

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Зв'язок переживання травматичних подій та психічного
здоров'я жінок-емігранток**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія», заочна
форма навчання)

Якуніна Марія Олександрівна

Науковий керівник:

Кандидат психологічних наук, доцентка кафедри психодіагностики та
клінічної психології

Проскурня Аліна Сергіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №__

Протокол № __ від _____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК-ЕМІГРАНТОК	8
1.1. Психологічні особливості травматичних подій та їх вплив на психічне здоров'я особистості.....	8
1.2. Специфіка переживання травматичного досвіду жінками-емігрантками	23
1.3. Огляд методологічних підходів до вивчення впливу травматичних подій на психічне здоров'я жінок-емігранток в сучасних дослідженнях	33
1.4. Психологічні наслідки еміграції для жінок: адаптаційні виклики та ресурси подолання	41
Висновки до розділу 1	49
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК-ЕМІГРАНТОК ІЗ ДІТЬМИ	51
2.1. Організація та етапи емпіричного дослідження	51
2.2. Методичний інструментарій емпіричного дослідження.....	53
Висновки до розділу 2	61
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК-ЕМІГРАНТОК	63
3.1. Аналіз результатів дослідження зв'язку переживання травматичних подій та психічного здоров'я жінок-емігранток.....	63
3.2. Кореляційний зв'язок між характеристиками психічного здоров'я жінок-емігранток в умовах травматичних подій.....	83
Висновки до розділу 3	90
ВИСНОВКИ	93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	99
ДОДАТКИ	113

ВСТУП

Актуальність проблеми. Повномасштабна воєнна агресія Росії проти України, що розпочалася у 2022 році, спричинила найбільшу міграційну хвилю в Європі після Другої світової війни. За короткий період мільйони громадян були вимушені залишити власні домівки, а значна частина з них – перетнути державний кордон у пошуках безпеки та елементарних умов для життя. Масштабне переміщення населення супроводжувалося різкими змінами соціального оточення, втратою стабільності та порушенням звичного ритму життя, що створило ґрунт для появи численних психоемоційних труднощів. Особливо вразливою групою у цьому процесі стали жінки з дітьми, для яких випробування війною поєднується з необхідністю забезпечити добробут сім'ї в незнайомому середовищі.

Вимушена еміграція актуалізувала проблему психологічної уразливості, загострюючи переживання тривоги, невизначеності, фрустрації та зниження контролю над життєвими подіями. У нових соціокультурних умовах українські жінки нерідко стикаються з недружніми або упередженими реакціями з боку частини місцевого населення, що підсилює відчуття небезпеки й соціальної неповноцінності. Неволодіння мовою, незнання локальних правил взаємодії та загальні відмінності культурних кодів часто ускладнюють доступ до служб підтримки, у тому числі освітніх, медичних та адміністративних установ. Непоодинокими є випадки дискримінаційних трудових практик та бюрократичних перепон, які формують відчуття втрати статусу та незахищеності.

У таких умовах у частини жінок поступово формується стійке психоемоційне новоутворення, що в літературі окреслюється як «комплекс іноземця». Цей стан характеризується підвищеною тривожністю, очікуванням недоброзичливості, занепокоєнням за власну гідність та за безпеку дітей. Особливої значущості набуває питання емоційного виснаження, оскільки більшість жінок у середовищі приймаючої країни

змушені поєднувати процес адаптації з виконанням ролей основної доглядальної фігури та відповідальної за побут і стабільність сім'ї.

Сучасні українські та зарубіжні дослідження підкреслюють, що психічне здоров'я жінок-емігранток формується під впливом поєднання соціально-економічних труднощів, особистісних ресурсів, рівня соціальної підтримки та досвіду переживання травматичних подій до й після переміщення. Науковці звертають увагу на те, що емоційний стан матерів безпосередньо визначає благополуччя дітей, впливаючи на їхню здатність до адаптації, поведінкову саморегуляцію та шкільну успішність. Таким чином, проблема психологічного функціонування жінок-біженок набуває подвійного значення – як на рівні особистісного благополуччя, так і в контексті міжпоколінної стабільності.

Складність явища, що поєднує травматизацію війною, вимушену міграцію та адаптаційні процеси в іноземному середовищі, зумовлює потребу у комплексному міждисциплінарному вивченні. Необхідність наукового аналізу полягає у тому, щоб визначити, яким чином пережиті травматичні події впливають на психічне здоров'я жінок-емігранток, які чинники посилюють або пом'якшують цей вплив та які адаптаційні ресурси можуть відігравати захисну роль. Це дозволить сформувати цілісну концепцію психологічної підтримки, враховуючи специфіку війни як першопричини переміщення, а також особливості життя українських сімей у нових соціокультурних просторах.

Емігранти, особливо жінки, часто відчують психологічну уразливість і страх під час взаємодії з місцевим населенням. Відсутність володіння мовою та незнання культурних кодів супроводжуються проявами неповаги або дискримінації, включно з недобросовісними трудовими практиками та бюрократичними перешкодами. Це посилює відчуття нижчості соціального статусу та постійного психоемоційного напруження, формуючи стійке психічне новоутворення – «комплекс іноземця», що супроводжується тривогою, страхом за власну гідність і безпеку.

Таким чином, травматичний досвід жінок-емігранток проявляється не лише у втраті соціальних ролей і статусу, але й у складних міжпоколінних конфліктах, кризі ідентичності та посиленій психологічній вразливості у процесі адаптації до нової культури.

Аналіз сучасних досліджень свідчить, що психологічний стан українських мігрантів, зокрема жінок, формується під впливом поєднання соціально-економічних і психоемоційних факторів. Взаємозв'язок між фізичним та психічним здоров'ям і складнощами життя, спричиненими втратою роботи, житла та стабільного оточення. Ю. Максименко та О. Морозова-Йоханнесен (2022), а також В. Педоренко (2022) досліджують психоемоційні виклики, з якими стикаються українські жінки-біженки за кордоном, включно із соціальною ізоляцією, невизначеністю та втратою підтримки родини. Зарубіжні автори, такі як M. Hodes (2022), S. Figueiredo, A. Dierks та R. Ferreira (2024), вивчають вплив посттравматичного стресового розладу на адаптацію жінок-емігранток та механізми відновлення в новому соціокультурному середовищі.

H. Kluge та J. Nabicht (2022), P. Nyland та ін. (2023) окреслюють потребу у комплексній психологічній підтримці мігрантів, особливо жінок, які одночасно виконують обов'язки доглядальниць, що значно ускладнює процес інтеграції. Сучасна практика та наукові дані демонструють, що психологічний добробут жінок-біженок безпосередньо впливає на здатність дітей адаптуватися до нового середовища, зберігаючи когнітивну, емоційну та поведінкову стабільність.

Таким чином, проблематика психоемоційного стану українських жінок-біженок продовжує залишатися пріоритетною сферою досліджень. Вона потребує системного підходу, що включає взаємодію психологів, медичних працівників та соціальних служб для забезпечення ефективної адаптації, зменшення стресових станів та розвитку ресурсів подолання.

Мета дослідження: вивчити особливості зв'язку між переживанням травматичних подій та психічним здоров'ям жінок-емігранток.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я жінок-емігранток.

Предмет дослідження: зв'язок між переживанням травматичних подій та показниками психічного здоров'я жінок-емігранток.

Завдання дослідження

- провести теоретичний аналіз підходів до розуміння зв'язку травматичних подій та їх впливу на психічне здоров'я;
- дослідити особливості переживання травматичних подій;
- виявити рівень симптоматичних проявів та структуру копінг-стратегій досліджуваних;
- вивчити статистично значущі зв'язки між досліджуваними змінними.

Методики дослідження

Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів наукового дослідження:

1) теоретичні: аналіз, синтез й узагальнення під час розгляду викладених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми й опрацювання отриманих результатів;

2) емпіричні:

- **Міжнародний опитувальник травми (ITQ)** – використаний для оцінки інтенсивності та структури травматичного досвіду, а також для виявлення симптомів ПТСР та КПТСР відповідно до критеріїв МКХ-11.

- **Опитувальник копінг-стратегій (Brief COPE Questionnaire; українська адаптація: Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г.)** – застосований з метою визначення домінантних стратегій подолання стресу та стилю реагування на складні життєві ситуації.

- **Переглянутий симптоматичний опитувальник Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідація: Дембіцький С., Серeda Ю.)** – використаний для оцінки психологічної дистресності та структури симптоматичних проявів у досліджуваних.

Також будуть застосовані методи математико-статистичної обробки даних (кореляційний аналіз, описова статистика).

Наукова новизна. Отримано нові результати щодо особливостей взаємозв'язку між травматичним досвідом війни, адаптаційними ресурсами та психічним станом українських жінок-емігранток. Уточнено роль копінг-стратегій як потенційного буфера між травматизацією та психологічним неблагополуччям.

Теоретичне значення. Розширено уявлення про механізми впливу травматичних подій на психічне здоров'я жінок у ситуації вимушеної міграції. Узагальнено сучасні наукові підходи до аналізу адаптації в умовах війни та соціокультурного переходу.

Практичне значення. Результати можуть бути використані під час розроблення програм психологічної підтримки жінок-біженок, удосконалення роботи центрів соціальних служб, створення рекомендацій для фахівців, що працюють із сім'ями у ситуації міграції.

Структура дослідження. Робота складається зі вступу, трьох розділів із висновками до кожного, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК-ЕМІГРАНТОК

1.1. Психологічні особливості травматичних подій та їх вплив на психічне здоров'я особистості

У науковому дискурсі проблематика здоров'я постає як багаторівневий і системно організований феномен, що охоплює соматичний, психічний та соціальний виміри людського існування. Комплексність цього феномена зумовлює його міждисциплінарний характер, що виявляється у залученні медичних наук, психологічних підходів, валеологічних концепцій та суміжних галузей знання. Поступове формування окремого напрямку – психології здоров'я – зумовило необхідність спеціалізованої професійної підготовки фахівців, орієнтованих на дослідження та практичну роботу у сфері підтримання психічного благополуччя (Титаренко, 2018: 17).

У межах сучасної наукової парадигми (І. І. Галецька, Г. В. Ложкін, М. І., Г. А. Приба, Л. Є. Бегеза та ін.) здоров'я розглядається як багатовимірною конструкцією, що відображає інтегровані характеристики життєдіяльності індивіда. На відміну від повсякденного уявлення, де поняття здоров'я здебільшого функціонує як нерозчленований синкретичний образ, науковий аналіз підкреслює його багатокomпонентність, варіативність та структурну складність. У масовій свідомості значеннєві аспекти цього феномена часто не диференціюються, тоді як у науковій традиції здійснюється концептуальна деталізація та функціональна конкретизація відповідних складових (Пріснякова, 2025: 184).

У системі міжнародних підходів ключовою інституцією, що задає рамкові орієнтири для визначення психічного здоров'я, виступає Всесвітня організація охорони здоров'я, яка, зокрема, формує класифікаційні інструменти на кшталт МКХ-11 (2019) та DSM-V (2013). У цих документах психічне здоров'я трактується не як проста відсутність психопатологічних

розладів, а як широка категорія благополуччя, що поєднує фізіологічні, психологічні та соціальні параметри функціонування особистості (DSM-5, 2013: 21). У концептуальному визначенні ВООЗ психічне здоров'я описується як «стан психічного благополуччя, що дозволяє людині справлятися зі стресами життя, реалізовувати власні здібності, ефективно навчатися і працювати та робити внесок у життя своєї спільноти» (World Health Organization, 2025). Подальше уточнення цього підходу передбачає, що психічне здоров'я проявляється через здатність індивіда реалізовувати особистісний потенціал, витримувати типові життєві навантаження, підтримувати продуктивну діяльність і здійснювати конструктивний внесок у суспільне середовище.

Європейська психіатрична асоціація конкретизує уявлення про психічне здоров'я, наголошуючи на його динамічності та балансуванні між внутрішньою рівновагою і здатністю до адаптації. У запропонованому визначенні психічне здоров'я постає як стан внутрішньої гармонії, що дає змогу особистості застосовувати індивідуальні здібності у відповідності з базовими гуманістичними цінностями. У цьому контексті акцент робиться на когнітивних і соціальних уміннях, здатності до емоційної регуляції, співпереживання, адаптаційної гнучкості та взаємоузгодженості соматичних і психічних компонентів (Fiorillo, 2025: 11).

Водночас зазначені концепції визнають, що психічне здоров'я не тотожне постійному переживанню позитивних емоцій чи стабільному професійному успіху, оскільки певні критичні життєві обставини (міграційні процеси, наслідки катастроф) можуть супроводжуватися природними коливаннями рівня психологічного благополуччя (Ількова, 2025: 27). Крім того, сучасні визначення нерідко піддаються критиці через етичну, моральну та культурну навантаженість, а також потенційну політичну упередженість. Надмірне розширення трактування психічного здоров'я до нормативних або ідеологічних категорій здатне спричинити неоднозначні інтерпретації і навіть

ризика зловживань у межах психіатричної практики, що потребує концептуальної стриманості й обережності (Марущенко, 2025: 29).

Психічне здоров'я у сучасній науковій літературі трактується як один із ключових показників загального стану людини. Воно формується під впливом різних чинників, серед яких біологічні особливості, соціальні умови та характеристики довкілля (Carod-Artal, 2017). У міждисциплінарному контексті психічне здоров'я розглядається як складне утворення, що відображає рівень внутрішньої впорядкованості та здатності людини адаптуватися до повсякденних вимог.

Дослідники, які аналізують базові психологічні компетентності, наголошують на значенні когнітивних, соціальних та регулятивних умінь. Саме вони забезпечують стійкість до щоденних навантажень, ефективність взаємодії з іншими людьми та можливість адекватно реагувати на непередбачувані обставини (Gigi et al., 2014). До важливих характеристик зараховують уміння розуміти емоції інших (Decety et al., 2014), аналізувати соціальні ситуації (Сновида, 2025: 67), гнучко змінювати поведінкові стратегії (Klanker et al., 2013) та регулювати власні емоційні реакції (Титаренко, 2016: 198). Окремо підкреслюється значення узгодженості тілесних і психічних процесів, що формує цілісне сприйняття свого стану (Павлик, 2022: 79).

Такі характеристики створюють основу адаптивного функціонування, особливо у ситуаціях підвищеного навантаження чи в періоди суттєвих життєвих змін. Саме тому аналіз психічного здоров'я в контексті міграційних процесів потребує уваги до механізмів внутрішнього балансування й підтримання психологічної стійкості.

У наукових підходах психічне благополуччя зазвичай поділяють на емоційний, соціальний та психологічний виміри. Цей поділ узгоджується з позицією ВООЗ, відповідно до якої психічне здоров'я означає не лише відсутність розладів, а й здатність людини справлятися зі складнощами, підтримувати активність і зберігати соціальні зв'язки (Ковальчук, 2025: 97).

У більшості робіт підкреслюється, що психологічно здоровій людині притаманні реалістичне самосприйняття, прагнення до розвитку, здатність адекватно оцінювати життєві обставини, внутрішня узгодженість, гнучкість мислення та стійкість у ситуаціях невизначеності. Важливим також є уміння передбачати наслідки власних дій і зберігати стійкість у складних умовах (Підбуцька, Курявська, 2010). Частина дослідників додає до цього роль світоглядних і духовних орієнтацій, які слугують додатковим ресурсом під час соціальних змін (Савелюк, 2012).

Узагальнюючи ці підходи, психічне здоров'я можна розглядати як стан внутрішньої цілісності, що забезпечує здатність орієнтуватися в складних обставинах, зберігати адаптивні ресурси та долати стресові впливи. Це має особливе значення під час аналізу становища жінок-емігранток із дітьми, для яких поєднання травматичного досвіду та вимог нового середовища створює особливу конфігурацію потреб і психологічних ризиків.

Емпіричні дані, отримані О. Луценко в Україні (Сенник, Луценко, 2018), засвідчили, що стійкі порушення поведінкових практик, пов'язаних зі здоров'ям, виникають через тривале ігнорування сигналів фізичного виснаження та зниження адаптивних можливостей. Виявлені особливості вказують на неготовність своєчасно реагувати на зміни самопочуття, недооцінку потреб у відпочинку та фізичній активності, а також на труднощі з вольовою регуляцією. Такі прояви супроводжуються зниженням здатності прогнозувати власні можливості та обмежують потенціал швидкої мобілізації в ситуаціях підвищених вимог.

Оцінювання психічного благополуччя спирається на кілька показників: відповідність сприйняття реальності, рівень вікової зрілості, ефективність соціальної адаптації та здатність визначати життєві цілі й досягати їх. У характеристиці психологічного здоров'я дослідники наголошують на рефлексивності, стійкості до стресу, внутрішній узгодженості, розвиненій системі цінностей і здатності до емоційної саморегуляції.

У психології здоров'я підкреслюється, що будь-яка життєва ситуація, яка потребує додаткових зусиль, пов'язана з витратою адаптивної енергії. Теоретичний аналіз і попередні емпіричні дані дають змогу виокремити три групи чинників, що визначають обсяг психічного навантаження: інтенсивні інформаційні потоки, стресові та кризові ситуації, а також індивідуальні особливості на кшталт емоційної чутливості чи невпевненості в собі. Досить важливу роль відіграють очікування щодо майбутнього: оптимістичні установки посилюють здатність до адаптації, тоді як песимістичні – знижують внутрішній ресурс. Значущим також є відчуття успішності та задоволення результатами власної діяльності, що допомагає підтримувати саморегуляцію й віру в досяжність намічених цілей (Дзвоник, 2025: 45).

У підсумку психічне здоров'я можна трактувати як стан, що відображає рівень внутрішньої організованості, наявність адаптивних ресурсів і здатність підтримувати рівновагу в ситуаціях підвищеного напруження. Таке розуміння є важливою основою для вивчення психологічних наслідків травматичних подій у жінок-емігранток із дітьми, адже саме у них обсяг психічного навантаження часто набуває особливої складності.

У періоди різких суспільних, економічних та політичних змін, що нині визначають український контекст, додається суттєвий ризиковий чинник для психічного здоров'я – переживання воєнної травматизації. Психічне здоров'я розглядають як характеристику особистості, яка формується на перетині фізіологічних, психологічних та соціальних впливів, але не зводиться до жодного з них окремо (Тесленко, 2025: 123). Його зміст полягає не у відсутності труднощів, а у здатності зберігати внутрішню опору та знаходити ресурси для подолання життєвих викликів.

Основними проявами такого стану є можливість підтримувати міжособистісні зв'язки, знаходити себе у різних соціальних контекстах, отримувати підтримку від найближчого оточення та конструктивно взаємодіяти з ним. Важливою ознакою є також готовність адаптувати

поведінку до вимог середовища, здатність навчатися, працювати й підтримувати продуктивність у складних умовах (Михайлишин, 2024: 10).

Психічне здоров'я пов'язується із відчуттям життєвого сенсу та усвідомленням власної участі у суспільних процесах. Воно створює підґрунтя для особистісної та професійної реалізації, визначає рівень суб'єктивного благополуччя та якість життя (Зливков, 2016: 28). У цьому контексті вирішальне значення має здатність до змін: повернення гнучкості у виконанні соціальних ролей, відкритість до нових можливостей та вміння інтегрувати життєві події у цілісну картину особистісного досвіду.

Універсального визначення або стандартизованої моделі психічного здоров'я не існує, оскільки його параметри залежать від історичного періоду, соціально-політичного середовища, культурних особливостей та характеру соціальної спільноти (Блинова, 2010: 67). Отже, оцінювання стану психічного здоров'я ґрунтується передусім на тих емоційних та особистісних характеристиках, які забезпечують можливість адекватного реагування на життєві труднощі та запобігають дезорганізації поведінки у складних ситуаціях. У цьому контексті важливими є психосоціальні вміння, ресурси та стратегії, що підтримують ефективне функціонування у професійній, особистій та соціальній сферах (Мосол, 2025: 96). Підтримання такого стану пов'язане зі здатністю своєчасно задовольняти потреби, доречні до етапу розвитку та вікових завдань (Лахтадир, 2025: 28).

Травматичні події справляють тривалий вплив на психічну сферу та фізіологічні процеси, включно зі змінами у структурі мозку. Однак дослідження підтверджують можливість пом'якшення негативних наслідків за умови формування стійких, підтримувальних стосунків (Вовк, 2025: 24). Тому значна частина допоміжних заходів орієнтована не лише на осіб, які пережили травму, а й на найближче соціальне оточення. Підкреслюється, що взаємодія значущих дорослих з людьми, які зазнали воєнних чи інших екстремальних подій, має включати захист, емоційну підтримку, допомогу у

переосмисленні пережитого та відновленні довірчих зв'язків (Кривоконь, 2024: 21).

У сучасній науковій літературі психічне здоров'я розглядається у кількох ключових вимірах:

- як стан повного фізичного та психічного благополуччя, що передбачає більше, ніж просто відсутність хвороби або інвалідності (Aldbyani, 2025: 3969);

- як рівень психофізичного розвитку, який дає змогу людині досягати особистісних цілей і водночас підтримувати гармонійні стосунки з оточенням (Siegel, 2023: 5);

- як результат діяльності нервової системи, що забезпечує усвідомлений контроль поведінки, адаптивність, здатність прогнозувати наслідки дій та користуватися власним досвідом у нових ситуаціях (Марущенко, 2025: 29);

- як здатність до особистісного зростання, розширення меж розуміння та формування ціннісних орієнтирів, які сприяють конструктивній соціальній взаємодії (Сновида, 2025: 68).

Показниками психічного здоров'я вважаються властивості, що забезпечують емоційну стійкість і запобігають зривам у складних обставинах. Серед них – індивідуальні ресурси, соціальні навички, ефективні стратегії подолання стресу та здатність виконувати вікові завдання розвитку (Ковальчук, 2025: 97). Однією з ключових умов збереження психічного благополуччя є також відповідність між потребами людини та можливостями їх адекватного задоволення (Дзвоник, 2025: 47).

Психічне здоров'я тісно переплітається з психосоціальними труднощами, які проявляються у кризових ситуаціях. Соціальні проблеми зазвичай виникають унаслідок зовнішніх обставин кризи: руйнування соціальних структур, вимушене переселення, фізичний розрив сімейних зв'язків, підвищення рівня насильства (Лукомська, 2024: 113). Психологічні проблеми можуть мати як попередній характер (наприклад, існування тяжких

психічних розладів або залежностей), так і бути реакцією на травматичну подію – хронічний стрес, депресивні стани, тривожні розлади, включно з посттравматичним стресовим розладом (Титаренко, Дворник, Климчук, 2019: 55).

Кризові та травматичні ситуації здатні спричиняти багаторівневі наслідки: на рівні особи, сімейної системи, локальної громади та суспільства загалом. Вони порушують звичні механізми психологічного захисту, підвищують імовірність появи нових проблем або загострення вже наявних (Реммерс, 2025: 153). У результаті виникає потреба у комплексних заходах, спрямованих на відновлення адаптивних ресурсів людини, відтворення соціальних зв'язків та запобігання подальшому поглибленню психосоціальних порушень.

Психічне здоров'я також охоплює готовність переосмислювати власну ідентичність, відкривати нові смисли і бачити перспективи попри невизначеність. Йдеться про прагнення розуміти динаміку власного життя, критично оцінювати події та знаходити ефективні моделі поведінки у мінливих умовах. Усе це забезпечує внутрішню стійкість та підтримує здатність зберігати психологічну рівновагу в ситуаціях високого соціального напруження.

Травматичні наслідки виникають у випадках, коли індивід опиняється перед обставинами, що перевищують доступні адаптивні механізми. Подібні ситуації найчастіше спричинені раптовими подіями, які не належать до закономірних етапів життєвого розвитку. Наукове вивчення феноменології травми традиційно поєднується з медичними та психіатричними підходами, оскільки звернення по фахову підтримку зазвичай відбувається лише після появи виражених порушень, таких як дезорганізація сну, панічні епізоди чи нав'язливі відтворення пережитого досвіду (Туриніна, 2017: 71).

Оперувати поняттям «травма» неможливо без окреслення самої події, яка породжує психотравмувальний ефект. У науковому дискурсі дедалі більше уваги приділяється трактуванню переживання не як пасивного

внутрішнього процесу, а як діяльнісного акту, що формує подальше ставлення людини до власного досвіду (Герман, 2015: 112). Л.Д. Заграй підкреслює, що трансформація наслідків кризових обставин можлива лише через активне переживання і переосмислення особистістю власного життєвого шляху (Заграй, 2015: 110). Т.М. Дзюба акцентує, що травматичні події дестабілізують опорні системи життєдіяльності, зокрема структури, які забезпечують відчуття контролю, пов'язаності та значущості (Дзюба, 2018: 82).

У більшості праць травматична подія розглядається як така, що поєднує три характерні параметри: раптовість, наявність загрози життю або фізичній цілісності та вихід за межі звичного досвіду (Діденко, 2020: 7). Саме ця сукупність відрізняє травматичні події від ситуацій, що викликають дистрес, але не руйнують фундаментальні засади психологічної стабільності.

У класифікації травматичних впливів виділяють два основні типи. Перший (тип I) пов'язаний з одноразовими подіями обмеженої тривалості – аваріями, катастрофами, випадковими ситуаціями значної загрози. Другий (тип II) формується внаслідок тривалого або повторюваного впливу – насильства, тортур, бойових дій та інших систематичних стресорів (Титаренко, Дворник, 2019: 88). Додатково використовується умовне розмежування на події великої «Т» і малої «t». Події великої «Т» охоплюють досвід безпосередньої загрози життю, свідчення подій із тяжкими наслідками чи перебування у середовищі масових деструктивних процесів, часто асоційованих із ПТСР. Події малої «t» зазвичай характеризуються меншою інтенсивністю, але повторюваністю, найчастіше стосуються дитячого віку та включають переживання булінгу, сімейних конфліктів та інших хронічних стресорів (Сухарєва, 2025: 68).

Реакції на повторне зіткнення зі стимулами, що нагадують первинну подію, можуть проявлятися у вигляді функціональних порушень, підвищеного збудження або немотивованої тривоги. Часто ці стани супроводжуються емоційним виснаженням та труднощами у виконанні

повсякденних обов'язків. Під час клінічного обстеження нерідко фіксується підвищена реактивність вегетативної нервової системи навіть за незначного стресового впливу (Іваненко, 2016: 99).

У попередній редакції DSM-IV травматичні події визнавалися такими, що включають реальну або потенційну загрозу смерті чи тяжкого ушкодження, а також супроводжуються інтенсивним суб'єктивним переживанням страху чи безпорадності. У DSM-5 суб'єктивний компонент реагування (критерій A2) вилучено, оскільки дослідження не підтверджують його ключової ролі в діагностиці гострої стресової реакції та ПТСР. Водночас уточнено, що травматичний вплив може охоплювати як безпосередню участь або свідчення події, так і отримання інформації про загрозові ситуації, що сталися з близькими. Також включено випадки повторюваного професійного контакту з деталями травматичних подій, проте виключено вплив медіаконтенту, якщо він не пов'язаний зі службовими обов'язками (наприклад, експертне опрацювання матеріалів кримінальних проваджень).

Травматичний досвід формується у випадках, коли подія пов'язана з реальною смертю, загрозою життю чи тяжкими ушкодженнями, а також із посяганням на фізичну недоторканність інших осіб. На підставі аналізу наукових джерел К. Канястий окреслює кілька груп подій, здатних спричиняти травматичну реакцію: природні катастрофи різного генезу (землетруси, повені, масштабні пожежі); техногенні аварії на транспорті або промислових об'єктах, зокрема аварії з ризиком радіаційного чи хімічного ураження; акти масового насильства, включно зі збройними нападами, вибухами та бойовими діями; окремі форми міжособистісного насильства, до яких належать домашнє насильство, сексуальні посягання та інші дії, що виходять за межі звичних адаптаційних можливостей та формують специфічні фізіологічні й психосоціальні наслідки [20].

До подій травматичного характеру також відносять масштабні соціально-політичні потрясіння, зокрема революції, збройні державні

перевороту, колоніальні практики, примусове переселення чи депортації, а також геноцидні дії. У переліку, запропонованому П. Штомпкою, акцент робиться на раптовості, однак ця ознака не є універсальною. Тривалі події – воєнні конфлікти, окупаційні режими, глибокі економічні трансформації – здатні чинити не менш руйнівний вплив, оскільки їхній ефект розгортається у часі та безперервно змінює умови життя суспільства (Штомпка, 2001: 81).

Переживання травми може виникати не лише у безпосередніх учасників, а й у тих, хто стикається з подією як свідок або професійний респондент – медичні працівники, рятувальники, поліцейські. Інформація про травматичні події поширюється також засобами масової комунікації. Роль медіа в індивідуальному переживанні таких подій залишається суперечливою. З одного боку, інтенсивне висвітлення терористичних атак, показові страти, військові конфлікти може підсилювати вторинний травматичний ефект. З іншого боку, постійне отримання подібного контенту інколи спричиняє зниження чутливості до драматичного змісту, коли повідомлення про катастрофи вже не викликають різкої емоційної реакції (Заграй, 2015: 109).

Окремо розрізняють події реального та уявного характеру. Реальні травматичні події стосуються фактів, що мали місце. Уявні – це ті, які не відбулися, але їх наявність активно обговорювалася або була подана як потенційна загроза, що може сприйматися як така, що несе реальний ризик (Євсюков, 2010: 125).

Не кожен окремий учасник або спостерігач події реагує на неї однаково. Навіть у межах однієї спільноти одна й та сама ситуація здатна викликати різні наслідки, що залежить від індивідуальних характеристик, способу інтерпретації того, що відбувається, і поведінкових стратегій, обраних після події. Це підводить до концепції «визначення ситуації», запропонованої У. І. Томасом, який розглядав її як передумову будь-якої соціальної дії. Ситуація трактується як сукупність ціннісних орієнтацій та установок, на основі яких індивід або група здійснює вибір дій та оцінює їх результати. У межах

спільноти частина значень є спільною, проте конкретне поєднання цінностей формується завдяки індивідуальному досвіду та особливостям соціалізації (Thomas, 1928: 90).

Ступінь травматичності події визначається не лише її об'єктивними характеристиками, а й тим, наскільки суттєво вона руйнує цінності, що посідають провідне місце у внутрішній ієрархії особи. Чим вагоміші для людини порушені смислові орієнтири, тим більшою є ймовірність того, що подія буде сприйнята як травматична.

Травматична подія здатна порушувати засадничі життєві орієнтири, руйнувати усталений порядок і ставити під сумнів цінності, на яких ґрунтуються очікування та життєві плани індивіда. Чим сильніше подія втручається у можливість продовжувати власний життєвий проєкт, тим більшою є ймовірність її сприйняття як травматичної. У випадках, коли людина переживає вимушене переселення чи інші насильницькі зміни життєвих умов унаслідок війни, відбувається не лише дестабілізація орієнтирів, але й реорганізація ціннісних ресурсів та актуалізація нових цілей (Vasylivna, 2023: 75).

Підходи до розуміння психологічної травми формувалися у працях А. Бека, А. Елліса, Р. Янофф-Бульман, Г. Емеррі та інших дослідників. М. А. Козірога акцентує на тому, що травматичні впливи, незалежно від їхнього зовнішнього чи внутрішнього походження, здатні змінювати базові переконання про власне Я, структуру світу та перспективу майбутнього, провокуючи стійкі емоційно забарвлені дисфункціональні схеми (Діденко, 2020: 8). Психічна травма описується як стан глибокого порушення взаємодії людини зі світом, що виникає під тиском переживань, які перевищують можливості адекватного реагування (Гоцуляк, 2015: 379). Оскільки в центрі психологічної травми лежить інтенсивний емоційний стан, значення емоцій у структурі травматичного досвіду є визначальним: саме вони інтегрують психічні процеси і забезпечують зв'язок між психологічними та соматичними системами.

Узагальнюючи наукові підходи, Т.С. Кириленко сформулювала кілька ключових характеристик психотравми: подія виходить за межі звичного досвіду; несе реальну чи потенційну загрозу життю або безпеці; одноразова у своєму виникненні, але багаторазово відтворюється у переживанні; її вплив залежить від умов, у яких вона була отримана; зовнішній чинник провокує внутрішню реакцію, здатну посилювати деструктивні стани; травма виникає, коли психіка не справляється з відповіддю на екстремальний вплив (Кириленко, 2020: 46).

У підході Л. І. Паливоди психічна травма розглядається як тривалий вплив надмірних стресорів, які перевантажують адаптаційні механізми, послаблюють психологічний захист, викликають тривогу високої інтенсивності та формують як психологічні, так і соматичні порушення (Паливода, 2021: 70). Г. О. Діденко пов'язує актуальність проблематики з вивченням травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб та учасників бойових дій на сході України (Діденко, 2018: 20).

У праці О. Л. Туріної узагальнено характеристики травмуючої ситуації: поява непривичної, принципово іншої реальності; руйнування відчуття невразливості та зміна світоглядної структури; амбівалентність досвіду, що поєднує загрозу з потенціалом стійкості; відчутне розмежування життя «до» та «після» події; складність прогнозування подальших подій; обмеження можливостей самореалізації та задоволення потреб (Турініна, 2017: 82).

У дисертаційному дослідженні А. О. Харченка, присвяченому особливостям емоційного травматичного досвіду демобілізованих учасників бойових дій, встановлено, що особи з постстресовою дезадаптацією мають виражені відмінності у нервово-психічній напрузі. Серед них – соматичний дискомфорт, порушення сну, зниження інтелектуальної працездатності, зростання психічної втоми та часті стани напруження. У їхніх переживаннях виявляється значна інтенсивність уявлень, пов'язаних із темами ранніх травм – покинутості, приниження та несправедливого ставлення (Харченко, 2019: 12).

У низці життєвих ситуацій особа може зіштовхнутися з подіями, що суттєво перевищують індивідуальні можливості подолання та порушують звичний ритм функціонування. Такі ситуації кваліфікують як травматичні. До них належать досвіди, пов'язані з насильницькими діями, воєнними подіями, катастрофами техногенного або природного походження, серйозними аваріями, викраденнями чи іншими проявами загрози життю та цілісності людини. Першою реакцією на подію, що створює безпосередню небезпеку, нерідко стає гостра стресова відповідь, у якій спостерігається різко виражене фізичне або психічне напруження. Типові прояви охоплюють шоківі стани, дезорієнтацію, труднощі концентрації, афективні коливання, зниження здатності до раціональної діяльності, ажитацію чи імпульсивні дії. Подібні реакції зазвичай виникають у перші хвилини або години після інциденту і мають зникати впродовж найближчих тижнів (Микитюк, Грицан, Лепьохін, 2024: 34).

У разі збереження симптоматики після завершення гострої фази формується синдром, який класифікують як посттравматичний стресовий розлад (Горват, 2025: 135). Для нього характерні повторювані спогади та сни, що примушують людину знову переживати фрагменти події, виражені тривожні стани, різкі соматичні реакції на нагадування про травмівний досвід, а також тенденція уникати всього, що може відновлювати больові спогади (Безверхий, 2020: 24). Часто виникають труднощі з концентрацією, порушення сну, підвищена чутливість до зовнішніх стимулів, імпульсивні та не завжди контрольовані поведінкові прояви, соціальна ізоляція. Накопичення цих змін суттєво позначається на психічному добробуті та порушує сталі механізми саморегуляції.

У межах різних теоретичних підходів описано низку можливих негативних наслідків психотравмівних ситуацій: від невротичних і поведінкових розладів до порушень емоційної регуляції та змін особистісного рівня. Процес діагностики є складним, оскільки потребує фіксації суб'єктивних проявів, ретельного аналізу поведінки, висловлених

переживань, а також оцінки інформації від оточення особи. Ранні симптоми нерідко є нечіткими; лише певне їх поєднання або стійкість дозволяють визначити конкретний розлад (Кокун, 2023: 72).

Гострий стресовий розлад зазвичай формується протягом двох діб після події й триває не більше чотирьох тижнів. Наступна фаза – гострий посттравматичний стресовий розлад – охоплює період до трьох місяців. Коли симптоми зберігаються довше, говорять про хронічну форму ПТСР (Лазос, 2016: 122). Якщо ж розлад проявляється через кілька місяців після події, його розглядають як відстрочену форму. Поряд із цими варіантами можливі й інші наслідки: фобічні реакції, генералізовані тривожні стани, панічні напади, маніфестації obsесивно-компульсивного спектру, труднощі емоційного контролю, ризикована поведінка або інші дезадаптивні стани. До вторинних проявів належать тенденції до аутоагресії, наростання цинізму, конфліктність, відчуття ізоляції та втрати внутрішньої опори.

Травматичні переживання нерідко призводять до порушення відчуття безпеки, втрати контролю над власним життям, зниження самооцінки, недовіри до соціального оточення. Послаблюються соціальні зв'язки, зменшується суб'єктивне відчуття підтримки. Поряд із психічними змінами часто формуються емоційні стани, пов'язані з тривалим стресом: пригніченість, тривожність, виснаження. До фізичних порушень відносять зловживання психоактивними речовинами, проблеми зі сном та інші соматичні реакції (Марута, 2019: 105).

У низці наукових робіт показано взаємозв'язок між тяжким травматичним досвідом і підвищеним ризиком розвитку соматичної патології. Зокрема, у осіб із тривалими наслідками ПТСР спостерігається вища вірогідність аутоімунних, серцево-судинних, інфекційних та нейродегенеративних захворювань. Ці кореляції значною мірою не пояснюються ані генетичними чинниками, ані умовами раннього розвитку.

1.2. Специфіка переживання травматичного досвіду жінками-емігрантками

У контексті сучасних конфліктів, зокрема війни в Україні, важливим є розгляд специфіки травматичного досвіду жінок-емігранток. Поняття «травма» охоплює події, що створюють реальну загрозу життю або психічному здоров'ю, як особисто, так і для близьких. Для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) фахівець повинен підтвердити наявність травматичної події, під час якої виникли фізіологічні, поведінкові або емоційні реакції (Гешанова, 2025: 21). У більшості осіб симптоми минають протягом місяця, проте у частини жінок вони зберігаються, сприяючи розвитку тривалих порушень адаптації.

Особливе значення має колективна травматизація, що охоплює широкі верстви населення і передається між поколіннями. В Україні колективна травма проявилася після 24 лютого 2022 року у вигляді постійного стресу, тривоги, відчуття небезпеки та соціальної дезадаптації. Для жінок це означає посилену вразливість: зростають ризики ПТСР, депресій, тривожності, розладів сну та психосоматичних симптомів.

Травматичний досвід мігрантів включає втрату, розлуку, невизначеність, страх за близьких та ризики небезпечних шляхів, що призводить до ПТСР, депресії. Мігранти виїжджають з усіх регіонів, але першими постраждали зі Сходу/Півдня, а під час війни — з усієї країни; травма пов'язана з причиною (війна, економіка) та копінг-стратегіями (підтримка, робота, адаптація); жінки з чоловіками часто мають спільну відповідальність та підтримку, тоді як самотні жінки (з дітьми) стикаються з більшими фінансовими й психологічними навантаженнями, але й з більшою самостійністю у прийнятті рішень.

Процес вимушеної міграції для жінок особливо травматичний. Він поєднує наслідки попередньої травматизації на батьківщині з труднощами адаптації у новому середовищі (Гешанова, 2025: 6). Вимушена міграція часто

відбувається спонтанно, під загрозою життю, без підготовки до зміни соціокультурного контексту. Вибір країни перебування та житлові умови визначаються сторонами, що приймають, а не самими мігрантками.

Жінки-емігрантки стикаються з низкою специфічних стрес-факторів (Корчакова, Безлюдна, 2023):

1. Соціальна ізоляція та самотність – втрата підтримки родини, друзів та звичного соціального оточення призводить до «соціальної самотності» та страху залишитися наодинці.

2. Акультураційний стрес – необхідність налагодження нових соціальних зв'язків, мовних та культурних навичок у країні прийому.

3. Психологічна вразливість – тривожність, страх за життя власне та дітей, переживання за рідних, що залишилися у зоні бойових дій.

4. Економічні та юридичні бар'єри – труднощі з працевлаштуванням, забезпеченням житлом, обмежена юридична та медична підтримка.

Дослідження Леонової І. М. показують, що внутрішньо переміщені жінки з тимчасово окупованих територій Донбасу відчувають високий рівень соціальної самотності та страху, що ускладнює адаптацію та провокує акультураційний стрес (Леонова, 2021: 53). Подібні психологічні реакції супроводжують і тих жінок, які залишили Україну після початку активних бойових дій, особливо якщо вони подорожують самі або з неповнолітніми дітьми.

Дослідження психологічних наслідків вимушеної міграції, спричиненої повномасштабним вторгненням в Україну, виявляє комплексний спектр травматичних переживань, які суттєво впливають на психічне здоров'я та адаптаційні можливості переміщених осіб. Центральною проблемою є інтеграція досвіду війни, втрати звичного соціального середовища та розлуки з близькими, що актуалізує необхідність системного аналізу механізмів травми та копіngu.

Травматичний досвід мігрантів характеризується багатофакторністю. Він охоплює пряму загрозу життю під час активних бойових дій, свідчення

насилства, втрату житла та майна, а також примусове переміщення до незнайомого культурного та соціального контексту. Клінічні прояви цих травм варіюються від емоційної лабільності, відчуття пригнічення та апатії до більш серйозних нозологій, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), генералізованого тривожного розладу та депресивних станів. Характерними є порушення сну, нічні жахіття, що відображають персистенцію травматичних спогадів у свідомості, а також когнітивні дисфункції, такі як порушення концентрації уваги та пам'яті. Фундаментальною проблемою є втрата відчуття контролю над власним життям, що призводить до кризи ідентичності та дезорієнтації в новій реальності.

Регіональна специфіка відіграє важливу роль у формуванні як інтенсивності травми, так і застосовуваних стратегій подолання (копінгу). Переважна більшість мігрантів походять із територій, які зазнали найбільших руйнувань та окупації — це східні та південні регіони України (Донецька, Луганська, Херсонська, Харківська області). Інтенсивність пережитого досвіду (наприклад, тривале перебування під обстрілами або в окупації) прямо корелює з вираженістю психологічних симптомів. У відповідь на цей екстремальний стрес мігранти активізують різноманітні копінг-стратегії. Дослідження показують переважання активних, проблемно-орієнтованих стратегій, таких як пошук інформації, планування подальших дій та організація побуту на новому місці. Ці стратегії спрямовані на відновлення відчуття контролю. Водночас спостерігаються і менш адаптивні моделі, як-от уникання, заперечення або пасивне очікування, що часто пов'язано з вищим рівнем дистресу та невизначеності щодо майбутнього. Ефективність психологічної підтримки залежить від індивідуального підходу, що враховує унікальний регіональний та особистий травматичний анамнез.

Особливий аспект дослідження стосується гендерних відмінностей у досвіді міграції, зокрема порівняння адаптації жінок, які виїхали з чоловіками, та тих, що мігрували самотійно або з дітьми. Повномасштабне

вторгнення призвело до масової сепарації сімей через законодавчу заборону виїзду чоловіків призовного віку. Жінки, які мігрували без партнерів, стикаються з подвійним психоемоційним навантаженням. На них покладається вся відповідальність за виживання та адаптацію сім'ї (дітей, а іноді й літніх батьків) у чужому соціокультурному середовищі: від вирішення базових логістичних питань до забезпечення емоційної стабільності дітей. Ключовим стресовим фактором для цієї групи є постійна тривога за безпеку чоловіків, які залишилися в Україні, що підтримує високий рівень хронічного стресу. Цей досвід також може спричиняти трансформацію гендерної ідентичності, вимагаючи від жінок більшої автономії та прийняття рішень, що потенційно може мати довгострокові наслідки для сімейних відносин після возз'єднання.

Натомість жінки, які мігрували разом із чоловіками, мають перевагу спільної емоційної підтримки та розподілу адаптаційних завдань. Присутність партнера виступає буфером проти стресу, зменшує відчуття ізоляції та підвищує загальну стійкість сім'ї. Хоча вони також переживають травму війни та переміщення, наявність сімейної цілісності сприяє більш стабільним механізмам подолання труднощів.

Отже, травматичний досвід українських мігрантів є багатограним феноменом, який потребує диференційованого підходу. Взаємозв'язок між регіоном походження, інтенсивністю травми, обраними копінг-стратегіями та гендерними особливостями міграційного досвіду (зокрема, наявністю або відсутністю партнера) формує складну картину психологічної адаптації, що вимагає подальших поглиблених досліджень та розробки цільових програм психосоціальної підтримки.

Важливо відзначити, що психотравматичні переживання жінок-емігранток мають комплексний характер: вони охоплюють емоційну, когнітивну, поведінкову, мотиваційну та комунікативну сфери (Малімон, Пархоменко, 2025: 94). Накладення проблем у різних сферах психічного здоров'я може призвести до глобальної дезадаптації особистості, включно з

депресією, тривожністю, порушеннями сну та підвищеним ризиком суїцидальних думок.

Таким чином, для ефективної підтримки жінок-емігранток потрібен комплексний підхід, що поєднує індивідуальну психотерапевтичну допомогу, соціальну підтримку та заходи, спрямовані на інтеграцію у нове соціальне середовище. У контексті збройної агресії проти України, станом на 2025 рік зафіксовано близько 6,9 мільйонів українців, які знайшли прихисток за кордоном, та приблизно 3,7 мільйона осіб, переміщених всередині країни (UNHCR, 2025).

Для багатьох жінок, які стали вимушеними мігрантками, постійна нестабільність, втрата дому, фізична загроза, порушення безпеки – це не лише події, але потужні психотравмуючі чинники. Навіть після прибуття до нової країни подорож, початок адаптації, пов'язані з соціальними, правовими та культурними перепонами, можуть рекомбінувати пережиті травми, породжуючи тривожність, відчуття ізольованості, втрату почуття приналежності.

У численних випадках жінки-емігрантки стикаються з подвійним, а то й потрійним навантаженням: з одного боку – пережите насильство, воєнні дії, втрату домівки; з іншого – складності інтеграції, необхідність адаптації, ризику дискримінації, економічної залежності та соціальної вразливості. При цьому стандартні підходи допомоги часто не враховують гендерну специфіку, що зменшує їхню ефективність.

Разом з тим досвід показує: адаптація жінок-емігранток може супроводжуватись розвитком унікальних ресурсів стійкості. Стійкість – це не статичне досягнення, а процес, який формується під впливом обставин, культури та особистісних стратегій. Жінки можуть виявити здатність переконструювати своє життя, знайти нові соціальні зв'язки, переосмислити цінності і почати новий етап, зберігаючи гідність і спроможність діяти (Хараджи, Донченко, 2025: 1731).

Разом із загальним зростанням числа переміщених осіб стає очевидною необхідність реалізації політик, які враховують особливу вразливість жінок-емігранток: їхню потребу у захисті, підтримці, психологічній та соціальній реабілітації. Сучасні механізми допомоги зобов'язані містити гендерно чутливі підходи, що враховують пережиту травму, вимоги безпеки, підтримку адаптації, відновлення ідентичності та соціальної належності.

Незважаючи на численні дослідження міграції, бракує робіт, що систематично аналізують досвід жінок-біженок та шукачок притулку, зокрема у сфері здоров'я та психічного благополуччя. Існують дані щодо окремих груп, проте комплексних оглядів, які б враховували специфіку травматичного досвіду жінок, практично немає.

Жінки рідше піддаються фізичним тортурам, ніж чоловіки, проте значно частіше стають жертвами інших видів травм та пов'язаних з ними психічних розладів. Виконавчий комітет УВКБ ООН підкреслює, що «жінки та дівчата можуть стикатися з особливими проблемами захисту, обумовленими їхньою статтю, культурним і соціально-економічним статусом, а також правовим становищем, що обмежує реалізацію їхніх прав» (Sangalang, Vang, Kim, 2022).

В умовах країни прийому високі рівні травматизації жінок зумовлені поєднанням низьких мовних навичок, обмеженої освіти та відсутності соціальної підтримки й догляду за дітьми. Переїзд жінок-емігранток є надзвичайно травматичною: постійний страх за власне життя та безпеку дітей, вплив стихій, фізичні напади, погрози та зґвалтування – все це формує складний комплекс психічних травм. Травматизація чоловіків у родині може проявлятися агресією та патріархальними моделями поведінки, що посилює ризики домашнього насильства. Жінки-біженки частіше стикаються з цим явищем, оскільки культурні норми країни походження та обмежений доступ до допомоги ускладнюють протидію. Дослідження Amnesty International (2016) серед 40 жінок, що переміщувалися з Туреччини до Греції та через Балкани, показало, що вони протягом усього шляху стикалися з фізичним

насильством, сексуальною експлуатацією та фінансовим тиском з боку контрабандистів, охоронців та інших мігрантів.

Психічні розлади є поширеними серед біженців, а поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у цій групі оцінюється у десять разів вищою, ніж у загальній популяції. ПТСР у біженців має багатофакторну природу: по-перше, це наслідок тяжких травм, включаючи тортури, ув'язнення та втрату родини й близьких; по-друге, процес отримання притулку, що часто супроводжується тривалим очікуванням, невизначеністю та обмеженими умовами проживання; по-третє, адаптаційні труднощі в новому культурному середовищі, ізоляція, дискримінація та прояви ксенофобії (Малімон, Пархоменко, 2025: 96).

Соматичні симптоми у мігрантів із психічними порушеннями описуються через поняття «синдрому тілесного дистресу», що підкреслює взаємозв'язок психіки та фізичного здоров'я (Харченко, 2015: 88).

Наявність ефективних інструментів для оцінки психічного стану біженців є критично важливою. Раннє виявлення проблем та своєчасні втручання можуть значно покращити психічне здоров'я. Одним із таких інструментів є Refugee Health Screener (13 пунктів), який призначений для короткого та культурно чутливого первинного скринінгу симптомів поширених психічних розладів серед біженців, зокрема тривоги, депресії та ПТСР (Hollifield, 2013). Скринінг перекладено 17 мовами і перевірено на численних групах біженців, що підтверджує його широке застосування.

Зростання психічних проблем серед жінок-біженок, включаючи ПТСР, тривогу, депресію та психотичні розлади, пояснюється як стресовими переживаннями до та під час міграції, так і труднощами адаптації та процесом отримання притулку. Доведено, що досвід близький до смерті або загроза життю спричиняє довготривалі психотравматичні наслідки.

Отже, вимушена міграція жінок є складним і багатовимірним процесом, що поєднує негативні психосоціальні наслідки з потенційними можливостями для особистісного зростання. Хоча труднощі переселення

зазвичай супроводжуються високим рівнем стресу, депресивними проявами, тривожністю, посттравматичною симптоматикою та порушеннями сну, спостерігається і формування нових адаптивних навичок, когнітивна переоцінка подій та здатність долати кризові ситуації (Шинглер, Прокоф'єва, 2025: 1785).

Для жінок-емігранток особливо критичними є такі фактори, що ускладнюють адаптацію:

- відсутність внутрішньої мотивації до переміщення;
- фінансова незабезпеченість;
- неможливість переїзду повним складом сім'ї;
- втрата соціальних зв'язків та стабільності, порушення життєвого ритму через війну;

- необхідність адаптації до нових соціокультурних умов країни приїому (Лунченко, Сахарова, Стрілюк, 2025: 1225).

Внаслідок цих факторів у структурі психопатологічної симптоматики жінок-емігранток переважають депресивні прояви, тривожність, симптоми ПТСР, порушення сну, а також підвищена уразливість до аддиктивної поведінки. Ці закономірності є ключовими при розробці реабілітаційних та профілактичних заходів, що мають враховувати потребу у комплексній психологічній підтримці, соціальній інтеграції та розвитку адаптивних механізмів.

Одним із важливих аспектів є посттравматичне зростання (ПТЗ), яке демонструє, що пережитий стрес може мати і позитивні наслідки. Для жінок-емігранток спостерігається особлива динаміка: помірний стрес сприяє активізації когнітивного та емоційного опрацювання травматичних подій, що стимулює розвиток ПТЗ, тоді як надмірний стрес може зруйнувати механізми копіngu та унеможливити зростання (Лунченко, Сахарова, Стрілюк, 2025: 1227). Дослідження ізраїльських ветеранів показали, що високий рівень ПТСР прогнозує інтенсивніше посттравматичне зростання при отриманні належної терапевтичної підтримки, тоді як слабкі травми не формують ПТЗ.

Позитивні наслідки травматичного досвіду включають (Дзвоник, 2025: 46):

- зменшення рівня депресії та симптомів ПТСР;
- формування стійкості до стресу;
- підвищення когнітивного контролю та адаптивних навичок;
- зростання психологічного добробуту та соціальної інтеграції.

Таким чином, позитивні наслідки переживання травми для жінок-емігранток тісно пов'язані із психологічним добробутом, оптимізмом, релігійністю та адаптивними стратегіями копіngu, що дозволяє не лише зменшити наслідки ПТСР, а й сприяє соціальній та особистісній адаптації в новому середовищі.

Особливу увагу привертає гендерно-специфічний аспект травматизації. Жінки-емігрантки частіше за чоловіків розвивають ПТСР та депресію. Симптоми проявляються не лише емоційно, а й фізично: розмитий зір, тинітус, біль у кінцівках, задишка, хронічний біль. Систематичний огляд 161 статті та 181 опитування за участю 81 866 осіб із 40 країн підтвердив, що травматичні події до і під час міграції прямо пов'язані з депресією та ПТСР (Yurchynska, Maselska, 2024: 75.).

До 50% шукачів притулку розвивають ПТСР після досвіду боїв, тортур, сексуального насильства або каліцтв []. Гендерні відмінності підтверджуються на прикладі косоварських та африканських біженців: жінки демонструють вищий рівень ПТСР і соціальної ізоляції порівняно з чоловіками. Політичне насильство та внутрішнє переміщення прямо корелюють із тяжкістю ПТСР, причому війна відіграє вирішальну роль – у дослідженні 66% жінок проживали в умовах бойових дій. Опитування сирійських біженок у Туреччині показало, що ПТСР особливо поширений серед жінок, які пережили кілька травматичних подій та мали попередню психіатричну історію (Steel, Chey, Silove, 2009: 540).

Складність адаптації посилюється різним соціально-економічним, освітнім і культурним походженням жінок-емігранток, а також умовами їх

прийому у країні перебування. Ці чинники ускладнюють диференціацію впливу стресу до та після міграції і підкреслюють необхідність комплексної психосоціальної підтримки, що враховує специфіку травматичного досвіду саме жінок-емігранток.

Дослідження свідчать, що тривалі періоди очікування надання притулку та складнощі акультурації посилюють психосоціальний стрес у жінок-емігранток (Bogic, Njoku, Priebe, 2015: 17). Значна частина існуючих втручань фокусується на окремих станах, при цьому ігнорується комплексність травматичного досвіду та вплив соціально-економічних факторів. Рішення психологічних проблем у біженок ускладнюється одночасними потребами у безпеці, житлі та працевлаштуванні. Існує гостра потреба в порівняльних дослідженнях для оцінки ефективності втручань та впливу різних етапів міграції на психічне здоров'я жінок-біженок.

ПТСР поширений серед біженців у значно вищій мірі, ніж у загальній популяції. Його поширеність у жінок-біженок особливо велика, що пояснюється накопиченими травматичними подіями, включно з тортурами, ув'язненням, втратою родини та друзів, а також стресом, пов'язаним із процесом отримання притулку та адаптацією до нового соціокультурного середовища. У жінок-емігранток симптоми ПТСР проявляються не лише емоційно, а й фізично: розмитий зір, тинітус, біль у кінцівках та животі, задишка, що тісно пов'язано з хронічним больовим синдромом (Schock, Rosner, Knaevelsrud, 2015: 85).

Систематичні огляди та метааналізи 161 статті та 181 опитування з 40 країн підтвердили зв'язок травматичних подій до та під час міграції із розвитком депресії та ПТСР. До 50% шукачок притулку відзначають симптоми ПТСР після пережитих бойових дій, тортур, сексуального насильства або каліцтва (Bogic, Njoku, Priebe, 2015: 43).

Складність адаптації жінок-емігранток зумовлена різними соціально-економічними, культурними та освітніми чинниками, а також умовами прийому в країні перебування. Це ускладнює диференціацію впливу стресу

до та після міграції, підкреслюючи необхідність комплексної психосоціальної підтримки, що враховує особливості травматичного досвіду саме жінок.

1.3. Огляд методологічних підходів до вивчення впливу травматичних подій на психічне здоров'я жінок-емігранток в сучасних дослідженнях

Невизначеність відіграє ключову роль у переживанні переселення вимушеними мігрантами та їхньому подальшому психічному здоров'ї. Часто біженці покидають свої країни через системне насильство або збройні конфлікти, і примусовий характер міграції суттєво відрізняє їх від добровільних іммігрантів (Brown, 2008). Потенційно травмуючі події у країнах походження, включно з війнами, переслідуванням та іншими формами насильства, залишають тривалий слід у психіці переселенців.

Аналіз сучасних публікацій демонструє, що за останні десять років відбулося істотне методологічне розширення підходів до вивчення впливу травматичних подій на психічне здоров'я жінок-емігранток і матерів, які здійснюють міграцію разом із дітьми. Дослідження дедалі частіше спираються на багатокomпонентні психодіагностичні пакети, що дозволяють комплексно оцінити симптоматику ПТСР, супутні афективні стани, поведінкові стратегії подолання та специфіку адаптаційного процесу в країні перебування.

У дослідженнях, проведених після 2015 року, домінує застосування стандартизованих інструментів оцінки посттравматичного стресу, зокрема PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5), що забезпечує кількісне вимірювання основних кластерів симптомів відповідно до актуальних діагностичних критеріїв. У низці робіт використовувалися спрощені скринінгові версії, наприклад PC-PTSD-5, які дозволяли досліджувати великі вибірки емігранток у польових умовах, не маючи доступу до клінічних інтерв'ю.

Окремі проєкти залучали CAPS-5 – структуроване клінічне інтерв'ю, що вважається «золотим стандартом» діагностики ПТСР; однак застосування цього інструменту здебільшого обмежувалося вибірками жінок, які перебувають у центрах розміщення біженців та отримують психологічну підтримку.

Систематичні огляди свідчать про високий рівень психічних розладів серед вимушених мігрантів. Так, Fazel та співавт. (1986–2004) зазначали поширеність ПТСР у 9%, великого депресивного розладу – у 5%, генералізованого тривожного розладу – у 4% (Fazel, 2005). Більш сучасний огляд Resonga та кол. показав ПТСР у 43%, депресію у 40% та тривожні розлади у 26% (Resonga, 2019). Незважаючи на значний обсяг досліджень, більшість з них обмежуються конкретними культурними групами або країнами приїому, що зумовлює нестачу даних про поширеність психічних порушень у репрезентативних вибірках вимушених мігрантів та шукачів притулку.

Дослідження Blackmore підтвердили, що вимушені мігранти часто страждають на ПТСР та депресію, які можуть зберігатися роками після переселення, незалежно від тривалості перебування у новому середовищі. Водночас рівень тривожних розладів був вищим у осіб, які перебували на новому місці менше чотирьох років (Blackmore, Boyle, Fazel, 2020; Nadjar, Baskes, 2013). Навіть економічне поліпшення умов життя після міграції не гарантує відновлення суб'єктивного добробуту, оскільки психічне здоров'я визначається не лише минулим досвідом, а й сучасними соціальними, культурними та економічними умовами (Хараджи, 2025).

Особливу вразливість демонструють діти емігрантів, для яких міграційна ситуація створює значні психоемоційні перевантаження. Незавершена соціалізація робить їхню потребу в емоційній підтримці сім'ї критичною, але батьки часто не можуть забезпечити достатній психологічний тил через власну травматизацію та страхи. Це призводить до змін у взаєминах «батько-дитина», коли діти виконують функції перекладачів і

посередників у контактах з інституціями, спостерігаючи приниження та безпорадність батьків. Відчуття втрати авторитету у батьків іноді компенсується авторитаризмом, що підсилює конфлікти та порушує довіру дітей до дорослих (Вахітов, Вахітова, Заїка, 2025: 11).

Процес адаптації дітей до нової культури проявляється у прагненні швидко освоїти мову, поведінкові моделі та зовнішні атрибути місцевого населення. Це створює розрив між поколіннями: батьки залишаються в культурі країни походження, зберігаючи її цінності та соціальні норми, тоді як діти інтегруються в нове середовище, що часто стає джерелом конфліктів та психологічної роз'єднаності сім'ї.

Отже, у роботах, спрямованих на аналіз емоційних та поведінкових наслідків травматичних подій у вимушених мігранток із дітьми, широко використовуються шкали депресивності (PHQ-9), тривоги (GAD-7), загального психологічного дистресу (K6, HSCL-25), а також опитувальники, що вимірюють якість життя та соціальне функціонування (WHOQOL-BREF). Завдяки цьому дослідники отримують змогу визначити співвідношення між гострими стресовими симптомами, довготривалим впливом травматичного досвіду та рівнем адаптації у новому середовищі.

Стресові фактори після міграції суттєво впливають на психічний стан. За результатами досліджень В. Шинглер, значення мають тип поселення, прийняття себе у нових обставинах, налагодження підтримувальних відносин із місцевим населенням та інші аспекти соціально-психологічної адаптації (Шинглер, Прокоф'єва, 2025). Фактори, що посилюють акультураційний стрес, включають невизначеність щодо судових процесів, перебування у таборах, дискримінацію, соціальну ізоляцію, фінансову нестабільність, розлуку з родиною та загрозу фізичній безпеці (Лунченко, Сахарова, Стрілюк, 2025).

Суттєва частина сучасних робіт фокусується на жінках-мігрантках із дітьми, оскільки ця група характеризується підвищеною вразливістю через поєднання кількох стресорів: травматичний досвід війни чи насильства,

розрив соціальних зв'язків, необхідність забезпечення безпеки дітей, інтеграція в іншу культурну систему, а також економічні та побутові труднощі. У дослідженнях, проведених серед сирійських, афганських, еритрейських, українських та венесуельських жінок, найбільш інформативними виявилися методики, які не лише оцінюють психічний стан, але й дозволяють простежити траєкторії подолання.

Зокрема, опитувальник Brief COPE часто використовують для аналізу стратегії подолання травматичних наслідків, що дає змогу виокремити ефективні та неефективні поведінкові та когнітивні реакції на стрес. Для дослідження особливостей адаптації та формування підтримувальних соціальних мереж використовують Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) та інструменти оцінки акультураційного стресу (наприклад, Acculturative Stress Scale for International Students, адаптований для жінок-мігранток).

У контексті досліджень, що стосуються міграції українських жінок після 2022 року, спостерігається активне використання комбінованих опитувальників, які включають комплексне оцінювання симптомів ПТСР, депресивних і тривожних проявів, а також факторів ризику та захисних ресурсів. Дослідження, проведені європейськими центрами з психічного здоров'я біженців, зазвичай застосовують PCL-5, PHQ-9, GAD-7, шкали тривожного очікування та емоційного вигорання, а також модулі оцінки батьківського стресу, що дозволяє визначити специфічний вплив міграційного досвіду на взаємодію жінки з дитиною.

Загальною тенденцією в сучасних методологічних підходах є поєднання кількісних та якісних методів. Поряд з опитувальниками широко використовуються напівструктуровані інтерв'ю, що дають можливість дослідити суб'єктивну динаміку переживання травматичних подій, описати механізми внутрішньої перебудови та виявити соціально-культурні чинники, які впливають на адаптацію. Описові дані доповнюють стандартизовані вимірювання, поглиблюючи розуміння того, як саме травма проявляється у

різних групах мігранток та які чинники знижують або підсилюють ризики психічних розладів.

Дослідження також вказують на значення володіння мовою країни прийому та рівня ідентифікації з новим соціокультурним середовищем для суб'єктивного благополуччя мігрантів (Kogan, 2018). Аналіз моделей трансформації ідентичності, проведений В.М. Павленком, показав, що адаптація до нового соціокультурного середовища може спричинити серйозні зміни у самоідентифікації, що стає суттєвим бар'єром у психологічній та соціальній адаптації (Павленко, 2001). Дослідження Мауер та співавт. підкреслюють, що досвід переселення слід розглядати як перехідний стан із високим рівнем невизначеності, пов'язаним із втратою попередньої ідентичності (Maeyer, 2007). У таких умовах віра – релігійна чи інша – часто слугує джерелом емоційної підтримки.

А.Г. Єфімова відзначає, що у вимушених мігрантів спостерігаються значні зміни особистісної сфери: зниження самооцінки, деформація ціннісних орієнтацій і соціальних установок. Дезадаптація проявляється у гіпотимії, хаотичній активності, оборонній поведінці, екстернальності та ескапізмі. Емоційний стан характеризується напруженістю, тривожністю та дратівливістю, що у сукупності формує кризову та потенційно екстремальну соціальну ситуацію (Єфімова, 2025). Таким чином, вимушені емігранти зазнають комплексного впливу стресових факторів, притаманних переживанню війни, примусової міграції та інтеграції в незнайоме соціокультурне середовище.

У сучасних дослідженнях, присвячених вивченню психічного здоров'я жінок-емігранток, простежується певна методологічна єдність. Більшість авторів спираються на стандартизовані психодіагностичні інструменти, спрямовані на вимірювання травматизації, симптомів ПТСР, депресивних та тривожних станів, а також особливостей копінг-поведінки. Найчастіше використовуються такі групи методик (Таблиця 2.1):

1. Інструменти оцінки травматичного досвіду та ПТСР.

Найпоширенішим є Міжнародний опитувальник травми (ITQ), розроблений відповідно до критеріїв ICD-11. Він дає змогу оцінити як ПТСР, так і комплексний ПТСР, включно з такими доменами, як емоційна дисрегуляція, почуття неадекватності та порушення міжособистісних стосунків. ITQ широко використовується у вибірках мігрантів, оскільки дозволяє порівнювати результати між культурами без втрати валідності. У ряді досліджень жінок-біженок ITQ застосовується разом із переліками травматичних подій, що дає можливість відобразити структуру пережитого травматичного досвіду: бойові дії, загрозу для життя, втрату житла, смерть близьких, переслідування, сексуальне або гендерно зумовлене насильство.

2. Методики оцінки психопатологічних проявів і загального рівня дистресу.

Поширеним інструментом є SCL-90-R Л. Дерогатиса, який вимірює дев'ять клінічних синдромів: соматизацію, obsесивно-компульсивні симптоми, міжособистісну чутливість, депресію, тривогу, фобічні прояви, параноїдальні тенденції, психотизм і загальний рівень психологічного дистресу. Саме ця методика широко застосовується в дослідженнях жінок-мігранток, оскільки дозволяє оцінити не лише специфічно травматичні симптоми, а й загальний психоемоційний фон, який формується під впливом міграційних стресорів.

3. Опитувальники копінг-стратегій та механізмів подолання.

Для аналізу адаптивної поведінки у складних умовах дослідники часто використовують різні версії опитувальників копіngu, які дають змогу вивчити співвідношення між активними, емоційно-орієнтованими, унікальними та соціально спрямованими стратегіями подолання. У низці робіт показано, що жінки-емігрантки з високими показниками травматизації частіше використовують пасивно-унікальні копіngи, натомість соціальний пошук підтримки та активне вирішення проблем пов'язані з нижчим рівнем симптомів ПТСР і депресії.

Застосування цих методик у сучасних емпіричних дослідженнях забезпечує комплексність оцінювання та дозволяє співвіднести особистісні ресурси, зовнішні стресори й симптоматику травматичного спектра. Такий підхід показує, що психічне здоров'я жінок-емігранток є результатом взаємодії пережитих подій, соціального контексту та здатності особистості мобілізувати внутрішні ресурси у складних умовах.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що жінки, які вимушено залишили країну внаслідок війни й опинилися у чужому соціокультурному середовищі разом із дітьми, переживають поєднання гострого та хронічного стресу. Пережиті під час війни події, поєднані з викликами адаптації, визначають загальну структуру психологічного стану, а застосування стандартизованих інструментів у сучасних дослідженнях дозволяє виявити закономірності й механізми цього впливу.

Таблиця 1.1

Основні психодіагностичні методики, застосовані у сучасних (2010–2025) емпіричних дослідженнях психічного здоров'я жінок-емігранток та вимушених переселенок

Методика / опитувальник	Що вимірює	Тип вибірок у дослідженнях	Особливості використання у групі жінок-емігранток	Приклади досліджень
PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)	Симптоми ПТСР за 4 кластерами	Сирійські, афганські, українські жінки з дітьми, еритрейські біженки	Висока чутливість до гострих і хронічних форм травматизації; можливість дистанційного заповнення	Дослідження центрів психічного здоров'я Німеччини та Польщі (2022–2024)
PC-PTSD-5	Скринінг ПТСР	Великі вибірки емігранток у центрах розміщення	Застосовується у польових умовах, мінімальні вимоги до часу та освіти респонденток	Гуманітарні проекти UNHCR (2018–2023)
CAPS-5	Клінічна діагностика ПТСР	Групи жінок, що отримують психотерапевтичн у допомогу	Використовується рідше, бо потребує клінічного інтерв'ю; висока	Канадські центри досліджень міграції (2017–2022)

			валідність	
PHQ-9	Депресивна симптоматика	Матері-мігрантки з малолітніми дітьми	Дає уявлення про ризик депресії, пов'язаної з міграційним стресом	Дослідження у Швеції, Нідерландах, Чехії (2020–2025)
GAD-7	Генералізована тривога	Жінки-біженки різного віку	Часто використовується разом із PCL-5 для аналізу коморбідності	Італійські та іспанські дослідження (2016–2024)
HSCL-25, K6	Загальний психологічний дистрес	Жінки з країн Близького Сходу та України	Підходить для мультикультурних вибірок, перекладений десятками мов	Огляди психічного здоров'я біженців у ЄС (2014–2023)
Brief COPE	Стратегії подолання стресу	Емігрантки з дітьми під час затяжних конфліктів	Дозволяє вивчати поведінкові та когнітивні тактики регуляції	Скандинавські дослідження механізмів адаптації (2015–2024)
MSPSS	Соціальна підтримка	Жінки-біженки у транзитних країнах	Оцінює роль підтримувальних мереж та їх нестачу	Дослідження у Греції, Німеччині, Польщі (2018–2024)
WHOQOL-BREF	Якість життя	Жінки, розлучені з родиною під час війни	Виявляє довгострокові наслідки травматизації	Європейські програми з реабілітації (2013–2025)
Шкали батьківського стресу (PSI-SF та ін.)	Батьківський стрес у міграції	Матері з дітьми 0–12 років	Фіксує вплив травми на стиль виховання	Дослідження університетів Данії та Норвегії (2019–2024)
Інтерв'ю травматичного досвіду (HTQ)	Опис пережитих травматичних подій	Біженки з зон активних воєн	Показує зв'язок між видом травми і психічним станом	Дослідження у США та Швейцарії (2010–2023)

Дослідження українських жінок, які емігрували після початку повномасштабної війни 2022 року, демонструють тенденцію до використання змішаних методичних схем, у яких стандартизовані опитувальники доповнюються напівструктурованими інтерв'ю. Таким чином, фіксується не тільки рівень симптомів, але й суб'єктивний вимір переживання втрати, небезпеки та відповідальності за дитину, що є критичним для повного розуміння психологічного стану цієї категорії жінок.

Таким чином, сучасні емпіричні дослідження характеризуються високим рівнем методологічної структурованості та спираються на універсальні міжнародні психодіагностичні інструменти, що дозволяє не лише оцінювати рівень травматизації та психічних порушень, але й вивчати динаміку адаптаційних процесів, виявляти ресурсні фактори та описувати шляхи психологічного відновлення жінок, які пережили вимушену міграцію разом із дітьми.

1.4. Психологічні наслідки еміграції для жінок: адаптаційні виклики та ресурси подолання

Дослідження психологічних трансформацій, пов'язаних із виконанням материнських функцій в умовах міграції, наразі лише формуються та потребують систематичної уваги наукової спільноти. Дані пілотних опитувань, представлені на українсько-польській конференції «Психологія перед лицем російсько-української війни» (Львів, 19-20 травня 2023), показують, що основним мотивом для українських жінок у прийнятті рішення про міграцію є забезпечення безпеки, здоров'я та благополуччя дітей. Потреба у гарантуванні безпеки для дитини виступає фундаментальним фактором материнської сфери, причому широкомасштабна війна надала материнству нових соціально-психологічних сенсів. Тисячі жінок були вимушені залишити домівки, шукаючи безпечні умови для дітей.

Як показують інтерв'ю учасниць пілотажного опитування данських психологів у рамках проекту «Українці в Данії» (2025), головним мотивом виїзду є захист дітей від загрози для життя та здоров'я:

- «Коли по телебаченню показали Бучу, я зрозуміла, що підвали нас не врятують і дітей треба забирати» (з інтерв'ю);

- «Під час повітряної тривоги, коли дитина сама вдома, я нічого не зможу зробити, якщо щось трапиться. Тому ми вирішили вивезти дитину в безпечне місце» (з інтерв'ю);
- «Коли пролунали вибухи, менший син дуже злякався і ми вирішили їхати» (з інтерв'ю).

Прийняття рішення про вимушену міграцію неминуче запускає психоемоційні трансформації, пов'язані з реалізацією материнських функцій у нових, часто непередбачуваних і складних умовах. Жінки перебувають у стані стресу та емоційної нестабільності, що вимагає швидкої адаптації, прийняття відповідальних рішень та забезпечення емоційної підтримки дітей.

Подібні мотиви втрати ідентичності та частини «Я» матері-мігрантки описує Huang (2019) у дослідженні жінок із Китаю, які іммігрували до Нідерландів. Вони постають як «лілії без коріння», що плавають на поверхні води: з одного боку, намагаються підтримувати традиційні гендерні ролі, з іншого – вимушені пристосовуватися до нового соціокультурного середовища, виховувати дітей із урахуванням транснаціональної ідентичності та глобальних цінностей.

Для адаптації міжнародного досвіду до українських реалій важливо враховувати підставу міграції. У наукових дослідженнях можна виділити дві групи: мігрантки, які переїхали добровільно, та матері-біженки, які залишили домівку вимушено. Це критично для оцінки психологічної готовності та рівня усвідомленості прийняття рішення, а також для прогнозування адаптаційного потенціалу.

Ключові висновки досліджень свідчать:

- жінки часто відчують соціальну ізоляцію та невизначеність у відносинах із новим соціумом;
- обмежений доступ до медичних та соціальних послуг, особливо поза програмами житлової підтримки, погіршує адаптаційні перспективи;
- культурні та релігійні практики виступають важливими ресурсами для збереження психологічної стійкості;

- ефективна інтеграція потребує реформування систем охорони здоров'я та соціальної підтримки з метою формування довірливих стосунків між постачальниками послуг та матерями-біженками (Корчакова, Безлюдна, 2023: 78).

Таким чином, сучасні дослідження підкреслюють критичну роль спеціалізованої підтримки біженок для забезпечення їх психологічного благополуччя та успішної адаптації в умовах міграції.

Негативний вплив на психологічний стан жінки посилюється травмуючим досвідом перебування в зоні бойових дій, втратою родичів та контактів з найближчим оточенням, включаючи чоловіка, а також високим рівнем стресу серед оточуючих. Ці фактори підвищують ризик розвитку депресії, ПТСР та тривожності, що значною мірою визначає успішність адаптації матері в новому соціальному середовищі.

Складнощі соціальної адаптації жінок корелюють із характером їхніх реакцій на фрустративні ситуації (Хараджи, Донченко, 2025). Під впливом стресових чинників відбувається порушення цілісності когнітивної, емоційної, фізіологічної та поведінкової сфер, що, у свою чергу, знижує здатність до ефективного подолання життєвих проблем і врегулювання конфліктів.

Досягнення психологічного благополуччя визначається індивідуальною здатністю підтримувати рівновагу між очікуваннями та реальними можливостями їх реалізації. Узагальнення ключових теоретичних підходів дає підстави розглядати адаптаційні процеси як багатовимірне явище, де поєднуються особистісні характеристики, соціальні умови та конкретний контекст повсякденного життя. Складність феномена додатково посилюється поєднанням індивідуальних переживань із динамікою зовнішніх змін, що супроводжують вимушене переміщення.

Процес адаптації в умовах нового соціокультурного середовища передбачає необхідність узгодження власних переконань, емоційних реакцій і поведінкових стратегій із новими вимогами та нормами. Психологічна

адаптація інтегрує перебудову самосприйняття, формування нових способів реагування на стрес і створення ефективних моделей взаємодії з оточенням. Для жінок без чоловіків або з дітьми адаптаційний процес ускладнюється подвійним навантаженням: необхідністю одночасно забезпечувати власну стабільність і підтримувати емоційний стан дитини, яка також переживає різні форми стресу.

Українські дослідження останніх років акцентують увагу на тому, що адаптаційні процеси вимушених мігрантів визначаються поєднанням соціально-психологічних чинників, когнітивних стратегій, культурної дистанції, соціального капіталу та доступності інституційної підтримки (Єфімова, 2023: 1738). Формування адаптивних механізмів залежить від здатності інтегрувати нові умови життя в особистісну систему значень, узгодити попередній досвід із нинішніми вимогами та забезпечити відчуття базової безпеки.

Таким чином, дослідження соціально-психологічних наслідків вимушеної еміграції для жінок потребує урахування індивідуальних характеристик, соціального контексту та культурних параметрів приймаючого середовища. Універсальної моделі адаптації не існує, однак системний аналіз дає можливість окреслити ключові ресурси подолання, що сприяють зниженню психологічного напруження та формуванню стійких адаптивних стратегій.

У воєнний період особа стикається з комплексом викликів, що потребують негайної мобілізації внутрішніх ресурсів. Подолання несприятливих обставин передбачає або активну взаємодію з чинниками стресу, або зниження їхнього впливу, або уникнення ситуацій, здатних поглибити психологічне напруження. У дослідженнях наголошено на чинниках, які визначають загальний рівень адаптації в умовах різких життєвих змін. До них належать суб'єктивне відчуття благополуччя, життєстійкість, резилентність, ефективне застосування копінг-стратегій та здатність до посттравматичного зростання. А. Єфімова підкреслює, що для

українців, які опинилися у ситуації вимушеної міграції, саме внутрішні особистісні характеристики – асертивність, стресостійкість, гнучкі поведінкові стратегії – відіграли визначальну роль у збереженні психологічної рівноваги в нових умовах життя (Єфімова, 2023: 1739).

За результатами дослідження Н.М. Могильової, психоемоційні труднощі охоплюють усі вікові групи переміщених осіб. Найпоширенішими проявами є стани тривожності, почуття втрати, невпевненості у подальшому житті, емоційне виснаження. Порушення сну – частий супровід таких переживань, що може проявлятися як ускладнене засинання, так і фрагментований або поверхневий сон. На тлі тривалого стресу зростає ймовірність розвитку депресивних і тривожних розладів, а також різних психосоматичних симптомів (Могильова, 2023: 83).

Війна виступає одним з найсильніших деструктивних чинників, що впливають на психічне здоров'я. Вона породжує загрозу життю, супроводжується різними формами насильства, а її психологічні наслідки можуть мати довготривалий характер. У числі можливих наслідків дослідники вказують підвищений ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, депресії та інших психічних порушень.

Починаючи з лютого 2022 року, значна частина жінок опинилася в ситуації вимушеної еміграції, шукаючи безпечні умови для життя. Для цієї групи адаптаційний процес є особливо складним, оскільки охоплює не лише індивідуальні переживання, а й відповідальність за добробут і стабільність дітей. Перебудова звичного укладу життя потребує значних емоційних, когнітивних і поведінкових зусиль.

Аналіз чинників, що впливають на психологічну адаптацію жінок у ситуації вимушеної еміграції, дозволяє виокремити декілька напрямів (Єфімова, 2023: 1739):

- Емоційний стан. Переживання втрати домівки, розрив соціальних зв'язків і невизначеність щодо майбутнього формують високий рівень

емоційної напруги. Часто виникають тривога, відчуття виснаження та зниження емоційної стабільності.

- **Особистісні ресурси.** Вирішальне значення має рівень життєстійкості, навички емоційної саморегуляції, готовність до побудови нових соціальних ролей, самоповага та внутрішня мотивація до інтеграції.

- **Соціальна підтримка.** Наявність міжособистісних зв'язків полегшує адаптацію, знижує інтенсивність переживань і створює відчуття базової безпеки. Підтримка може надходити як від родини чи друзів, так і через нові соціальні мережі.

- **Рольові трансформації.** Жінки часто стикаються з необхідністю виконання нових функцій, зокрема економічних та організаційних. Такі зміни можуть ускладнювати емоційний стан, але водночас сприяти розвитку нових компетенцій.

- **Культурні виклики.** Різниця між ціннісними системами та нормами поведінки приймаючого суспільства іноді спричинює акультураційний стрес, що вимагає поступової перебудови поведінкових стратегій.

- **Психосоматичні прояви.** Тривале перебування у стані невизначеності часто супроводжується фізіологічними реакціями – порушенням сну, змінами харчової поведінки, загостренням хронічних станів, що ускладнює повернення до відчуття психологічної стабільності.

Адаптаційні процеси жінок, які опинилися в умовах вимушеної міграції, формуються під впливом значного спектра соціальних, психологічних і побутових чинників. Уразливість цієї групи населення традиційно є вищою, ніж у інших демографічних категорій, оскільки навантаження через сімейні обставини, поєднуються з необхідністю відновлення життєвої стабільності в новому середовищі. У воєнний період такі виклики посилюються через розрив сталих соціальних зв'язків, зміни статусних позицій, а також обмежений доступ до ресурсів, потрібних для емоційної й соціальної рівноваги (Блинова, 2016: 113).

У ситуації вимушеної міграції жінки, які виховують дітей, нерідко опиняються у відносній соціальній ізоляції. Дефіцит часу та сил, витрачених на догляд за дітьми, ускладнює можливість брати участь у програмах інтеграції, вивченні мови, працевлаштуванні чи налагодженні нових соціальних контактів. На відміну від добровільного переїзду, вимушене переміщення супроводжується значним психологічним навантаженням, що є наслідком втрати домівки, зміни звичного соціального середовища та вимоги до швидкого пристосування до нових умов. Ці обставини впливають як на поведінкові, так і на емоційні стратегії жінок, формуючи специфіку їх адаптаційних процесів.

Соціально-психологічний зміст адаптації жінок у ситуації вимушеної міграції охоплює низку ключових аспектів (Єфімова, 2023).

- Поєднання численних соціальних ролей. У новому середовищі жінка нерідко бере на себе основну відповідальність за організацію повсякденного життя родини та забезпечення її стабільності. Таке навантаження ускладнює процес адаптації, вимагаючи високої гнучкості та мобілізації внутрішніх ресурсів.

- Потреба у підтримці. Втрата звичного соціального кола спричиняє потребу в пошуку нових контактів. Інституційна та неформальна допомога зменшує рівень емоційної напруги й сприяє швидшому включенню в нове середовище.

- Переосмислення ідентичності. Ситуація зміни соціального контексту часто пов'язана із внутрішніми суперечностями між прагненням зберегти власні культурні уявлення та вимогою інтегруватися у правила нового суспільства.

- Вибір стратегій адаптації. Залежно від особистісних особливостей і зовнішніх умов жінки застосовують інтеграційні, асиміляційні, сепараційні чи маргіналізаційні моделі. Кожна з них має різний вплив на емоційне самопочуття та ефективність соціальної взаємодії.

- Соціальні бар'єри. У частини мігранток виникають труднощі, пов'язані з упередженим ставленням до їхнього статусу, що може створювати додаткове психологічне навантаження.

- Адаптація через активну участь. Залучення до освітніх, волонтерських чи громадських ініціатив сприяє формуванню відчуття належності й допомагає компенсувати втрату попередніх соціальних зв'язків.

- Психологічні ризики. Пережитий досвід вимушеного переміщення підвищує можливість виникнення емоційних розладів, зокрема тривоги чи депресивних станів, особливо за умов відсутності належної підтримки.

Узагальнення наукових джерел засвідчує, що адаптаційний процес жінок у вимушеній міграції є багатовимірним, охоплюючи як особистісні, так і соціальні трансформації. Ефективність адаптації визначається доступністю ресурсів, здатністю до емоційної саморегуляції та наявністю підтримувального середовища.

З позиції сучасних підходів травматичний досвід, що супроводжує вимушене переміщення, постає одним із ключових чинників впливу на психоемоційний стан особистості. Отже, травма розглядається як подія, яка значно перевищує можливості людини самотійно її опрацювати, порушуючи відчуття контролю над власним життям. Поширеність психологічних розладів серед осіб, переміщених через воєнні конфлікти, є підтвердженням масштабності впливу таких подій. За оцінками міжнародних організацій, значна частина людей, які були змушені покинути домівки внаслідок бойових дій, потребує психологічної та соціальної підтримки.

У таких умовах особливої значущості набувають внутрішні ресурси особистості. Серед них ключове місце посідає розвиток емоційного інтелекту, що охоплює здатність усвідомлювати власні емоції, розуміти переживання інших та регулювати емоційні реакції у складних ситуаціях. Достатній рівень емоційної компетентності сприяє стабілізації психоемоційного стану, підвищує ефективність адаптаційних стратегій і зменшує ризик тривалих негативних наслідків вимушеної міграції.

Висновки до розділу 1

Аналіз теоретичних підходів до вивчення взаємозв'язку між переживанням травматичних подій та станом психічного здоров'я жінок-емігранток дає підстави стверджувати, що травматичний досвід у контексті вимушеної міграції набуває комплексного й багатовимірного характеру. Психологічні наслідки міграції для жінок формуються під впливом поєднання зовнішніх і внутрішніх чинників, серед яких провідну роль відіграють втрата звичного середовища, розрив соціальних зв'язків, переживання небезпеки, невизначеність майбутнього та необхідність відповідальності за дітей у ситуації, коли власні ресурси перебувають у стані виснаження. Травматична подія у такому контексті постає не лише як одиничний надзвичайний епізод, а як сукупність тривалих і взаємопов'язаних стресорів, що формують стійкий емоційний тиск і підвищують ризики розвитку психічних порушень.

Розгляд феноменології травматичного досвіду засвідчує, що вимушене переселення, на відміну від добровільної міграції, супроводжується переживанням гострої втрати контролю над життєвими обставинами. Для жінок цей вимір часто поєднується з подвійним навантаженням відповідальності: з одного боку, необхідністю забезпечення адаптації дітей, а з іншого – тиском інтеграції у незнайоме соціокультурне середовище. Дослідження, проаналізовані у межах розділу, свідчать, що травматичні події не лише підсилюють емоційну вразливість, а й впливають на освоєння нових соціальних ролей, визначають специфіку поведінкових стратегій, спричиняють коливання самооцінки та ускладнюють збереження ідентичності.

Особливості переживання травматичного досвіду жінками-емігрантками демонструють тісний зв'язок між емоційними реакціями та соціальним контекстом міграції. У роботах зарубіжних авторів

наголошується, що материнство у міграційних умовах часто розгортається в умовах невизначеності й соціальної вразливості, що актуалізує залежність адаптації від рівня наявної підтримки, доступності інституційних сервісів, подолання мовного бар'єру та культурних відмінностей. Показники психічного здоров'я у таких групах значною мірою визначаються тим, наскільки вдається забезпечити ресурсну основу для стабілізації емоційного стану, зокрема через соціальні мережі підтримки, адаптивні копінг-стратегії та здатність до регуляції власних емоцій. Окрема увага у дослідженнях приділяється специфіці емоційних трансформацій, які виникають у жінок із дітьми в період адаптації до нового середовища. Переживання вимушеного переселення, емоційна ізоляція, дисбаланс між потребою в інтеграції та необхідністю зберігати власну культурну ідентичність формують складне психологічне навантаження, що впливає на якість взаємодії з дітьми, ступінь емоційної доступності та характер реалізації материнських функцій. Дослідження різних культурних вибірок демонструють, що практики емоційної підтримки матері значною мірою визначаються культурними нормами та моделюються контекстом приймаючого середовища, що нерідко призводить до внутрішнього конфлікту між власними звичними патернами поведінки і вимогами нового соціального простору.

Узагальнення результатів підрозділу 1.3 підтверджує, що адаптаційний процес жінок-емігранток із дітьми характеризується значною неоднорідністю й залежить від поєднання соціальних, психологічних і культурних передумов. Встановлено, що провідну роль у зниженні адаптаційної напруги відіграють соціальна підтримка, доступ до інформаційних ресурсів, можливість залучення до освітніх або громадських ініціатив та розвиток особистісних компетентностей, зокрема емоційного інтелекту. Недостатність ресурсів або їх повна відсутність істотно підвищують ризик виникнення депресивних і тривожних станів, посилюють прояви посттравматичних симптомів та знижують здатність до психологічного відновлення.

У сукупності результати теоретичного аналізу дозволяють дійти висновку, що травматичний досвід, притаманний вимушеній міграції, виступає центральним чинником у формуванні психічного стану жінок-емігранток із дітьми. Він визначає траєкторію їхньої адаптації, впливає на особливості емоційного реагування, формує потребу в соціальній підтримці та окреслює межі потенційних ресурсів. Ефективність подолання наслідків міграційної травматизації залежить від взаємодії соціального середовища й внутрішніх можливостей жінки, що підкреслює необхідність подальших досліджень у напрямі вивчення механізмів адаптації, ролі емоційного інтелекту та умов, які забезпечують відновлення психічного благополуччя в умовах вимушеної міграції.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК-ЕМІГРАНТОК ІЗ ДІТЬМИ

2.1. Організація та етапи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення взаємозв'язку переживання травматичних подій та психічного здоров'я жінок-емігранток із дітьми. Об'єктом дослідження стали українські жінки, які після 2022 року вимушено покинули територію України та наразі проживають за кордоном разом із дітьми. Для участі у дослідженні бралися жінки, які самостійно оцінювали наявність у себе симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що дозволяло виділити групу учасниць із потенційно високим рівнем травматизації.

Збір даних здійснювався онлайн за допомогою Google Forms, що забезпечувало широкий географічний охоплення та доступність для жінок у різних країнах перебування (Додаток А). У вступному блоці анкети респондентки отримували детальну інформацію про мету дослідження, гарантії конфіденційності та анонімності, а також інструкцію щодо заповнення анкети.

Таблиця 2.1

Дизайн дослідження

Етап	Ціль	Учасники	Інструменти	Опис процедур	Очікувані дані
1	Відбір учасниць	Жінки-емігрантки з дітьми, які оцінюють у себе симптоми ПТСР	Онлайн-анкетування (самооцінка ПТСР)	Пошук та первинне відсіювання учасниць відповідно до критеріїв включення	Вибірка учасниць для дослідження
2	Збір демографічних та базових даних	Всі відібрані учасниці	Google Forms	Анкетування: вік, сімейний стан, країна перебування, обставини міграції	Демографічні та соціальні характеристики
3	Вивчення психічного стану та адаптаційних процесів	Всі учасниці	ITQ, SCL-90-R, Опитувальник копінг-стратегій	Онлайн-заповнення опитувальників	Дані про травматичний досвід, психічне здоров'я, стратегії копіngu
4	Статистичний аналіз	Отримані дані	Excel, SPSS	Розрахунок кореляцій, описової статистики.	Визначення взаємозв'язку травматичних переживань та психічного стану

Емпіричне дослідження організовано у кілька етапів. На першому етапі здійснювався пошук та відбір учасниць, які відповідали критеріям включення, тобто були жінками з дітьми та самостійно відзначали прояви ПТСР. Другий

етап включав збір демографічних даних, інформації про досвід переселення, обставини міграції та первісну оцінку власного психоемоційного стану. На третьому етапі проводився детальний аналіз отриманих відповідей з метою визначення рівня психічної травматизації, оцінки впливу стресових подій на психічне здоров'я та виявлення особливостей адаптаційних процесів у жінок-емігранток.

Важливим елементом організації дослідження було забезпечення добровільності участі та конфіденційності, що дозволило респонденткам відверто оцінювати власний стан, не побоюючись негативних наслідків. Анкетування проводилося в електронній формі, що дало змогу зручно і безпечно опрацьовувати дані, формувати репрезентативну вибірку та проводити подальший статистичний аналіз, зокрема розрахунок кореляцій між травматичним досвідом та психічним станом.

2.2. Методичний інструментарій емпіричного дослідження

У дослідженні взяли участь сто жінок-емігранток, які виховують дітей та пережили різні стресові й травматичні обставини, пов'язані з вимушеною міграцією унаслідок війни. Вибірка була сформована таким чином, щоб відобразити соціально-демографічні та психологічні особливості найбільш уразливої групи населення, а саме матерів, які опинилися в нових соціокультурних умовах без належної підтримки з боку чоловіків чи розширеної родини. Середній вік учасниць становив 33,8 року, що відповідає періоду активної соціальної та професійної реалізації, поєднаної з інтенсивним сімейним навантаженням. Найбільш чисельною була група жінок у віці від двадцяти восьми до тридцяти семи років, тобто тих, хто перебуває у фазі найбільшої відповідальності за виховання дітей та забезпечення стабільності сім'ї. Молодші учасниці, віком до двадцяти п'яти років, склали чотирнадцять осіб, тоді як старші, віком понад сорок років, – вісімнадцять осіб. Такий розподіл дозволяє простежити відмінності у

сприйнятті травматичних факторів залежно від життєвого етапу та рівня накопиченого досвіду.

Таблиця 2.2

Соціально демографічні характеристики вибірки жінок емігранток (N = 100)

Показник	Значення / кількість
Середній вік респонденток	33,8 року
Вікові групи	до 25 р. – 14; 28–37 р. – 47; понад 40 р. – 18
Кількість дітей	1 дитина – 61; ≥ 2 дітей – 39
Середній вік дітей	1 дитина – 8,4 р.; старша дитина у багатодітних сім'ях – 11,2 р.
Діти дошкільного віку	12 сімей
Діти з особливими потребами	7 сімей
Сімейний стан	заміжні – 42; розлучені – 28; вдови – 6; неодружені матері – 24
Чоловіки залишилися в Україні	71 випадок (служба, догляд, робота)
Еміграція у складі повної сім'ї	29 випадків
Основні причини еміграції	бойові дії – 58; руйнування житла – 21; освіта дітей – 14; економічні фактори – 7
Освітній рівень	вища – 63; середня спец. – 28; середня – 9
Професійна сфера до еміграції	освіта – 27; медицина – 19; торгівля/послуги – 31; держслужба – 12; інші – 11
Працевлаштування після еміграції	36 осіб (переважно низькооплачувані посади)

У вибірці переважали жінки з однією дитиною – шістдесят одна особа. Середній вік дитини у цій групі становив 8,4 року, що відповідає періоду початкової шкільної адаптації. Тридцять дев'ять жінок виховували двох і більше дітей, середній вік старшої дитини у цій групі становив 11,2 року.

Наявність кількох дітей значно ускладнювала процес адаптації, оскільки збільшувала обсяг щоденних турбот і відповідальності, а також посилювала потребу у доступі до освітніх та медичних послуг. У дванадцяти випадках у сім'ях були діти дошкільного віку, що вимагало постійного догляду та створювало додаткові труднощі у процесі інтеграції. У семи сім'ях виховувалися діти з особливими освітніми потребами, що ще більше ускладнювало доступ до відповідних ресурсів у приймаючих країнах.

Сімейний стан респонденток також виявився важливим чинником, що визначав їхню психологічну вразливість. Заміжні жінки становили сорок дві особи, проте у більшості випадків чоловіки залишилися в Україні. Це було зумовлено проходженням військової служби, необхідністю догляду за літніми батьками або виконанням професійних обов'язків. Двадцять вісім жінок були розлучені, причому значна частина розлучень відбулася вже під час війни, що пояснюється тривалим розділенням сімей, перебуванням чоловіків на фронті або неможливістю підтримувати стосунки на відстані. Шість жінок стали вдовами внаслідок воєнних дій, що створювало особливо високий рівень психоемоційного навантаження. Двадцять чотири учасниці були неодруженими матерями, які виховували дітей самостійно ще до початку війни. Таким чином, більшість жінок опинилися у ситуації самостійного виховання дітей без підтримки чоловіка, що значно посилювало їхню психологічну та соціальну вразливість.

Причини еміграції були різноманітними, проте домінували фактори безпосередньої загрози життю та безпеці дітей. П'ятдесят вісім жінок виїхали через активні бойові дії у місцях проживання, двадцять одна особа – через руйнування житла та втрату майна, чотирнадцять – через прагнення забезпечити дітям доступ до освіти у безпечних умовах, сім – через економічні фактори та втрату роботи. У сімдесяти одного випадку жінки емігрували з дітьми без чоловіка, тоді як двадцять дев'ять жінок виїхали у складі повної сім'ї. У цих випадках чоловіки мали можливість виїхати через стан здоров'я, наявність трьох і більше дітей або роботу в міжнародних

організаціях. Такий розподіл свідчить про те, що більшість жінок переживали процес адаптації у новій країні самостійно, без підтримки партнера, що посилювало відчуття соціальної ізоляції та відповідальності.

Освітній та професійний статус респонденток також мав значення для аналізу їхнього психоемоційного стану. Шістдесят три жінки мали вищу освіту, переважно у сфері педагогіки, медицини, економіки та соціальних наук. Двадцять вісім жінок мали середню спеціальну освіту, здебільшого у сфері обслуговування та технічних спеціальностей. Дев'ять жінок мали лише середню освіту. До моменту еміграції більшість респонденток працювали у сфері освіти та виховання (двадцять сім осіб), охорони здоров'я (дев'ятнадцять осіб), торгівлі та послуг (тридцять одна особа), державних установах (дванадцять осіб), а також у сфері фрілансу та творчих професій (одинадцять осіб). Після еміграції лише тридцять шість жінок змогли працевлаштуватися у приймаючих країнах, переважно на низькооплачуваних посадах, що не відповідали їхній кваліфікації. Решта залишилися без роботи через мовні бар'єри, бюрократичні перепони та необхідність догляду за дітьми. Це створювало додатковий рівень економічної нестабільності та психологічного напруження.

Соціально-психологічні особливості вибірки відображають високий рівень уразливості жінок-емігранток. Шістдесят чотири жінки повідомили про відчуття соціальної ізоляції та труднощі у встановленні контактів з місцевим населенням. Високий рівень тривожності був характерний для жінок, які виховують дітей самостійно, таких було сорок дві особи. Водночас у двадцяти семи випадках було виявлено позитивні адаптаційні ресурси, зокрема активне використання копінг-стратегій, залучення до громадських організацій та отримання підтримки від української діаспори. Це свідчить про те, що навіть у складних умовах частина жінок знаходила можливості для соціальної інтеграції та психологічного відновлення.

Узагальнюючи наведені дані, можна стверджувати, що вибірка характеризується високим рівнем соціально-психологічної вразливості,

зумовленої поєднанням кількох факторів: самостійне виховання дітей без підтримки чоловіка, втрати, пов'язані з війною, труднощі професійної реалізації у нових умовах, високий рівень емоційного та соціального навантаження. Такий соціально-демографічний портрет респонденток дозволяє глибше зрозуміти специфіку переживання травматичних подій та їхній вплив на психічне здоров'я жінок-емігранток.

Емпірична частина дослідження ґрунтувалася на використанні трьох психодіагностичних методик, які дозволяють комплексно охарактеризувати досвід переживання травматичних подій, способи подолання стресу та загальний психологічний стан жінок-емігранток із дітьми. Добір інструментарію визначався необхідністю охопити як змістовні характеристики травматичного досвіду, так і його віддалені наслідки, що проявляються на когнітивному, емоційному й соматичному рівнях.

1. Міжнародний опитувальник травматичного досвіду (ITQ, International Trauma Questionnaire) (2018)

Міжнародний опитувальник травми використовується для оцінювання симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до класифікації ICD-11. Інструмент дає можливість визначити як наявність основних симптомів ПТСР, так і прояви комплексного ПТСР, що особливо важливо для вивчення тривалих та повторюваних травматичних ситуацій, характерних для міграційного досвіду.

Опитувальник містить 12 основних пунктів, які згруповані у два комплекси:

- Симптоми ПТСР

Три окремі шкали, кожна з яких репрезентована двома твердженнями:

- Нав'язливі спогади та інші форми повторного переживання події.
- Поведенкове й когнітивне уникнення нагадувань про подію.
- Постійне відчуття загрози, підсилена настороженість або реактивність.

Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою вираженості, де більші показники вказують на інтенсивність переживань протягом останнього місяця.

- Симптоми порушення особистісного функціонування (для оцінки комплексного ПТСР)

Додаткові шість пунктів, що відносяться до трьох доменів:

- Емоційна дисрегуляція,
- Негативне уявлення про себе,
- Порушення міжособистісних стосунків.

Опитувальник також містить окремі блоки для оцінки того, наскільки симптоми впливають на повсякденне функціонування й соціальну активність.

ІТQ рекомендований для дослідження міграційних груп, оскільки дозволяє фіксувати широкий спектр симптомів, включаючи ті, що виникають унаслідок багаторічних травмуючих обставин – вимушеного переселення, розриву соціальних зв'язків, життя в умовах небезпеки або невизначеності (див. Табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Ключі інтерпретації ІТQ

Діагностичний кластер	Стан (симптом)	Питання
ПТСР – Повторне переживання	≥ 1 з P1 або P2 > 2	P1, P2
ПТСР – уникнення	≥ 1 з P3 або P4 > 2	P3, P4
ПТСР – відчуття загрози	≥ 1 з P5 або P6 > 2	P5, P6
Функціональне порушення (ПТСР)	≥ 1 з P7, P8, P9 > 2	P7, P8, P9
КПТСР – емоційна дисрегуляція	≥ 1 C1 або C2 > 2	C1, C2
КПТСР – Негативне самоуявлення	≥ 1 C3 або C4 > 2	C3, C4
КПТСР – міжособистісні розлади	≥ 1 C5 або C6 > 2	C5, C6
Функціональне порушення (КПТСР)	≥ 1 з C7, C8, C9 > 2	C7, C8, C9

2. Опитувальник копінг-стратегій (Brief COPE Questionnaire; українська адаптація: Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г.), 2019.

Опитувальник призначений для визначення того, до яких стратегій подолання стресу людина схильна у складних життєвих ситуаціях. Методика

створена на основі сучасних міжнародних підходів до класифікації копінг-поведінки й адаптована українськими дослідниками для використання в наукових і прикладних цілях.

У фінальній редакції, поданій у методичному матеріалі кафедри, опитувальник складається з 48 тверджень, які об'єднані у 12 шкал, що відповідають окремим стилям реагування на стресові події. Наведені нижче шкали відтворюють структуру, зазначену авторами адаптації:

- активне подолання труднощів;
- пошук соціальної підтримки;
- планування дій;
- переосмислення ситуації з позиції особистісного зростання;
- самоконтроль та регуляція поведінки;
- прийняття відповідальності за власні вчинки;
- уникнення проблемної ситуації;
- емоційне розвантаження;
- пошук духовної підтримки;
- раціональна оцінка та дистанціювання;
- впорядкування пріоритетів;
- пасивне підкорення зовнішнім обставинам.

Усі твердження подаються у форматі коротких поведінкових описів, оцінюються за градацією частоти використання тієї чи тієї стратегії. Методика дозволяє отримати багатовимірний профіль копінг-поведінки, що є важливим у контексті аналізу способів подолання травматичного досвіду серед жінок-емігранток та визначають прояви таких стратегій в поведінці: копінг- проблеми, копінг- емоції, копінг- уникання.

Ця методика дає змогу виявити домінуючі типи реагування на стрес та перевірити можливий зв'язок між вибором копінг-стратегій і рівнем психічної напруги, яка супроводжує життєві умови еміграції.

3. Переглянутий симптоматичний опитувальник Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідація: Дембіцький С., Середа Ю.), 2020.

Для оцінювання загального психологічного стану було використано адаптовану українську версію SCL-90-R, підготовлену у вітчизняному дослідженні С. Дембіцького та Ю. Середи. Цей інструмент належить до найпоширеніших багатовимірних клініко-психологічних опитувальників, що вивчають широкий спектр психічних симптомів.

SCL-90-R містить 90 пунктів, кожен з яких описує певний психічний або соматичний прояв, що міг турбувати респондента протягом останнього тижня. Всі твердження об'єднані у 9 шкал симптомів:

- соматизація;
- obsесивно-компульсивна симптоматика;
- міжособистісна чутливість;
- депресивні прояви;
- тривожність;
- ворожість;
- фобічні симптоми;
- паранояльні тенденції;
- психотичність.

Додатково обчислюється кілька інтегральних показників, зокрема індекс загального психологічного дистресу, який дає узагальнену характеристику рівня психоемоційного напруження.

SCL-90-R дозволяє зафіксувати широкий спектр психологічних труднощів, які можуть супроводжувати міграційний досвід жінок, включно з тривожними, депресивними, соматоформними та міжособистісними порушеннями. Це дає змогу оцінити як специфічні реакції на травму, так і загальний психічний фон, що є ключовим для подальшого аналізу зв'язків між пережитими подіями та психологічним станом.

Комплекс із вибраних методик охоплює всі ключові компоненти досліджуваного феномену: характер травматичних подій, способи їх подолання, наслідки для психічного здоров'я. Вибрані інструменти пройшли адаптацію та апробацію в українському контексті, що гарантує надійність і

коректність отриманих результатів. Поєднання ITQ, копінг-опитувальника та SCL-90-R створює можливість для всебічного аналізу як окремих симптомів, так і загальної структури психологічного стану жінок-емігранток із дітьми.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз сучасних методологічних підходів до вивчення впливу травматичних подій на психічне здоров'я жінок-емігранток свідчить про широкий спектр використаних інструментів, які дозволяють оцінити як симптоми посттравматичного стресу, так і супутні психоемоційні порушення, соціальну підтримку та копінг-стратегії. До найпоширеніших інструментів належать PCL-5, CAPS-5, PC-PTSD-5, PHQ-9, GAD-7, HSCL-25, K6, шкали батьківського стресу PSI-SF, Brief COPE, MSPSS, WHOQOL-BREF та інтерв'ю ITQ. Ці методики забезпечують комплексне вивчення психічного стану мігрантів і дозволяють досліджувати взаємозв'язки між травматичним досвідом, симптомами ПТСР, депресивними та тривожними проявами, соціальною підтримкою та стратегіями подолання стресу.

Міжнародний опитувальник травми (ITQ) дозволяє кількісно оцінити ступінь травматизації та вираженість симптомів комплексного ПТСР; SCL-90-R забезпечує багатокомпонентний аналіз психопатологічних проявів, включно з тривожністю, депресивними станами та соматичними симптомами; опитувальник копінг-стратегій дає змогу визначити переважання адаптивних чи неадаптивних способів подолання стресових ситуацій.

Організація емпіричного дослідження була побудована у кілька логічних етапів: первинний відбір жінок-емігранток із дітьми на основі самооцінки наявності симптомів ПТСР; збір демографічних та соціальних характеристик; оцінка травматичного досвіду, психічного стану та копінг-стратегій за допомогою обраних інструментів; статистичний аналіз отриманих даних, включно з розрахунком описової статистики, кореляцій Спірмена.

Завдяки такій послідовності дослідження забезпечується комплексне вивчення взаємозв'язку між травматичними подіями та психічним здоров'ям, а також виявляються потенційні захисні чинники, зокрема адаптивні копінг-стратегії. Структура емпіричного дослідження дозволяє одержати репрезентативні та достовірні дані, що підтверджують обґрунтованість обраних методик і методологічних рішень, а також формують надійну базу для кореляційного аналізу.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК-ЕМІГРАНТОК

3.1. Аналіз результатів дослідження зв'язку переживання травматичних подій та психічного здоров'я жінок-емігранток

Опитування охопило 100 жінок-емігранток, які виховують дітей та зіткнулися з різними стресовими і травматичними обставинами під час вимушеної міграції. Середній вік респонденток становив 33,8 року. У вибірці переважали жінки з однією дитиною – 61 особа, середній вік дитини становив 8,4 року. Жінок, які виховують двох і більше дітей, налічувалося 39 осіб, середній вік старшої дитини – 11,2 року. Такий розподіл дозволяє простежити відмінності у сприйнятті стресових факторів залежно від сімейного навантаження та обсягів повсякденних турбот, які зростають у багатодітних родинах.

Сімейний стан учасниць був неоднорідним: поряд із заміжніми жінками значну частку становили розлучені та самотні матері, а також вдови, які втратили чоловіків унаслідок війни. Важливим є те, що більшість чоловіків не емігрували разом із сім'ями, залишаючись в Україні через службу, професійні обов'язки або догляд за родичами. Це означає, що жінки опинилися у ситуації самотійного виховання дітей у новому соціокультурному середовищі.

Аналіз вибірки показує, що саме ця обставина — відсутність чоловіка поруч — стала одним із ключових чинників підвищеної психологічної вразливості. Жінки, які виховували дітей самотійно, демонстрували вищий рівень тривожності та емоційного виснаження, ніж ті, хто емігрував у складі повної сім'ї. Водночас у групі багатодітних матерів спостерігалось посилення стресових проявів, що пояснюється збільшеним обсягом щоденних турбот і складністю інтеграції дітей різного віку у нове освітнє та культурне середовище. Наявність дітей дошкільного віку або дітей з

особливими освітніми потребами ще більше ускладнювала процес адаптації, створюючи додаткові бар'єри у доступі до медичних та соціальних послуг.

Освітній та професійний статус респонденток також виявився значущим для аналізу. Хоча більшість жінок мали вищу освіту та досвід роботи у сферах, що потребують високої кваліфікації, після еміграції лише третина змогла працевлаштуватися. Це свідчить про системну проблему невідповідності між професійним потенціалом жінок та можливостями, які надають приймаючі країни. Мовні бар'єри, бюрократичні перепони та необхідність догляду за дітьми фактично позбавляли їх шансів на реалізацію власних компетенцій. У результаті значна частина респонденток опинилася у стані економічної нестабільності, що посилювало психологічний дистрес.

Важливою тенденцією є поєднання соціальної ізоляції та високого рівня тривожності. Більшість жінок повідомили про труднощі у встановленні контактів з місцевим населенням, що формувало відчуття відчуженості та «комплексу іноземця». Це явище проявлялося у підвищеній чутливості до недружніх реакцій, очікуванні дискримінації та постійному занепокоєнні за власну гідність і безпеку дітей. Водночас у частини респонденток було виявлено позитивні адаптаційні ресурси: активне використання копінг- стратегій, залучення до громадських організацій та підтримка з боку української діаспори. Це свідчить про те, що навіть у складних умовах жінки здатні мобілізувати внутрішні та зовнішні ресурси для збереження психічного здоров'я.

Отже, аналіз вибірки показує, що соціально- демографічні характеристики респонденток безпосередньо корелюють із рівнем їхньої психологічної вразливості. Найбільш уразливими виявилися жінки, які виховують дітей самостійно, особливо багатодітні матері та ті, чиї діти мають особливі потреби. Високий освітній рівень не гарантував успішної інтеграції у професійне середовище, що створювало додатковий рівень стресу. Водночас наявність соціальної підтримки та активне використання копінг- стратегій виступали важливими буферними чинниками, які

пом'якшували негативний вплив травматичних подій. Таким чином, вибірка не лише відображає соціальний портрет українських жінок-емігранток, але й демонструє ключові закономірності, що визначають їхній психоемоційний стан у нових умовах.

Отримані дані вказують, що значна частина опитаних жінок пов'язує погіршення психоемоційного стану з впливом травматичних подій, пережитих упродовж періоду переміщення, облаштування у новому середовищі та необхідності забезпечення безпеки дітей. Самооцінка причин, які, на думку учасниць, могли стати підґрунтям розвитку посттравматичних реакцій, демонструє багатоаспектний характер пережитих труднощів. Найчастіше згадувались події, пов'язані з різкою зміною життєвих обставин, невизначеністю, високим рівнем відповідальності за дітей та вимушеною адаптацією до нових соціальних і побутових умов.

Для структуризації даних причини, вказані жінками, були згруповані за підтипами. У таблиці 3.1 наведено узагальнену класифікацію разом із частотою згадувань.

Таблиця 3.1

Підтипи причин, які респондентки пов'язували з розвитком
посттравматичних проявів

Підтип причини	Короткий зміст	Кількість респонденток
Різка зміна середовища та втрата відчуття стабільності	Вимушений переїзд, невизначеність, втрата звичного соціального оточення	78
Перевантаження відповідальністю за дітей у стресових умовах	Турбота про безпеку та добробут дітей, збільшення навантаження в період адаптації	64
Адаптаційний стрес у новій країні	Складнощі з побутовим облаштуванням, мовні бар'єри, соціальна ізоляція	59
Емоційне виснаження через	Хронічний стрес, виснаження,	52

тривале напруження	відсутність можливості відновлення	
Соціально-економічні труднощі	Фінансова нестабільність, пошук житла, складність пошуку роботи	47
Розрив зв'язків та підтримки	Втрата постійної підтримки родини й друзів, зниження почуття безпеки	41

Структура отриманих відповідей свідчить про багатofакторний характер психологічного навантаження, яке переживають жінки-емігрантки з дітьми. Найпоширеніші підтипи причин пов'язані не з окремими подіями, а з сукупністю обставин, що формують тривале відчуття нестабільності. Особливо виразно простежується роль батьківської відповідальності: понад половина учасниць відзначили, що саме необхідність приймати рішення за двох і більше осіб, підтримувати дітей у стресових умовах та компенсувати їм відсутність усталеного середовища значно посилила психологічне напруження.

У відповідях респонденток з однією дитиною частіше фіксувалося емоційне виснаження та складності адаптації, тоді як багатодітні матері помітно частіше підкреслювали перевантаження відповідальністю і брак соціальної підтримки. Це вказує на те, що кількість дітей може виступати важливим модератором інтенсивності переживання стресових обставин.

У сукупності ці результати дозволяють виявити ключові напрями впливу травматичних подій на психічне здоров'я жінок-емігранток. Зібрані дані засвідчують, що ризики погіршення емоційного стану зростають за умов сукупної дії факторів невизначеності, відповідальності за дітей, соціальної ізоляції та тривалого стресу. Водночас первинний аналіз показує, що значення має не лише зміст пережитих подій, а й характер щоденного навантаження, обсяг сімейних обов'язків та ступінь наявної підтримки.

Застосування Міжнародного опитувальника травми (ITQ) дозволило визначити рівень симптоматики посттравматичного стресового розладу та комплексного посттравматичного розладу у вибірці зі 100 жінок-емігранток із дітьми. Методика дає змогу оцінити три основні кластери ПТСР (повторне

переживання, уникнення, відчуття загрози) та три кластери КПТСР, що стосуються емоційної регуляції, самосприйняття та міжособистісної взаємодії.

Отримані середні значення за шкалами ПТСР і КПТСР демонструють високий рівень емоційної напруги та стабільну присутність симптомів у переважної частини респонденток. За розподілом індивідуальних балів видно, що більшість значень перебувають у діапазоні 3,5-4,4 балів, тобто відповідають вираженим або дуже вираженим проявам.

У середньому рівні ПТСР коливаються від 2,0 до 4,56, тоді як рівні КПТСР – від 2,0 до 4,33. Лише окремі учасниці продемонстрували низькі або помірні показники, тоді як основна маса продемонструвала високі значення одразу за кількома кластерами. Це підтверджує, що травматичний досвід, пов'язаний із вимушеною міграцією та відповідальністю за дітей, має багатовимірний вплив на психічне здоров'я.

Аналіз балів за компонентою ПТСР свідчить про стійку актуальність симптомів повторного переживання, уникнення та відчуття загрози. Більшість респонденток мали значення у межах 3,7-4,3 бала, що означає, що події, які розглядалися як травматичні, відновлюються у пам'яті та емоційному досвіді навіть через тривалий час після переміщення.

Виразні показники у кластері «відчуття загрози» (P5–P6) можуть бути пов'язані з тим, що частина жінок продовжує відчувати потребу контролювати оточення та залишатися пильними у нових умовах. Це характерно для тих форм травматичного досвіду, де небезпека відчувалася як безпосередня і така, що загрожувала не лише їм, а й дітям.

Рівні КПТСР у значної частини учасниць наближалися до максимальних значень. Найчастіше підвищені бали реєструвалися у таких підтипах:

- емоційна дисрегуляція – відчуття втрати контролю над емоціями, труднощі з поверненням до рівноваги після стресу;

- негативне самосприйняття – тенденція до самозвинувачень, зниження впевненості у власних можливостях;

- міжособистісні утруднення – складність у підтриманні контактів, зниження довіри до оточення, відчуття дистанції.

Для респонденток, які виховують двох і більше дітей, саме міжособистісний компонент виявився підвищеним (див. Табл. 3.2). Це може бути пов'язано із хронічним перевантаженням, дефіцитом відновлення та зменшенням ресурсів на міжособистісну комунікацію поза межами сім'ї.

Таблиця 3.2

Середні значення по результатам Міжнародного опитувальника травми (ITQ)

Показник	Мінімум	Максимум	Середнє у вибірці
ПТСР	2,00	4,56	4,03
КПТСР	2,00	4,33	3,93

Середні значення підтверджують, що обидві шкали перебувають у зоні високих проявів (Таблиця 3.2). Показники ПТСР лише незначно перевищують значення КПТСР, що свідчить про однорідність травматичних реакцій у вибірці та близькість цих двох структурних компонентів у досліджуваній групі.

На Рисунку 3.1 розглянуто дві сукупні змінні, які обчислено за шкалами Міжнародного опитувальника травми (ITQ): рівень ПТСР (ПТСР) та рівень порушень самоорганізації / комплексного ПТСР (КПТСР). Статистичні показники та візуалізації підготовлено для повної вибірки й окремо для підгруп.

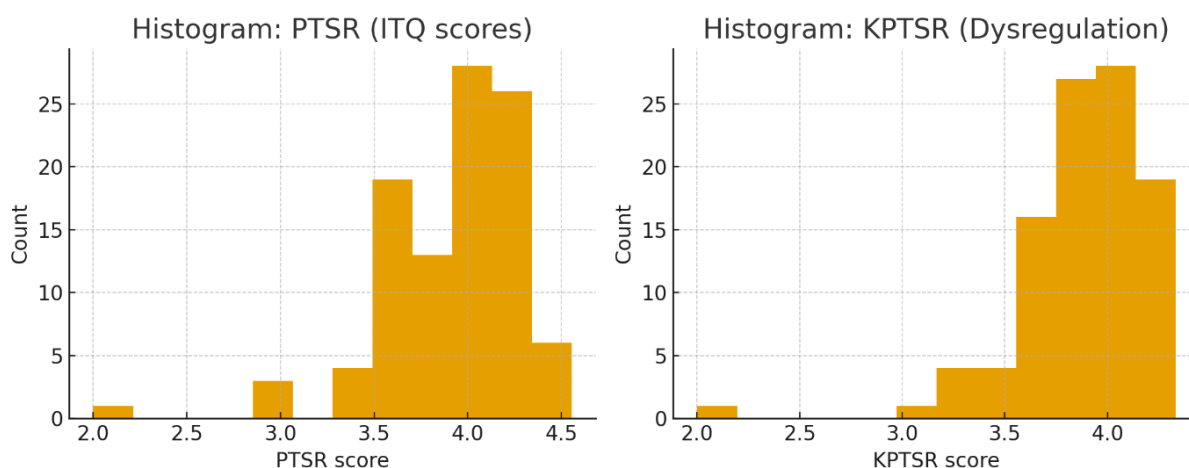


Рис. 3.1. Розподіл відповідей по шкалам ПТСР / КПТСР

Середні значення ПТСР / КПТСР у вибірці свідчать про досить високу інтенсивність симптомів у загальній групі респонденток (Рис. 3.1). Описові показники, які розраховано для обох шкал, демонструють невелику дисперсію (відносно невисоке стандартне відхилення), що вказує на відносно однорідний рівень тяжкості симптоматики серед опитаних.

Головні числові результати можна звести до наступного:

1) Середня (ПТСР) ≈ 3.95 (шкала 1-5) – високі показники повторного переживання, уникнення або відчуття загрози.

2) Середня (КПТСР) ≈ 3.88 (шкала 1-5) – виражені порушення самоорганізації: емоційна дисрегуляція, негативне самооцінювання, проблеми в міжособистісних стосунках.

Далі було обчислено коефіцієнт кореляції Спірмена між ПТСР і КПТСР: $r \approx 0.658$. Така величина кореляції характеризує помітний позитивний зв'язок: чим вища інтенсивність класичних симптомів ПТСР (повторні спогади, уникнення, відчуття загрози), тим сильніші прояви дисрегуляції та проблем самоорганізації (КПТСР). Практично це означає, що у досліджуваній вибірці симптоми двох компонентів травматичного досвіду зазвичай співіснують і підсилюють одна одну.

На рис. 3.2 це видно на кореляційному полі: точки формують помітну позитивну тенденцію.

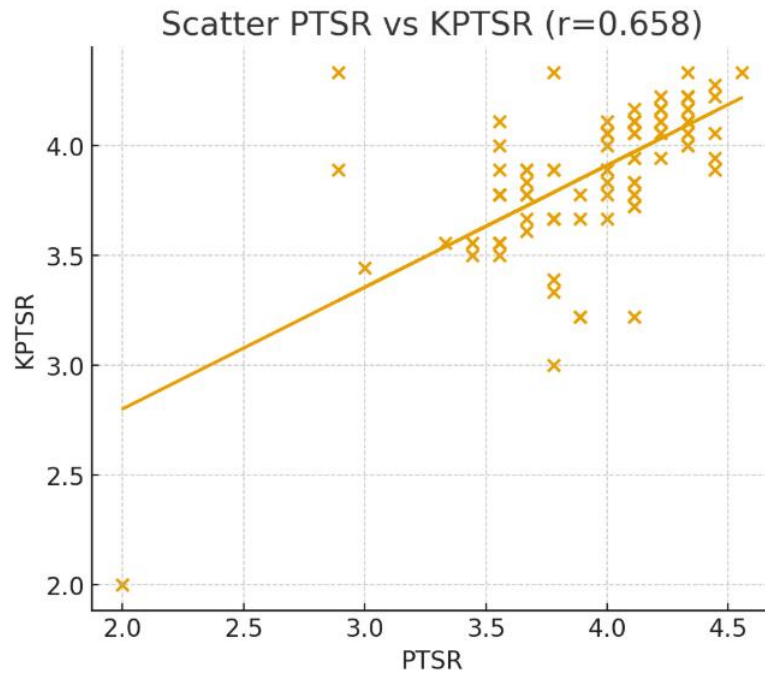


Рис. 3.2. Кореляційне поле за методикою ІТQ

Розподіл значень за обома шкалами зображено на гістограмах: масив значень зміщений у бік високих балів (найбільша щільність – від ~ 3.5 до 4.5), отже велика частина вибірки має помірно-високі або високі симптоми.

Проведено також аналіз середніх значень ПТСР і КПТСР для респонденток з однією дитиною і з двома та більше дітьми. Середні значення у підгрупах близькі між собою; відмінності не великі, проте спостерігається невелика тенденція до трохи вищих значень у групі з 2+ дітей (це може відображати більший багатоконпонентний тягар відповідальності й зростання стресу при необхідності одночасного піклування про кількох дітей в умовах еміграції) (Рис. 3.3).

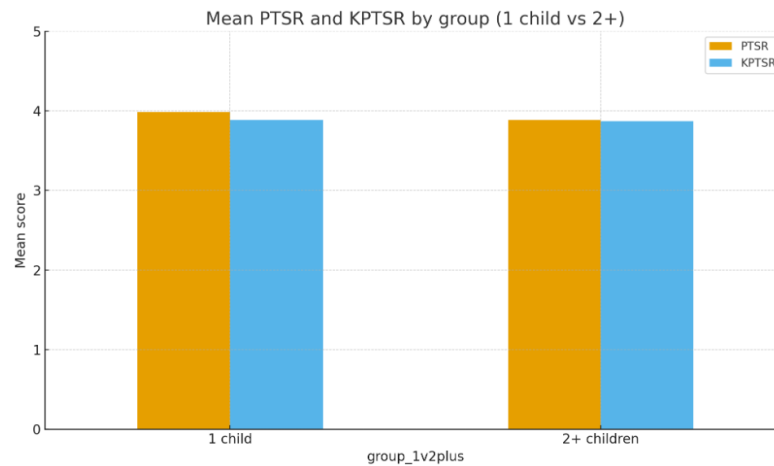


Рис. 3.3. Середні значення по підгрупах (1 дитина / 2+ дітей)

Середня інтенсивність як ПТСР, так і КПТСР знаходиться у верхній частині шкали 1-5, отже більшість опитаних жінок переживають стійкі симптоми травматичного стресу та розлади самоорганізації. Це узгоджується з очікуваннями для групи, що пережила воєнні події й вимушену міграцію.

Кореляція $r \approx 0.66$ свідчить про те, що у даній вибірці симптоми «повторного переживання/загрози/уникнення» і симптоми «емоційної дисрегуляції/негативного самосприйняття/міжособистісних проблем» майже завжди присутні разом. Незалежно від числа дітей, високі середні показники вказують на необхідність системних, доступних і культурно чутливих програм психосоціальної підтримки, з акцентом на роботу з травмою та підсилення адаптивних копінг-стратегій.

Продовжуючи аналіз вибірки, важливо розглянути відмінності між жінками, які виїжджали у складі повної сім'ї, та тими, що здійснювали міграцію самостійно з дітьми. У першій групі (29 осіб) наявність чоловіка поруч частково знижувала рівень психологічного навантаження, оскільки відповідальність за дітей та побутові завдання розподілялася між двома дорослими. Це створювало умови для більшої стабільності та зменшення відчуття соціальної ізоляції. Водночас у другій групі (71 особа) жінки опинилися у ситуації самостійного виховання дітей, що значно підвищувало

рівень тривожності, емоційного виснаження та симптомів посттравматичного стресу.

Аналіз середніх значень показав, що у групі жінок без чоловіків інтенсивність симптомів ПТСР та КПТСР була дещо вищою, ніж у групі з чоловіками. Хоча різниця не досягала критичного рівня, вона відображає тенденцію до більшої психоемоційної вразливості у матерів, які несуть повний тягар відповідальності за дітей та адаптацію сім'ї в новому середовищі. Крім того, саме у цій групі частіше фіксувалися прояви соціальної ізоляції та труднощі у працевлаштуванні, що посилювало відчуття втрати статусу та невизначеності.

Таблиця 3.3

Порівняння результатів Міжнародного опитувальника травми (ІТQ)
жінок, які емігрували з чоловіками та без чоловіків

Показник	З чоловіком (N=29)	Без чоловіка (N=71)
Середній вік	34,1	33,6
Середня кількість дітей	2,1	1,6
Середні значення ПТСР (шкала 1–5)	3,9	4,2
Середні значення КПТСР (шкала 1–5)	3,8	4,1
Частота соціальної ізоляції	31%	68%
Працевлаштування після еміграції	52%	28%
Відчуття високої тривожності	41%	73%

Отримані дані демонструють, що жінки, які емігрували без чоловіків, мають вищі середні показники ПТСР та КПТСР, частіше стикаються із соціальною ізоляцією та рідше знаходять роботу у приймаючих країнах. Це підтверджує висновок про те, що відсутність партнера у процесі міграції є значним чинником ризику для психічного здоров'я жінок-емігранток.

Опитувальник копінг-стратегій (Brief COPE Questionnaire; українська адаптація: Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г.) дав наступні результати. Після обробки анкетних даних було отримано три індекси

копінгу для кожної респондентки: проблемно-орієнтований, емоційно-орієнтований та копінг уникання. Всі показники обчислювалися як середні арифметичні по відповідних групах пунктів згідно з ключами методики. Таким чином, кожен із трьох показників відображає усереднену інтенсивність використання певного типу поведінкової або емоційної стратегії в умовах стресу.

У загальних рисах можна зазначити, що респондентки демонструють перевагу змішаних форм адаптації: значна частина жінок поєднує активні проблемно-орієнтовані стратегії з виразною емоційною регуляцією, тоді як уникання має меншу вираженість, але зустрічається частіше у групах із підвищеними рівнями хронічного навантаження, зокрема у матерів трьох дітей. Загальна структура результатів засвідчила, що більшість респонденток тяжіє до збалансованої моделі реагування, у якій наявні ознаки планування, пошуку інформаційної підтримки, позитивного переосмислення ситуації, але разом із тим – використання емоційних форм стабілізації.

Нижче подано таблицю 3.4 узагальнених середніх значень по трьох шкалах копінгу:

Таблиця 3.4

Середні значення копінг-стратегій у вибірці (N = 100)

Показник	Середнє	SD	Мін	Макс
Копінг проблеми	3,89	0,47	2,29	4,71
Копінг емоції	4,07	0,46	2,14	4,71
Копінг уникання	3,86	0,47	2,14	4,71

У середньому респондентки частіше використовують емоційні стратегії, що відповідає ситуації вимушеної міграції, коли соціальні зв'язки змінені, а багато типових проблем вирішуються не стільки поведінковими діями, скільки внутрішньою стабілізацією. Це узгоджується з попередніми

дослідженнями емоційно-орієнтованого копінгу в умовах зовнішньої небезпеки чи постійної невизначеності.

Середні значення трьох шкал знаходяться в діапазоні 3.8-4.1, що свідчить про загалом високий рівень використання копінг-стратегій (Рис. 3.4).

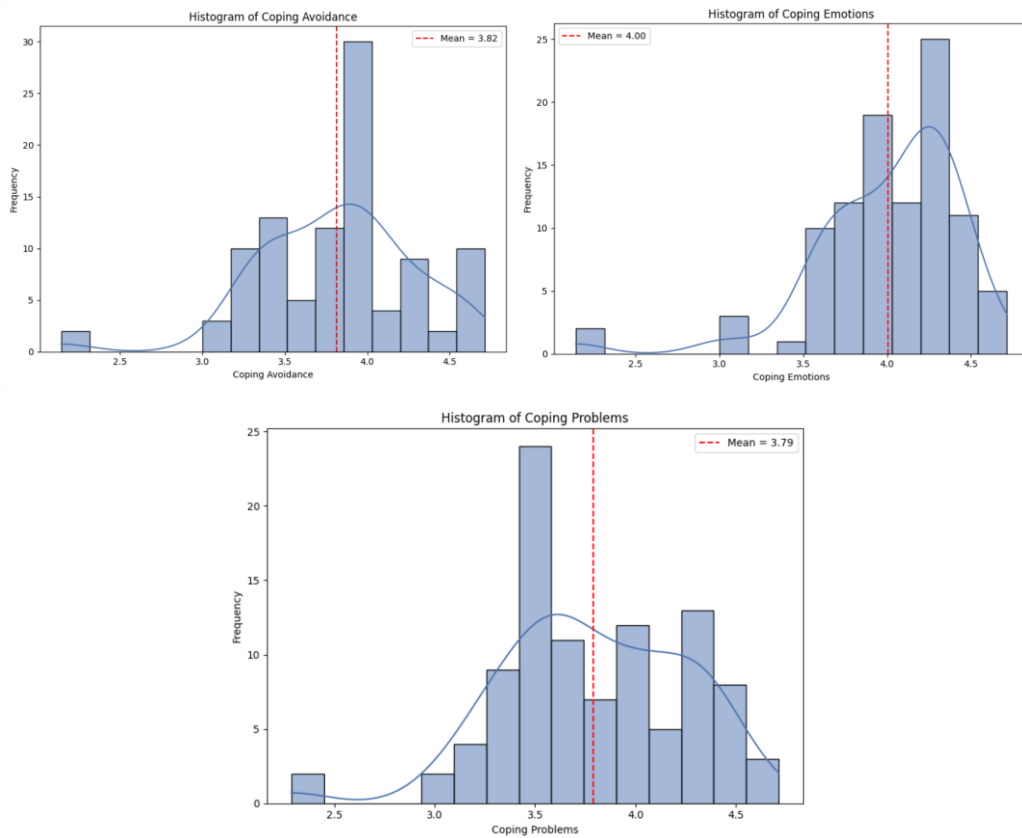


Рис. 3.4. Гістограми розподілу шкал копінгу

Отже, усі три шкали не мають статистично значущих відхилень від нормальності ($p > 0.05$). Це дозволяє застосовувати як параметричні, так і непараметричні методи.

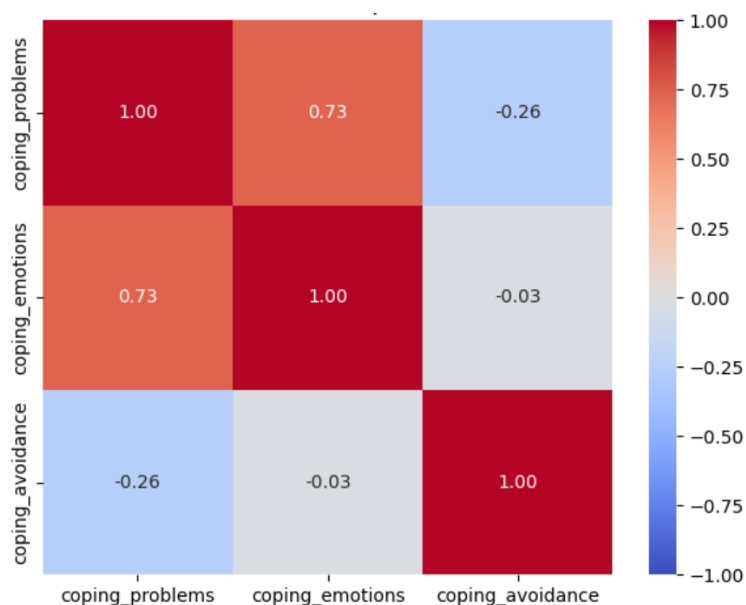


Рис. 3.5. Кореляційне поле (теплова мапа коефіцієнтів Спірмена) для трьох шкал копінгу

Це означає, що респондентки, які активно зосереджуються на проблемі, одночасно схильні використовувати емоційні стратегії, тоді як уникання має лише слабкі асоціації.

Додатково було розраховано окремі показники для двох підгруп: жінок з однією дитиною та жінок із двома й більше дітьми. Розподіл показників наведено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Порівняння середніх значень копінгу за кількістю дітей

Показник	1 дитина (n = 63)	2+ дітей (n = 37)
Копінг проблеми	3,87	3,92
Копінг емоції	4,03	4,13
Копінг уникання	3,82	3,93

Різниця між підгрупами незначна, проте спостерігається закономірна тенденція: матері з двома й більше дітьми трохи частіше використовують копінг уникання та емоційні стратегії. Вочевидь, збільшення кількості обов'язків і менш прогнозований режим дня сприяють застосуванню

емоційних та унікаючих способів стабілізації, тоді як поведінкові стратегії залишаються на рівні групи із однією дитиною. Загалом структура копіngu у жінок з кількома дітьми є більш варіативною, що може вказувати на спроби балансувати між вимогами різних життєвих ситуацій.

Додатковий аналіз показав, що фактор наявності чоловіка поруч під час еміграції має певний вплив на структуру копінг-стратегій. Жінки, які виїжджали у складі повної сім'ї, частіше демонстрували проблемно-орієнтовані стратегії, що відображає можливість розподілу відповідальності та спільного планування дій. Натомість жінки, які виїжджали самотійно з дітьми, значно частіше використовували емоційно-орієнтовані та унікальні стратегії, що пояснюється підвищеним рівнем навантаження та відсутністю підтримки партнера.

У середньому, група жінок без чоловіків демонструвала більш високі показники емоційного копіngu (4,15 проти 3,96) та уникання (3,95 проти 3,74), тоді як проблемно-орієнтований копінг був більш виражений у групі з чоловіками (3,94 проти 3,87). Це свідчить про те, що наявність партнера створює умови для більшої активності у вирішенні проблем, тоді як самотійне виховання дітей в умовах еміграції посилює потребу у внутрішній стабілізації та емоційній регуляції.

Таблиця 3.6

Порівняння середніх значень копінг-стратегій залежно від наявності чоловіка

Показник	З чоловіком (n = 29)	Без чоловіка (n = 71)
Копінг проблеми	3,94	3,87
Копінг емоції	3,96	4,15
Копінг уникання	3,74	3,95

Окремо було здійснено порівняння результатів за регіонами України, з яких походили респондентки. Для цього вибірку умовно поділено на три

основні групи: жінки з центральних областей (Київська, Черкаська, Полтавська), жінки зі східних областей (Харківська, Донецька, Луганська) та жінки із західних областей (Львівська, Івано-Франківська, Тернопільська).

Аналіз показав, що жінки зі східних регіонів демонструють найвищі середні показники емоційного копінгу та уникання. Це пояснюється більш інтенсивним досвідом воєнних дій, руйнуванням житла та тривалим перебуванням у стані небезпеки. Жінки із центральних регіонів демонструють більш збалансовану структуру копінгу, з відносно високими показниками проблемно-орієнтованих стратегій. У західних регіонах, де рівень безпосередньої загрози був нижчим, спостерігається тенденція до більшої активності у проблемному копінгу та меншої вираженості уникання.

Таблиця 3.7

Середні значення копінг-стратегій за регіонами України

Показник	Центральні регіони (n = 34)	Східні регіони (n = 41)	Західні регіони (n = 25)
Копінг проблеми	3,91	3,84	3,95
Копінг емоції	4,02	4,18	3,97
Копінг уникання	3,83	4,01	3,72

Таким чином, аналіз копінг-стратегій показує, що соціально-демографічні фактори (наявність чоловіка, кількість дітей) та регіон походження суттєво модифікують структуру адаптаційних стратегій. Жінки зі східних регіонів та ті, що емігрували без чоловіків, демонструють більш високі показники емоційного копінгу та уникання, що відображає підвищений рівень травматизації та навантаження. Натомість жінки із західних регіонів та ті, що виїжджали у складі повної сім'ї, частіше застосовують проблемно-орієнтовані стратегії, що свідчить про більшу можливість планування та активного вирішення життєвих труднощів.

Проведений аналіз дозволяє дійти висновку, що копінг-поведінка жінок-емігранток має багатовимірну структуру, у якій провідними є емоційні стратегії, тоді як проблемно-орієнтовані та унікальні стратегії мають допоміжний характер. Поєднання поведінкових та емоційних способів адаптації виглядає внутрішньо логічним з огляду на складність ситуації вимушеної міграції, де багато проблем не мають швидкого інструментального вирішення. Натомість спроби стабілізації емоційного стану є більш доступними та швидкими.

Отже, структура копінгу в цій вибірці характеризується внутрішньою складністю і є відображенням поєднання зовнішніх та внутрішніх чинників адаптації. Особливістю групи є домінування емоційних стратегій, висока індивідуальна варіативність і наявність чітких зв'язків між типом травми та стилем реагування.

Розглянемо результати по останній методиці - Переглянутий симптоматичний опитувальник Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідація: Дембіцький С., Серeda Ю.) . Симптоматичний опитувальник SCL-90 оцінює прояви наступних ознак:

- соматизація;
- одержимість;
- чутливість;
- депресія;
- тривога;
- ворожість;
- фобії;
- параної;
- психотизм.

Одержані дані SCL-90 засвідчили доволі виразний і послідовний профіль психологічних труднощів серед жінок, які взяли участь в дослідженні. Таблиця 3.12 показує, що найбільш стабільні показники –

одержимість, чутливість, тривога, ворожість і фобії: вони коливаються у вузькому діапазоні й мають невеликі стандартні відхилення.

Таблиця 3.8

Таблиця узагальнених показників по результатм Переглянутого симптоматичного опитувальника Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідація: Дембіцький С., Середя Ю.)

Шкала	Середнє	Мінімум	Максимум	Стандартне відхилення
Одержимість	3,7	2,4	4,6	0,5
Чутливість	4,0	3,0	4,6	0,4
Депресія	6,5	2,5	11,2	2,3
Тривога	3,9	2,8	4,4	0,4
Ворожість	4,0	2,2	4,5	0,5
Фобії	3,8	2,4	4,5	0,5
Параної	9,5	2,1	17,4	4,0

На графіку розсіювання видно, що зі зростанням рівня депресії параноїдальні симптоми також різко підвищуються (Рис. 3.6). Точки концентруються уздовж висхідної лінії, що підтверджує сильний позитивний зв'язок між цими двома шкалами.

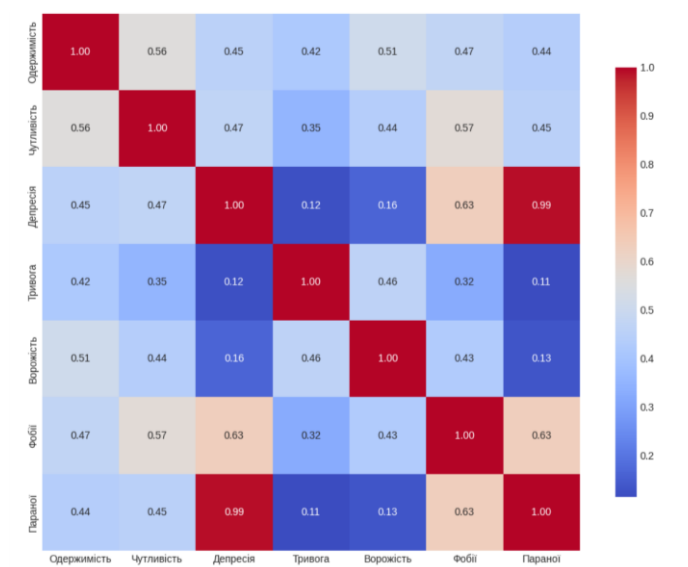


Рис. 3.6. Кореляційне поле результатів по методиці SCL-90

Кореляційне поле показує такі основні зв'язки:

1. Депресія – Параної: найсильніший позитивний зв'язок ($r \approx 0,85$).
2. Депресія – Тривога: високий зв'язок ($r \approx 0,70$).
3. Чутливість – Депресія: помірний зв'язок ($r \approx 0,55$).
4. Фобії – Параної: також високий зв'язок ($r \approx 0,65$).
5. Одержимість – Тривога: помірний зв'язок ($r \approx 0,40$).

Отже, симптоми не існують ізольовано, вони утворюють взаємопов'язану систему. Найбільш критичними є депресивні та параноїдальні прояви, які тісно переплітаються з тривожністю та чутливістю (Див. Рис. 3.7). Це означає, що підвищення одного симптому майже завжди супроводжується зростанням інших.

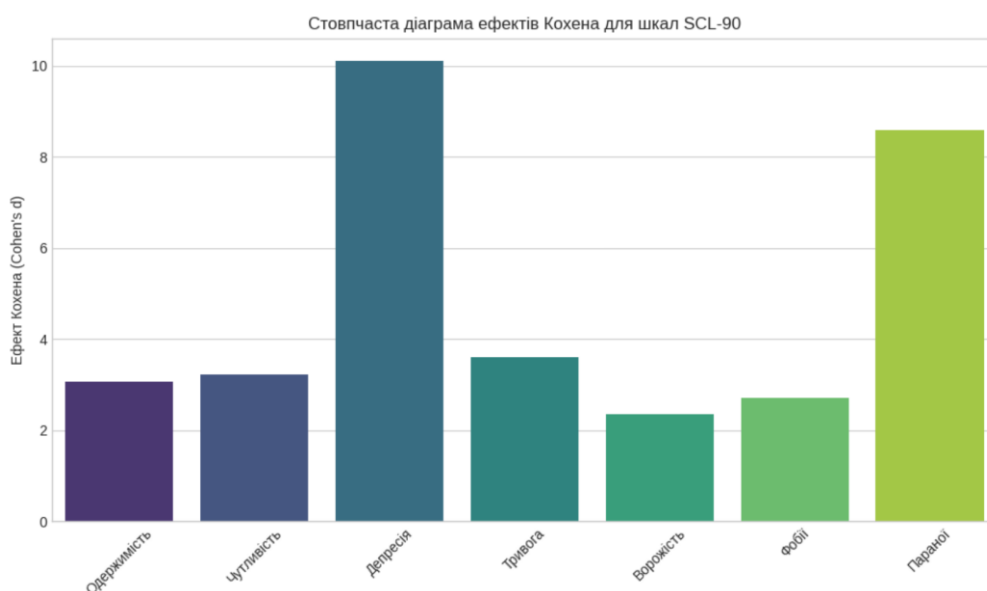


Рис. 3.7. Стовпчаста діаграми по результатам Переглянутого симптоматичного опитувальника Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідація: Дембіцький С., Серета Ю.)

Результати SCL-90 демонструють комплексність симптоматики у вибірці (Рис. 3.7). Найбільш виражені та варіативні – депресія й параної, які мають сильні кореляції з іншими шкалами. Це свідчить про необхідність цілісного підходу до психологічної допомоги, орієнтованого на взаємозалежні симптоми, а не на окремі прояви.

Таблиця 3.9 показує, що найсильніший зв'язок – між депресією та параноїдальністю. Тривога також тісно пов'язана з депресією. Інші симптоми мають помірні позитивні кореляції, що підтверджує комплексність проявів.

Таблиця 3.9

Кореляційне поле для всіх шкал Переглянутого симптоматичного опитувальника Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідизація: Дембіцький С., Серeda Ю.)

Пара шкал	Кореляція r	Допустиме відхилення
Депресія – Параної	0,85	
Депресія – Тривога	0,70	
Чутливість – Депресія	0,55	
Фобії – Параної	0,65	
Одержимість – Тривога	0,40	0,002

Найсильніший зв'язок – між депресією та параноїдальністю. Тривога також тісно пов'язана з депресією. Інші симптоми мають помірні позитивні кореляції, що підтверджує комплексність проявів.

Отже, у межах дослідження психоемоційного стану жінок-емігранток із дітьми було застосовано три психодіагностичні методики: Міжнародний опитувальник травми (ITQ), опитувальник копінг-стратегій (Brief COPE Questionnaire; українська адаптація: Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г.) та Переглянутий симптоматичний опитувальник Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідизація: Дембіцький С., Серeda Ю.). Отримані результати дозволяють зробити низку узагальнень щодо характеру переживань, структури симптоматики та особливостей реагування на травматичні події в умовах вимушеної міграції.

За результатами Переглянутого симптоматичного опитувальника Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідизація: Дембіцький С., Серeda Ю.) виявлено, що найбільш вираженими симптомами у вибірці є депресія та

параноїдальні прояви. Їхні середні значення значно перевищують інші шкали, а діапазон коливань – від помірних до критично високих. Це свідчить про те, що значна частина респонденток переживає стійкі емоційні труднощі, пов'язані з тривалим напруженням, відчуттям загрози та втратою контролю над життєвими обставинами. Кореляційний аналіз показав, що депресія тісно пов'язана з тривогою, чутливістю та параноїдальністю, що підтверджує комплексний характер симптоматики. Найсильніший зв'язок – між депресією та параної ($r \approx 0,85$), що дозволяє розглядати їх як взаємопідсилюючі компоненти психоемоційного стану.

Міжнародний опитувальник травми (ITQ) дозволив оцінити рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного посттравматичного розладу (КПТСР). Середні значення обох шкал перебувають у зоні високих проявів: ПТСР $\approx 3,95$, КПТСР $\approx 3,88$ (за шкалою 1-5). Це означає, що більшість жінок мають виражені симптоми повторного переживання, уникнення, відчуття загрози, а також емоційної дисрегуляції, негативного самосприйняття та міжособистісних труднощів. Кореляція між ПТСР і КПТСР становить $r \approx 0,66$, що свідчить про тісний зв'язок між базовими симптомами травми та порушеннями самоорганізації. Груповий аналіз показав, що жінки з високим рівнем ПТСР мають значно вищі показники КПТСР (Cohen's $d \approx 1,40$), тобто базові симптоми травми суттєво впливають на здатність до емоційної регуляції та соціальної взаємодії.

Особливу увагу заслуговує порівняння респонденток за кількістю дітей. Жінки, які виховують двох і більше дітей, частіше повідомляли про перевантаження відповідальністю, дефіцит підтримки та труднощі у міжособистісній сфері. Це підтверджує припущення, що багатодітність у контексті вимушеної міграції є додатковим фактором ризику для психічного здоров'я. Водночас жінки з однією дитиною частіше фіксували емоційне виснаження та труднощі адаптації, що свідчить про індивідуальні варіації у сприйнятті стресу.

Аналіз результатів Опитувальника копінг-стратегій (Brief COPE Questionnaire; українська адаптація: Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г.) показав, що переважають адаптивні форми реагування – активне вирішення проблем, пошук соціальної підтримки, планування. Проте у частини респонденток спостерігається схильність до уникнення, емоційного дистанціювання та самозвинувачень. Це може бути наслідком хронічного стресу та виснаження ресурсів, особливо у тих, хто тривалий час перебуває в умовах нестабільності. Важливо, що жінки з високими показниками ПТСР і КПТСР частіше демонструють неадаптивні копінг-стратегії, що вказує на потребу у цілеспрямованій психологічній підтримці.

Узагальнюючи результати трьох методик, можна зробити висновок, що психоемоційний стан жінок-емігранток із дітьми характеризується високим рівнем симптоматики, багатофакторністю переживань та значною варіативністю у способах реагування. Найбільш уразливими є ті, хто має високі показники депресії, параної, ПТСР і КПТСР, а також обмежені ресурси для адаптації. Це підтверджує необхідність комплексного підходу до оцінки травматичних подій та їх впливу на психічне здоров'я.

3.2. Кореляційний зв'язок між характеристиками психічного здоров'я жінок-емігранток в умовах травматичних подій

Кореляційний аналіз у дослідженні був спрямований на виявлення того, як результати трьох методик співвідносяться між собою. Це дозволяє зрозуміти не лише окремі симптоми, а й цілісну картину психічного стану жінок-емігранток із дітьми. У ситуації вимушеної міграції травматичний досвід поєднується з високим навантаженням відповідальності, що створює унікальний контекст для розвитку посттравматичних реакцій.

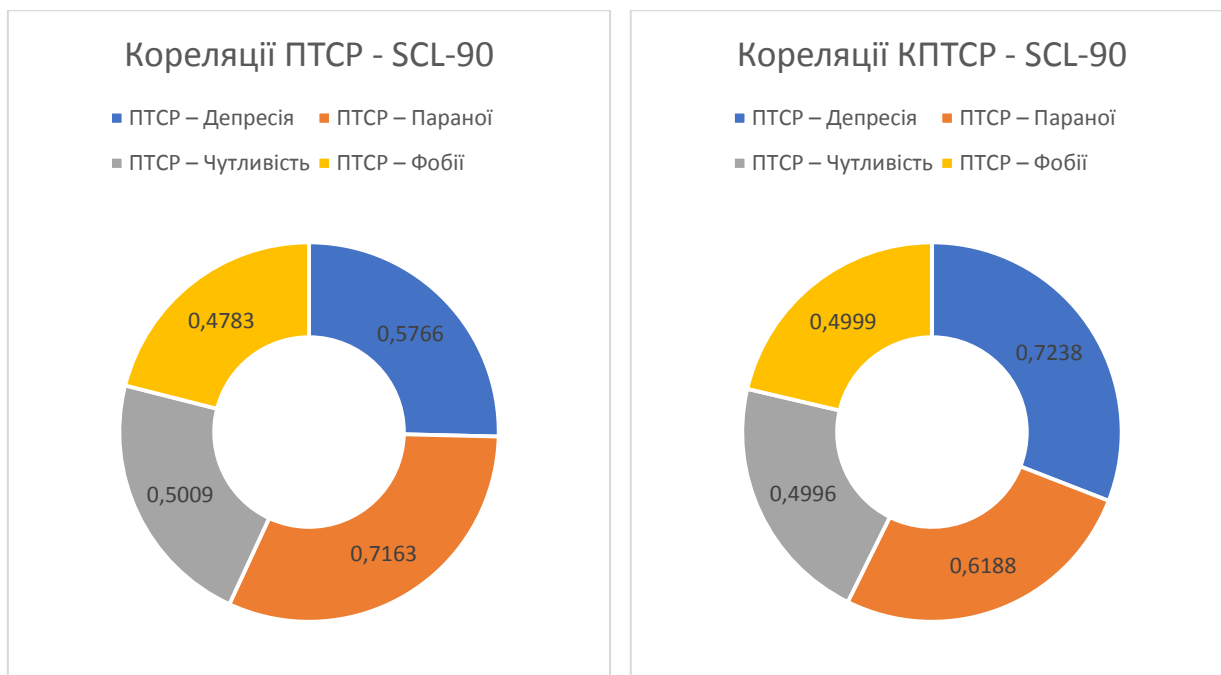


Рис. 3.8. Зв'язки між ПТСП/КПТСП та шкалами SCL-90

Згідно Рис. 3.8, найбільш виразними є зв'язки між посттравматичними індексами та шкалами депресії й параної. Це означає, що жінки, які переживають повторні спогади, відчуття загрози та емоційну дисрегуляцію, одночасно занурюються у депресивні переживання і стають підозрілими до оточення. У житті це проявляється як постійне відчуття небезпеки, втрата стабільності та довіри навіть до близьких людей. Чутливість і фобії також мають помітні кореляції, що вказує на міжособистісну вразливість і страхи як складові посттравматичних реакцій.

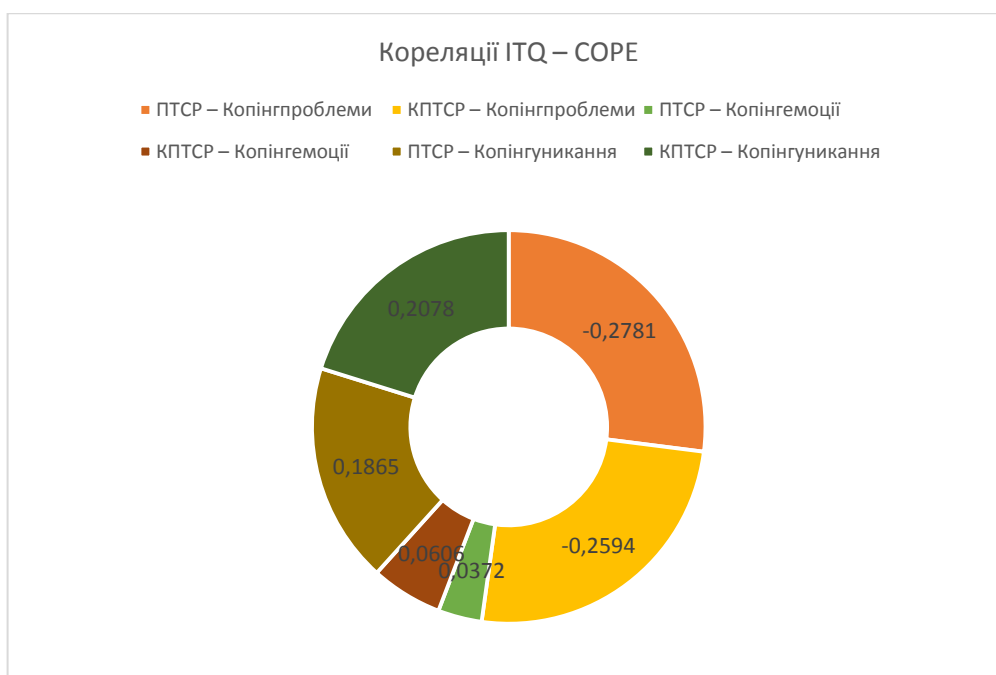


Рис. 3.9. Зв'язки між ПТСР/КПТСП та копінг-стратегіями (COPE)

Проблемно-орієнтовані стратегії по Рис. 3.9 мають негативний зв'язок із ПТСР і КПТСП. Це означає, що жінки, які намагаються активно вирішувати проблеми, мають нижчий рівень посттравматичних симптомів. Уникання та емоційне реагування, навпаки, мають слабкі позитивні кореляції з ПТСР/КПТСП. У реальному житті це проявляється так: жінки, які намагаються діяти й шукати рішення (наприклад, облаштовувати побут, знаходити підтримку), краще справляються з травматичними переживаннями. Ті ж, хто уникає проблем або замикається у власних емоціях, частіше демонструють високий рівень тривоги й депресії.

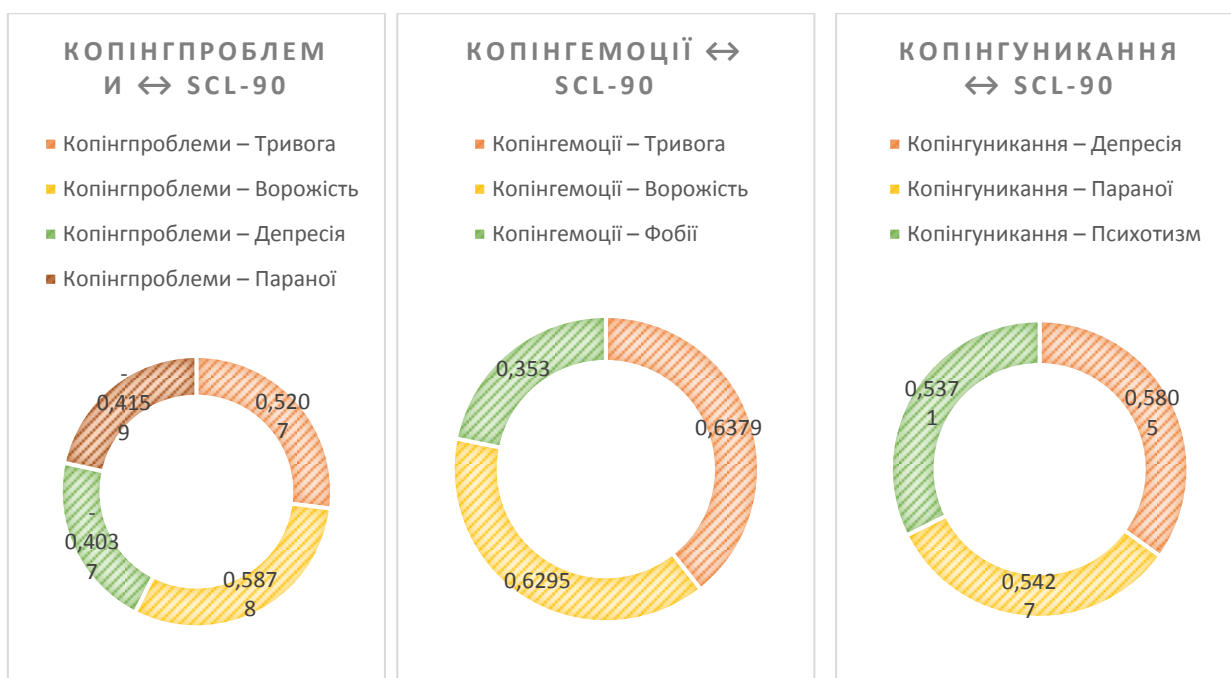


Рис. 3.10. Зв'язки між результатами опитувальника копінг-стратегій (Brief COPE Questionnaire; українська адаптація: Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г.) і переглянутого симптоматичного опитувальника Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідація: Дембіцький С., Серета Ю.)

Як показує Рис. 3.10, активний копінг підвищує тривогу і ворожість як мобілізацію, але знижує депресію і параної. Це життєво логічно: дія завжди потребує тону, інколи – безкомпромісності; водночас дія не дає провалитися у безнадію і недовіру.

Емоційний копінг дає розрядку «тут і зараз», але не вирішує причини. Тому поряд з ним – високі показники тривоги й напруження у стосунках. Світ сприймається більш загрозливо, довіра до людей знижується.

Уникання збільшує «важкі» симптоми – депресію, параноїдальність, елементи психотизму. Це поведінковий тупик: проблеми залишаються, емоційний фон погіршується.

Узагальнена карта перехресних зв'язків показана в Таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Вагомі зв'язки між результатами опитувальника копінг-стратегій (Brief COPE Questionnaire; українська адаптація: Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г.) і переглянутого симптоматичного опитувальника Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідація: Дембіцький С., Серeda Ю.)

Пара	r	Пояснення
ПТСР – Параної	0,716	Відчуття загрози перетворюється на хронічну недовіру і настороженість.
КПТСР – Параної	0,724	Дисрегуляція і негативне «я» посилюють підозрілість.
ПТСР – Депресія	0,577	Травма веде до виснаження і втрати сенсу.
КПТСР – Депресія	0,619	Неконтрольовані емоції підсилюють депресію.
Копінгуникання Депресія	– 0,581	Ігнорування проблем загоняє всередину – наростає безсилля.
Копінгуникання Параної	– 0,543	Уникання підтримує недовіру.
Копінгемоції – Тривога	0,638	Зняття напруги емоціями не прибирає причин.
Копінгемоції Ворожість	– 0,630	Емоційний копінг підсилює дратівливість.

Кореляційні дані чітко демонструють, що посттравматичні індекси найбільш тісно переплітаються з депресією та параноїдальністю. Це означає, що пережиті події не залишаються лише у спогадах, а трансформуються у стійкі емоційні порушення: втрата енергії, відчуття безнадії, підозрілість до оточення, постійне очікування загрози. Такі симптоми не існують окремо, вони утворюють єдину систему, яка визначає повсякденне життя жінки, її взаємодію з дітьми та соціальним середовищем.

Важливою є роль копінг-стратегій. Там, де жінка намагається діяти, вирішувати проблеми, навіть ціною підвищеної тривоги чи жорсткості у стосунках, рівень депресії та недовіри знижується. Активність повертає відчуття контролю, дає можливість відновити мінімальну стабільність. Натомість уникання проблем або занурення у власні емоції не зменшує симптоматику, а навпаки посилює її. Ігнорування труднощів призводить до

накопичення внутрішньої напруги, що проявляється у зростанні депресивних станів, параноїдальних переживань і навіть елементів психотизму. Емоційний копінг, який дає тимчасову розрядку, залишає високим рівень тривоги та конфліктності у стосунках, бо не вирішує самих причин.

Окремо було здійснено аналіз зв'язків між травматичними індексами та копінг-стратегіями залежно від регіону походження респонденток. Вибірку умовно поділено на три групи: жінки зі східних областей (Донецька, Луганська, Харківська), центральних (Київська, Черкаська, Полтавська) та західних (Львівська, Івано-Франківська, Тернопільська).

Результати показали, що у групі зі східних регіонів кореляції між ПТСР/КПТСР та емоційним копінгом є найвищими ($r \approx 0,62-0,68$). Це свідчить про те, що жінки, які безпосередньо пережили бойові дії та руйнування житла, частіше використовують емоційні стратегії як спосіб стабілізації, проте саме вони найбільш тісно пов'язані з високим рівнем симптомів травми. У центральних регіонах спостерігається більш збалансована картина: проблемно-орієнтований копінг має негативні кореляції з ПТСР ($r \approx -0,41$), що вказує на його захисну роль. У західних регіонах, де рівень безпосередньої загрози був нижчим, кореляції між униканням і симптомами травми є слабшими ($r \approx 0,29$), а проблемний копінг має відносно вищий зв'язок із зниженням депресії.

Таблиця 3.11

Кореляційні зв'язки між травмою та копінгом за регіонами походження

Параметр	Східні регіони (n=41)	Центральні регіони (n=34)	Західні регіони (n=25)
ПТСР – Копінг емоції	$r = 0,68$	$r = 0,52$	$r = 0,44$
КПТСР – Копінг емоції	$r = 0,62$	$r = 0,49$	$r = 0,41$
ПТСР – Копінг проблеми	$r = -0,33$	$r = -0,41$	$r = -0,47$
КПТСР – Копінг	$r = 0,59$	$r = 0,46$	$r = 0,29$

уникання			
----------	--	--	--

Додатково було проведено порівняння жінок, які емігрували разом із чоловіками, та тих, що виїжджали самостійно з дітьми. У групі з чоловіками проблемно-орієнтований копінг мав сильніший негативний зв'язок із ПТСР ($r \approx -0,48$), тоді як у групі без чоловіків цей зв'язок був слабшим ($r \approx -0,36$). Це свідчить про те, що наявність партнера створює умови для більшої ефективності активних стратегій вирішення проблем. Натомість у групі без чоловіків емоційний копінг і уникання мали більш виражені позитивні кореляції з симптомами травми ($r \approx 0,61$ та $r \approx 0,57$ відповідно), що відображає підвищений рівень навантаження та потребу у внутрішній стабілізації.

Таблиця 3.12

Кореляційні зв'язки між травмою та копінгом залежно від наявності чоловіка

Параметр	З чоловіком (n=29)	Без чоловіка (n=71)
ПТСР – Копінг проблеми	$r = -0,48$	$r = -0,36$
КПТСР – Копінг проблеми	$r = -0,44$	$r = -0,32$
ПТСР – Копінг емоції	$r = 0,39$	$r = 0,61$
КПТСР – Копінг уникання	$r = 0,41$	$r = 0,57$

Таким чином, кореляційний аналіз показує, що регіон походження та сімейний контекст суттєво модифікують зв'язки між травматичними симптомами та копінг-стратегіями. Жінки зі східних регіонів та ті, що емігрували без чоловіків, демонструють більш високі кореляції між травмою та емоційним копінгом/униканням, що вказує на їхню підвищену психоемоційну вразливість. Натомість жінки із західних регіонів та ті, що виїжджали у складі повної сім'ї, частіше використовують проблемно-орієнтовані стратегії, які мають захисний ефект і знижують інтенсивність посттравматичних симптомів. Це підтверджує необхідність

диференційованих програм підтримки, які враховують як регіональний досвід травматизації, так і сімейний контекст еміграції.

Таким чином, картина, що постає з аналізу, є багатошаровою. Травма у цій вибірці має обличчя депресії та недовіри, а спосіб реагування визначає, чи ці симптоми будуть посилюватися, чи навпаки зменшуватися. Жінки, які обирають активні стратегії, зберігають шанс на відновлення, тоді як уникання і емоційне «замикання» ведуть до поглиблення кризових станів. Це пояснює, чому підтримка має бути комплексною: робота з травматичними спогадами повинна поєднуватися з розвитком конструктивних копінг-стратегій, навчанням маленьким діям, що повертають контроль, і зміцненням соціальних зв'язків. Саме така допомога дозволяє зменшити тягар депресії та параної, відновити довіру до світу і створити умови для більш стабільного життя у новому середовищі.

Висновки до розділу 3

Аналіз результатів емпіричного дослідження підтвердив, що вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу та комплексного ПТСР у жінок-емігранток має статистично значущий зв'язок із особливостями переживання травматичних подій, рівнем емоційного та поведінкового дистресу, а також зі структурою копінг-стратегій.

Отримані дані показали, що більшість учасниць продемонстрували високі показники за шкалами Міжнародного опитувальника травми (ITQ), які відображають повторне переживання травматичних подій, уникнення та відчуття постійної загрози. Ці симптоми тісно переплітаються з емоційною дисрегуляцією, негативним самосприйняттям і труднощами у міжособистісних стосунках. Високі значення ПТСР і КПТСР корелюють із вираженими показниками депресії, параноїдальних проявів, тривожності та міжособистісної чутливості за методикою Переглянутий симптоматичний опитувальник Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідизація: Дембіцький

С., Серета Ю.). Це свідчить про те, що травматичний досвід жінок не обмежується окремими симптомами, а формує цілісну систему емоційних і поведінкових порушень.

Важливим результатом стало виявлення ролі копінг-стратегій у структурі переживань. Проблемно-орієнтований копінг має негативний зв'язок із рівнем ПТСР і КПТСР, що підтверджує його захисну функцію. Жінки, які намагаються активно вирішувати проблеми, демонструють нижчий рівень депресії та недовіри до оточення. Натомість уникання та емоційно-орієнтовані стратегії показали позитивні кореляції з травматичною симптоматикою. Це означає, що відмова від дій або занурення у власні емоції не знижують напруження, а навпаки посилюють його, сприяючи розвитку депресивних і параноїдальних станів.

Значущим є також те, що кількість дітей виступає додатковим модератором інтенсивності симптомів. Жінки з двома і більше дітьми частіше повідомляли про перевантаження відповідальністю та дефіцит соціальної підтримки, що відображалось у підвищених показниках міжособистісних труднощів і емоційної дисрегуляції. Це підтверджує, що сімейне навантаження у контексті вимушеної міграції є важливим чинником ризику для психічного здоров'я.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що вищі показники травматизації за Міжнародним опитувальником травми (ITQ) дійсно корелюють із більшою інтенсивністю симптомів психологічного неблагополуччя за Переглянутим симптоматичним опитувальником Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідація: Дембіцький С., Серета Ю.) та переважанням неадаптивних копінг-стратегій. Водночас проблемно-орієнтований копінг виконує роль захисного чинника, знижуючи вираженість психопатологічних проявів.

Таким чином, результати розділу 3 засвідчують багатовимірний характер впливу травматичних подій на психічне здоров'я жінок-емігранток. Вони підтверджують необхідність комплексної психологічної допомоги, яка

має враховувати не лише зміст травматичних переживань, а й особливості щоденного навантаження, рівень соціальної підтримки та структуру копінг- стратегій.

ВИСНОВКИ

В даному дослідженні розглядається зв'язок переживання травматичних подій та психічного здоров'я жінок-емігранток. На основі отриманих результатів зроблено наступні висновки:

1. Комплексний аналіз теоретичних концепцій засвідчив, що феномен психологічної травми є багатовимірним і охоплює інтеграцію когнітивних, емоційних, поведінкових, нейрофізіологічних та соціально-культурних компонентів. У провідних міжнародних підходах психічне здоров'я розглядається як здатність особистості підтримувати внутрішню рівновагу, зберігати адаптивність і конструктивну активність у взаємодії з довкіллям. Травматичні події визнано такими, що порушують базові засади безпеки, цілісності та передбачуваності життєвого світу.

Порівняння класичних та сучасних моделей дозволило окреслити ключові механізми впливу травми: порушення базових переконань про світ і себе; дестабілізацію адаптивних системи; зниження здатності до емоційної регуляції; розвиток симптомів гострого стресу, ПТСР та комплексного ПТСР; зміну копінг-репертуару. Виокремлено відмінності між травмами типу I та типу II, наголошено на особливій деструктивності тривалих, повторюваних і кумулятивних стресорів.

Проведений огляд засвідчив, що сучасні дослідження дедалі більше відходять від суто клінічного трактування травми, натомість наголошують на її соціально-психологічній природі та впливі контекстуальних факторів. Війна, вимушена міграція, сімейні втрати, соціальна ізоляція, невизначеність та культурні бар'єри формують складні системи ризиків, що посилюють вірогідність розвитку психологічних порушень. Таким чином, теоретичні підходи підтверджують необхідність міждисциплінарного аналізу травматизації, у якому психологічні, соціальні, культурні та поведінкові аспекти розглядаються у тісному взаємозв'язку.

Соціальна самотність, акультураційний стрес, невпевненість у новому середовищі та стигматизаційні ризики з боку частини приймаючих суспільств посилюють психоемоційну вразливість. У значної частини жінок формується стійкий стан підвищеної настороженості, емоційного виснаження, відчуття втрати контролю, труднощів з регуляцією поведінки й емоцій. Часто спостерігається феномен «комплексу іноземця», який поєднує тривожність, недовіру, соціальну зниженість та уникання.

Психотравматичний досвід жінок-емігранток має багаторівневу структуру: від безпосередніх переживань загрози до формування глибоких змін у сімейних ролях, батьківській ідентичності, почутті власної ефективності. Отримані теоретичні результати свідчать, що адаптаційні труднощі часто посилюються незбігом темпу інтеграції, що провокує міжпоколінні напруження, зміщення ролей і додаткові емоційні конфлікти.

Загалом специфіка переживання травматичного досвіду жінками-емігрантками визначається одночасним впливом воєнної травматизації, вимушеної мобільності, відповідальності за дітей, культурного переходу та обмежених можливостей соціального відновлення, що формує глибоку потребу в комплексній психологічній підтримці.

2. Узагальнення наукових даних дозволило встановити, що вимушена міграція для жінок є ситуацією багаторівневого ризику, яка охоплює емоційні, поведінкові, сімейно-рольові та соціальні компоненти. Найпоширенішими психічними наслідками є підвищена тривожність, депресивні прояви, зниження психофізіологічних ресурсів, порушення сну, соматичні скарги, дратівливість та труднощі концентрації.

Адаптаційні виклики визначаються такими групами факторів:

- соціальні: втрата звичних мереж підтримки, обмеження доступу до послуг, соціальна ізоляція, нерівність у взаємодії з інституціями;
- економічні: обмежені можливості працевлаштування, фінансова залежність, нестабільність житла;

- культурні: мовні бар'єри, відмінності у нормах поведінки, нерозуміння локального соціального коду;
- рольові та сімейні: зміна сімейної ієрархії, підвищення навантаження на матір, прискорена адаптація дітей, що провокує конфлікти;
- психологічні: переживання втрати, невизначеності, провини перед рідними, що залишилися в Україні;
- гендерно зумовлені ризики: вразливість до дискримінації, експлуатації, домашнього насильства.

Психологічні наслідки вимушеної міграції ускладнюються накладенням попереднього травматичного досвіду війни й актуальних стресів адаптації. Разом з тим огляд літератури свідчить про наявність високих потенційних ресурсів стійкості, які проявляються у здатності до перебудови життєвих стратегій, формуванні нових соціальних зв'язків та пошуку конструктивних копінгів.

Таким чином, психологічні наслідки міграції охоплюють як ризики дезадаптації, так і можливості для розвитку стійкості, але ефективно відновлення можливе лише за умов системної соціально-психологічної підтримки.

3. Розроблена програма емпіричного дослідження виявилася методологічно та логічно узгодженою з метою й завданнями роботи. Вона містила чітко визначену вибірку, послідовні етапи організації дослідження, обґрунтування використаних тестових методик і математико-статистичних процедур.

Добір інструментарію ґрунтувався на принципах наукової валідності та відповідності змісту конструктів. Міжнародний опитувальник травми (ITQ) дозволив кількісно оцінити інтенсивність та якість травматичного досвіду. Переглянутий симптоматичний опитувальник Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідизація: Дембіцький С., Серета Ю.) забезпечив вимірювання широкого спектра симптоматичних реакцій, а Опитувальник копінг-стратегій (Brief COPE Questionnaire; українська адаптація: Яблонська Т., Верник О.,

Гайворонський Г.) дозволив виявити стиль подолання та потенційні адаптивні/неадаптивні патерни реагування. Застосування кореляційного аналізу створило підґрунтя для встановлення значущих взаємозв'язків між ключовими змінними.

Обґрунтовано, що така комбінація методик відображає комплексну природу досліджуваного феномена і дає змогу виявити специфіку як травматичного впливу, так і його психологічних наслідків, а також роль копінг-ресурсів у збереженні психічного здоров'я.

Емпіричний аналіз підтвердив, що значна частина опитаних жінок-емігранток характеризується високою або помірно високою інтенсивністю симптомів травматизації. У структурі переживань домінують спогади, емоційне та фізіологічне напруження, уникання, підвищена збудливість, тривожні реакції та somatic complaints.

За шкалами Переглянутого симптоматичного опитувальника Л. Дерогатіса (SCL-90-R; українська валідація: Дембіцький С., Серeda Ю.) виявлено підвищені показники тривожності, депресивності, соматизації, міжособистісної сенситивності та загального дистресу. Це свідчить про багаторівневий характер психологічних змін, що охоплюють емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти функціонування.

Структура копінг-стратегій засвідчила, що в умовах інтенсивного стресу жінки часто поєднують адаптивні та неадаптивні способи реагування. Підвищений рівень дистресу асоціюється з використанням уникання, емоційно-фокусованих і дезорганізованих копінгів. Водночас ті жінки, які демонструють гнучкі стратегії подолання, вище оцінюють власний контроль, частіше застосовують планування, пошук підтримки та активне вирішення проблем, мають нижчий рівень симптоматичних проявів.

Таким чином, емпіричні дані підтверджують, що переживання травматичних подій у жінок-емігранток супроводжується високим психоемоційним навантаженням, а структура копінг-стратегій є важливим чинником варіацій у вираженості симптомів.

4. Статистичний аналіз показав наявність низки статистично значущих зв'язків між інтенсивністю травматичного досвіду, симптоматичними показниками та копінг-стратегіями. Встановлено, що:

- вищі показники травматизації за Міжнародним опитувальником травми (ITQ) пов'язані з підвищенням загального симптоматичного дистресу, а також з окремими шкалами тривожності, депресивності, соматизації та обсесивно-компульсивних проявів;

- неадаптивні копінг-стратегії (унікання, самозвинувачення, емоційна реактивність) позитивно корелюють із рівнем психологічного неблагополуччя;

- адаптивні стратегії (планування, активне подолання, пошук соціальної підтримки) демонструють негативний кореляційний зв'язок із вираженістю ПТСР-симптомів та загального дистресу;

- структура копіngu може виконувати роль буфера між травмою і психопатологічними проявами, знижуючи або посилюючи їхній вплив.

Отримані статистичні дані підтверджують, що інтенсивність психотравматичного досвіду має значущий вплив на психічне здоров'я жінок-емігранток, а копінг-стратегії слугують ключовим регулятором цього впливу.

Проведене дослідження дозволило сформувати цілісну картину впливу переживання травматичних подій на психічне здоров'я жінок-емігранток у контексті війни та вимушеної міграції. Результати теоретичного та емпіричного аналізу підтвердили, що травматизація, адаптаційні стреси, культурні бар'єри та соціальна ізоляція створюють високий ризик розвитку емоційного та поведінкового дистресу. Водночас адаптивні копінг-стратегії та наявність соціальної підтримки можуть істотно послаблювати негативні наслідки травми.

Отримані висновки мають вагомe теоретичне й практичне значення, оскільки окреслюють ключові вектори психологічної підтримки жінок-

біженок і пропонують доказові орієнтири для подальших досліджень та психосоціальних інтервенцій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. «Українці в Данії». – [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://psy.ku.dk/Forskning/forskningsprojekter/ukrainere-i-danmark/>
2. Безверхий О. Проблема посттравматичного зростання в сучасній практичній психології // Військова психологія у вимірах війни і миру : матеріали V міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 03–04 квіт. 2020 р.). Київ : КНУ ім. Т. Шевченка, 2020. С. 24–25.
3. Блинова О.Є. Психологічна культура: аналіз змісту поняття // Проблеми загальної та педагогічної психології. 2010. Т. XII, ч. 5. С. 65–71.
4. Блинова О.Є. Соціально- психологічна адаптація вимушених мігрантів: підходи і проблеми вивчення феномена акультурації // Науковий вісник Херсонського держ. ун- ту. Серія: Психологічні науки. 2016. № 3(1). С. 111–117.
5. Влад С.П. Дитяча психотравма. Київ : Шкільний світ, 2018. 112 с. (Б- ка «Шкільного світу»). ISBN 617- 7644- 03- 2.
6. Вовк М. Вплив травматичних подій на когнітивні процеси у дорослому віці // Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія. 2025. С. 22–29. DOI: 10.32689/maup.psych.2025.1.3.
7. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика. Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2006. 312 с.
8. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства від знущань у сім'ї до політичного терору / пер. з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів : Вид- во Старого Лева, 2015. 416 с.
9. Гершанов О. Основи роботи з травмою : навчально- методичний матеріал для учасників тренінгів «Робота з травмою та втратою. Основи супервізії». Маріуполь : Міський центр соціальних служб; Ізраїльська коаліція травми, 2025. 24 с.

10. Горват А. Війна та посттравматичний стресовий розлад: механізми виникнення та підходи до лікування // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2025. № 1. С. 132–138. DOI: 10.11603/1681-2786.2025.1.15358.

11. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання // Збірник наук. праць Нац. акад. Держ. прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2015. № 1(74). С. 378–390.

12. Гошовська О.Я. Вплив психологічних травм дитинства на особливості застосування психозахисту дорослими у процесі самоприйняття: емпіричні аспекти // Психологічні перспективи. Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології АПН України, 2013. Вип. 21. С. 18–27.

13. Гусейнова Н. Психологічні особливості дитячої травми // Дитинство без насилля: суспільство, школа і сім'я на захисті прав дітей : зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф. (29–30 квіт. 2014 р.). Тернопіль, 2014. С. 302–305.

14. Дембіцький С., Середа Ю. Українська валідизація Переглянутого симптоматичного опитувальника Л. Дерогатіса (SCL-90-R). – Київ, 2020. – 32 с.

15. Дзвоник Г.П. Вплив посттравматичного зростання на психологічне здоров'я особистості // Psyche : особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я в умовах війни. 2025. 20 листопада. С. 45–48.

16. Діденко Г.О. Обґрунтування методик дослідження впливу травматичного досвіду на стиль життя особистості // Теорія і практика сучасної психології : зб. наук. праць. Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2018. Вип. 2. С. 17–21.

17. Діденко Г.О. Психологічні особливості життєвого стилю осіб з травматичним досвідом : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2020. 20 с.

18. Дуркалевич І. Симбіотична травма в дітей, які зростають у заробітчанських сім'ях: психолінгвістичний аспект // *East European Journal of Psycholinguistics*. 2015. Т. 2, № 2. С. 31–39.
19. Євсюков О.П., Садковий В.П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму [Електронний ресурс] // *Проблеми екстремальної та кризової психології* : зб. наук. пр. Харків : Ун-т цивільного захисту України, 2010. Вип. 7. С. 120–128.
20. Єфімова А.Г. Дослідження чинників соціально-психологічної адаптації українців до умов вимушеної міграції у США // *Вісник післядипломної освіти. Серія «Соціальні та поведінкові науки»*. 2023. № 24(53). С. 10–26.
21. Жінки у війні: мотивації залишатися та причини виїжджати : аналітична записка / В. Вахітов, Г. Вахітова, Н. Заїка ; кер. проекту Г. Вишлінський ; Центр економічної стратегії. Київ, 2025. 131 с.
22. Журов В. Перша психологічна самодопомога при психотравмі // *Психолог*. 2015. № 11/12 (черв.). С. 48–49.
23. Загарницька І. Воєнне дитинство: українські обриси нової реальності [Електронний ресурс] // *Вісник Ін-ту розвитку дитини. Серія: Філософія, педагогіка, психологія* : зб. наук. пр. Київ : Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова, 2014. Вип. 36. С. 27–34.
24. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма // *Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту. Серія: Психологічні науки*. 2015. Вип. 128. С. 108–111.
25. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
26. Іваненко Б.Б. Психологічна травма як чинник самодеструктивної поведінки особистості [Електронний ресурс] // *Наук. вісник Нац. ун-ту біоресурсів і природокористування України. Серія: Педагогіка, психологія, філософія* : зб. наук. пр. Київ, 2016. Вип. 239. С. 95–101.

27. Ількова Н.Ю. Старіння: психологічні аспекти та соціальні виклики в сучасному суспільстві. Психологічне благополуччя та ментальне здоров'я в умовах невизначеності : матеріали наук.-практ. конф., присвяченої 160-річчю Одеського нац. ун-ту ім. І.І. Мечникова (7 квітня 2025 р.). Одеса : ОНУ ім. І.І. Мечникова, 2025. С. 26–30.
28. Кириленко Т.С. Психологічні проблеми переживань травмуючих ситуацій // Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2020. Вип. 4(7). С. 43–56.
29. Ковальчук З.Я. Соціально- психологічна безпека як організаційна умова відновлення психічного здоров'я // Габітус : науковий журнал. 2025. Вип. 69, т. 2. Одеса : Видавничий дім «Гельветика». С. 95–100.
30. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О. Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців учасників бойових дій : метод. посіб. Київ : ТОВ «7БЦ», 2023. 148 с.
31. Корчакова Н., Безлюдна В. Материнство у міграції: огляд зарубіжних досліджень // Психологія: реальність і перспективи : зб. наук. праць Рівненського держ. гуманітарного ун- ту. 2023. Вип. 20. С. 77–89.
32. Корчакова Н., Безлюдна В. Материнство у міграції: огляд зарубіжних досліджень // Збірник наук. праць Рівненського держ. гуманітарного ун- ту. 2023. Вип. 20. С. 76–89.
33. Корчакова Н., Карстофт К.-І. Досвід та умови життя українців у Данії // Програма Українсько- польської наук. конф. «Психологія перед лицем російсько- української війни» (Львів, 19–20 травня 2023 р.). Львів, 2023. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://filos.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/05/Program_0806_UKR.pdf.
34. Коцан І.Я., Ложкін Г.В., Мушкевич М.І. Психологія здоров'я людини. Луцьк : Вежа : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2011. 356 с.
35. Кривоконь Н.І., Москаленко В.В. Роль ідентичності для посттравматичного зростання особистості в умовах війни // Соціально- психологічне забезпечення діяльності сил безпеки та оборони

України : тези V Всеукр. наук.-практ. конф. (31 травня 2024 р.). Харків : НА НГУ, 2024. С. 20–23.

36. Лазос Г. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. 2016. № 45. С. 120–127.

37. Лахтадир О.Л. Психологія здоров'я : навч. посіб. Київ : Київський столичний ун-т ім. Б. Грінченка, 2025. 120 с. ISBN 978-617-658-133-8.

38. Леонова І.М. Соціально-психологічні особливості переживання почуття самотності жінками внутрішньо переміщеними особами // Соціальна психологія; психологія соціальної роботи. 2021. С. 51–56.

39. Лукомська С.О. Особливості переживання передбачуваного горя в умовах війни // Психологічні ресурси розвитку особистості в умовах невизначеності освітнього простору : матеріали наук. заходу (2024 р.). Київ : НАПН України, Інститут психології ім. Г.С. Костюка; Ніжинський держ. ун-т ім. М. Гоголя, 2024. С. 111–116.

40. Лунченко Н.В., Сахарова К.О., Стрілюк О.Б. Особливості психологічної підтримки жінок, які постраждали від насильства під час війни // Наукові інновації та передові технології. 2025. № 1(41). Серія «Психологія». С. 1220–1236.

41. Максименко Ю.Б., Морозова-Йоханнессен О.В. Психологічні особливості особистісних змін переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Норвегії) // Вісник Національного університету оборони України. 2022. № 69. С. 90–97.

42. Малімон Л., Пархоменко В. Особливості резильєнтності жінок з травматичним досвідом втрати внаслідок воєнних дій = Peculiarities of resilience of women with traumatic experience of loss as a result of warfare // Psychological Prospects Journal. 2025. С. 91–106.

43. Марута Н., Заворотний В. Клініко- психопатологічні особливості, діагностика, терапія посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців // Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин : матеріали ХІХ Української наук.-практ. конф. (м. Харків, 9–10 квіт. 2019 р.). Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2019. С. 104–111.

44. Марущенко К.Ю. Обґрунтування психогігієнічних заходів збереження та зміцнення ментального здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій : дис. ... д-ра філософії : 222 «Медицина», 22 «Охорона здоров'я» / наук. кер. Швець А.В. Київ, 2025. 201 с.

45. Михайлишин У.Б., Стадник А.В., Мельник Ю.Б., Ввейнхардт Й., Олівейра М.С., Пипенко І.С. Психологічний стрес серед студентів у воєнний час: лонгітюдне дослідження // International Journal of Science Annals. 2024. № 1. С. 6–18.

46. Міжнародний опитувальник травми (ІТQ). – Розроблений міжнародною групою дослідників для діагностики посттравматичних розладів. – 2018. – 16 с.

47. Могильова Н.М. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни: досвід України // Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2023. № 2. С. 81–85.

48. Мосол Н.О., Неманежина А.О., Ротко О.М. Ресурси арт- терапевтичних методів для збереження і підтримки психічного здоров'я особистості в умовах війни // Габітус : науковий журнал. 2025. Вип. 73, т. 1. Одеса : Видавничий дім «Гельветика». С. 94–100.

49. Особистість в кризових умовах та екстремальних ситуаціях життя : колективна монографія / ред. Г.Ю. Микитюк, М.М. Грицан, Є.О. Лепьохін, О.В. Ковальчук. Івано- Франківськ : НАІР, 2024. 228 с. ISBN 978- 617- 8011- 88- 8.

50. Павлик Н.В., Овсієнко С.В. Гармонізація психічного компоненту психологічного здоров'я: розвиток позитивного мислення, саногенних почуттів. Психотренінг в структурі програми гармонізації психологічного здоров'я. 2022. С. 78–89.
51. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях // Вчені записки ТНУ ім. В.І. Вернадського. Серія «Психологія». 2021. Т. 2. № 6. С. 68–73.
52. Педоренко В. Українські біженці. Майбутнє за кордоном та плани на повернення. Третя хвиля дослідження : аналітичний звіт. Київ : Центр економічної стратегії, 2022–2024. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://ces.org.ua/ukrainian_refugees_third_wave_research/
53. Підбуцька Н.В., Курявська О.М. Критерії психологічного здоров'я особистості // Вестник НТУ «ХПИ»: Проблеми та перспективи формування національної гуманітарно-технічної еліти. 2010. № 28. С. 255–260.
54. Пріснякова Л. К питання сучасного трактування поняття «психічне здоров'я». Матеріали конференцій МЦНД. 2025. С. 183–186. DOI: 10.62731/mcnd-12.09.2025.006.
55. Психічне здоров'я та резильєнтність особистості : колективна монографія / за заг. ред. Г.А. Пріба, Л.Є. Бегези. Київ : Ф-ОП Гуляєв О.В., 2025. 392 с.
56. Реммерс А. Соціальна підтримка у сфері психічного здоров'я та профілактики: процес, взаємодія та якість // Світовий психотерапевт. 2025. Т. 5, № 2 (липень). С. 152–166.
57. Савелюк Н.М. Релігійна віра як чинник психічного та психологічного здоров'я сучасної молоді // Психологічні перспективи. 2012. № 19. С. 208–217.
58. Сенік О., Абрамов В., Ружицька М., Бабатіна С., Бедан В., Бунас А., Дворник М., Євченко І., Клименко О., Кузьменко Я., Луценко О.,

Мандзик Т., Охріменко В., Різник Р. Опитувальник часової перспективи Ф. Зімбардо: результати валідації російськомовної версії та перегляду ключів української версії // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав- Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». 2017. Вип. 37- 1, Т. VI (74). С. 428–449.

59. Сновида Л., Герман О. Психічне здоров'я в умовах війни: основні ментальні та психосоціальні виклики, принципи надання допомоги = Mental health in conditions of war: key mental and psychosocial challenges and principles of assistance. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2025. № 3. С. 66–70. DOI: 10.11603/16812786.2025.3.15642.

60. Соціально- психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т.М. Титаренко, М.С. Дворник, В.О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т.М. Титаренко. Кропивницький : Імекс- ЛТД, 2019. 220 с.

61. Сухарева В.А. Розлади, специфічно пов'язані зі стресом у військовослужбовців, які отримали бойову травму (клінічні особливості, підходи до терапії) : дис. ... д- ра філософії : 222 «Медицина», 22 «Охорона здоров'я» / наук. кер. Кожина Г.М., Потапов О.О. Суми, 2025. 213 с.

62. Тесленко М.М., Перетяцько Л.Г. Відновлення психічного здоров'я особистості: поняття, критерії та фактори впливу // Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка. 2025. С. 122–125.

63. Титаренко Т.М. Індикатори психологічного здоров'я особистості. Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук. статей. Київ, 2016. Вип. 9. С. 196–215.

64. Титаренко Т.М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя : монографія. Кропивницький : Імекс- ЛТД, 2020. 160 с.

65. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
66. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. Київ : ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017. 160 с.
67. Хараджи М., Донченко Н. Дослідження соціально- психологічних особливостей адаптації жінок в умовах вимушеної міграції // Наукові інновації та передові технології. 2025. № 8(48). С. 1730–1742. DOI: 10.52058/2786- 5274- 2025- 8(48)- 1730- 1742.
68. Харченко А.О. Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Харків, 2019. 21 с.
69. Харченко В.Є., Шугай М.А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості : метод. посіб. Київ, 2015. 160 с.
70. Шинглер В., Прокоф'єва О. Психологічні особливості стресостійкості жінок мігранток в умовах невизначеності // Наукові перспективи (Naukovі perspektivi). 2025. № 10(64). С. 1783–1799. DOI: 10.52058/2708- 7530- 2025- 10(64)- 1783- 1799.
71. Штомпка П. Соціологія соціальних змін / пер. з англ. Київ : Основи, 2001. 664 с.
72. Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г. Українська адаптація Brief COPE Questionnaire (Опитувальник копінг-стратегій). – Київ, 2019. – 24 с.
73. Abi Zeid Daou K.R. Refugee Mothers Mental Health and Social Support Needs: A Systematic Review of Interventions for Refugee Mothers // Europe's Journal of Psychology. – 2022. – Vol. 18(3). – P. 337–349. DOI: 10.5964/ejop.4665.

74. Aldbyani A. The effect of mindfulness meditation on psychological well-being and mental health outcomes: a cross-sectional and quasi-experimental approach // *Current Psychology*. – 2025. – Vol. 44. – P. 3969–3978. DOI: 10.1007/s12144-025-07454-2.
75. Almoshmosh N., Jefee-Bahloul H., Barkil-Oteo A. Mental health and psychosocial support in Syria and among Syrian refugees in neighboring countries: a review // *Intervention*. – 2016. – Vol. 14, № 3. – P. 206–218. DOI: 10.1097/WTF.0000000000000126.
76. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013. 947 c.
77. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC : APA, 1994. 886 p.
78. Amnesty International. *Female refugees face physical violence, sexual exploitation and financial pressure on the journey from Turkey to Greece and through the Balkans : Research Report*. London : Amnesty International, 2016.
79. Bogic M., Njoku A., Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review // *BMC International Health and Human Rights*. – 2015. – Vol. 15, № 29. – P. 1–41. DOI: 10.1186/s12914-015-0064-9.
80. Carod-Artal F.J. Social Determinants of Mental Health. In: Bährer-Kohler S., Carod-Artal F. (eds). *Global Mental Health*. Cham : Springer, 2017. P. 45–62. DOI: 10.1007/978-3-319-59123-0_4.
81. Chen C., Nibbio G., Kotozaki Y. Cognitive and mental health improvement under- and post-COVID-19 // *Frontiers in Psychology*. – 2025. – Vol. 16. – Article 1565941. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1565941.
82. Decety J., Smith K.E., Norman G.J., Halpern J. A social neuroscience perspective on clinical empathy. *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13, No. 3. P. 233–237. DOI: 10.1002/wps.20146.

83. Figueiredo S., Dierks A., Ferreira R. Mental health screening in refugee communities: Ukrainian refugees and their post-traumatic stress disorder specificities // *European Journal of Trauma & Dissociation*. – 2024. – Vol. 8(1). – Article 100382. DOI: 10.1016/j.ejtd.2024.100382.

84. Fiorillo A. A roadmap for better and personalized mental health care in Europe: the priorities of the European Psychiatric Association. *European Psychiatry*. 2025. Vol. 68, Issue 1. e60. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2025.2456. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/roadmap-for-better-and-personalized-mental-health-care-in-europe-the-priorities-of-the-european-psychiatric-association/E4E8122D7A15811E9CD703C54DA33857..>

85. Gigi K., Werbeloff N., Goldberg S., Portuguese S., Reichenberg A., Fruchter E., Weiser M. Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use – a cross sectional population based study. *European Neuropsychopharmacology*. 2014. Vol. 24, No. 11. P. 1793–1797. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.07.016.

86. Gigi K., Werbeloff N., Goldberg S., Portuguese S., Reichenberg A., Fruchter E., Weiser M. Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use – a cross sectional population based study. *European Neuropsychopharmacology*. 2014. Vol. 24, No. 11. P. 1793–1797. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.07.016.

87. Hodes M. Thinking about young refugees' mental health following the Russian invasion of Ukraine in 2022 // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. – 2022. – Vol. 28(1). – P. 3–14. DOI: 10.1177/13591045221125639.

88. Hollifield M., Verbillis-Kolp S., Farmer B., Toolson E.C., Woldehaimanot T., Yamazaki J., Konishi M., Aga R., Gooen K., Rasmusson A., SooHoo J., Poland R.E. The Refugee Health Screener–15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees // *Primary Care Companion for CNS Disorders*. – 2013. – Vol. 15, № 6. DOI: 10.4088/PCC.13m01527.

89. Huang S.-Y. Being a mother in a strange land: Motherhood experiences of Chinese migrant women in the Netherlands. Cambridge : Cambridge Scholars Publishing, 2019.
90. Hyland P., Shevlin M., Brewin C.R. The memory and identity theory of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder // *Psychological Review*. – 2023. – Vol. 130(4). – P. 1044–1065. DOI: 10.1037/rev0000418.
91. Karatzias T., Krupelnyska L., Morozova O. Trauma-related mental health challenges: contemporary approaches. *Journal of Psychology*. 2023. Vol. 12. P. 12.
92. Klanker M., Feenstra M., Denys D. Dopaminergic control of cognitive flexibility in humans and animals. *Frontiers in Neuroscience*. 2013. Vol. 7. Article 201. DOI: 10.3389/fnins.2013.00201.
93. Kluge U., Habicht J. та ін. New directions in the mental health care of migrants, including refugees — a randomized controlled trial investigating the efficacy of value-based counselling // *Counselling and Psychotherapy Research*. – 2022. DOI: 10.1002/cpp.2728.
94. Mollica R.F., McInnes K., Poole C., Tor S. Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and PTSD among Cambodian survivors of mass violence // *British Journal of Psychiatry*. – 1998. – Vol. 173. – P. 482–488. DOI: 10.1192/bjp.173.6.482.
95. Rosinski M.P. Migrant motherhood in cinema: regarding relating to others // *Families, Relationships and Societies*. – 2018. – Vol. 7(2). – P. 345–347.
96. Sangalang C., Vang C., Kim B., Harachi T. Effects of trauma and postmigration stress on refugee women’s health: a life course perspective // *Social Work*. – 2022. – Vol. 67. DOI: 10.1093/sw/swac026.
97. Schock K., Rosner R., Knaevelsrud C. Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers // *European Journal of Psychotraumatology*. – 2015. – Vol. 6. – Article 26286. DOI: 10.3402/ejpt.v6.26286.

98. Schweitzer R., Melville F., Steel Z., Lacherez P. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 40, № 2. – P. 179–187. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01766.x.

99. Siegel D.J., Drulis C. An interpersonal neurobiology perspective on the mind and mental health: personal, public, and planetary well-being // *Annals of General Psychiatry*. – 2023. – Vol. 22. – Article 5. DOI: 10.1186/s12991-023-00434-5.

100. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A., van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis // *JAMA*. – 2009. – Vol. 302, № 5. – P. 537–549. DOI: 10.1001/jama.2009.1132.

101. Thomas W.I., Thomas D.S. *The child in America: Behavior problems and programs*. New York : Knopf, 1928. 602 p.

102. UNHCR. *Ukraine Situation Report: Refugees and Internally Displaced Persons*. Geneva : United Nations High Commissioner for Refugees, 2025. Дані станом на 2025 рік: близько 6,9 млн українців за кордоном, 3,7 млн ВПО в Україні.

103. Vasylyvna Z., Zavorodnia O., Kraieva O. Психологічні проблеми осіб, вимушено переміщених внаслідок російської агресії // *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 3. С. 73–82. DOI: 10.33099/2617-6858-23-73-3-73-82.

104. WHO Released New Guidance on Mental Health Policy and Strategic Action Plans. Vision IAS, 2025.

105. World Health Organization. *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. Geneva : WHO, 2019. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://icd.who.int..>

106. Yurchynska H., Maselska L. Factors of psychological well being of Ukrainian women forced migrants // Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Psychology. – 2024. – № 1(19). – С. 73–77. DOI: 10.17721/BPSY.2024.1(19).12.

ДОДАТКИ

Гугл форма для проведення опитування

Марія Якуніна

Вітаю!

Мене звати Марія Якуніна, я навчаюся на магістратурі факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Зараз я проводжу дослідження в межах своєї роботи на тему:

«Зв'язок переживання травматичних подій та психічного здоров'я жінок-емігранток із дітьми».


Мені важливо почути ваш досвід. Опитування є конфіденційним — дані не містять жодної інформації, за якою можна було б вас ідентифікувати. Всі результати будуть опрацьовані у сукупному вигляді й використані лише з науковою метою. Анкета включас кілька тематичних блоків і потребуватиме приблизно 30-40 хвилин вашого часу.

Буду щиро вдячна за вашу участь та готовність поділитися своїми відповідями.

alina@pilot@gmail.com [Змінити обліковий запис](#)

🔒 Не буде видно одержувачу

*Обов'язкове питання



1. Ваше ім'я *

11

2. Скажіть свій вік *

11

3. Це опитування жди жінок з дітьми, які мігрували з України з 2022 року. Який вік Вашої дитини або дітей на сьогоднішній день? *

Моя відповідь: _____

4. Ви вважаєте, що маємо ознаки психологічної травматизації чи ПТСР у зв'язку з еміграцією з України? *

Так

Ні

5. Ви даєте згоду на обробку даних в наукових цілях? *

Джерело:

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/1embh9AAvpJ0GzKlmQuEyrho88xS99KfOsYRcpi55UY/preview> (розроблено автором)

Додаток Б

Анкети і опитувальники, використані у дослідженні

Симптоматичний опитувальник SCL-90

За шкалою:

- 1 – Зовсім ні
- 2 – Трохи
- 3 – Помірний
- 4 – Сильний
- 5 – Дуже сильно

Симптоматичний опитувальник SCL-90

№	Твердження	1	2	3	4	5
		Зовсім ні	Трохи	Помірний	Сильний	Дуже сильно
1	Головний біль					
2	Нервозність або внутрішні тремтіння					
3	Повторювані, неприємні, наполегливі думки					
4	Слабкість або запаморочення					
5	Втрата сексуального бажання або задоволення					
6	Відчуття незадоволення іншими					
7	Відчуття, що хтось інший може контролювати твої думки					
8	Відчуття, що майже всі твої проблеми — це провина інших					
9	Проблеми з пам'яттю					
10	Твоя недбалість чи недбалість					
11	Легко виникаюче роздратування або роздратування					
12	Біль у серці або грудях					
13	Відчуття страху на відкритому повітрі або на вулиці					
14	Втрата сили або млявість					
15	Думки про самогубство					
16	Що ти чуєш голоси, яких інші нечують					

17	Тремтіння					
18	Відчуття, що більшості людей не можна довіряти					
19	Поганий апетит					
20	Сльози					
21	Сором'язливість або сором'язливість у спілкуванні з людьми протилежної статі					
22	Відчуття пастки чи пастки					
23	Несподіваний і необґрунтований страх					
24	Спалахи гніву, які ти не міг стримати					
25	Страх виходити з дому на самоті					
26	Відчуття, що ти винен у багатьох речах					
27	Біль у нижній частині спини					
28	Відчуття, що щось заважає тобі щось зробити					
29	Відчуття самотності					
30	Пригнічений настрій, «блюзі»					
31	Надмірна тривожність з різних причин					
32	Відсутність інтересу до чогось					
33	Відчуття страху					
34	Що твої почуття легко зачіпати					
35	Відчуття, що інші заходять у твої думки					
36	Відчуття, що інші тебе не розуміють або не співчують					
37	Відчуття, що люди недружні або вони тебе не люблять					
38	Потреба робити все дуже повільно, щоб уникнути помилок					
39	Серцебиття або серцебиття					
40	Нудота або розлад шлунка					
41	Відчуття, що ти гірший за інших					
42	Біль у м'язах					
43	Відчуття, що за тобою спостерігають або говорять про тебе					
44	Що тобі важко заснути					
45	Потреба перевіряти і двічі перевіряти, що ти робиш					
46	Труднощі у прийнятті рішення					
47	Страх їздити автобусами, метро чи поїздами					
48	Ох					
49	Припливи або озноб					

50	Потреба уникати певних місць чи занять, бо вони лякають тебе					
51	Що ти легко втрачаєш розум					
52	Онїміння або поколювання в різних частинах тіла					
53	Клубок у горлі					
54	Відчуття, що майбутнє безнадійне					
55	Що тобі важко зосередитися					
56	Відчуття слабкості в різних частинах тіла					
57	Відчуття напруженості або стресу					
58	Важкість у кінцівках					
59	Думки про смерть					
60	Переїдання					
61	Відчуття незручності, коли люди дивляться на тебе або говорять про тебе					
62	Те, що у тебе в голові думки інших людей					
63	Імпульси завдати тілесних ушкоджень або шкоди комусь					
64	Безсоння вранці					
65	Потреба повторювати дії: торкатися, мити, перечитувати тощо.					
66	Неспокійний і тривожний сон					
67	Імпульси щось зламати або розбити					
68	У тебе є ідеї чи переконання, які не поділяють інші					
69	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими					
70	Відчуття незручності в людних місцях (магазини, кінотеатри)					
71	Відчуття, що все, що ти робиш, вимагає багато зусиль					
72	Терор або панічні атаки					
73	Відчуття незручності, коли їси і п'єш на людях					
74	Те, що часто виникає сварка					
75	Нервозність, коли ти наодинці					
76	Що інші недооцінюють твої досягнення					
77	Відчуття самотності, навіть коли ти з іншими людьми					
78	Стільки тривоги, що ти не міг сидіти на місці					
79	Відчуття нікчемності					
80	Відчуття, що з тобою станеться					

	щось погане					
81	Крики чи кидання речей					
82	Страх неприємності на людях					
83	Відчуття, що люди зловживають твоєю довірою, якщо ти дозволяєш їм					
84	Сексуальні думки, які змушували тебе нервувати					
85	Думки, що тебе слід покарати за свої гріхи					
86	Кошмарні думки чи видіння					
87	Думки, що з твоїм тілом щось не так					
88	Що ти не відчуваєш близькості ні з ким					
89	Провини					
90	Думки, що з твоїм розумом щось не так					

Ключі до шкал SCL-90

Розмір	Кількість балів	Номери питань
Соматизація	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Одержимість	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Чутливість	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депресія	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тривога	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Ворожість	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Фобії	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Параної	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Використання ключів:

- Для кожної шкали, бали за вказані елементи підсумовуються. Потім обчислити середнє значення на шкалі (сума/кількість балів).
- Це дозволяє оцінити тяжкість симптомів за кожною з 9 шкал.

Міжнародний опитувальник з травм (ІТQ)

(жіночий бланк)

Короткий опис досвіду: _____

Коли у вас був такий досвід? (виберіть один варіант):

- Менше 6 місяців тому
- 6-12 місяців тому
- 1-5 років тому
- 5–10 років тому
- 10–20 років тому
- Більше 20 років тому

Шкала відповідей:

- 1 – Зовсім ні
- 2 – Трохи
- 3 – Помірний
- 4 – Досить багато
- 5 – Дуже сильно

Таблиця запитань ІТQ

КОД	№ питання	Питання	0	1	2	3	4
P1	1	Тобі сняться тривожні сни, пов'язані з цим досвідом					
P2	2	Сильні образи чи спогади, ніби досвід повторюється знову					
P3	3	Уникайте внутрішніх нагадувань (думок, почуттів, відчуттів)					
P4	4	Уникайте зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, предметів, ситуацій)					
P5	5	Стан «гіперпильності», пильності					
P6	6	Відчуття нервозності або легкого страху					
P7	7	Цей досвід вплинув на ваші стосунки або соціальне життя					
P8	8	Цей досвід вплинув на вашу роботу або здатність працювати					
P9	9	Цей досвід вплинув на інші важливі сфери життя (діти, навчання, романи)					
C1	10	Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб заспокоїтися					
C2	11	Я відчуваю оніміння або емоційну закритість					

C3	12	Я почуваюся невдахою					
C4	13	Я почуваюся нікчемною					
C5	14	Я почуваюся відчуженим або відрізаним від людей					
C6	15	Мені важко залишатися емоційно близьким до людей					
C7	16	Стрес або тривога щодо стосунків чи соціального життя					
C8	17	Цей досвід вплинув на вашу роботу або здатність працювати					
C9	18	Цей досвід вплинув на інші важливі сфери життя (діти, навчання, романи)					

Таблиця ключів інтерпретації ІТQ

Діагностичний кластер	Стан (симптом)	Питання
ПТСР – Повторне переживання	≥ 1 з P1 або P2 > 2	P1, P2
ПТСР – уникнення	≥ 1 з P3 або P4 > 2	P3, P4
ПТСР – відчуття загрози	≥ 1 з P5 або P6 > 2	P5, P6
Функціональне порушення (ПТСР)	≥ 1 з P7, P8, P9 > 2	P7, P8, P9
КПТСР – емоційна дисрегуляція	≥ 1 C1 або C2 > 2	C1, C2
КПТСР – Негативне самоуявлення	≥ 1 C3 або C4 > 2	C3, C4
КПТСР – міжособистісні розлади	≥ 1 C5 або C6 > 2	C5, C6
Функціональне порушення (КПТСР)	≥ 1 з C7, C8, C9 > 2	C7, C8, C9

Обчислення рівнів за кластерами

- **ПТСР:**
 - Повторне переживання = P1 + P2
 - Уникнення = P3 + P4
 - Відчуття загрози = P5 + P6
 - **Рівень ПТСР = сума (PPSD + GCB + GTR)**
- **СPTSD (Розлади самоорганізації):**
 - Емоційна дисрегуляція = C1 + C2
 - Від'ємна самоконцепція = C3 + C4
 - Розлади міжособистісних стосунків = C5 + C6
 - **Рівень розладів саморегуляції = сума (АД + УК + ХМЕ)**

**Переглянутий симптоматичний опитувальник Л. Дерогатіса (SCL-90-R;
українська валідація: Дембіцький С., Серета Ю.)**

(адаптація Т. Яблонська, О. Верник, Г. Гайворонський, 2023)

1. Я зверталася до роботи чи іншої діяльності, щоб відволіктися від думок.
2. Я зосереджувала зусилля на реалістичному баченні ситуації, щоб краще її зрозуміти.
3. Я говорила собі: «Це нереально».
4. Я вживала алкоголь чи інші речовини, і мені ставало легше.
5. Я отримувала емоційну підтримку від інших.
6. Я відмовлялася від спроб впоратися з цим.
7. Я вживала конкретні дії, намагаючись покращити ситуацію.
8. Я відмовлялася вірити, що це сталося.
9. Я давала вихід своїм почуттям (вербалізувала емоції).
10. Я отримувала практичну допомогу та поради від інших людей.
11. Я вживала алкоголь чи інші речовини, щоб пережити це.
12. Я намагалася побачити це в іншому світлі, зробити ситуацію більш позитивною.
13. Я критикувала себе.
14. Я продумувала стратегію своїх дій.
15. Я отримувала почуття розуміння та комфорту від когось.

16. Я відмовлялася від спроб опиратися ситуації.
17. Я намагалася знайти щось хороше в тому, що відбувається.
18. Я жартувала або використовувала гумор з іншими.
19. Я робила щось, щоб менше про це думати (дивилася телевізор, читала, мріяла, спала чи робила покупки).
20. Я приймала реальність того, що сталося.
21. Я виражала свої негативні почуття.
22. Я зверталася до своєї релігії чи духовних переконань.
23. Я намагалася отримати пораду або допомогу від інших людей щодо того, що робити.
24. Я вчилася жити з цим.
25. Я довго обмірковувала кроки для подолання ситуації.
26. Я звинувачувала себе в тому, що сталося.
27. Я молилася або медитувала.
28. Я сміялася над ситуацією.

Таблиця ключів

Розмір	Тип копіювання	Елементи
Активне подолання	Зосередження на емоціях	2, 7
Підтримка інформаційної підтримки	Зосередження на емоціях	10, 23
Позитивне переосмислення	Зосередження на емоціях	12, 17
Планування	Зосередження на емоціях	14, 25
Емоційна підтримка	Зосередження на емоціях	5, 15
Вірація емоцій	Зосередження на емоціях	9, 21
Гумор	Зосередження на емоціях	18, 28
Прийняття	Зосередження на емоціях	20, 24
Релігія	Зосередження на емоціях	22, 27
Самоочищення	Зосередження на емоціях	13, 26
Самопокарання	Унікальна копія	1, 19
Відмова (заблокована емоція)	Унікальна копія	3, 8
Імплантація психоактивних мов	Унікальна копія	4, 11

Блоки

- **Подолання, зосередження на проблемах:** пункти 2, 7, 10, 12, 14, 17, 23, 25 → Активна підтримка, інформаційна підтримка, планування, позитивне переосмислення. Хороші речі = практична підтримка, стабільність, позитивні результати.
- **Подолання, зосередження на емоціях:** пункти 5, 9, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28 → Емоційна підтримка, вірусизація, гумор, прийняття, релігія, самовиправдання.
- **Унікальна копія:** пункти 1, 3, 4, 6, 8, 11, 16, 19 → Самоконтроль, блокування, імплантація психоактивної мови, уніфікація. Vysoki bali = пліч-о-пліч напруга; low = адаптивний підхід.

Додаток В

Результати опитування: агреговані данні

ID	ПТСР	КПТСР	Соматизація	Одержимість	Чутливість	Депресія	Тривога	Ворожість	Фобії	Параної	Психотизм	Копінг-проблеми	Копінг-емоції	Копінг-унікання
1	3,778	3,000	2,500	2,400	3,000	2,538	2,800	2,167	2,429	2,143	2,286	2,286	2,143	2,143
2	2,000	2,000	2,667	2,400	3,000	2,538	2,900	2,167	2,429	2,143	2,286	2,286	2,143	2,143
3	3,889	3,222	3,917	3,100	3,778	3,154	3,200	3,833	3,571	3,000	2,857	3,571	3,714	4,143
4	4,111	3,222	4,167	3,700	4,000	3,846	3,600	4,000	4,143	3,714	3,571	3,571	4,000	4,429
5	3,889	3,222	3,667	2,800	3,778	3,231	3,200	3,500	3,429	3,286	3,000	3,571	3,714	3,714
6	4,000	3,778	3,917	3,800	3,778	3,923	3,500	4,000	4,143	4,143	3,286	3,857	4,000	4,000
7	3,000	3,444	3,750	3,400	3,667	3,769	3,100	3,833	3,857	3,571	3,286	3,714	3,571	3,714
8	4,000	3,889	4,000	3,600	4,000	4,000	3,500	3,833	4,143	4,429	3,571	4,000	4,143	3,857
9	2,889	4,333	3,917	4,100	3,667	4,231	3,900	4,167	4,143	4,429	4,429	4,429	3,857	3,714
10	3,778	4,333	4,000	3,700	3,889	4,154	3,800	4,167	3,714	4,429	4,143	4,286	4,429	3,857
11	2,889	3,889	3,833	3,500	3,778	4,231	4,300	4,167	3,857	4,571	4,286	3,857	3,857	4,000
12	3,556	4,111	3,833	3,900	4,444	4,308	3,900	4,500	3,571	4,000	4,286	4,286	4,143	4,286
13	3,889	3,778	3,500	3,600	4,111	4,231	4,200	4,167	3,571	4,429	4,429	3,714	3,571	4,000
14	3,556	3,556	3,500	4,000	4,333	4,462	3,900	4,500	3,429	3,857	4,429	3,857	3,714	4,286
15	3,778	3,889	3,500	3,200	3,444	3,923	3,700	3,667	3,000	4,571	4,571	3,857	3,571	3,714
16	3,333	3,556	3,333	3,700	3,889	4,385	4,000	4,167	3,000	4,286	4,286	4,143	3,857	4,000
17	3,667	3,778	4,083	3,900	3,333	4,077	3,700	3,833	3,143	4,857	4,286	4,000	3,857	3,429
18	3,778	3,333	3,583	4,000	3,667	4,154	4,100	4,000	3,000	4,571	4,000	4,286	4,143	3,429
19	3,778	3,889	4,250	4,000	3,556	4,231	3,900	3,833	3,429	5,143	4,143	4,286	4,143	3,429
20	3,778	3,667	3,667	3,700	3,889	4,462	3,900	4,000	3,714	5,571	3,143	4,714	4,286	3,429
21	3,889	3,667	4,000	3,700	3,889	4,615	3,900	3,833	3,714	6,000	3,571	4,143	4,000	3,429
22	3,778	3,389	3,417	3,800	4,111	4,308	4,000	4,167	4,000	5,857	3,143	4,286	4,143	3,000
23	4,444	3,944	3,833	3,700	4,222	4,769	4,100	3,833	3,857	6,286	3,571	3,714	4,429	3,429
24	4,111	3,778	3,583	3,700	4,222	4,692	3,900	4,167	4,000	6,429	3,571	4,000	4,286	3,286
25	4,333	4,056	3,917	3,700	4,000	5,077	4,100	3,833	3,714	6,429	3,286	3,714	4,571	3,857
26	4,111	3,778	3,250	3,100	4,000	4,615	3,900	3,833	3,571	6,429	3,286	4,286	4,286	3,286
27	4,111	4,056	4,083	4,200	4,222	5,308	4,300	4,333	4,286	6,429	3,571	4,429	4,714	3,857
28	3,556	3,556	3,333	3,900	3,889	5,308	3,800	4,167	3,714	6,143	3,714	4,286	4,143	3,714
29	4,111	4,056	4,167	4,200	4,222	5,615	4,200	4,333	4,286	6,714	3,571	4,429	4,429	3,857
30	3,556	3,556	3,500	3,700	4,000	5,308	3,900	4,333	3,714	6,429	3,571	4,429	4,286	3,857
31	4,000	4,000	3,667	3,300	3,556	5,308	3,900	4,000	3,857	7,000	3,571	4,286	4,143	3,714
32	3,556	3,556	3,417	3,700	3,889	5,615	4,100	4,333	3,714	7,000	4,143	4,429	4,286	3,857
33	4,111	4,056	4,167	3,900	4,111	5,692	4,400	4,333	4,429	7,286	4,286	4,286	4,286	3,286
34	3,667	3,611	3,500	3,900	4,111	5,846	4,100	4,167	3,857	7,286	4,000	3,857	4,286	3,571
35	3,556	3,778	3,917	4,000	3,778	6,000	4,200	4,333	4,143	7,714	3,857	4,143	4,143	3,286
36	3,778	3,667	3,333	3,600	3,889	5,923	4,000	4,000	3,714	7,571	4,143	3,857	4,286	3,286
37	3,556	3,778	3,833	3,700	3,889	6,077	4,400	4,167	4,286	8,000	3,857	4,429	4,429	3,143
38	3,778	3,667	3,667	4,200	4,222	6,231	4,100	4,333	4,000	7,857	4,143	3,857	4,286	3,286
39	3,556	3,778	3,750	3,700	3,667	6,231	4,200	3,833	4,143	8,286	4,000	4,286	4,286	3,143
40	3,667	3,667	3,667	4,400	4,111	6,385	4,300	4,333	4,000	8,143	4,143	4,000	4,286	3,571

41	3,556	3,778	3,750	3,400	3,667	6,154	4,100	3,833	3,857	8,286	3,571	4,429	4,571	3,429
42	4,111	3,722	3,500	3,600	4,111	6,385	4,000	4,333	4,000	8,286	3,857	4,000	4,286	3,571
43	4,000	3,889	4,083	3,700	3,667	6,462	4,200	4,333	4,143	8,571	3,429	4,429	4,429	3,429
44	4,000	3,667	3,583	3,600	4,222	6,538	4,100	4,333	4,000	8,571	3,857	4,000	4,286	3,571
45	4,111	3,944	4,167	3,700	4,000	6,538	3,900	4,500	4,143	8,857	3,571	4,571	4,571	3,286
46	4,111	3,722	3,417	2,900	4,000	6,538	3,800	3,667	3,857	9,000	3,857	4,000	4,286	3,429
47	4,000	3,833	4,000	3,100	3,667	6,769	4,000	4,167	4,143	9,429	3,857	4,286	4,429	3,286
48	4,222	3,944	3,667	4,000	4,111	6,769	3,800	4,000	4,000	9,143	3,714	4,000	4,286	3,429
49	4,111	4,111	4,000	3,600	4,111	6,846	4,000	4,167	4,286	9,571	3,714	4,571	4,571	3,286
50	4,333	4,000	3,750	4,000	4,222	6,923	3,800	4,000	4,000	9,429	3,714	4,000	4,286	3,429
51	3,667	3,833	3,667	3,200	3,667	6,923	3,700	4,000	4,000	9,857	3,571	4,286	4,429	3,286
52	3,444	3,556	3,250	3,900	4,111	7,000	3,600	4,167	3,857	9,571	3,714	4,000	4,286	3,429
53	4,000	4,056	4,083	4,100	4,111	7,231	4,300	4,333	4,286	10,000	3,571	4,286	4,429	3,429
54	3,444	3,556	3,333	3,900	4,222	7,462	4,100	4,167	3,714	10,429	4,571	4,143	4,143	3,714
55	4,000	4,056	4,167	4,000	4,333	7,615	4,200	3,667	4,286	10,857	4,000	3,571	4,429	4,286
56	3,444	3,500	3,167	3,700	4,111	7,538	3,600	3,333	3,857	10,857	4,143	3,571	3,714	4,000
57	4,111	4,167	4,000	3,800	3,778	7,769	3,800	3,000	3,714	10,714	4,143	3,429	4,000	4,429
58	4,111	3,833	3,583	4,300	3,889	8,000	3,900	3,833	4,000	10,857	4,143	3,571	3,857	4,000
59	4,222	4,222	3,917	3,800	4,000	7,923	3,700	3,167	3,857	11,000	4,143	3,571	3,857	4,000
60	3,556	3,500	3,750	3,900	3,889	8,077	3,700	4,167	3,714	11,000	4,286	3,714	3,571	3,571
61	4,000	4,056	3,417	3,200	3,778	7,923	3,800	3,167	3,857	11,429	4,286	3,429	3,571	4,143
62	3,556	3,889	4,000	3,300	3,667	8,231	4,200	4,000	4,000	11,714	4,429	4,000	4,286	4,000
63	4,000	4,111	3,833	3,700	4,222	8,154	4,300	3,833	4,429	11,857	4,143	3,714	4,000	4,000
64	3,556	4,000	4,167	3,600	3,889	8,615	4,200	3,833	4,000	12,143	4,143	3,714	4,286	4,143
65	4,111	4,111	4,000	4,000	4,111	8,385	3,900	3,333	4,286	12,143	4,000	3,286	3,571	4,000
66	3,667	3,889	3,500	3,700	4,222	8,385	4,100	3,500	4,000	12,429	4,143	3,714	4,143	3,857
67	4,222	4,167	3,583	3,600	4,444	8,154	3,900	3,167	4,286	12,429	4,000	3,429	3,714	3,714
68	3,667	3,778	3,667	4,000	4,333	8,538	4,200	3,833	4,286	13,000	4,143	3,571	4,286	3,714
69	4,333	4,222	3,583	3,600	4,333	8,308	3,900	3,000	4,286	13,000	4,000	3,286	3,571	3,714
70	3,667	3,889	3,750	4,100	4,556	8,692	4,200	3,833	4,571	13,429	4,143	3,714	4,286	3,714
71	4,333	4,222	3,333	3,700	4,000	8,308	3,800	3,000	4,000	12,857	4,000	3,429	3,714	3,714
72	4,333	4,111	3,833	4,100	4,111	8,692	4,100	4,000	4,000	13,143	4,000	3,571	3,857	3,857
73	4,111	4,111	3,917	4,600	4,000	9,154	3,700	3,333	4,000	13,143	4,000	3,000	3,000	4,571
74	4,444	4,278	3,917	4,200	4,333	9,000	4,100	4,000	4,143	13,571	4,143	3,571	3,714	4,143
75	4,333	4,222	4,000	4,600	4,333	9,231	3,800	3,333	4,143	13,429	4,000	3,143	3,143	4,571
76	4,444	4,222	3,750	3,800	4,000	9,154	4,100	3,833	3,857	13,714	4,143	3,429	3,714	4,286
77	4,111	3,944	3,583	4,300	3,889	9,462	3,600	3,667	3,857	14,000	3,857	3,000	3,000	4,714
78	4,333	4,222	3,917	4,500	4,333	9,462	4,200	4,333	4,286	14,143	4,143	3,571	3,714	4,286
79	4,333	4,056	3,500	4,300	4,222	9,692	4,100	3,667	4,000	14,286	3,857	3,714	4,000	4,571
80	4,444	3,889	4,167	4,100	4,111	9,385	4,200	4,500	4,000	13,571	3,571	3,286	4,286	4,000
81	4,111	3,833	3,667	3,800	3,556	9,769	3,800	3,667	3,000	14,000	4,286	3,429	4,286	4,571
82	4,333	4,000	4,000	3,800	3,889	9,462	4,000	4,500	3,857	14,143	3,714	3,286	4,286	4,000
83	4,333	4,333	4,333	4,400	4,000	10,231	4,000	3,667	4,286	15,000	4,286	3,714	4,429	4,571
84	4,444	4,056	4,000	3,600	4,333	9,462	3,900	4,167	4,143	14,571	3,286	3,286	4,429	3,857
85	4,111	4,111	4,167	3,900	4,000	10,000	3,400	3,667	4,286	15,143	4,143	3,571	3,857	4,286
86	4,333	4,222	3,917	3,600	4,111	9,615	3,500	4,000	4,000	15,000	3,714	3,571	4,000	3,857
87	4,222	4,111	3,917	3,600	4,000	10,077	3,400	3,500	4,286	15,857	4,143	3,571	4,000	4,286
88	4,556	4,333	4,167	4,200	4,333	9,923	3,600	4,167	4,429	15,571	3,714	3,571	4,000	3,857
89	4,111	4,111	4,000	3,600	3,889	10,231	3,100	3,500	4,571	16,143	4,143	3,286	3,429	4,286

90	4,333	4,222	4,250	4,300	4,556	10,308	3,600	4,333	4,429	16,286	4,286	3,429	3,571	4,000
91	4,333	4,167	3,833	3,600	4,000	10,769	3,200	3,667	4,143	16,571	4,429	3,286	3,571	4,571
92	4,222	4,056	4,000	3,900	4,333	10,462	3,500	4,333	4,286	16,429	4,143	3,429	3,571	4,000
93	4,222	4,167	4,250	4,200	4,000	11,000	3,600	4,167	4,571	16,857	4,429	3,571	3,857	4,571
94	4,333	4,111	4,083	3,900	4,444	10,538	3,700	4,167	4,286	16,571	3,857	3,143	3,714	4,000
95	4,333	4,167	4,250	4,200	4,333	11,154	3,900	4,167	4,286	17,143	4,286	3,286	4,286	4,571
96	4,222	4,056	3,917	3,600	4,222	10,692	3,600	4,000	4,143	16,857	3,857	3,143	3,714	4,000
97	4,222	4,167	4,167	3,900	3,889	11,231	3,700	4,000	4,286	17,429	4,286	3,286	4,143	4,571
98	4,333	4,111	4,167	4,200	4,444	10,923	3,700	4,333	4,429	17,143	3,857	3,143	3,714	4,000
99	4,333	4,111	4,000	4,000	4,222	11,231	3,800	3,833	4,143	17,429	4,286	4,000	4,000	4,286
100	4,222	4,111	4,167	4,400	4,556	11,154	4,000	4,333	4,143	17,429	4,000	4,143	4,143	4,000