash Update #35. 2022 Nov 18.
URL: <https://data.unhcr.org/en/documents/download/96923>