



Феномен травми війни: етнокультурні фактори та експериментальні докази

Тетяна Перепелюк*

Кандидат психологічних наук, професор
Маріупольський державний університет
03037, вул. Преображенська, 6/4, м. Київ, Україна
<http://orcid.org/0000-0001-6313-2279>

Сергій Ольховецький

Кандидат психологічних наук, доцент
Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини
20300, вул. Садова, 2, м. Умань, Україна
<https://orcid.org/0000-0001-9135-4872>

♦ **Анотація.** Актуальність дослідження зумовлена необхідністю адаптувати існуючі методики діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і його терапії до українських реалій та контексту російсько-української війни, яка зумовлює множинні травми як у військових, так і у цивільних. Метою було визначення етнокультурних факторів та експериментальних доказів у контексті травм війни. Методами аналізу стали опитувальник PCL-C та опитувальник захисних механізмів Плутчика-Келлермана. Було визначено роль етнопсихологічних факторів, зокрема національної ідентичності, колективної пам'яті та культурних механізмів подолання стресу, у формуванні та проживанні травматичного досвіду. На вибірці українських студентів проаналізовано вираженість посттравматичного стресового розладу та захисні механізми, які допомагають адаптуватися до умов війни. ПТСР розглянуто як відстрочена або затяжна психічна реакція на травматичні/стресові події, що виходять за межі звичайного людського досвіду. Такі події можуть включати катастрофи, бойові дії, дорожньо-транспортні пригоди, сексуальне, фізичне або психологічне насильство. Несприятливі чинники, зокрема втома, виснаження, неврологічні захворювання можуть підвищувати ризик розвитку розладу, але не є провідними. Тому ПТСР може проявлятися у вигляді повторюваного переживання травми через спогади, кошмари, знищення нагадувань про подію, підвищену тривожність, дратівливість, порушення звичного ритму життя та емоційну відстороненість. В ході дослідження було виявлено, що здобувачі вищої освіти різної статі проявляли відмінності у використанні механізмів психологічного захисту. У жінок частіше спостерігалася регресія – повернення до інфантильних моделей поведінки для зменшення тривоги, а також проекція – перенесення власних негативних рис на інших. У чоловіків переважали витіснення травматичних переживань і раціоналізація – спроби логічно виправдати власні невдачі. Вивчення культурних факторів у переживанні травми стало ключовим для розуміння варіативності її проявів і розроблення культурно чутливих підходів до діагностики та терапії. В українському контексті стійкість ґрунтується на колективізмі, родинній підтримці та традиційних цінностях, що визначають ефективність подолання психологічних наслідків травми. Практична значущість дослідження полягає у використанні цих ресурсів для створення програм психологічної допомоги, які поєднують сучасні психотерапевтичні методи з національно-культурними особливостями

♦ **Ключові слова:** психологічна допомога; екстремальні ситуації; посттравматичний стресовий розлад; психологічний захист; психофізіологічна симптоматика; копінг; етнопсихологія

Приклад цитування:

Perepeliuk, T., & Olkhovetskyi, S. (2025). The phenomenon of war trauma: Ethnocultural factors and experimental evidence. *The Bulletin of National Defence University of Ukraine*, 20(6), 76-84. doi: 10.33099/2617-6858-25-20-6-76-84.

Історія статті: Отримано: 12.07.2025; Доопрацьовано: 01.11.2025; Прийнято: 27.11.2025



Copyright © The Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

*Автор-кореспондент

♦ Вступ

Війна та масштабні гуманітарні кризи в Україні мають прямий та опосередкований вплив на психічне здоров'я людей. Психологічна травма визначається по-різному, але загальні визначення вказують на те, що критичний травматичний інцидент часто є раптовим і неочікуваним або накопичується з часом, і змушує людину замислитися над тим, чи може вона контролювати його результат і здатність впоратися з наслідками, а також залишає людей, які борються з емоційними, психологічними, поведінковими, фізичними та духовними симптомами. Травма може бути фізично або психологічно загрозливою та впливати на відчуття безпеки, захищеності, виживання або відчуття себе. Психологічна травма включає інтенсивні почуття, які впливають на когнітивні структури та сприйняття людини щодо світогляду, сенсу та життєвої мети. Особливо актуальним є аналіз психологічних травм у контексті війни, оскільки воєнні події спричиняють глибокі емоційні переживання. Попри значну кількість досліджень, присвячених психологічній травмі, слід враховувати її взаємозв'язок із переживанням горя, втрати, духовності та посттравматичного зростання, які становлять невід'ємні компоненти процесу відновлення протягом життя. У науковій літературі духовність дедалі частіше розглядається як важливий чинник, що має потенціал для рефлексії, терапевтичного втручання та оцінювання у контексті роботи з психічними травмами. Після травматичних подій люди демонструють підвищену вразливість до переживання духовних криз, екзистенційного дистресу та переосмислення системи цінностей (Romash *et al.*, 2022). Внутрішнє переміщення, переїзд в іншу країну, різні види насильства, обстріли, смерть рідних під час збройних конфліктів можуть суттєво збільшити ризик виникнення проблем із психічним здоров'ям. Вплив збройних конфліктів збільшує ризик появи посттравматичного стресового розладу, однак, він виникає далеко не завжди у контексті травми, депресії та тривожних розладів. З 2014 р. досвід життя в окупації, вздовж лінії зіткнення, так званої «сірої зони», вплив всіх видів насильства і різних втрат, пошкоджена інфраструктура, зокрема, залізнична та енергетична, погані економічні умови та переміщення призвели до вищих показників психічних розладів на сході України, а також серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО). У 2016 р. 32 % ВПО в Україні повідомляли про симптоми ПТСР, а 22 % відчували депресію, підтверджену діагностичними опитувальниками. Натомість серед загального населення на початку війни поширеність ПТСР становила 8 %, а депресії – 6,3 %. Непрямі наслідки збройних конфліктів включають обмеження доступу до медичної допомоги, економічні труднощі, зниження рівня життя, негативні соціальні зміни, погіршення соматичного здоров'я, зокрема ускладнення від хронічних захворювань (Holton & Snodgrass, 2023). Однак існує кілька факторів ризику розвитку проблем із психічним здоров'ям після переживання травматичного досвіду. Наприклад,

дослідження J. Kurath *et al.* (2025) показало, що ті біженці, які повідомляли про вищий рівень соціальної ізоляції, мали високу ймовірність відчувати симптоми депресії та тривоги. У районах, що постраждали від конфлікту, соціальна ізоляція може посилюватися руйнуванням інфраструктури, переміщенням та розпадом соціальних мереж і систем підтримки. Це може ускладнити для людей доступ до послуг та підтримки у сфері психічного здоров'я та збільшити ризик розвитку проблем із психічним здоров'ям. ПТСР виникає як тривала або відстрочена реакція на стресові та травматичні ситуації як короткотривалі так і довготривалі, особливо руйнівного характеру, які можуть викликати сильний стрес у людини. Фактори, що є несприятливими такі як виснаження, втома, неврологічні захворювання, які можуть знизити рівень прояву синдрому або навпаки – посилити його перебіг, але це не є доказом, що вони є факторами появи ПТСР.

За висновками M. Kanal & S.B. Rottmann (2021), типовими симптомами для ПТСР є флешбеки, нічні кошмари, фрейми, заціпеніння/ступор, емоційне виснаження/пригнічення, відстороненість від людей і уникнення ситуації та поведінка, що нагадує травмівну реакцію. Типовими для такої поведінки є Perezбудження, гіперпильність, підвищена реакція на безсоння, страх, тривожність тощо. Депресія і тривога доволі часто пов'язані з вищезазначеними симптомами, також частими можуть бути і суїцидальні думки. Дослідження L. Taylor & K.K. Turner (2025) показало, що симптомам, які вказують на появу ПТСР, передусє латентний період від двох тижнів до 2-4 місяців після травми. Розлад варіюється, але при систематичному та комплексному лікуванні у більшості випадків настає одужання. Хоча є і факти, коли хвороба змінює поведінку та емоційно-вольову сферу особистості і стає стійкою у прояві захворювання (F62.0 за МКХ-11) та стає хронічним. Травматичні події, як правило, спричиняють початковий психологічний дистрес, який, у більшості випадків, послаблюється протягом кількох тижнів після пережитої травми. Втім, для деякої частини людей, що зазнали впливу таких подій, наслідки травми переростають у ПТСР, з умовним середнім ризиком розвитку близько 4 %. Основні симптоми включають нав'язливі спогади, уникнення неприємних тригерів, зміни настрою та когнітивних функцій, а також зміну рівня збудження і реактивності. Цей стан асоціюється із серйозними наслідками для здоров'я, функціональними порушеннями, зростанням ризику супутніх захворювань і смертності, а також відбувається зниження якості життя у результаті захворювання (Habib *et al.*, 2022). Аналіз N.F. Al-Kubaisy & U.K.A.J. Al Qaisy (2020) щодо індивідуального впливу травм на цивільне населення виявив траєкторії симптомів ПТСР, при цьому максимальна оцінка зазвичай досягається протягом одного року після травми, а в деяких випадках – до шести років. Багато з цих питань залишалися поза увагою або

були відкинуті традиційною психіатрією та іншими напрямами у сфері психічного здоров'я. Це пояснювалося тим, що у межах існуючих медичних моделей травма розглядалася як універсальний людський досвід – як з точки зору широкого поширення стресових подій, так і через загальноновизнану неврологічну реакцію організму на такі ситуації. Зокрема, акцент робився на залученні емоційних центрів мозку, таких як гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь, мигдалина та різні ендокринні функції. Проте T. Filges *et al.* (2024) виявили значно більшу складність у функціонуванні центральної нервової системи у реакціях на травму та стрес. Вони також показали руйнівні наслідки гострої та хронічної травми, включаючи зниження порогу тривожності, атрофію гіпокампі та поясної кори. Ретроспективні епідеміологічні дані досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я в галузі психічного здоров'я свідчать, що середня тривалість симптомів ПТСР становить близько шести років (Kessler *et al.*, 2017). При цьому їх тривалість суттєво варіюється залежно від типу травми: симптоми мають більш тривалий характер у випадках переживань, пов'язаних із війною, і менш тривалий – унаслідок нещасних випадків. Наслідки ПТСР створюють не лише значний індивідуальний вплив на психологічне благополуччя людини, але й суттєвий економічний тягар і соціальні витрати внаслідок втрати людиною працездатності. Попри це, лише обмежена кількість проспективних поздовжніх досліджень присвячена вивченню довгострокових наслідків ПТСР понад десять років після травматичних подій. Тому метою статті було дослідження не лише теоретичних аспектів симптоматики ПТСР, а й вивчення механізмів психологічного захисту у осіб, які пережили травматичний досвід, з урахуванням культурної компетентності

та застосування нетрадиційних або альтернативних методів лікування та підтримки.

♦ Матеріали та методи

В опитуванні, проведеному у період з жовтня 2024 р. по травень 2025 р. на базі регіональних закладів вищої освіти (ЗВО) Черкаської області, респондентами стали 118 здобувачів віком від 18 до 21 року. У гендерному аспекті співвідношення склало – 79 осіб жіночої статі, 39 – чоловічої. Дослідження проводилося у режимі онлайн та анонімно. Відповідно до положень Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації під час проведення емпіричного дослідження було дотримано принципів професійної етики та забезпечено особисту відповідальність дослідників за свою діяльність, а також використано апробовані методики, схвалені центральними органами Товариства психологів України (WMA, 2024). Прояв симптомів ПТСР було діагностовано за допомогою опитувальника PCL-C. Методика призначена для вивчення симптомів посттравматичного стресового розладу в контексті медичної та психологічної реабілітації, а також може бути використана для попереднього діагностування ПТСР. Опитувальник містив 17 пунктів, які респонденти оцінили по 5-ти бальному шкалюванню: 0 – ніколи, 4 – дуже часто. Відповідно до PCL-C оцінювалася вираженість симптомів протягом останнього місяця. Визначався як загальний показник ПТСР, так і вираженість симптомів за кожним із кластерів (за DSM-5). Оскільки станом на 2025 р. відсутні нормативні показники за методикою PCL-C для українських цивільних осіб, це дослідження було орієнтоване на результати вибірок студентів ЗВО Франції та Великої Британії з дослідження A.R. Ashbaugh *et al.* (2016), які мали досвід травматичних подій (Таблиця 1).

Таблиця 1. Показники норми симптомів ПТСР здобувачів вищої освіти, що мають досвід психологічної травми

Шкала PCL-C	Вибірка студентів (Велика Британія) (n = 388)				Вибірка студентів (Франція) (n = 262)			
	m	sd	min	max	m	sd	min	max
Інтрузії	5,6	4,9	0	20	5,8	4,5	0	18
Уникнення	2,7	2,4	0	8	2,7	2,5	0	8
Когнітивні порушення	7,1	6,9	0	28	6,7	6,5	0	26
Збудження	5,5	5,3	0	24	5,2	5,3	0	24
Загалом	20,9	19,5	0	80	20,4	18,8	0	76

Примітка: n – кількість респондентів у вибірці; m – середнє значення; sd – стандартне відхилення; min – мінімальне значення; max – максимальне значення

Джерело: розроблено авторами на основі дослідження A.R. Ashbaugh *et al.* (2016)

Ці показники були використані як порівняльна база для інтерпретації результатів української вибірки. Дана методика проходила у вигляді самозвіту, респонденти самостійно заповнювали пункти, за потреби дослідник міг пояснити певні пункти, які були незрозумілими. Для дослідження особливостей захисних механізмів студентів у контексті травматичного досвіду було використано методику «Індекс життєвого стилю» Плутчика в адаптації Гребеннікова. Механізми психологічного

захисту розглядалися як похідні емоцій, кожен із яких формується для регуляції однієї з базових емоцій. Для дослідження захисних механізмів, активність яких може слугувати непрямим показником рівня внутрішньо-особистісного конфлікту, застосовано опитувальник Плутчика-Келлермана, який дав змогу оцінити рівень напруженості, ієрархію та загальну вираженість механізмів психологічного захисту. Отримані дані були піддані статистичному аналізу із застосуванням кореляційного

г-критерія Пірсона, t-критерія Стюдента та U-критерія Манна-Вітні, що дозволило виявити як лінійні зв'язки між змінними, так і відмінності між групами за параметричними та непараметричними показниками. Подальша інтерпретація результатів здійснювалася у якісному вимірюванні з наступним змістовим узагальненням. Статистична обробка даних та графічна візуалізація результатів проводилася за допомогою програми SPSS 21.0.

◆ Результати та обговорення

На початковому етапі дослідження здійснено оцінку рівня вираженості симптомів ПТСР із застосуванням опитувальника PCL-C. Визначено як загальний індекс інтенсивності проявів ПТСР, так і показники за трьома основними критеріями: В – інтрузія, С – уникнення, D – збудження. Результати за сумарним показником респондентів подано у Таблиці 2.

Таблиця 2. Результати за сумарним показником методики PCL-C (n = 118)

Кількість балів	Кількість респондентів та %
До 30	36; 30,51
30-35	38; 32,20
36-44	44; 37,29
Більше 45	0

Джерело: розроблено авторами

Респондент міг отримати мінімальну кількість балів – 17, а максимальну – 85, відповідно 34 бали – середній арифметичний показник для даного опитувальника. Підтвердження діагнозу ПТСР можливе лише при показниках більших за 45 балів. З результатів, які подані у Таблиці 2 визначено, що більшість учасників (74 особи) отримали бали в діапазоні від 30 до 35, що є свідченням відсутності критичних симптомів ПТСР, тоді як 44 учасники опитування отримали бали від 36 до 44, що є свідченням наявності певних симптомів, які

можуть призвести появу ПТСР, тому вони мають отримувати психологічну підтримку/допомогу за запитом, щоб убезпечити себе від повторної травматизації. Більша кількість респондентів мали статус ВПО і виїхали із зон бойового зіткнення. Зокрема, серед респондентів не виявлено учасників, які б потребували спеціалізованої допомоги на базі відповідних медичних закладів. У Таблиці 3 представлено результати дослідження використання механізмів психологічного захисту врахувавши гендерний аспект.

Таблиця 3. Гендерний аспект показників використання механізмів психологічного захисту за методикою «Індекс життєвого стилю» Плутчика в адаптації Гребеннікова

Типи психологічного захисту	Стать	Середнє	t-критерій Стюдента	p (рівень значущості)
Витіснення	Жіноча	6,571	2,633	0,001
	Чоловіча	9,176		
Регресія	Жіноча	7,546	2,273	0,003
	Чоловіча	4,834		
Заміщення	Жіноча	5,571	0,571	0,566
	Чоловіча	5,756		
Заперечення	Жіноча	4,71	0,386	0,628
	Чоловіча	4,18		
Проекція	Жіноча	7,57	2,331	0,002
	Чоловіча	5,13		
Компенсація	Жіноча	3,286	2,372	0,002
	Чоловіча	6,176		
Гіперкомпенсація	Жіноча	5,71	0,597	0,481
	Чоловіча	5,59		
Раціоналізація	Жіноча	2,714	2,594	0,001
	Чоловіча	4,235		

Джерело: розроблено авторами

Результати подані у Таблиці 3 засвідчили, що респондентам жіночої статі більше властиві регресія та проекція, а респондентам чоловічої статі властиві витіснення, компенсація та раціоналізація (відмінності статистично значущі при $p < 0,05$). Жінкам властиво при стресових ситуаціях повертатися до дитячих форм поведінки та приписувати власні негативні риси іншим людям, а чоловікам – властиве штучне забування травмувальних спогадів через перехід у несвідоме, створювати псевдо аргументи для пояснення поразки

та досягати альтернативних успіхів, щоб зберегти власну позитивну самооцінку. З часом, зростаючи докази неврологічних наслідків травм не зменшили значення нових досліджень щодо етнокультурних варіацій за клінічними параметрами, такими як початок, прояв, перебіг і результати захворювань. Ці варіації потребували ретельного аналізу, аби зрозуміти їхні причини. Хоча численні дослідження в галузях кроскультурної психології, психологічної антропології та транскультурної психіатрії уже виявили значні етнокультурні

відмінності у таких розладах, як депресія, тривога та психотичні стани, питання етнокультурних варіацій у випадку ПТСР залишалося неприйнятним для широкої наукової спільноти (Vredeveltd *et al.*, 2023). Це пов'язано з тим, що визнання етнокультурних особливостей ставило під загрозу дві ключові концепції. По-перше, універсальність біологічних основ психічних розладів, по-друге, фундаментальні припущення нової моделі розуміння ПТСР, яка базувалася на ідеї про універсальну природу травматичних переживань. Якщо припустити існування етнокультурного впливу на розвиток травм і ПТСР, це змусило б переглянути роль культурних факторів у формуванні розладів та загалом підкреслило б гнучкість людської психіки й мозку. Такі припущення суперечили усталеній моделі «хвороби» у психіатрії. Як було визначено C.D. Wilson-Mendenhall & K.J. Holmes (2023), ця модель прагнула затвердити психіатрію як медичну дисципліну з чіткими діагнозами, деталізованими симптомами та стандартизованими протоколами лікування. Основи такого підходу були сформовані у 1980-х рр. завдяки впливу неокрепелінської школи. Відтак зберігається певний опір ідеї етнокультурних детермінантів травматичних розладів та ПТСР. Водночас виникає зворотна тенденція серед прихильників переосмислення моделей травматичних переживань і самого ПТСР. Вони закликають до розширення перспектив і врахування культурних факторів під час визначення причин та терапії подібних станів. Ще один виклик «універсальному» погляду на травму та ПТСР виник через зростаючий інтерес до концепції культурно обумовлених розладів. Хоча ця концепція була досить старою в антропології та транскультурній психіатрії, традиційна психіатрія чинила опір цій ідеї та протягом багатьох років і просто розглядала розлади в незахідних культурах як варіанти західних розладів або «екзотику», що не заслуговує на увагу. Однак, під зростаючим тиском з боку психіатрів, «культурно обумовлені розлади» здобули дедалі більшу довіру в психіатрії, і вони нарешті були перелічені в Діагностичному та статистичному посібнику (DSM-IV) American Psychiatric Association (1994). У відповідь швидко виникли питання про те, чи може ПТСР бути культурно обумовленим

розладом. Суперечки щодо ПТСР тепер приєдналися до суперечок, пов'язаних з культурно обумовленими розладами, створюючи складне обговорення обох концепцій (Fernandes *et al.*, 2024). На думку G. Theisen-Womersley (2021), раціональна позиція полягає в тому, що всі психічні розлади мають культурну зумовленість, включно із західними, оскільки їх виникнення, перебіг і способи реагування визначаються соціокультурним контекстом. Жоден психологічний розлад не є повністю незалежним від культурного впливу. Також спостерігається суттєве зростання кількості наукових публікацій, присвячених етнокультурним аспектам психічної травми, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), оскільки дослідники та клініцисти продовжують досліджувати та включати культурні змінні (наприклад, концепції особистості, етнічної ідентичності, релігійного статусу, гендерного статусу та ролей, культурної історії, концепції здоров'я та розладу) у свої клінічні та дослідницькі зусилля (Patel & Hall, 2021).

З огляду на наявні наукові дискусії, доцільним є детальне дослідження поняття культури, зокрема її визначення та значення у формуванні складних і потенційно травматичних соціальних реалій. P.P. Grau *et al.* (2022) визначали культуру як сукупність засвоєних поведінкових моделей та значень, які виникають у певному життєвому контексті й передаються з покоління в покоління для забезпечення виживання, адаптації та ефективної інтеграції в середовище. Ці моделі є динамічними й постійно змінюються відповідно до індивідуальних, соціальних і екологічних викликів. Культура проявляється зовні через артефакти, ролі, соціальні умови та інституції, водночас внутрішньо вона охоплює цінності, переконання, очікування, пізнавальні підходи, онтологічну основу, практичні принципи, особисті характеристики та світогляд. Вона може набувати ситуативного характеру, бути короткочасною або ж значно тривалішою за своїм впливом. Ключовою складовою концепції культури є її здатність конструювати реальність. Культура виступає як матриця, що визначає спосіб особистого сприйняття (Mahon, 2022). У Таблиці 4 докладно показано процес соціалізації через культуру, який впливає на формування всіх поведінкових аспектів.

Таблиця 4. Етапи культурного конструювання реальності

Перший етап	Існує вроджений людський імпульс описувати, розуміти та передбачати світ через упорядкування стимулів
Другий етап	Неушкоджений людський мозок не лише реагує на стимули, але й організовує, пов'язує та символізує стимули, і в процесі генерує патерни явних та неявних значень, які допомагають сприяти виживанню, адаптації та пристосуванню
Третій етап	Процес і продукт цієї діяльності значною мірою культурно контекстуалізуються, генеруються та формуються через сенсорні, лінгвістичні, поведінкові та міжособистісні практики, що складають процес культурної соціалізації
Четвертий етап	Зберігання стимулів як накопиченого життєвого досвіду, як у репрезентативних, так і в символічних формах у мозку, а також у зовнішніх формах (наприклад, книги), породжує спільний когнітивний та афективний процес, який допомагає створювати культурну безперервність у часі (тобто минулому, теперішньому та майбутньому) як для людини, так і для групи. Значною мірою індивідуальні та колективні ідентичності формуються саме через цей процес
П'ятий етап	Через соціалізацію індивідуальні та групові уподобання та пріоритети винагороджуються або караються, таким чином сприяючи та/або змінюючи культурні конструкції реальності (тобто онтогенез, епістемологію, праксологію, космологію, етос, цінності та моделі поведінки)
Шостий етап	«Реальність» таким чином «культурно сконструйована». Різні культурні контексти створюють різні реальності через процеси культурної соціалізації

Джерело: K. Yuval *et al.* (2020)

Культура структурує особисте ставлення до реальності та формує перцептивні й емпіричні шаблони для опису, інтерпретації, передбачення та управління навколишнім світом. Важливо зазначити, що це стосується як «нормальних», так і «розладжених» варіантів поведінки (Ogden, 2021). Цю етнокультурну конструкцію можна розглядати як когнітивний фільтр, що визначає інтерпретацію індивідом навколишньої дійсності та безперервно впливає на процес осмислення соціального середовища. Розуміння реакцій на травматичні події ускладнюється впливом етноцентризму. Це явище проявляється тоді, коли певна культурна система розглядає власний світогляд і цінності як універсальні або єдино правильні (Habib *et al.*, 2022). Такий підхід зумовлює методологічні та практичні труднощі у дослідженнях і клінічній практиці, зокрема в межах західних підходів до психічного здоров'я. Домінування західних наукових парадигм, сформоване під впливом економічних, політичних і військових чинників, не є свідченням їхньої об'єктивності чи універсальності, а лише відображає історичне та інституційне переважання. Етноцентричні орієнтації в галузі психічного здоров'я спричинили виникнення системних похибок, упереджень та зловживань у процесах діагностики, оцінювання та лікування представників не західних культур і етнічних або расових меншин (Carmassi *et al.*, 2020). Q. Alemi *et al.* (2023) підкреслено, що етноцентричні припущення щодо травми та травматичних подій продовжують залишатися перешкодою для точного розуміння травматичних розладів та інших форм психопатології та дезадаптації. Однак в сучасних дослідженнях включення етнокультурних факторів у розуміння ПТСР є поширеним. У контексті раніше наданого визначення культури та визнаних обмежень, що накладаються етноцентризмом, багато вчених та фахівців зараз визнають, що практично кожен аспект психічних розладів, пов'язаних з травмою, формується культурними детермінантами (Yuval *et al.*, 2020). Це вказує на необхідність формування у фахівців і науковців компетентності щодо врахування впливу етнокультурних чинників на процеси діагностики, оцінювання та психотерапії. У сучасному світі поняття культурної компетентності все ширше застосовується, особливо в контексті роботи з травмами. Воно охоплює не лише етнокультурну соціалізацію, але й володіння комп'ютерними технологіями, іноземними мовами, письмом і багатьма іншими сферами (Gopalkrishnan & Babacan, 2022). Етнокультурна компетентність стосується здатності точно розуміти значення культурних аспектів у дослідженнях, викладанні та наданні клінічних послуг. A.W. Garrity (2022) визначено, що в умовах глобалізованого суспільства медичні працівники та постачальники послуг дедалі частіше стикаються з труднощами спілкування, оцінки, діагностики та лікування пацієнтів із різних етнокультурних традицій. Зустрічі між ними нерідко характеризуються контрастними чи навіть суперечливими культурними

взаємодіями (наприклад, нігерійський лікар і корейський пацієнт), що підкреслює потребу у розвитку культурної компетентності як критичного професійного навичку (Gould *et al.*, 2021). Хоча досягнення досконалої культурної компетентності неможливе, особливо при взаємодії різних культур, її рівень можна оцінювати на основі знань про ключові особливості іншої культури. Наявність або відсутність відповідних знань може як підвищувати, так і знижувати точність клінічних рішень, залежно від їхнього обсягу та глибини Застосування підходів, заснованих на культурній нечутливості, створює значні ризики для ефективності психотерапевтичної та діагностичної роботи (Molendijk *et al.*, 2024). У межах кожної культури існують специфічні моделі, ритуали та протоколи, спрямовані на відновлення психічного здоров'я осіб, які пережили катастрофічні події, травматичний досвід або надзвичайні стресові ситуації. Аналіз S. Campos *et al.* (2023) показав, що залежно від культурного контексту ці практики можуть включати те, що західна медична спільнота класифікує як нетрадиційні або альтернативні методи лікування. До них належать шамани, знахарі, фітотерапія, соматичні практики, танці, заклинання аборигенів і декламації. Західні психологи здебільшого орієнтуються на вербальні методи для доступу до досвіду пацієнта і його зцілення, але для багатьох не західних пацієнтів ці методи виявляються неефективними або навіть неприйнятними. Тому процес зцілення часто потребує використання різноманітних модальностей, що дозволяють працювати з травматичним досвідом за межами вербального спілкування. J. Kurath *et al.* (2025) визначили варіативність культурного посередництва через лінгвістичні й сенсорні аспекти основоположним питанням для всієї психопатології. Особистий досвід події неможливо повністю відокремити від способів її сенсорного й мовного осмислення. Культурні особливості визначають характер цих посередницьких механізмів, чим впливають на сприйняття реальності (McDermott *et al.*, 2024). Якщо в різних культурах по-різному визначаються уявлення про Самість, реальність та нормативність, то очікування їхньої подібності у таких складних феноменах, як психічні розлади чи патологічні форми поведінки, є недоцільним. За висновками A.J. Wright (2021), відмінності в культурному контексті створюють абсолютно унікальне бачення досвіду як явища, що варіюється залежно від сенсорних і мовних основ кожної культури. Отже, культурні чинники є визначальними у формуванні сприйняття реальності, способів осмислення травматичного досвіду та моделей реагування на нього, оскільки саме система цінностей, традицій, соціальних норм, властивих певній культурі, впливає на інтерпретацію подій, рівень емоційного переживання та вибір стратегій поведінки. Це зумовлює необхідність урахування етнокультурного контексту не лише при дослідженні, а й при діагностиці, психокорекції та лікуванні психічних розладів, особливо тих, що виникають унаслідок травматичних подій.

◆ Висновки

Отримані результати емпіричного дослідження та їх інтерпретація засвідчили, що у респондентів, а саме студентів ЗВО Черкаської області, відсутні критичні ознаки ПТСР, але все ж наявні певні симптоми, які можуть призвести його появу, зокрема використання таких механізмів психологічного захисту як регресія, витіснення, заміщення. Водночас дані показали, що не виявлено респондентів, які б потребували спеціалізованої допомоги на базі відповідних медико-спеціалізованих закладів. Отримані результати засвідчили необхідність ширшого контекстуального аналізу, зокрема врахування соціокультурних чинників, які можуть впливати на переживання, прояви та подолання травматичного досвіду. Доведено, що інтеграція культурного контексту є необхідною умовою для адекватного розуміння індивідуальних і колективних реакцій на травму. Аналіз наявних підходів засвідчив, що труднощі виникають як у межах традиційних психіатричних моделей допомоги особам із ПТСР, так і через недостатню увагу до етнокультурних особливостей переживання та опрацювання травматичних подій. Результати підкреслили доцільність застосування мультикультурного та міждисциплінарного підходів, які враховують багатовимірний вплив культурних детермінант на формування та подолання наслідків травми. Також

виявлено, що під час реагування на національні чи міжнародні кризові ситуації західні фахівці стикаються з обмеженнями своїх моделей, що зумовлено відмінностями у культурних уявленнях про природу травми, її причини та наслідки. Встановлено, що хоча травматичні події є універсальним явищем, поведінкові, психологічні та соціальні реакції на них мають суттєві етнокультурні варіації. У контексті українського досвіду особливої ваги набуває врахування культурно обумовлених стратегій стресостійкості та колективного відновлення. Тому перспективи подальших досліджень полягають у вивченні культурно обумовлених стратегій стресостійкості та колективного відновлення, а також у визначенні шляхів інтеграції міжнародного досвіду терапії травми з національними підходами для підвищення ефективності психотерапевтичних і реабілітаційних програм у період війни.

◆ Подяки

Немає.

◆ Фінансування

Немає.

◆ Конфлікт інтересів

Немає.

◆ Джерела

- [1] Alemi, Q., et al. (2023). Afghan mental health and psychosocial well-being: Thematic review of four decades of research and interventions. *BJPsych Open*, 9(4), article number e125. doi: 10.1192/bjo.2023.502.
- [2] Al-Kubaisy, N.F., & Al Qaisy, U.K.A.J. (2020). Complex post traumatic stress disorder (CPTSD) for university students. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 15(1), 1621-1626. doi: 10.37506/ijfmt.v15i1.13643.
- [3] American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- [4] Ashbaugh, A.R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLOS One*, 11(10), article number e0161645. doi: 10.1371/journal.pone.0161645.
- [5] Campos, S., Núñez, D., Bravo, P., Fresno, A., & Olff, M. (2023). Preliminary evidence for internal structure, sensitivity, and specificity of a brief PTSD and complex PTSD measure in adolescents. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 55(4), 341-347. doi: 10.1037/cbs0000322.
- [6] Carmassi, C., Dell'Oste, V., Barberi, F.M., Pedrinelli, V., Cordone, A., Cappelli, A., Cremone, I.M., Rossi, R., Bertelloni, C.A., & Dell'Osso, L. (2020). Do somatic symptoms relate to PTSD and gender after earthquake exposure? A cross-sectional study on young adult survivors in Italy. *CNS Spectrums*, 26(3), 268-274. doi: 10.1017/S1092852920000097.
- [7] Fernandes, P., Buus, N., & Rhodes, P. (2024). Vicarious impacts of working with refugees and asylum seekers: An integrative review. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 22(3), 482-502. doi: 10.1080/15562948.2022.2049949.
- [8] Filges, T., Bengtsen, E., Montgomery, E., & Kildemoes, M.W. (2024). The impact of detention on the health of asylum seekers: An updated systematic review: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 20(3), article number e1420. doi: 10.1002/cl2.1420.
- [9] Garrity, A.W. (2022). The why, what, and how of trauma-informed educational practices. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 7(6), 1853-1869. doi: 10.1044/2022.PERSP-22-00059.
- [10] Gopalkrishnan, N., & Babacan, H. (2022). Cultural partnership practice and mental health in higher education. In A.P. Francis & M.A. Carter (Eds.), *Mental health and higher education in Australia* (pp. 51-66). Singapore: Springer. doi: 10.1007/978-981-16-8040-3_4.
- [11] Gould, B., MacQuarrie, C., O'Connell, M.E., & Bourassa, C. (2021). Mental wellness needs of two Indigenous communities: Bases for culturally competent clinical services. *Canadian Psychology*, 62(3), 213-226. doi: 10.1037/cap0000247.

- [12] Grau, P.P., Kusch, M.M., Williams, M.T., Loyo, K.T., Zhang, X., Warner, R.C., & Wetterneck, C.T. (2022). A review of the inclusion of ethnoracial groups in empirically supported posttraumatic stress disorder treatment research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(1), 55-65. doi: [10.1037/tra0001108](https://doi.org/10.1037/tra0001108).
- [13] Habib, O., Javed, M., Mahmood, K., Qureshi, M.A., Butt, N.I., & Ashfaq, F. (2022). Prevalence of post-traumatic stress disorder in medical students. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(11), 188-190. doi: [10.53350/pjmhs20221611188](https://doi.org/10.53350/pjmhs20221611188).
- [14] Holton, M.J., & Snodgrass, J.L. (2023). A theoretical and theological reframing of trauma. *Pastoral Psychology*, 72(3), 337-351. doi: [10.1007/s11089-023-01063-1](https://doi.org/10.1007/s11089-023-01063-1).
- [15] Kanal, M., & Rottmann, S.B. (2021). Everyday agency: Rethinking refugee women's agency in specific cultural contexts. *Frontiers in Psychology*, 12, article number 726729. doi: [10.3389/fpsyg.2021.726729](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.726729).
- [16] Kessler, R.C., et al. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 27(8), article number 1353383. doi: [10.1080/20008198.2017.1353383](https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383).
- [17] Kurath, J., Keyan, D., Akhtar, A., Martins, W.V., Komenda, B., Maurer, V., Turgut, K., Bryant, R.A., & Morina, N.A. (2025). A systematic review on moderators of treatment outcome among forcibly displaced adults receiving psychological and/or psychosocial interventions. *Clinical Psychology Review*, article number 102619. doi: [10.1016/j.cpr.2025.102619](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102619).
- [18] Mahon, D. (2022). Providing choice and preferences to service users accessing trauma treatment: A multicultural lens. In *Trauma-responsive organisations: The trauma ecology model* (pp. 123-146). Bingley: Emerald Publishing Limited. doi: [10.1108/978-1-80382-429-120221008](https://doi.org/10.1108/978-1-80382-429-120221008).
- [19] McDermott, L., Hameed, I., & Lau-Zhu, A. (2024). Cultural adaptations, efficacy, and acceptability of psychological interventions for mental health in adults with refugees and asylum-seeker status: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(5), 3758-3776. doi: [10.1177/15248380241262262](https://doi.org/10.1177/15248380241262262).
- [20] Molendijk, M., Baart, C., Schaffeld, J., Akçakaya, Z., Rönna, C., Kooistra, M., de Kleine, R., Strater, C., & Mooshammer, L. (2024). Psychological interventions for PTSD, depression, and anxiety in child, adolescent and adult forced migrants: A systematic review and frequentist and Bayesian meta-analyses. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(4), article number e3042. doi: [10.1002/cpp.3042](https://doi.org/10.1002/cpp.3042).
- [21] Ogden, P. (2021). *The pocket guide to sensorimotor psychotherapy in context*. New York: W.W. Norton & Company.
- [22] Patel, A.R., & Hall, B.J. (2021). Beyond the DSM-5 diagnoses: A cross-cultural approach to assessing trauma reactions. *Focus*, 19(2), 197-203. doi: [10.1176/appi.focus.20200049](https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200049).
- [23] Romash, I., Neyko, V., Romash, I., Dzivak, K., Gerych, P., Panchyshyn, M., Gerych, O., & Pustovoyt, M. (2022). Post-traumatic stress disorder as a nosological unit: Difficulties of the past and challenges of the future. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*, 28(2). doi: [10.33120/ssppj.vi50\(53\).596](https://doi.org/10.33120/ssppj.vi50(53).596).
- [24] Taylor, L., & Turner, K.K. (2025). Sociocultural determinants, anti-oppressive and culturally responsive practices. In A.M. Gomez & J. Hosey (Eds.), *The handbook of complex trauma and dissociation in children* (pp. 673-689). London: Routledge. doi: [10.4324/9781003350156](https://doi.org/10.4324/9781003350156).
- [25] Theisen-Womersley, G. (2021). Culturally informed manifestations of trauma. In *Trauma and resilience among displaced populations: A sociocultural exploration* (pp. 113-146). Cham: Springer. doi: [10.1007/978-3-030-67712-1_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-67712-1_5).
- [26] Vredeveltdt, A., Given-Wilson, Z., & Memon, A. (2023). Culture, trauma, and memory in investigative interviews. *Psychology, Crime & Law*, 1-21. doi: [10.1080/1068316X.2023.2209262](https://doi.org/10.1080/1068316X.2023.2209262).
- [27] Wilson-Mendenhall, C.D., & Holmes, K.J. (2023). Lab meets world: The case for use-inspired basic research in affective science. *Affective Science*, 4(3), 591-599. doi: [10.1007/s42761-023-00200-6](https://doi.org/10.1007/s42761-023-00200-6).
- [28] WMA. (2024). *WMA Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human participants*. Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>.
- [29] Wright, A.J. (2021). Deliberate context-driven conceptualization in psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 104(5), 700-709. doi: [10.1080/00223891.2021.1942024](https://doi.org/10.1080/00223891.2021.1942024).
- [30] Yuval, K., Aizik-Reebs, A., Lurie, I., Demoz, D., & Bernstein, A. (2020). A functional network perspective on posttraumatic stress in refugees: Implications for theory, classification, assessment, and intervention. *Transcultural Psychiatry*, 58(2), 268-282. doi: [10.1177/1363461520965436](https://doi.org/10.1177/1363461520965436).

The phenomenon of war trauma: Ethnocultural factors and experimental evidence

Tetiana Perepeliuk

PhD in Psychological Sciences, Professor
Mariupol State University
03037, 6/4 Preobrazhenska Str., Kyiv, Ukraine
<http://orcid.org/0000-0001-6313-2279>

Serhii Olkhovetskyi

PhD in Psychological Sciences, Associate Professor
Pavlo Tychyna Uman State Pedagogical University
20300, 2 Sadova Str., Uman, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0001-9135-4872>

♦ **Abstract.** The relevance of the study was determined by the need to adapt existing methods for diagnosing post-traumatic stress disorder (PTSD) and its treatment to Ukrainian realities and the context of the Russian-Ukrainian war, which causes multiple traumas in both military personnel and civilians. The aim was to identify ethnocultural factors and experimental evidence in the context of war trauma. The methods of analysis were the PCL-C questionnaire and the Plutchik-Kellerman defence mechanisms questionnaire. The role of ethnopsychological factors, in particular national identity, collective memory, and cultural mechanisms for coping with stress, in the formation and experience of traumatic experiences was determined. The severity of post-traumatic stress disorder and defence mechanisms that help adapt to war conditions were analysed in a sample of Ukrainian students. PTSD is considered a delayed or prolonged psychological reaction to traumatic/stressful events that go beyond normal human experience. Such events may include disasters, combat operations, road accidents, sexual, physical or psychological abuse. Adverse factors, such as fatigue, exhaustion, and neurological diseases, may increase the risk of developing the disorder, but are not the main ones. Therefore, PTSD can manifest itself through repeated reliving of the trauma through memories, nightmares, flashbacks, destruction of reminders of the event, increased anxiety, irritability, disruption of routine, and emotional detachment. The study found that higher education students of different genders showed differences in the use of psychological defence mechanisms. Women were more likely to experience regression – a return to infantile behaviour patterns to reduce anxiety – as well as projection – transferring their own negative traits onto others. Men predominantly repressed traumatic experiences and rationalised – attempting to logically justify their own failures. The study of cultural factors in the experience of trauma has become key to understanding the variability of its manifestations and developing culturally sensitive approaches to diagnosis and therapy. In the Ukrainian context, resilience was based on collectivism, family support, and traditional values, which determined the effectiveness of overcoming the psychological consequences of trauma. The practical significance of the study lies in the use of these resources to create psychological assistance programmes that combine modern psychotherapeutic methods with national and cultural characteristics

♦ **Keywords:** psychological assistance; extreme situations; post-traumatic stress disorder; psychological defence; psychophysiological symptoms; coping; ethnopsychology