МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УМАНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет соціально-психологічної освіти та фізичної культури
Кафедра соціальної педагогіки, соціальної роботи та консультування

Допущено до захисту
« » травня 2026 р.
В.о. зав. кафедри
_____ Галина БОНДАРЕНКО

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітній ступінь бакалавр

на тему:

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ЯК СКЛАДОВА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД

Виконав: студент IV курсу р/41 групи
денної форми навчання
спеціальності 231 Соціальна робота
Освітня програма «Соціальна робота (Соціально-психологічна реабілітація)»
Завалко Влад Валерійович
Керівник: доцент кафедри
соціальної педагогіки, соціальної роботи та консультування, к. пед. н.
Ісаченко Вікторія Павлівна

Умань − 2026

АНОТАЦІЯ. Завалко В. В. Психосоціальна підтримка як складова соціальної роботи з особами, які пережили травматичний досвід. Кваліфікаційна робота першого (бакалаврського) рівня вищої освіти на правах рукопису. Спеціальність 231 Соціальна робота. Умань, 2026.

У роботі досліджено психосоціальну підтримку як складову соціальної роботи з особами, які пережили травматичний досвід, зокрема молоддю, що зазнала впливу психотравмувальних подій в умовах воєнного стану. Розкрито теоретичні засади психосоціальної підтримки, проаналізовано психотравму як соціально-психологічний феномен, визначено особливості переживання травматичного досвіду різними категоріями населення, а також охарактеризовано нормативно-правове забезпечення та інноваційні практики психосоціальної підтримки в Україні.

Актуальність роботи зумовлена зростанням кількості осіб, які пережили травматичні події внаслідок воєнних дій, вимушеного переселення та втрати соціальної стабільності, що актуалізує необхідність удосконалення системи психосоціальної підтримки в соціальній роботі та освітньому середовищі.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати сутність психосоціальної підтримки як складової соціальної роботи з особами, які пережили травматичний досвід.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових джерел і нормативно-правових документів; емпіричні – психодіагностичні методики, анкетування, спостереження, кількісний та якісний аналіз результатів дослідження; статистичні методи обробки отриманих даних.

Одержані результати: встановлено, що психосоціальна підтримка є важливим ресурсом відновлення психоемоційного стану та соціальної адаптації осіб із травматичним досвідом. За результатами емпіричного дослідження виявлено підвищений рівень тривожності, емоційного напруження та прояви посттравматичного стресового реагування у

досліджуваної молоді, а також визначено гетерогенність рівня психологічної стійкості. Розроблено рекомендації щодо вдосконалення психосоціальної підтримки в закладах освіти як складової соціальної роботи.

Ключові слова: психосоціальна підтримка, соціальна робота, травматичний досвід, психотравма, посттравматичний стрес, молодь, внутрішньо переміщені особи, учасники бойових дій.

ABSTRACT. Zavalko V. V. Psychosocial Support as a Component of Social Work with Individuals Who Have Experienced Traumatic Events. Qualification Thesis for the First (Bachelor's) Level of Higher Education, manuscript. Specialty 231 Social Work. Uman, 2026.

The study examines psychosocial support as an integral component of social work with individuals who have experienced traumatic events, in particular young people affected by psychologically traumatic experiences under martial law conditions. The theoretical foundations of psychosocial support are explored; psychological trauma is analyzed as a socio-psychological phenomenon; the specific features of experiencing traumatic events across different population groups are identified; and the regulatory framework alongside innovative practices of psychosocial support in Ukraine are characterized.

The relevance of the study is determined by the increasing number of individuals who have experienced traumatic events due to armed conflict, forced displacement, and loss of social stability. This situation highlights the need to improve the system of psychosocial support within social work practice and the educational environment.

The aim of the research is to theoretically substantiate the essence of psychosocial support as a component of social work with individuals who have experienced traumatic events, and to investigate the specific features of traumatic stress among young people.

Research methods include theoretical methods—analysis, synthesis, generalization, and systematization of scientific sources and regulatory documents; empirical methods—psychodiagnostic techniques, questionnaires, observation,

quantitative and qualitative analysis of research results; and statistical methods for processing the obtained data.

The results of the study demonstrate that psychosocial support is an important resource for restoring psycho-emotional well-being and facilitating social adaptation among individuals with traumatic experiences. The empirical findings reveal elevated levels of anxiety, emotional tension, and manifestations of post-traumatic stress responses among the studied youth, as well as heterogeneity in psychological resilience. Recommendations have been developed to improve psychosocial support in educational institutions as a component of social work.

Keywords: psychosocial support, social work, traumatic experience, psychological trauma, post-traumatic stress, youth, internally displaced persons, combatants.

ЗМІСТ

ВСТУП …….....6

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ЯК СКЛАДОВОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД …….9

1.1. Сутність поняття «психосоціальна підтримка» у наукових дослідженнях……...…9

1.2. Психотравма як соціально-психологічний феномен……14

1.3. Особливості переживання травматичного досвіду різними категоріями населення……..……..…17

1.4. Нормативно-правове забезпечення психосоціальної підтримки в Україні……24

1.5. Інноваційні практики та програми психосоціальної підтримки в Україні……27

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ЯК СКЛАДОВОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД ……..….32

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження ……..…...32

2.2. Аналіз отриманих результатів комплексної діагностики……..…….....35

2.3. Рекомендації щодо психосоціальної підтримки молоді, яка пережила травматичний досвід, як складової соціальної роботи ……..….48

ВИСНОВКИ …….....52

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ……55

ДОДАТКИ……..…59

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасні соціальні трансформації, спричинені воєнними діями, вимушеним переміщенням населення, соціально-економічною нестабільністю та зростанням кількості кризових ситуацій, актуалізують проблему психічного здоров'я та психосоціального благополуччя населення. В умовах повномасштабної війни в Україні значна частина громадян переживає травматичний досвід, пов'язаний із загрозою життю, втратою близьких, вимушеним переселенням, руйнуванням соціальних зв'язків, порушенням звичного способу життя та хронічним психоемоційним напруженням. Особливо вразливими до наслідків психотравматизації є молодь, внутрішньо переміщені особи, учасники бойових дій, діти та особи, які тривалий час перебувають у стані невизначеності та соціальної нестабільності.

У таких умовах особливої значущості набуває психосоціальна підтримка як складова соціальної роботи, спрямована на відновлення психологічного ресурсу особистості, стабілізацію емоційного стану, посилення адаптаційного потенціалу та відновлення соціального функціонування людини. Психосоціальна підтримка поєднує психологічні, соціально-педагогічні, консультативні та реабілітаційні заходи, орієнтовані на забезпечення комплексної допомоги особам, які пережили травматичний досвід.

Проблематика психосоціальної підтримки осіб, які пережили психотравмуючі події, знайшла відображення у працях вітчизняних та зарубіжних науковців у галузі соціальної роботи, психології, педагогіки та медицини. Водночас сучасні соціальні виклики потребують подальшого наукового осмислення змісту, форм та методів психосоціальної підтримки як складової професійної соціальної роботи.

Актуальність теми дослідження зумовлена необхідністю розроблення ефективних підходів до організації психосоціальної підтримки молоді та інших категорій населення, які пережили травматичний досвід, а також

потребою вдосконалення соціально-реабілітаційної практики в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення України.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати сутність психосоціальної підтримки як складової соціальної роботи з особами, які пережили травматичний досвід.

Об'єкт дослідження – психосоціальна підтримка в системі соціальної роботи.

Предмет дослідження – особливості психосоціальної підтримки осіб, які пережили травматичний досвід.

Відповідно до проблеми та мети визначені наступні **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні підходи до визначення сутності психосоціальної підтримки та особливостей переживання травматичного досвіду в сучасних наукових дослідженнях.

2. Дослідити нормативно-правові засади та інноваційні практики психосоціальної підтримки в системі соціальної роботи України.

3. Провести емпіричне дослідження особливостей переживання травматичного стресу молоддю, яка має травматичний досвід.

4. Розробити рекомендації щодо вдосконалення психосоціальної підтримки молоді як складової соціальної роботи з особами, які пережили травматичний досвід.

Методи дослідження. Для реалізації поставленої мети та завдань використано комплекс взаємопов'язаних методів дослідження: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових джерел і нормативно-правових документів; емпіричні – психодіагностичні методики, анкетування, спостереження, кількісний та якісний аналіз результатів дослідження; статистичні методи обробки отриманих даних.

Експериментальна база дослідження. Організація та база дослідження передбачали формування вибірки із 26 здобувачів освіти Уманського національного університету, які навчаються за різними освітніми

програмами. Вибірка дослідження охоплювала здобувачів які мають статус учасників бойових дій, а також внутрішньо переміщених осіб.

Теоретичне значення дослідження полягає в узагальненні та систематизації наукових підходів до розуміння психосоціальної підтримки як складової соціальної роботи з особами, які пережили травматичний досвід.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів і розроблених рекомендацій у діяльності закладів освіти, соціальних служб, центрів психосоціальної підтримки, а також у професійній підготовці фахівців соціальної сфери.

Апробація результатів дослідження відбувалася шляхом публікації наукових тез та виступів на Всеукраїнських науково-практичних конференціях та семінарах: «Актуальні проблеми соціальної педагогіки та соціальної роботи» (Умань, 19 листопада 2025 р.), «Просоціальна особистість у гендерному вимірі: теоретико-методологічні та прикладні аспекти» (Умань, 29 травня 2026 р.) та ін.

Публікації автора за темою дослідження: основні положення та результати дослідження викладено у 2 тезах, які опубліковані у збірниках наукових праць за матеріалами конференцій та семінарів.

Структура та обсяг дослідження: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел. Робота викладена на 54 сторінках, в тому числі містить 3 таблиці, 4 малюнки, та 41 бібліографічне джерело.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ЯК СКЛАДОВОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД

1.1. Сутність поняття «психосоціальна підтримка» у наукових дослідженнях

Одним із ключових пріоритетів державної політики у разі виникнення надзвичайних ситуацій є забезпечення захисту психічного здоров'я та зміцнення психосоціального благополуччя населення. Реалізація цих завдань потребує високого рівня міжсекторальної координації та узгодженості дій органів державної влади, неурядових організацій [9, ст. 11], а також міжнародних партнерів.

У цьому контексті міжнародна гуманітарна політика охоплює комплекс заходів, спрямованих на захист життя, здоров'я і гідності людини, розвиток співробітництва у сфері подолання захворювань і голоду, ліквідації неписьменності, а також поширення загальновизнаних міжнародних стандартів виховання дітей та молоді. Така політика реалізується як на двосторонньому, так і на багатосторонньому рівнях, включаючи глобальні ініціативи у відповідь на війни, епідемії, стихійні лиха та інші кризові ситуації.

У сучасних умовах України це знаходить своє відображення, зокрема, у наданні допомоги біженцям і внутрішньо переміщеним особам, протидії терористичним загрозам, а також у розвитку системи психосоціальної підтримки в освітній сфері та суспільстві загалом [15].

Міністерство освіти і науки України у взаємодії з Офісом Першої леді України О. Зеленської та міжнародними організаціями здійснює системну діяльність, спрямовану на вирішення проблеми збереження психічного здоров'я громадян, які зазнали впливу збройної агресії. З метою забезпечення доступності, своєчасності та ефективності психологічної допомоги впроваджено Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

У межах цієї програми реалізуються інноваційні інформаційно-комунікаційні інструменти, зокрема створено телеграм-канал «Підтримай дитину», який містить практикоорієнтовані рекомендації, ігрові та розвивальні вправи для дітей. Запропоновані матеріали (аудіоказки, словесні ігри, завдання для розвитку мовлення й артикуляційної гімнастики тощо) адаптовані до умов підвищеного стресу та можуть застосовуватися у різних ситуаціях – під час перебування в укриттях, у домашньому середовищі або в процесі евакуації. Це забезпечує батькам і педагогам можливість оперативного використання психолого-педагогічних ресурсів для підтримки емоційного стану дитини [17].

Сучасне освітнє середовище, за визначенням Н. Лісової, як ніколи раніше потребує формування стійких партнерських відносин і узгодженої взаємодії між усіма суб'єктами – учнями, педагогами, батьками, адміністрацією закладів освіти, представниками місцевих громад та міжнародними партнерами. Така взаємодія є неможливою без урахування психологічних засад педагогіки партнерства. Отже, психосоціальна, психолого-педагогічна та державно-суспільна взаємодія постають як ключові чинники стабілізації та розвитку освітньої системи як у воєнний, так і в повоєнний період [17].

Аналіз наукових джерел і практичний досвід засвідчують, що забезпечення ефективної психосоціальної підтримки через міжінституційну взаємодію є одним із пріоритетних завдань сучасності. З огляду на те, що діти є стратегічним ресурсом держави та запорукою її майбутнього розвитку і міжнародного визнання, особливого значення набуває інвестування у збереження їхнього психічного здоров'я, відновлення соціальних зв'язків, формування стресостійкості та створення безпечного середовища для розвитку. Відтак держава має забезпечити належний рівень задоволення потреб населення у психосоціальній підтримці, що є можливим за умови ефективного використання внутрішніх ресурсів і розвитку партнерської взаємодії з міжнародною спільнотою. Партнерство у цьому контексті постає як вища форма соціальної взаємодії та водночас як модернізаційний механізм, що слугує підґрунтям для розвитку соціального партнерства в освіті та впровадження демократичних

моделей управління, які потребують оновлених підходів до менеджменту [34, с. 29].

В умовах воєнного стану в Україні державно-суспільна взаємодія набуває визначального значення, оскільки забезпечує можливість здійснення цілеспрямованого, комплексного та скоординованого впливу на особистість і суспільство загалом із метою відновлення та підтримки соціальних зв'язків. Упродовж останнього року активно впроваджуються різноманітні освітні ініціативи та програми, спрямовані на надання психологічної й психосоціальної підтримки всім учасникам освітнього процесу – педагогам, батькам і учням. Освітня сфера виступає ключовим стабілізаційним чинником, оскільки забезпечує дітям відчуття безпеки, сприяє поверненню до відносної життєвої нормальності, створює умови для відновлення, соціалізації, творчої самореалізації та безперервного навчання. У зв'язку з цим підтримання її ефективного функціонування є стратегічно важливим завданням держави.

Психосоціальна підтримка ще до початку повномасштабного вторгнення визначалася як одна з базових потреб українських дітей, а в сучасних умовах її значущість істотно зросла. Це підтверджується результатами досліджень, проведених Міжнародною організацією з міграції, Програмою розвитку ООН та ЮНІСЕФ у співпраці з Центром сталого миру та демократичного розвитку у 48 закладах освіти, розташованих у регіонах, наближених до зон бойових дій. Дослідження було спрямоване на аналіз впливу збройного конфлікту та супутніх мікросоціальних ризиків на підлітків, а також на вивчення їхньої здатності до формування резильєнтності [40].

Отримані результати засвідчили, що перебування в умовах конфлікту та інших стресогенних і небезпечних ситуацій зумовлює підвищення рівня психоемоційного напруження, прояви агресивної поведінки, зростання тривожності, розвиток депресивних станів і схильність до асоціальних форм поведінки, що загалом призводить до зниження якості життя та рівня задоволеності ним. Водночас дослідження підтвердило, що наявність підтримки з боку значущого соціального оточення – однолітків, батьків і педагогів, емоційна

включеність у шкільне середовище та сформоване відчуття приналежності суттєво пом’якшують негативні наслідки травматичного досвіду.

Таким чином, заклад освіти виконує ключову функцію у формуванні резильєнтності та життєвої стійкості учнівської молоді. Особлива роль у цьому процесі належить педагогу як суб’єкту, що забезпечує атмосферу згуртованості, психологічної безпеки та підтримки, сприяючи формуванню комфортного освітнього середовища, в якому розвивається особистість із високим рівнем психічного благополуччя. Водночас емпірична модель зазначеного дослідження у поєднанні з результатами міжнародних наукових розвідок підтверджує, що перебування в умовах підвищених ризиків асоціюється з низкою негативних наслідків, серед яких – зниження академічної успішності, погіршення суб’єктивного благополуччя, загострення поведінкових проблем, а також зниження готовності до активної громадянської участі та миротворчої діяльності [23, ст. 9, 15].

О. Плетка обґрунтовує багаторівневу структуру психосоціальної підтримки (ПСП), диференційовану за форматом, обсягом допомоги та рівнем професійної залученості фахівців. Зокрема, виокремлюються такі рівні: забезпечення безпеки та базових послуг; підтримка на рівні громади та родини; цільова неспеціалізована допомога [23]. Такий підхід узгоджується з сучасними міжнародними моделями організації ПСП і дозволяє забезпечити поетапне та адресне реагування на потреби різних груп населення.

Результати емпіричних досліджень засвідчують значне зростання потреби у психологічній підтримці серед учнівської молоді, особливо серед тих, хто перебуває або перебував на тимчасово окупованих територіях, став свідком травматичних подій, зазнав втрат у родині чи соціальному оточенні, вимушено залишив місце проживання або перебуває за кордоном. До групи ризику також належать діти, які не відчувають безпеки у власному середовищі чи обмежені у можливостях підтримувати контакт із близькими. У цих умовах надання психологічної допомоги може здійснюватися як професійними психологами (за

умови сформованого запиту з боку батьків та доступності відповідних фахівців), так і найближчим соціальним оточенням – батьками та педагогами [1].

Водночас ефективність такої підтримки значною мірою залежить від рівня підготовленості зазначених суб'єктів до надання психосоціальної допомоги. Наявність у них відповідних знань, навичок і практичного досвіду є важливим індикатором часткової готовності держави до реагування на сучасні виклики. Проте для забезпечення системності та масштабованості такої допомоги необхідною є посилена міжсекторальна взаємодія, активне залучення міжнародних партнерів, а також формування доступного інформаційного середовища для всіх членів суспільства. Йдеться про забезпечення широкого доступу до ресурсів, пов'язаних із психосоціальною підтримкою, зокрема освітніх програм, тренінгів, професійних можливостей, науково-популярної літератури, цифрових застосунків, груп взаємодопомоги та інших інструментів, спрямованих на підвищення обізнаності щодо психоемоційних станів осіб, які пережили травматичний досвід.

Станом на сьогодні в Україні функціонує значна кількість державних і недержавних організацій, які реалізують комплексні програми підтримки населення. Їх діяльність охоплює підготовку педагогічних і психологічних кадрів, проведення психоосвітніх та корекційно-розвивальних занять для дітей, надання матеріальної допомоги постраждалим, зокрема внутрішньо переміщеним особам, а також сприяння соціально-психологічній адаптації та поверненню до відносно стабільного життєвого функціонування.

Водночас суттєво зростає рівень професійної підготовленості педагогів і практичних психологів, які проходять спеціалізоване навчання з надання психосоціальної підтримки учням та їхнім родинам. У фаховому середовищі утверджується розуміння того, що ефективність допомоги безпосередньо залежить від наявності у спеціаліста достатнього рівня внутрішніх ресурсів, психологічної стійкості та здатності до саморегуляції. Таким чином, поряд із розвитком професійних компетентностей, особливої ваги набуває підтримка

психічного здоров’я самих фахівців як необхідної умови забезпечення якісної та безперервної допомоги іншим.

1.2. Психотравма як соціально-психологічний феномен

Сучасне суспільство характеризується зростанням кількості психотравмуючих подій, пов’язаних із війнами, вимушеним переселенням, втратою близьких, насильством, економічною нестабільністю та соціальною невизначеністю. В умовах повномасштабної війни в Україні проблема психотравми набуває особливої актуальності, оскільки значна частина населення переживає хронічний стрес, травматичні події та психологічні втрати.

Психотравма є не лише індивідуальним переживанням, а й соціально-психологічним явищем, що впливає на поведінку, міжособистісні взаємини, соціальне функціонування та рівень інтеграції особистості в суспільство. Її наслідки можуть проявлятися у формі тривожних розладів, депресії, посттравматичного стресового розладу, соціальної ізоляції, втрати життєвих орієнтирів і зниження адаптаційного потенціалу.

Сучасні дослідження розглядають психотравму як багатовимірне явище, що включає психологічні, нейрофізіологічні та соціокультурні компоненти. Наукові джерела наголошують, що психотравма не обмежується лише реакцією на подію, а пов’язана зі зміною системи базових переконань особистості щодо безпеки, довіри, контролю та майбутнього [10].

Вітчизняні дослідники акцентують увагу на зростанні поширеності посттравматичних реакцій серед військовослужбовців, ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та цивільного населення після 2022 року. Особливе значення мають питання психосоціальної реабілітації та соціальної адаптації осіб із травматичним досвідом [16].

Психотравма визначається як наслідок переживання події або сукупності подій, які перевищують здатність особистості до психологічного опрацювання та адаптації.

У межах сучасної психологічної науки психотравма розглядається як комплексна реакція особистості на надмірно інтенсивний або тривалий стресовий вплив, що супроводжується порушенням емоційної рівноваги, трансформацією когнітивних схем і зміною сприйняття себе, інших людей та навколишнього світу. Наслідком психотравматизації нерідко стає дезорганізація соціального функціонування особистості, що проявляється у труднощах міжособистісної взаємодії, зниженні адаптаційних можливостей і порушенні здатності до повноцінної життєдіяльності.

Згідно з класифікацією World Health Organization, психотравматичні наслідки можуть проявлятися через посттравматичний стресовий розлад, комплексний ПТСР, депресивні стани, дисоціативні реакції та тривожні порушення [41].

Міжнародна класифікація хвороб одинадцятого перегляду – World Health Organization – визначає ПТСР як розлад, що виникає після переживання надзвичайно загрозливої або катастрофічної події [41].

Психотравма має виражений соціально-психологічний характер, оскільки її виникнення, перебіг і наслідки значною мірою детермінуються соціальним середовищем, рівнем міжособистісної підтримки, культурними нормами та доступністю психологічної і соціальної допомоги. У цьому контексті психотравматизація виходить за межі суто індивідуального переживання та набуває ознак суспільно значущого явища [10].

Соціально-психологічний вимір психотравми проявляється насамперед у соціальній ізоляції особистості, коли людина, яка пережила травматичний досвід, уникає міжособистісних контактів, втрачає відчуття довіри, безпеки та емоційної близькості з оточенням. Водночас травма нерідко спричиняє порушення соціальних ролей, що проявляється у зниженні здатності ефективно виконувати професійні, сімейні та громадські функції [10].

Суттєвим чинником ускладнення психоемоційного стану є стигматизація осіб із проявами психотравматичних реакцій. Страх соціального осуду, нерозуміння або дискримінації часто перешкоджає своєчасному зверненню по

допомогу та поглиблює внутрішню дезадаптацію. Наслідком психотравматизації також може бути зниження адаптивного потенціалу особистості, що виявляється у труднощах прийняття рішень, втраті життєвих орієнтирів, невпевненості у майбутньому та зниженні здатності до конструктивного планування власного життя [10].

В умовах війни, масових втрат і тривалих криз психотравма набуває ознак колективної травми, трансформуючись у масштабне соціальне явище, яке впливає не лише на окрему особистість, а й на сім'ї, громади та суспільство загалом. За таких умов психосоціальна підтримка стає важливим напрямом соціальної роботи та державної політики у сфері збереження психічного здоров'я населення.

У сучасних дослідженнях психотравма дедалі частіше розглядається як феномен суспільної пам'яті, що впливає на покоління та формує культурні моделі реагування на кризу [8].

Психотравма супроводжується суттєвими змінами у функціонуванні центральної нервової системи, що впливають на емоційний стан, когнітивні процеси та поведінкові реакції особистості. У сучасних нейропсихологічних дослідженнях психотравматизація розглядається як складний комплекс нейробіологічних порушень, пов'язаних із тривалим або надмірно інтенсивним стресовим впливом [8].

До основних нейропсихологічних механізмів психотравми належить підвищена активність мигдалеподібного тіла, яке відповідає за розпізнавання загрози та формування реакцій страху. Внаслідок цього людина може перебувати у стані постійної тривоги, гіперпильності та емоційної напруги. Водночас спостерігаються порушення функціонування гіпокампа – структури мозку, що забезпечує процеси пам'яті та інтеграцію життєвого досвіду. Це може проявлятися у фрагментарності спогадів, труднощах концентрації уваги та повторному переживанні травматичних подій [8].

Суттєву роль у розвитку психотравматичних реакцій відіграє також дисбаланс гормонів стресу, насамперед кортизолу та адреналіну, що негативно

впливає на загальний психофізіологічний стан особистості. Крім того, психотравма супроводжується змінами у роботі префронтальної кори головного мозку, яка відповідає за самоконтроль, прийняття рішень, критичне мислення та регуляцію поведінки. Як наслідок, у людини можуть виникати труднощі з емоційною саморегуляцією, контролем імпульсивних реакцій і здатністю адекватно оцінювати ситуацію [8].

Таким чином, психотравма має не лише психологічний, а й виражений нейробіологічний характер, що обумовлює необхідність комплексного підходу до психосоціальної підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості.

Сучасні дослідження демонструють, що травматичний досвід може залишати довготривалі сліди у структурі пам'яті та емоційної реактивності. У клінічній практиці це проявляється нав'язливими спогадами, флешбеками, гіперпильністю та униканням тригерів [10].

Психотравма є складним соціально-психологічним феноменом, який охоплює індивідуальні, міжособистісні та суспільні рівні функціонування. Вона виникає внаслідок переживання подій, що перевищують адаптаційні можливості людини, і супроводжується змінами психоемоційної, когнітивної та соціальної сфер.

Сучасні дослідження підтверджують, що психотравма не обмежується лише клінічними проявами, а впливає на систему соціальних відносин, професійну активність, рівень інтеграції в суспільство та якість життя.

В умовах війни психотравма стає не лише індивідуальною, а й колективною проблемою, що потребує міждисциплінарного підходу. Розвиток системи психосоціальної підтримки, удосконалення законодавства та посилення ролі соціальної роботи створюють передумови для ефективної допомоги населенню.

1.3. Особливості переживання травматичного досвіду різними категоріями населення

Сучасне суспільство характеризується високим рівнем впливу кризових подій: війни, вимушене переселення, насильство, втрати, стихійні лиха, соціально-економічна нестабільність. У таких умовах проблема переживання травматичного досвіду набуває міждисциплінарного значення та потребує комплексного осмислення.

Психологічна травма визначається як глибоке психоемоційне порушення, яке виникає внаслідок подій, що перевищують адаптаційні ресурси особистості. Травматичний досвід може змінювати когнітивну, емоційну та поведінкову структуру особистості, впливати на соціальне функціонування та якість життя.

У психологічній літературі травма розглядається як порушення базового відчуття безпеки людини. У міжнародній класифікації психічних розладів DSM-5 та МКХ-11 психотравма виступає одним із ключових чинників формування ПТСР [40].

Основними проявами психотравматичного переживання є повторне відтворення травматичної події у свідомості людини, нав’язливі спогади, нічні кошмари, емоційне оніміння, уникання ситуацій або об’єктів, що асоціюються з травмою, а також стан постійної гіперпильності та підвищеної тривожності. Психотравма нерідко супроводжується і соматичними реакціями, зокрема порушеннями сну, головним болем, хронічною втомою, м’язовим напруженням та іншими психофізіологічними проявами стресу [32].

У сучасних наукових дослідженнях травматичний досвід розглядається як багаторівневий феномен, що охоплює не лише внутрішній психоемоційний стан особистості, а й ширший соціальний та культурний контекст. На індивідуальному рівні травма впливає на емоційну сферу, поведінку, когнітивні процеси та здатність до адаптації. На сімейному рівні її наслідки можуть проявлятися у порушенні міжособистісних взаємин, емоційній дистанції, конфліктах або трансляції травматичного досвіду між поколіннями [32].

Колективний рівень травматизації формується в умовах війни, масових криз, катастроф чи соціальних потрясінь і впливає на цілі соціальні групи та громади. У свою чергу, культурно-історичний рівень пов’язаний із суспільною

пам’яттю, історичним досвідом народу та особливостями колективного переживання травматичних подій, які можуть визначати соціальні настрої, цінності та моделі поведінки протягом тривалого часу. Таким чином, психотравма є комплексним соціально-психологічним явищем, що потребує міждисциплінарного підходу до її осмислення та подолання [32].

Українські дослідники наголошують, що сучасна травматизація населення має динамічний, хронічний та колективний характер [32].

Особливості переживання травматичного досвіду дітьми та підлітками. Діти та підлітки належать до найбільш уразливих категорій населення щодо впливу травматичних подій, що зумовлено незавершеністю емоційного, когнітивного та соціального розвитку особистості. Травматичний досвід у дитячому віці може суттєво впливати на формування базового відчуття безпеки, довіри до світу, особливостей міжособистісної взаємодії та подальший психічний розвиток дитини.

Особливої актуальності проблема психотравматизації дітей і підлітків набуває в умовах війни, вимушеного переміщення, втрати близьких, руйнування звичного способу життя та тривалого перебування в ситуації небезпеки. За таких умов важливого значення набуває своєчасна психосоціальна підтримка, створення безпечного освітнього середовища, стабільних емоційних зв’язків і комплексного супроводу дитини з боку сім’ї, педагогів, психологів та фахівців соціальної роботи.

Травматичний досвід у дітей часто має відтермінований характер, коли симптоматика проявляється через роки. Підлітковий вік є одним із найбільш сенситивних етапів розвитку особистості, оскільки саме в цей період відбувається інтенсивне формування особистісної, соціальної та емоційної ідентичності. У зв’язку з цим вплив травматичних подій у підлітковому віці може мати як деструктивний характер, спричиняючи порушення психоемоційного розвитку, так і стимулювати формування адаптаційних механізмів та психологічної стійкості [19].

Водночас підлітки часто ще не володіють достатньо сформованими внутрішніми ресурсами, навичками емоційної саморегуляції та ефективними стратегіями подолання стресу, що підвищує ризик виникнення тривалих негативних психічних наслідків навіть у відповідь на відносно помірні психотравмувальні ситуації [2].

Сприятливе соціальне оточення, зокрема емоційна підтримка з боку батьків, стабільність освітнього середовища, наявність безпечних міжособистісних взаємин та доступ до психологічної допомоги, здатне суттєво зменшити ризик розвитку посттравматичних стресових розладів. Натомість соціальна ізоляція, сімейні конфлікти, дефіцит підтримки та повторна травматизація можуть сприяти поглибленню психоемоційних порушень і загостренню симптоматики ПТСР [30].

У підлітковому віці особливості сприйняття травматичних подій значною мірою зумовлюються підвищеною емоційною чутливістю, нестабільністю самооцінки, процесами становлення особистісної ідентичності та вираженою потребою у соціальному схваленні й визнанні. Як зазначає І. Марціновська, травматичний стрес у підлітків часто пов’язаний не лише з об’єктивно тяжкими або небезпечними подіями, а й із суб’єктивним переживанням втрати контролю над ситуацією, почуттям безпорадності, приниження чи сорому [18].

Унаслідок цього навіть події, які дорослими можуть сприйматися як помірно стресові, для підлітка здатні мати виражений психотравмувальний вплив.

Реакції підлітків на психотравмувальні події можуть варіюватися від емоційного замикання, уникнення соціальних контактів і зниження комунікативної активності до агресивної поведінки, підвищеної конфліктності чи протестних форм реагування. У багатьох випадках спостерігаються зміни поведінкових моделей, порушення сну та харчової поведінки, зниження концентрації уваги, погіршення навчальної успішності та втрата інтересу до звичних видів діяльності. Відсутність своєчасної психологічної підтримки та належних психосоціальних інтервенцій може сприяти формуванню емоційної

відстороненості, зниженню рівня емпатії, розвитку тривожно-депресивних проявів і втраті мотивації до особистісного та навчального розвитку [5].

Відповідно до сучасної міжнародної класифікації психічних розладів DSM-5, травматичними визначаються події, пов’язані з реальною або потенційною загрозою життю, серйозним тілесним ушкодженням чи сексуальним насильством [40].

Для підліткового віку особливо актуальними психотравмувальними чинниками є переживання воєнних дій, вимушене переміщення, свідчення насильства, участь у бойових подіях або перебування в умовах постійної небезпеки [12]. Водночас значний негативний вплив на психоемоційний стан підлітків мають булінг, кібербулінг, соціальна ізоляція, емоційне відторгнення та інші форми міжособистісного насильства, які дедалі частіше розглядаються у сучасних дослідженнях як вагомі чинники психологічної травматизації [22].

Для молоді та дорослого населення травматичний досвід найчастіше пов’язаний із руйнуванням звичних життєвих сценаріїв, втратою професійної стабільності, порушенням сімейних взаємин і базового відчуття безпеки. У дорослому віці психотравма особливо гостро впливає на систему соціальних ролей, професійну самореалізацію та здатність особистості підтримувати стабільне функціонування в умовах тривалого стресу.

Основними психоемоційними реакціями у цієї категорії населення є підвищена тривожність, депресивні симптоми, відчуття втрати контролю над власним життям, соціальна дезадаптація та професійне вигорання. У багатьох випадках спостерігаються труднощі емоційної саморегуляції, хронічна втома, зниження мотивації та порушення міжособистісної взаємодії [32].

Особи похилого віку становлять окрему вразливу категорію, оскільки психотравматичні події нерідко актуалізують у них попередній травматичний досвід, накопичений протягом життя. Для літніх людей характерними є підвищене відчуття самотності, страх безпорадності, зростання залежності від сторонньої допомоги та втрата відчуття життєвої стабільності. Психотравма в осіб похилого віку часто супроводжується загостренням соматичних

захворювань, підвищеним ризиком розвитку депресивних станів, емоційним виснаженням і когнітивними порушеннями [4].

У межах геронтологічної психології травматичний досвід розглядається як чинник, що ускладнює процеси адаптації до кризових умов, посилює переживання втрати, соціальної незахищеності та екзистенційної тривоги. У зв'язку з цим важливого значення набуває створення системи соціальної та психологічної підтримки осіб похилого віку, спрямованої на збереження їхньої соціальної активності, емоційної стабільності та якості життя [4].

Для внутрішньо переміщених осіб і біженців травматичний досвід пов'язаний не лише з безпосереднім переживанням небезпеки, а й із руйнуванням звичного життєвого простору, втратою соціальної стабільності та необхідністю адаптації до нових умов життя.

Серед основних травматичних чинників особливе місце посідають втрата дому, вимушений розрив соціальних зв'язків, невизначеність майбутнього, економічна нестабільність та складнощі культурної адаптації. Для внутрішньо переміщених осіб характерним є поєднання гострої та пролонгованої психотравми, оскільки переживання небезпеки нерідко доповнюється тривалим перебуванням у стані соціальної нестабільності та психологічного виснаження [4].

Особливо вираженими наслідками вимушеного переміщення є почуття втрати особистісної та соціальної ідентичності, соціальна дезорієнтація, порушення відчуття належності до спільноти, а також тривала психологічна напруга. У багатьох випадках особи стикаються з труднощами адаптації до нового соціального середовища, втратою професійної реалізації та зниженням рівня соціальної підтримки, що негативно впливає на їхній психоемоційний стан і якість життя [4].

Окрему категорію осіб із високим рівнем психотравматизації становлять військовослужбовці та ветерани. Бойова травма належить до найбільш інтенсивних форм травматичного досвіду, оскільки пов'язана з безпосередньою

загрозою життю, переживанням втрат, участю в бойових діях та тривалим перебуванням у стані фізичного й психоемоційного напруження.

Типовими проявами бойової психотравми є флешбеки, підвищена настороженість, емоційна відчуженість, порушення сну, труднощі інтеграції у цивільне життя та так звана моральна травма, що виникає внаслідок глибоких внутрішніх конфліктів, пов’язаних із пережитими подіями та переосмисленням власного досвіду. Учасники бойових дій мають високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, депресивних станів, адиктивної поведінки та суїцидальних тенденцій [4].

У сучасних українських дослідженнях підкреслюється необхідність довготривалого психосоціального супроводу ветеранів [16].

Фахівці допомагаючих професій – психологи, соціальні працівники, медичні працівники, волонтери, педагоги та інші спеціалісти, які працюють із постраждалими від травматичних подій, – належать до категорії підвищеного ризику щодо розвитку вторинної травматизації. Постійний емоційний контакт із людьми, які пережили втрати, насильство, воєнні дії або інші кризові ситуації, створює значне психоемоційне навантаження та може негативно впливати на психічне здоров’я самих фахівців [4].

Одним із найбільш поширених наслідків такої діяльності є емоційне виснаження, що проявляється у хронічній втомі, зниженні емоційної чутливості, втраті внутрішніх ресурсів та професійної мотивації. Важливим чинником ризику виступає також співпереживання травматичному досвіду клієнта, коли фахівець глибоко емоційно залучається у переживання постраждалих осіб і частково інтеріоризує їхній біль, страх або відчай [4].

Тривале перебування у стані високої психологічної напруги нерідко призводить до професійного вигорання, що супроводжується емоційною відстороненістю, зниженням ефективності професійної діяльності, втратою емпатії та відчуттям професійної безпорадності. Окремою проблемою є порушення професійних і особистісних меж, коли фахівець надмірно ототожнює

себе з клієнтом або бере на себе надмірний рівень відповідальності за його психоемоційний стан [38].

У зв'язку з цим особливого значення набуває система професійної підтримки фахівців, яка повинна включати супервізію, інтервізію, психологічне консультування, розвиток навичок саморегуляції та профілактику професійного вигорання. Забезпечення психоемоційного благополуччя спеціалістів допомагаючих професій є важливою умовою ефективності їхньої професійної діяльності та стійкості системи психосоціальної підтримки загалом

1.4. Нормативно-правове забезпечення психосоціальної підтримки в Україні

Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» (№ 4223-IX від 15 січня 2025 року) закріплює можливість організації психосоціальної підтримки у професійному середовищі. Зокрема, роботодавцям надано право ініціювати, розробляти та впроваджувати внутрішні програми, спрямовані на підтримання психічного благополуччя працівників. Таке нормативне врегулювання формує правові засади для забезпечення психологічної підтримки персоналу та посилює увагу до охорони психічного здоров'я у трудових відносинах [27].

У положеннях зазначеного нормативно-правового акта визначено поняття «допомога у сфері психічного здоров'я», під яким розуміється комплекс заходів, орієнтованих на попередження або лікування психічних порушень, подолання складних життєвих ситуацій та інших труднощів, пов'язаних із психологічним станом людини. Такі дії також охоплюють підтримку процесів відновлення психічних функцій, збереження працездатності, соціальної активності та досягнення внутрішньої психологічної рівноваги [27].

Відповідно до статті 25 Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні», психосоціальна допомога трактується як цілеспрямована діяльність, покликана забезпечити психологічні та соціальні потреби людини

задля підвищення рівня її життя. Реалізація такої допомоги здійснюється через надання інформаційної підтримки щодо питань психічного здоров'я, розвиток навичок подолання стресових ситуацій, формування психологічної стійкості та сприяння відновленню емоційного ресурсу. Крім того, важливою складовою є зменшення відчуття соціальної ізоляції, посилення здатності особи до самостійного прийняття рішень і підвищення рівня самозарадності [27].

Ключові напрями психосоціальної допомоги охоплюють: оцінку потреб та чинників, що впливають на психоемоційний стан і якість життя; інформування особи щодо її стану та доступних форм підтримки; створення безпечного простору для вираження переживань; розвиток навичок психологічної стійкості (стрес-менеджмент, саморегуляція, релаксаційні техніки, цілепокладання та подолання життєвих труднощів); підтримку у вирішенні конкретних проблем і залученні до соціальних мереж підтримки; а також за потреби – скерування до профільних фахівців і спеціалізованих служб для забезпечення комплексності та безперервності допомоги [27].

Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів на 2024–2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» від 21 червня 2024 року № 572-р визначає стратегічний напрям державної політики у сфері ментального здоров'я. Основною метою документа є формування доступної, результативної та сучасної системи охорони психічного здоров'я, яка відповідатиме актуальним потребам населення та функціонуватиме відповідно до міжнародних стандартів [29].

У межах цього документа визначено низку пріоритетних напрямів діяльності, серед яких – оновлення законодавчої бази, впровадження сучасних стандартів якості послуг, розвиток психосоціальної підтримки на рівні територіальних громад, реалізація інформаційно-просвітницьких ініціатив та посилення уваги до потреб соціально вразливих категорій населення. Особливий акцент зроблено на підтримці ветеранів, працівників правоохоронної системи, молоді, підлітків та інших груп, які потребують підвищеної психологічної уваги. Також документ підкреслює важливість залучення громад та осіб із власним

досвідом психічних розладів до процесів формування державної політики та подолання суспільної стигматизації [29].

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» регламентує порядок надання психосоціальної підтримки та відповідних послуг у сфері психічного здоров'я. Документ визначає організаційні механізми допомоги, зокрема щодо профілактики суїцидальної поведінки, психосоціального супроводу реабілітації ветеранів війни та інших категорій населення. Окрему увагу приділено вимогам до забезпечення психосоціальної допомоги під час або після надання медичних і реабілітаційних послуг [25].

У положеннях наказу окреслено поняття отримувачів психосоціальної допомоги. До цієї категорії належать фізичні особи, які самостійно звернулися за відповідною підтримкою, отримали направлення або фактично користуються такими послугами. Серед них – ветерани війни, особи, звільнені після незаконного позбавлення свободи внаслідок збройної агресії проти України, члени сімей осіб, які потребують реабілітації, а також учасники мультидисциплінарних команд, залучені до підтримки пацієнтів та їхніх родин. Крім того, до кола отримувачів віднесено медичних працівників та осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами, що перебувають на паліативному лікуванні, у межах надання відповідної допомоги [25].

Наказ № 2118 формує комплексний підхід до організації психосоціальної підтримки, інтегруючи її в систему охорони здоров'я через стандартизовані процедури надання послуг. Документ визначає основні принципи, класифікацію видів допомоги, методичні підходи до оцінювання стану та втручання, а також різні формати роботи, включно з дистанційною взаємодією. Важливою складовою є орієнтація на доказові практики, що забезпечують якість і результативність допомоги у сфері психічного здоров'я [25].

Стаття 13 Закону України «Про охорону праці» містить норми, які традиційно спрямовані на гарантування фізичної безпеки працівників, однак можуть бути інтерпретовані ширше – як правова основа для створення

належного психосоціального клімату в професійному середовищі. Аналіз цих положень свідчить, що законодавчі вимоги потенційно охоплюють і питання підтримання психічного благополуччя працівників, особливо в умовах воєнного часу, соціальної нестабільності та підвищеного емоційного навантаження, характерного для фахівців соціальної сфери [26].

Зокрема, положення щодо впровадження профілактичних заходів із урахуванням змін у виробничому середовищі можуть розглядатися як підґрунтя для системного попередження професійного стресу, емоційного виснаження, мобінгу, психологічного тиску та інших негативних психосоціальних факторів. В умовах підвищеної напруги та невизначеності саме адаптивні профілактичні інструменти забезпечують можливість своєчасного реагування на психологічні ризики та підтримання добробуту працівників.

Аналіз чинної нормативно-правової бази України свідчить про послідовне посилення державного регулювання у сфері психічного здоров’я та психосоціальної підтримки населення, що особливо актуалізувалося в умовах повномасштабної війни. Законодавчі й підзаконні акти демонструють прагнення до формування комплексної системи допомоги, яка поєднує медичні, психологічні та соціальні складові підтримки. Особливе місце у цій системі відводиться фахівцям соціальної роботи, діяльність яких дедалі більше інтегрується у процеси відновлення та підтримання психічного благополуччя населення.

Отже, сучасне нормативно-правове забезпечення у сфері психосоціальної підтримки формує ґрунтовну основу для діяльності соціальних працівників у воєнний та післявоєнний періоди. Воно створює умови для надання комплексної, своєчасної та доступної допомоги населенню, водночас підсилюючи професійну роль соціальної роботи у системі суспільного відновлення.

1.5. Інноваційні практики та програми психосоціальної підтримки в Україні

У межах дослідження нами здійснено системний аналіз інноваційних практик, програм, а також онлайн- і офлайн-ресурсів, орієнтованих на надання психосоціальної підтримки дітям і дорослим. Окрему увагу приділено навчальним проєктам для психологів і педагогічних працівників, які спрямовані на поглиблення розуміння сутності психосоціальної роботи, формування прикладних навичок надання допомоги учасникам освітнього процесу та активно впроваджуються в Україні.

До таких ініціатив, зокрема, належать: Програма кращого навчання (Better Learning Programme, BLP) [35], що реалізується Норвезькою радою у справах біженців і спрямована на підтримку дітей, які пережили травматичний досвід; програми з надання першої психологічної допомоги та управління стресом, включаючи роботу з панічними станами, що впроваджуються за участю міжнародних організацій і передбачають опанування практичних технік саморегуляції для педагогів і психологів; освітні курси з розвитку навичок подолання стресу та надання психосоціальної підтримки дітям і дорослим, ініційовані Асоціацією інноваційної та цифрової освіти [35].

Важливим інструментом формування соціально-емоційних компетентностей є також інтерактивні освітні продукти, зокрема навчальна гра «КРОК» [20], яка моделює типові ризикогенні ситуації (контакт із незнайомими особами, мовні бар’єри, питання інклюзії, ризики торгівлі людьми, випадки булінгу тощо) та сприяє розвитку навичок прийняття рішень, емпатії та усвідомлення наслідків власної поведінки. Практичне впровадження цієї гри в освітньому середовищі демонструє її ефективність у формуванні емоційної чутливості та соціальної відповідальності учнів [20].

Окремої уваги заслуговує національна програма «ТИ ЯК?» [7], ініційована Першою леді України О. Зеленською, яка є комплексною платформою психоосвітнього та практичного спрямування. Програма містить науково обґрунтовані пояснення природи стресу, типових реакцій на нього, а також інструменти самодопомоги для подолання різних психоемоційних станів. Її цінність полягає в доступності та універсальності: користувачі можуть

звертатися до ресурсів у момент виникнення потреби, навіть за відсутності можливості безпосереднього звернення по допомогу [7].

Серед інституцій та ініціатив, що забезпечують психосоціальну підтримку населення, важливе місце посідають благодійні та громадські організації, а також цифрові платформи, орієнтовані на різні цільові групи. Зокрема, діяльність благодійної організації «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу» [24] спрямована на подолання залежностей і підтримку вразливих категорій населення; мобільні застосунки, такі як BetterMe [36], забезпечують розвиток навичок самодопомоги та саморегуляції; освітні медіапроєкти, зокрема «Вулиця Сезам» [37], реалізовані у співпраці з міжнародними партнерами, сприяють формуванню емоційної грамотності у дітей.

Поряд із цим функціонують платформи онлайн-консультування («Тінерджайзер») [21], центри розвитку та психологічної стійкості («Коло сім'ї») [33], ініціативи з надання допомоги постраждалим від війни, а також спеціалізовані простори підтримки для ветеранів і членів їхніх родин (зокрема Veteran Hub [39] із програмами для жінок, чиї близькі перебувають на фронті). Значну роль відіграють також національні та міжнародні проєкти, зокрема ініціатива «Поруч» [28], реалізована за підтримки ЮНІСЕФ, а також онлайн-платформи психологічної допомоги, орієнтовані на широке коло користувачів («Розкажи мені») [3].

Отже, на сучасному етапі держава у взаємодії з громадським сектором і міжнародними партнерами формує багаторівневу систему психосоціальної підтримки, орієнтовану на різні категорії населення. Це свідчить про стратегічно виважений курс на зміцнення психічного здоров'я нації та консолідацію суспільства в умовах війни та повоєнного відновлення. Водночас актуальні виклики зумовлюють необхідність безперервного професійного розвитку фахівців і підвищення рівня психологічної культури населення. Зростання складності запитів з боку учнів, батьків і педагогів обумовлює потребу в розширенні доступу до якісної психолого-педагогічної освіти, що, у свою чергу, виступає важливим ресурсом для підвищення ефективності професійної

діяльності та забезпечення готовності до роботи в умовах кризових трансформацій.

Доцільним є висвітлення змісту однієї з найбільш поширених в Україні програм психосоціальної підтримки в освітньому середовищі – «Програми покращення навчання» (Better Learning Programme, BLP) [35], що впроваджується за підтримки Норвезької ради у справах біженців. Зазначена програма спрямована на підвищення якості освітнього процесу через розвиток навичок розпізнавання стресу та ефективного подолання його наслідків в умовах надзвичайних ситуацій, а також на покращення здатності до концентрації уваги й усвідомленої участі в навчальній діяльності [35].

Програма покращення навчання (BLP) передбачає поетапну систему психосоціальної підтримки, диференційовану залежно від складності ситуації та рівня потреб учасників освітнього процесу. Перший рівень – ППН-1 – репрезентує універсальний підхід першої психосоціальної підтримки, що реалізується у форматі групових занять у класі та орієнтований на широку аудиторію дітей. Зазначений компонент програми є гнучким у застосуванні, оскільки може впроваджуватися як на початкових етапах кризових ситуацій, так і в умовах їх тривалого перебігу, а також ефективно поєднуватися з іншими моделями психосоціальної допомоги [35].

У межах ППН-1 учасники опановують базові навички саморегуляції, зокрема техніки самоконтролю та релаксації, спрямовані на зниження рівня стресу, покращення психоемоційного стану та підвищення концентрації уваги [35].

Наступним рівнем реалізації Програми покращення навчання є ППН-2, яка розроблена для роботи з малими групами дітей, що, окрім базового освітнього компоненту, потребують додаткової психосоціальної підтримки та супроводу в навчанні. Даний етап є особливо актуальним у контексті раннього відновлення дітей та підлітків, а також у ситуаціях тривалого вимушеного переміщення, коли освітній процес поступово стабілізується. ППН-2 впроваджується після

опанування базового рівня (ППН-1) та може ефективно інтегруватися як у формальні, так і в неформальні освітні програми [35].

ППН-3 є найбільш спеціалізованим і цільовим рівнем програми, орієнтованим на невеликі групи дітей із проявами хронічних симптомів посттравматичного стресового розладу, зокрема нічних кошмарів, стійкої тривожності та інших виражених наслідків травматичного досвіду [35].

Учасники цього рівня опановують поглиблені навички саморегуляції та управління симптомами посттравматичного стресу, навчаються ідентифікувати власні емоційні стани та застосовувати техніки самопідтримки й самозаспокоєння для відновлення внутрішньої рівноваги та відчуття контролю над тілесними і психоемоційними реакціями. Особливого значення набуває розвиток здатності до усвідомлення власних переживань у стані страху чи паніки та формування навичок стабілізації емоційного стану [35].

Сучасна українська освіта перебуває у стані активної трансформації, що характеризується У цьому контексті заклад освіти виступає простором базової безпеки для людини, де вона може вільно виражати емоції, отримувати психологічну підтримку та практичні рекомендації щодо самодопомоги як від педагогів, так і від психологів. Формування довірливого, доброзичливого освітнього середовища сприяє підвищенню ефективності навчального процесу, зміцненню взаємодовіри, а також розвитку відчуття емоційної стабільності й позитивного світосприйняття.

У кризових та надзвичайних ситуаціях такі умови набувають особливої значущості, оскільки забезпечують збереження базового відчуття безпеки, сприяють розвитку самоефективності, здатності до саморегуляції та конструктивної взаємодії з дорослими, які можуть надати необхідну підтримку. Крім того, вони допомагають зберігати відчуття соціальної приналежності, емпатії та включеності в спільноту, що є важливими чинниками психологічної стійкості особистості.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ЯК СКЛАДОВОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

З метою експериментальної перевірки особливостей психосоціальної підтримки як складової соціальної роботи з особами, які пережили травматичний досвід, нами було організовано та проведено емпіричне дослідження на базі закладу вищої освіти серед студентської молоді. Актуальність такого дослідження зумовлена зростанням кількості осіб, які зазнали впливу психотравмувальних подій в умовах воєнного стану, а також необхідністю вдосконалення механізмів соціально-психологічної підтримки та адаптації здобувачів освіти.

Станом на грудень 2025 року в Уманському національному університеті освіту здобувають 505 студентів, які мають статус учасників бойових дій, а також 120 внутрішньо переміщених осіб. Зазначені категорії студентської молоді належать до групи підвищеного психологічного ризику, оскільки можуть мати досвід переживання травматичних подій, пов’язаних із воєнними діями, втратою безпеки, вимушеним переселенням та соціально-психологічною дезадаптацією. У зв’язку з цим особливої значущості набуває створення сприятливих умов освітнього середовища, забезпечення психологічної підтримки та впровадження адаптованих механізмів соціально-психологічного супроводу таких студентів.

Організація та база дослідження передбачали формування вибірки із 26 здобувачів освіти Уманського національного університету, які навчаються за різними освітніми програмами. Вибірка дослідження охоплювала студентів із різним рівнем переживання стресових та психотравмувальних подій, що дало змогу комплексно проаналізувати особливості прояву травматичного стресу в умовах сучасного освітнього середовища.

Для досягнення мети дослідження та забезпечення комплексного аналізу особливостей переживання травматичного стресу студентською молоддю було використано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), яка дозволяє визначити рівень тривожних і депресивних проявів та оцінити їхній вплив на психоемоційний стан особистості (Додаток Б). Для виявлення наявності та характеру психотравмувального досвіду застосовано методику «Перелік життєвих подій» (Life Events Checklist for DSM-5 – LEC-5), спрямовану на ідентифікацію травматичних подій, пережитих або засвідчених респондентами (Додаток В). З метою оцінювання інтенсивності посттравматичних реакцій і ступеня впливу травматичних подій на психічний стан студентів використано Шкалу оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R), яка дає змогу дослідити основні симптоми посттравматичного стресу, зокрема нав'язливі переживання, уникнення та підвищений рівень психофізіологічного напруження (Додаток Г).

У межах емпіричного дослідження для оцінювання рівня тривожних і депресивних проявів було застосовано Госпітальну шкалу тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS. HADS належить до суб'єктивних психометричних інструментів опитувального типу та характеризується високим рівнем валідності, надійності й чутливості до змін емоційного стану. Її перевагами є компактність, простота застосування, мінімальний час заповнення та зручність обробки результатів, що обумовлює доцільність використання шкали як інструменту первинного скринінгу психоемоційного стану респондентів.

Структурно опитувальник складається з 14 тверджень, які формують дві автономні підшкали: підшкала «Тривога» (Anxiety) – включає непарні пункти (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13); підшкала «Депресія» (Depression) – включає парні пункти (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Кожне твердження оцінюється за чотирибальною шкалою (від 0 до 3 балів), що відображає ступінь вираженості відповідного симптому: від його відсутності до максимальної інтенсивності. Сумарний показник обчислюється

окремо для кожної підшкали, що дозволяє диференційовано оцінювати рівень тривожності та депресивних проявів.

Таким чином, використання HADS у дослідженні забезпечує комплексну первинну оцінку емоційного стану респондентів та дозволяє отримати стандартизовані показники рівня тривоги й депресії, придатні для подальшого статистичного аналізу та інтерпретації в межах наукового дослідження.

Методика «Перелік життєвих подій» (Life Events Checklist for DSM-5 – LEC-5) є стандартизованим діагностичним інструментом скринінгового типу, розробленим для первинної ідентифікації потенційно травматичних життєвих подій, що відповідають критеріям травматичного досвіду відповідно до DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition).

Особливістю методики є багатовимірна система фіксації характеру контакту з травматичною подією. Для кожного пункту респондент позначає один або декілька варіантів відповіді, які відображають специфіку пережитого досвіду: безпосереднє переживання події («сталося зі мною»), спостереження за подією як свідок («був свідком»), опосередковане дізнання про подію, що сталася з близькими особами («дізнався про це»), професійний контакт із травматичною подією (зокрема в межах діяльності працівників екстрених служб, військових, медичних працівників), а також варіанти невизначеності або відсутності відношення до події.

З огляду на це, LEC-5 розглядається як важливий інструмент комплексної діагностики травматичного досвіду, що дозволяє забезпечити методологічну обґрунтованість емпіричної частини дисертаційного дослідження та підвищити достовірність отриманих результатів.

Методика «Шкала оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale – Revised, IES-R) є широко валідизованим психодіагностичним інструментом, що застосовується для вимірювання суб’єктивного рівня психологічного дистресу, зумовленого переживанням конкретної травматичної події.

Методика базується на самооцінюванні респондентом власного психоемоційного стану протягом останніх семи днів у контексті впливу конкретної травматичної події. Опитувальник включає 22 твердження, які охоплюють три ключові симптоматичні кластери посттравматичного реагування: нав’язливі переживання (інтрузії), уникнення та емоційне оніміння, а також симптоми підвищеної фізіологічної збудливості (гіперактивації).

Важливо підкреслити, що IES-R не встановлює клінічного діагнозу, однак є чутливим інструментом скринінгу, який дозволяє виявити групи підвищеного ризику розвитку посттравматичних розладів. Завдяки своїй стандартизованості, високій внутрішній узгодженості та широкому міжнародному використанню, методика є надійним компонентом комплексного психодіагностичного інструментарію в дисертаційних дослідженнях, спрямованих на вивчення наслідків травматичного досвіду.

Таким чином, поєднання зазначених інструментів забезпечує комплексне дослідження взаємозв’язку між травматичним досвідом, посттравматичними реакціями та загальним рівнем тривожно-депресивної симптоматики, що підвищує валідність, надійність та наукову обґрунтованість отриманих результатів.

2.2. Аналіз отриманих результатів комплексної діагностики

Узагальнення та інтерпретація результатів емпіричного дослідження є ключовим етапом наукової роботи, що дозволяє виявити закономірності, встановити взаємозв’язки між досліджуваними показниками та надати обґрунтовані висновки щодо особливостей психоемоційного стану респондентів. У цьому ппараграфі представлено аналіз даних, отриманих у результаті комплексного застосування психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення травматичного досвіду, посттравматичних реакцій та рівня тривожно-депресивної симптоматики. Отримані результати розглядаються у контексті поставлених дослідницьких завдань та теоретичних положень дослідження.

Результати дослідження за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) засвідчили наявність у більшості респондентів вираженого стану психоемоційної напруги. Зокрема, у відповідь на твердження «Я перебуваю у стані напруги або у “заведеному” стані» 34,6% опитаних (9 осіб) зазначили, що перебувають у такому стані більшу частину часу, а 30,8% респондентів (8 осіб) – значну частину часу. Водночас 23,1% учасників дослідження (6 осіб) вказали, що відчувають подібний стан періодично, від випадку до випадку. Лише 11,5% опитаних (3 особи) повідомили про відсутність зазначених переживань.

Отримані результати свідчать про домінування підвищеного рівня психічної напруги серед досліджуваної групи. Переважання відповідей, пов’язаних із тривалим перебуванням у стані емоційного напруження, може вказувати на наявність стійких тривожних переживань, емоційного виснаження та підвищеної психологічної мобілізації. Подібні прояви є характерними для осіб, які пережили психотравмувальні події, зокрема бойовий стрес, вимушене переміщення, втрату звичного соціального середовища та тривале перебування в умовах невизначеності.

Результати дослідження за твердженням «Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно» засвідчили переважання середнього рівня проявів психомоторної загальмованості серед респондентів. Зокрема, 38,5% опитаних (10 осіб) зазначили, що відчувають подібний стан іноді, 26,9% респондентів (7 осіб) – дуже часто, а 19,2% учасників дослідження (5 осіб) – майже весь час. Водночас 15,4% опитаних (4 особи) заперечили наявність таких проявів. Отримані результати свідчать про наявність у значної частини респондентів ознак психоемоційного виснаження та періодичного зниження психофізичної активності, що може бути пов’язано з наслідками тривалого стресового навантаження.

Аналіз відповідей на твердження «У мене присутнє відчуття переляку, подібне до “метеликів у животі” (внутрішнє тремтіння)» показав домінування помірних та частих проявів тривожної соматизації. Так, 38,5% респондентів (10

осіб) повідомили про наявність такого стану від випадку до випадку, 30,8% опитаних (8 осіб) – досить часто, а 19,2% учасників дослідження (5 осіб) – дуже часто. Лише 11,5% респондентів (3 особи) зазначили повну відсутність подібних відчуттів. Отриманий розподіл відповідей свідчить про поширеність соматичних проявів тривоги серед досліджуваної групи, що виявляються у формі внутрішнього напруження, фізіологічної збудливості та тілесних реакцій на психоемоційний стрес.

Результати дослідження за твердженням «Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше» свідчать про часткове зниження здатності респондентів переживати позитивні емоції та отримувати задоволення від звичних видів діяльності. Так, 38,5% опитаних (10 осіб) зазначили, що можуть отримувати задоволення, однак не настільки, як раніше, а 30,8% респондентів (8 осіб) повідомили про суттєве зниження такого відчуття. Водночас 19,2% учасників дослідження (5 осіб) не відзначили змін у даній сфері, тоді як 11,5% опитаних (3 особи) вказали на майже повну втрату здатності відчувати задоволення. Отримані результати можуть свідчити про наявність ознак емоційного виснаження та зниження емоційної включеності у повсякденне життя.

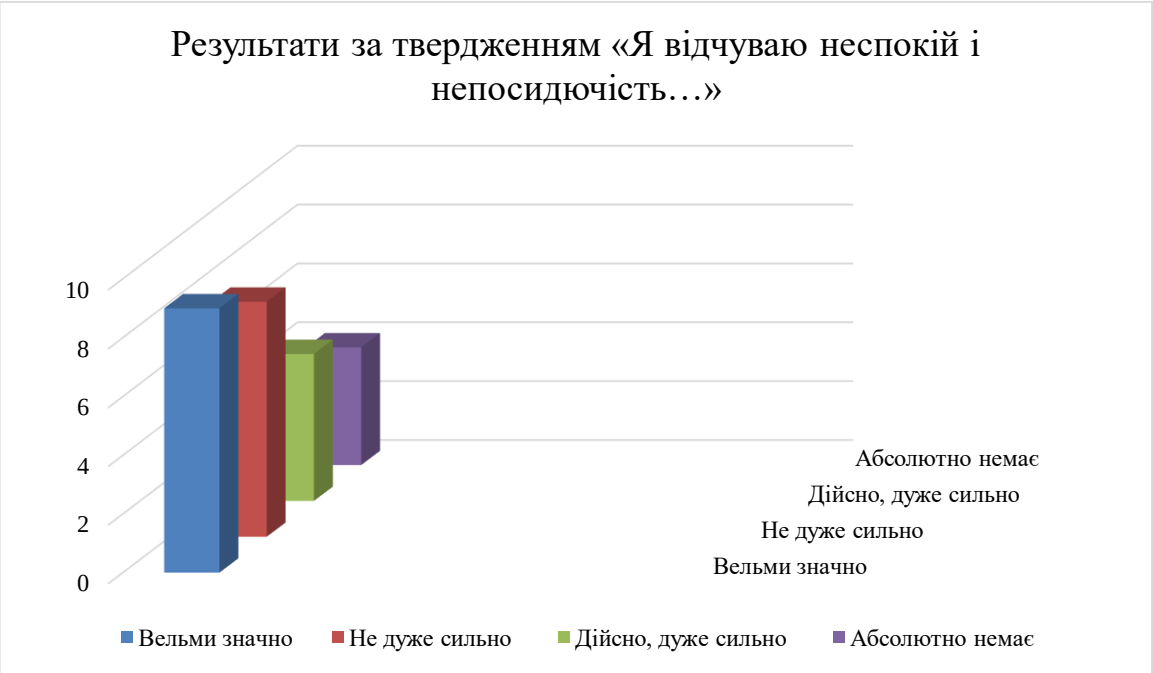


Мал. 2.1.

Аналіз відповідей на твердження «У мене є якесь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе» показав переважання помірно виражених тривожних переживань. Зокрема, 34,6% респондентів (9 осіб) вказали на наявність такого відчуття у помірній формі, 26,9% опитаних (7 осіб) зазначили, що подібні переживання присутні, однак не викликають значного дискомфорту, а 23,1% учасників дослідження (6 осіб) повідомили про виразне відчуття небезпеки та негативного передчуття. Лише 15,4% респондентів (4 особи) заперечили наявність подібних станів. Такий розподіл відповідей свідчить про високий рівень внутрішньої тривожності та очікування потенційної загрози.

За твердженням «Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності» найбільша частка респондентів – 38,5% (10 осіб) – зазначила, що приділяє власному зовнішньому вигляду дещо менше уваги, ніж раніше. Ще 26,9% опитаних (7 осіб) повідомили, що стежать за собою недостатньо, тоді як 23,1% учасників дослідження (6 осіб) не відзначили змін у ставленні до власної зовнішності. Водночас 11,5% респондентів (3 особи) вказали на суттєву втрату інтересу до себе. Отримані результати можуть свідчити про зниження мотивації до самопідтримки та прояви емоційного виснаження.

Результати за твердженням «Я відчуваю неспокій і непосидючість…» засвідчили домінування підвищеного рівня внутрішнього напруження серед досліджуваних. Так, 34,6% респондентів (9 осіб) оцінили свій стан як вельми виражений, 30,8% опитаних (8 осіб) – як помірний, а 19,2% учасників дослідження (5 осіб) повідомили про дуже сильне відчуття неспокою. Лише 15,4% респондентів (4 особи) не виявили подібних симптомів. Отримані дані вказують на поширеність станів психоемоційної напруги та внутрішньої дезорганізації.



Мал. 2.2.

Аналіз відповідей на твердження «Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне» показав неоднорідність емоційного реагування респондентів. Зокрема, 34,6% опитаних (9 осіб) зазначили, що зберегли здатність до позитивного емоційного реагування на попередньому рівні, тоді як 30,8% респондентів (8 осіб) повідомили про певне зниження цієї здатності. Ще 19,2% учасників дослідження (5 осіб) вказали на суттєве обмеження позитивних емоційних проявів, а 15,4% опитаних (4 особи) – на повну відсутність здатності сприймати смішне. Такі результати можуть свідчити про поступове виснаження емоційних ресурсів у частини досліджуваних.

Результати за твердженням «У моїй голові крутяться неспокійні думки» засвідчили високу поширеність нав’язливих тривожних переживань серед респондентів. Так, 38,5% опитаних (10 осіб) зазначили, що неспокійні думки присутні значну частину часу, а 23,1% учасників дослідження (6 осіб) – переважну частину часу. Водночас 26,9% респондентів (7 осіб) повідомили про періодичну появу таких думок, і лише 11,5% опитаних (3 особи) вказали на їх поодинокий характер. Отримані результати свідчать про високий рівень когнітивної тривожності та внутрішнього психоемоційного напруження.



Мал. 2.3.

Аналіз відповідей на твердження «Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість…» продемонстрував тенденцію до зниження позитивного сприйняття майбутнього. Зокрема, 38,5% респондентів (10 осіб) зазначили, що очікують радості трохи менше, ніж зазвичай, а 30,8% опитаних (8 осіб) – значно менше. Водночас 19,2% учасників дослідження (5 осіб) не відзначили змін у власному сприйнятті майбутнього, тоді як 11,5% респондентів (3 особи) повідомили про повну відсутність позитивних очікувань. Такі результати можуть свідчити про зниження рівня життєвого оптимізму та емоційної перспективності.

Результати за твердженням «Мене охоплює раптове відчуття паніки» показали переважання періодичних проявів панічних переживань серед досліджуваних. Так, 38,5% респондентів (10 осіб) зазначили, що подібні стани виникають нечасто, 26,9% опитаних (7 осіб) повідомили про їх часту появу, а 19,2% учасників дослідження (5 осіб) – про дуже часті прояви паніки. Лише 15,4% респондентів (4 особи) заперечили наявність таких симптомів. Отримані дані свідчать про поширеність тривожних та панічних реакцій у досліджуваній групі.

Отриманий розподіл відповідей свідчить про переважання помірно вираженої тривожно-депресивної симптоматики з домінуванням таких компонентів, як зниження здатності до отримання задоволення (анедонія), підвищена тривожність, неспокійні когнітивні процеси та епізодичні панічні стани. Водночас у частини респондентів збережені базові емоційні реакції та часткова адаптивність, що може вказувати на гетерогенність психологічного стану вибірки та різний рівень стресостійкості в умовах поєднаного травматичного досвіду.

У Додатку А (Таблиця 2.1.) подано систематизовані результати у вигляді узагальненої таблиці за всією методикою (показники емоційного стану, анедонії, тривожності та психофізіологічної активації).

Отримані дані за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) свідчать про помірне зниження енергетичного потенціалу, порушення здатності до розслаблення та нестійкість позитивного емоційного реагування у досліджуваної вибірки. Для осіб із досвідом бойового стресу та вимушеного переміщення такі показники є типовими та можуть розглядатися як прояви хронічного психоемоційного напруження та адаптаційного виснаження на фоні тривалого стресового впливу.

У структурі психічного стану домінують такі ключові тенденції:

- підвищений рівень внутрішньої напруги та гіперактивації, що проявляється відчуттям «заведеного стану», психомоторним збудженням та внутрішнім тремтінням;
- ознаки тривожного когнітивного фону, зокрема неспокійні думки, негативні передчуття та очікування загрози;
- помірне зниження позитивного емоційного реагування (анедонія), що проявляється частковим зменшенням здатності отримувати задоволення та зниженням позитивного прогнозування майбутнього;
- епізодичні прояви психофізіологічної дезорганізації, включно з панічними реакціями, коливаннями енергетичного рівня та труднощами психофізіологічного розслаблення.

Водночас у частини респондентів зберігаються адаптивні ресурси, що проявляються у здатності до емоційного відгуку, частковій збереженості радості та ситуативній стабільності функціонального стану. Це вказує на гетерогенність вибірки та різний рівень стійкості до наслідків травматичного досвіду.

Узагальнено результати свідчать, що досліджувана група перебуває у стані постстресової адаптаційної напруги з елементами тривожно-депресивного спектра та гіперактивації, що є закономірним для осіб із поєднаним досвідом бойового стресу та вимушеного переміщення. Отримані дані підтверджують доцільність подальшого поглибленого аналізу взаємозв'язків між травматичним досвідом, рівнем тривожності та ознаками емоційного виснаження.

Результати емпіричного дослідження, проведеного за методикою «Перелік життєвих подій» (Life Events Checklist for DSM-5 – LEC-5), засвідчили наявність у респондентів значного досвіду переживання травматичних та кризових подій. Аналіз отриманих даних дозволив встановити, що найбільш поширеними серед досліджуваної групи були події, пов'язані з військовими діями, загрозою життю, тяжкими стражданнями та кризовими обставинами, що є характерним для осіб, які пережили вплив воєнного стану та вимушеного переселення.

Нижче подано систематизовані результати у вигляді узагальненої таблиці за цією методикою.

Таблиця 2.2.

Розподіл відповідей респондентів за подіями LEC-5

1. Природні та техногенні події

Подія	Сталося зі мною	Свідок	Дізнався	По роботі	Не стосується
Стихійне лихо	0	5	6	0	15
Пожежа / вибух	6	10	5	0	5
ДТП / транспортна аварія	2	8	4	0	12
Аварія на роботі / в побуті	0	2	5	0	19
Отруйні речовини	0	0	0	0	26

2. Насильницькі події

Подія	Сталося зі мною	Свідок	Дізнався	По роботі	Не стосується
Фізичне насильство	2	6	3	0	14
Збройний напад	0	2	2	0	22
Сексуальне насильство	0	0	4	0	22
Інший сексуальний досвід	0	0	0	0	26

3. Військові та кризові події

Подія	Сталося зі мною	Свідок	Дізнався	По роботі	Не стосується
Бойові дії / зона війни	8	10	6	2	0
Полон / заручники	0	2	3	0	21
Загроза життю (хвороба / травма)	15	6	3	0	2
Тяжкі страждання	20	4	2	0	0

4. Смерть і втрати

Подія	Сталося зі мною	Свідок	Дізнався	По роботі	Не стосується
Раптова насильницька смерть	0	3	6	0	17
Смерть від нещасного випадку	1	1	3	0	21
Травма / смерть, заподіяна іншим	1	4	3	2	16

5. Інші стресові події

Подія	Сталося зі мною	Свідок	Дізнався	По роботі	Не стосується
Інша травматична подія	16	5	3	1	1

У категорії стихійних і техногенних подій переважна більшість респондентів не мала досвіду безпосереднього переживання стихійного лиха – 57,7% (15 осіб). Водночас 23,1% опитаних (6 осіб) дізнавалися про подібні події, а 19,2% респондентів (5 осіб) були їх свідками. Досвід пожежі або вибуху безпосередньо переживали 23,1% учасників дослідження (6 осіб), тоді як 38,5% респондентів (10 осіб) були свідками таких подій. Щодо дорожньо-транспортних пригод, 30,8% опитаних (8 осіб) були свідками подібних ситуацій, а 15,4% респондентів (4 особи) дізнавалися про них через інших осіб або інформаційні

джерела. Більшість респондентів не мали досвіду аварій на виробництві чи контакту з отруйними речовинами.

У блоці насильницьких подій встановлено, що 23,1% респондентів (6 осіб) були свідками фізичного насильства, а 11,5% опитаних (3 особи) дізнавалися про такі випадки. Водночас 7,7% учасників дослідження (2 особи) безпосередньо переживали фізичне насильство. Досвід збройного нападу як безпосередньої травматичної події або свідчення про нього виявлено у 15,4% респондентів (4 особи). Щодо сексуального насильства, більшість опитаних не мали такого досвіду, однак 15,4% респондентів (4 особи) повідомили, що дізнавалися про подібні випадки.

Найбільш виражені показники були зафіксовані у категорії військових та кризових подій. Зокрема, 30,8% респондентів (8 осіб) безпосередньо перебували в зоні бойових дій або воєнного конфлікту, а 38,5% опитаних (10 осіб) були свідками таких подій. Крім того, 23,1% учасників дослідження (6 осіб) дізнавалися про подібний досвід від інших осіб або через інформаційні ресурси. Надзвичайно високими виявилися показники переживання загрози життю, тяжкої хвороби або травми: 57,7% респондентів (15 осіб) безпосередньо переживали такі ситуації, а ще 23,1% опитаних (6 осіб) були їх свідками. Особливо значущими є результати щодо переживання тяжких людських страждань – 76,9% респондентів (20 осіб) зазначили, що безпосередньо стикалися з подібними обставинами.

У категорії подій, пов’язаних зі смертю та втратами, встановлено, що більшість респондентів не мали досвіду раптової насильницької смерті близьких осіб, однак 23,1% опитаних (6 осіб) дізнавалися про такі випадки, а 11,5% респондентів (3 особи) були їх свідками. Досвід смерті внаслідок нещасного випадку безпосередньо переживали 3,8% учасників дослідження (1 особа), тоді як 11,5% опитаних (3 особи) дізнавалися про подібні події. Крім того, 15,4% респондентів (4 особи) були свідками травмування або смерті інших людей.

Отримані результати свідчать про високий рівень травматизації досліджуваної групи та значну поширеність досвіду переживання кризових,

небезпечних і психотравмувальних подій. Домінування подій, пов’язаних із війною, загрозою життю та тяжкими стражданнями, вказує на тривалий вплив стресогенних чинників, що можуть негативно позначатися на психоемоційному стані, процесах соціальної адаптації та психологічному благополуччі респондентів.

Результати дослідження за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale – Revised, IES-R) засвідчили високий рівень психоемоційного реагування на травматичний досвід серед респондентів. Аналіз отриманих даних дозволив виявити домінування симптомів нав’язливого повторного переживання травматичних подій, емоційного напруження, уникнення та підвищеної психофізіологічної збудливості.

Нижче подано систематизовані результати у вигляді узагальненої таблиці за цією методикою.

Таблиця 2.3.

Розподіл відповідей респондентів за методикою IES-R

№	Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Весь час
1	Нагадування змушує знову переживати подію	0	2	5	9	10
2	Важко спати всю ніч	1	3	6	8	8
3	Інші речі викликають думки про подію	0	1	4	10	11
4	Дратівливість і гнів	1	3	6	9	7
5	Не дозволяв собі засмучуватися	5	7	6	5	3
6	Нав’язливі думки про подію	0	1	3	9	13
7	Відчуття нереальності події	6	6	6	5	3
8	Уникання нагадувань	2	4	6	8	6
9	Раптові образи події	0	1	3	9	13
10	Підвищена реакція переляку	1	2	5	9	9
11	Намагався не думати про подію	1	2	5	10	8
12	Усвідомлення важких переживань без уникнення	2	5	8	7	4
13	Емоційне заціпеніння	3	5	7	7	4
14	Відчуття ніби подія триває	0	2	4	9	11
15	Труднощі засинання	1	2	6	9	8
16	Хвилі сильних емоцій	0	2	5	10	9
17	Спроби стерти спогади	2	3	6	8	7

18	Труднощі концентрації	1	3	7	9	6
19	Фізіологічні реакції при нагадуванні	0	2	5	9	10
20	Наявність сновидінь про подію	0	1	3	8	14
21	Настороженість, гіперпильність	0	2	4	9	11
22	Уникання розмов про подію	2	3	6	8	7

Найбільш вираженими виявилися показники, пов’язані з повторним переживанням травматичного досвіду. Зокрема, за твердженням «Нагадування змушує знову переживати подію» 38,5% респондентів (10 осіб) зазначили, що переживають такі стани весь час, а 34,6% опитаних (9 осіб) – часто. Аналогічна тенденція простежується за показником «Інші речі викликають думки про подію», де 42,3% респондентів (11 осіб) повідомили про постійне виникнення подібних реакцій, а 38,5% опитаних (10 осіб) – про їх частий прояв. Високі показники також зафіксовано щодо нав’язливих думок про подію: половина респондентів (50,0%; 13 осіб) зазначили, що такі думки виникають постійно, а 34,6% опитаних (9 осіб) – часто.

Отримані результати свідчать про значну поширеність симптомів інтрузії, що проявляються у формі нав’язливих спогадів, емоційного повернення до пережитих подій та труднощів психологічного дистанціювання від травматичного досвіду. Подібні реакції також підтверджуються високими показниками за твердженнями «Раптові образи події» та «Відчуття, ніби подія триває». Так, 50,0% респондентів (13 осіб) повідомили про постійне виникнення раптових образів травматичної події, а 42,3% опитаних (11 осіб) – про відчуття повторного проживання пережитого досвіду.

Значна частина досліджуваних продемонструвала прояви підвищеної психофізіологічної збудливості. За твердженням «Важко спати всю ніч» 30,8% респондентів (8 осіб) зазначили, що такі труднощі виникають часто, і ще 30,8% опитаних (8 осіб) – постійно. Високі показники також були зафіксовані щодо підвищеної реакції переляку: 34,6% респондентів (9 осіб) повідомили про часті прояви, а ще 34,6% опитаних (9 осіб) – про їх постійний характер. Крім того, 38,5% учасників дослідження (10 осіб) постійно відчували хвилі сильних емоцій, а 34,6% респондентів (9 осіб) – часто переживали подібні стани.

Важливим показником є також поширеність фізіологічних реакцій на нагадування про травматичну подію. Так, 38,5% респондентів (10 осіб) зазначили постійне виникнення фізіологічних реакцій при згадуванні події, а 34,6% опитаних (9 осіб) – часті прояви таких симптомів. Отримані результати можуть свідчити про стійке психофізіологічне напруження та підвищену чутливість до травматичних тригерів.

Аналіз показників уникнення засвідчив намагання значної частини респондентів дистанціюватися від травматичного досвіду. Зокрема, 30,8% опитаних (8 осіб) часто уникали нагадувань про подію, а 23,1% респондентів (6 осіб) робили це постійно. Подібна тенденція простежується і щодо уникнення розмов про травматичний досвід: 30,8% учасників дослідження (8 осіб) повідомили про часте уникнення таких тем, а 26,9% респондентів (7 осіб) – про постійне уникнення. Крім того, 38,5% опитаних (10 осіб) часто намагалися не думати про пережиті події.

Результати дослідження також засвідчили поширеність когнітивних та емоційних труднощів. Так, 34,6% респондентів (9 осіб) часто відчували труднощі з концентрацією уваги, а 23,1% опитаних (6 осіб) – постійно. Водночас 30,8% учасників дослідження (8 осіб) зазначили наявність важких переживань без очевидної причини, а 26,9% респондентів (7 осіб) – часте емоційне заціпеніння.

Окремої уваги заслуговують результати щодо порушень сну та сновидінь. Так, 53,8% респондентів (14 осіб) повідомили про постійну наявність сновидінь, пов’язаних із травматичною подією, а 30,8% опитаних (8 осіб) – про їх часте виникнення. Такі показники свідчать про тривале збереження психотравмувального досвіду на емоційному та когнітивному рівнях.

Загалом результати методики IES-R демонструють високий рівень травматизації досліджуваної групи та наявність стійких проявів посттравматичного стресового реагування. У структурі виявлених симптомів домінують нав’язливі спогади про подію, емоційне та фізіологічне напруження, порушення сну, уникнення травматичних стимулів і труднощі емоційної саморегуляції. Отримані результати свідчать про суттєвий вплив пережитих

кризових подій на психоемоційний стан респондентів та їхнє соціально-психологічне функціонування.

2.3. Рекомендації щодо психосоціальної підтримки молоді, яка пережила травматичний досвід, як складової соціальної роботи

Результати проведеного емпіричного дослідження засвідчили наявність у респондентів виражених проявів психоемоційного напруження, тривожних станів, нав'язливого повторного переживання травматичних подій, порушень сну, емоційного виснаження та психофізіологічної збудливості. Встановлено, що значна частина досліджуваних мала безпосередній досвід перебування в зоні бойових дій, переживання загрози життю, тяжких страждань та кризових подій. Особливістю досліджуваної вибірки є те, що її основу складали учасники бойових дій, внутрішньо переміщені здобувачі вищої освіти, які зазнали впливу тривалих стресогенних чинників в умовах воєнного стану.

Отримані результати актуалізують необхідність удосконалення системи психосоціальної підтримки молоді, яка пережила травматичний досвід, у межах соціальної роботи. Враховуючи специфіку пережитих респондентами подій, психосоціальна допомога повинна ґрунтуватися на комплексному, міждисциплінарному та травма-інформованому підходах, що передбачають інтеграцію соціальної, психологічної, педагогічної та реабілітаційної складових.

Одним із ключових напрямів соціальної роботи має стати раннє виявлення психоемоційних порушень та своєчасна психодіагностика. Результати дослідження засвідчили високий рівень поширення симптомів тривожності, інтрузій, уникнення та психофізіологічного перенапруження, що може свідчити про ризик розвитку посттравматичних стресових реакцій. У зв'язку з цим доцільним є систематичне проведення психодіагностичного моніторингу психоемоційного стану молоді, особливо у закладах вищої освіти, де навчаються внутрішньо переміщені особи та учасники бойових дій. Важливим є впровадження скринінгових програм із використанням валідних

психодіагностичних методик для своєчасного виявлення осіб, які потребують спеціалізованої допомоги.

Важливим компонентом психосоціальної підтримки має бути забезпечення доступу молоді до кризового консультування та психологічного супроводу. Виявлені у респондентів симптоми нав'язливих спогадів, емоційної нестабільності, панічних реакцій та підвищеної тривожності свідчать про необхідність впровадження програм психологічної стабілізації, спрямованих на формування навичок емоційної саморегуляції, подолання наслідків стресу та відновлення відчуття безпеки. У межах соціальної роботи доцільним є використання методів кризового втручання, психоедукації, когнітивно-поведінкових технік, арттерапії, тілесно-орієнтованих практик та груп взаємопідтримки.

Особливої уваги потребує організація психосоціальної підтримки здобувачів вищої освіти, які пережили травматичний досвід. Результати дослідження свідчать, що психоемоційне виснаження, труднощі концентрації уваги, порушення сну та нав'язливі переживання негативно впливають на навчальну діяльність, соціальну адаптацію та міжособистісну взаємодію студентської молоді. У зв'язку з цим у закладах вищої освіти доцільним є створення центрів психосоціальної підтримки студентів, діяльність яких має бути спрямована на надання психологічної допомоги, соціального супроводу, консультування та проведення профілактичних програм із формування стресостійкості та навичок подолання кризових ситуацій.

Одним із важливих напрямів соціальної роботи є розвиток соціальної підтримки та відновлення соціальних зв'язків молоді, яка пережила травматичний досвід. Пережиті кризові події часто супроводжуються соціальною ізоляцією, зниженням рівня довіри до оточення та труднощами у міжособистісній взаємодії. У зв'язку з цим доцільним є впровадження програм соціальної адаптації та інтеграції, молодіжних груп підтримки, волонтерських ініціатив, тренінгів комунікативної компетентності та заходів, спрямованих на відновлення відчуття приналежності до соціальної спільноти.

Важливого значення набуває також підготовка фахівців соціальної сфери до роботи з молоддю, яка пережила травматичний досвід. Соціальні працівники, психологи та педагогічні працівники повинні володіти компетентностями у сфері кризового консультування, травма-інформованого підходу, психосоціальної підтримки та профілактики професійного вигорання. У зв’язку з цим доцільним є впровадження програм підвищення кваліфікації, тренінгів та навчальних курсів, спрямованих на формування практичних навичок роботи з травматизованими категоріями молоді.

З метою узагальнення та поширення практичних рекомендацій щодо психосоціальної підтримки молоді, яка пережила травматичний досвід, у межах дослідження було розроблено тематичну інфографіку. Її зміст сформовано на основі результатів проведеного емпіричного дослідження, аналізу сучасних наукових праць, а також узагальнення теоретичних і практичних підходів у галузі соціальної роботи та психології.

В інфографіці систематизовано основні напрями психосоціальної підтримки молоді, зокрема питання психологічної стабілізації, кризового консультування, розвитку емоційної стійкості, соціальної адаптації, відновлення соціальних зв’язків, формування безпечного освітнього середовища та організації міждисциплінарного супроводу осіб, які пережили травматичний досвід. Окрему увагу приділено особливостям підтримки внутрішньо переміщених осіб, учасників бойових дій та здобувачів вищої освіти, які становили основу досліджуваної вибірки.

Розроблена інфографіка має практичне значення та може бути використана у діяльності фахівців соціальної сфери, психологів, педагогічних працівників, працівників закладів вищої освіти, центрів психосоціальної підтримки та громадських організацій.



Мал. 2.4.

Отже, результати проведеного дослідження підтверджують необхідність комплексного розвитку системи психосоціальної підтримки молоді, яка пережила травматичний досвід. Ефективна соціальна робота у даному напрямі повинна поєднувати психологічний супровід, соціальну адаптацію, кризове втручання, розвиток підтримувального середовища та міжвідомчу взаємодію з метою відновлення психоемоційного благополуччя, соціального функціонування та адаптаційних ресурсів особистості.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дослідження ми дійшли до наступних висновків:

Відповідно до першого завдання проаналізовано теоретичні підходи до визначення сутності психосоціальної підтримки та особливостей переживання травматичного досвіду в сучасних наукових дослідженнях. Узагальнення наукових джерел засвідчило, що психосоціальна підтримка у соціальній роботі розглядається як багатовимірна система професійних дій, яка поєднує психологічні, соціально-педагогічні, консультативні та реабілітаційні компоненти. Її ключовою метою є відновлення внутрішніх ресурсів особистості, стабілізація емоційного стану, зниження рівня дистресу та забезпечення соціальної адаптації осіб, які пережили травматичний досвід. У наукових підходах підкреслюється, що ефективність психосоціальної підтримки значною мірою залежить від комплексності втручань та врахування індивідуальних особливостей особистості.

Встановлено, що психотравма є складним соціально-психологічним феноменом, який формується внаслідок дії екстремальних або тривалих стресових подій, що перевищують адаптаційні можливості людини. Наслідки психотравматизації проявляються у вигляді емоційної нестабільності, порушення когнітивних процесів, зниження здатності до саморегуляції, а також труднощів у соціальній взаємодії. Особливості переживання травматичного досвіду визначаються сукупністю чинників, зокрема віком, соціальним статусом, рівнем соціальної підтримки, попереднім життєвим досвідом та індивідуально-психологічними характеристиками особистості. Окремо підкреслено, що в умовах воєнного стану зростає інтенсивність і тривалість впливу травматичних чинників, що ускладнює процес психологічного відновлення.

Відповідно до другого завдання досліджено нормативно-правові засади та інноваційні практики психосоціальної підтримки в системі соціальної роботи України. Встановлено, що нормативно-правова база психосоціальної підтримки формується на основі законів України у сфері соціального захисту населення, охорони психічного здоров’я, освіти та надання соціальних послуг. Вона

визначає загальні принципи організації допомоги особам, які опинилися у складних життєвих обставинах, у тому числі тим, хто пережив травматичний досвід.

Водночас аналіз показав, що в умовах сучасних викликів, зумовлених воєнним станом, система психосоціальної підтримки в Україні перебуває у процесі активного розвитку та адаптації. Особливого значення набуває впровадження інноваційних практик, зокрема кризового консультування, програм психосоціальної реабілітації, групової терапевтичної роботи, а також моделей міждисциплінарної взаємодії фахівців соціальної сфери, психологів та педагогів. Важливою тенденцією є інтеграція психосоціальної підтримки в освітнє середовище, що сприяє ранньому виявленню кризових станів, профілактиці емоційного вигорання та формуванню навичок психологічної стійкості у здобувачів освіти.

Відповідно до третього завдання проведено емпіричне дослідження особливостей переживання травматичного стресу молоддю, яка має травматичний досвід. Дослідження здійснювалося на базі Уманського національного університету із залученням 26 здобувачів освіти різних освітніх програм, зокрема осіб зі статусом учасників бойових дій та внутрішньо переміщених осіб. Використання комплексу психодіагностичних методик (HADS, LEC-5, IES-R) дозволило отримати цілісну картину психоемоційного стану респондентів та особливостей їхнього травматичного досвіду.

Результати дослідження засвідчили наявність у більшості респондентів підвищеного рівня тривожності, емоційного напруження та ознак постстресової адаптаційної реакції. Виявлено домінування таких проявів, як внутрішня напруга, психофізіологічна гіперактивація, порушення сну, нав’язливі спогади про травматичні події, а також уникнення стимулів, пов’язаних із пережитим досвідом. Отримані дані за шкалою IES-R свідчать про наявність виражених симптомів посттравматичного стресового реагування, що проявляється у когнітивній та емоційній сфері.

Разом із тим встановлено, що частина респондентів демонструє наявність адаптивних ресурсів, які проявляються у здатності до емоційної регуляції, збереженні позитивного емоційного фону та відносній стабільності функціонального стану. Це свідчить про неоднорідність досліджуваної вибірки та різний рівень психологічної стійкості, що потребує індивідуалізованого підходу до організації психосоціальної підтримки. Узагальнені результати дозволяють зробити висновок про необхідність системного супроводу студентської молоді, яка пережила травматичний досвід, із акцентом на профілактику дезадаптаційних станів.

Відповідно до четвертого завдання розроблено рекомендації щодо вдосконалення психосоціальної підтримки молоді як складової соціальної роботи з особами, які пережили травматичний досвід. Обґрунтовано необхідність впровадження комплексної моделі психосоціальної підтримки, що поєднує індивідуальні, групові та інституційні форми роботи. Особливу увагу приділено кризовому консультуванню, розвитку навичок емоційної саморегуляції, формуванню стресостійкості, відновленню соціальних зв’язків та підвищенню рівня психологічної безпеки в освітньому середовищі.

З метою узагальнення та поширення практичних рекомендацій щодо психосоціальної підтримки молоді, яка пережила травматичний досвід, у межах дослідження було розроблено тематичну інфографіку.

Розроблена інфографіка має практичне значення та може бути використана у діяльності фахівців соціальної сфери, психологів, педагогічних працівників, працівників закладів вищої освіти, центрів психосоціальної підтримки та громадських організацій.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні ефективності різних моделей психосоціальної підтримки, розширенні емпіричної бази щодо впливу травматичного досвіду на психічне здоров’я молоді та розробленні сучасних інструментів ранньої діагностики й програм психосоціальної реабілітації в умовах довготривалого стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балакірєва О. Спектр проблем вимушених переселенців в Україні: швидка оцінка ситуації та потреб. *Вимушені переселенці в Україні: питання термінового та середньострокового реагування : матеріали круглого столу* (9 липня 2014 р.). URL : http://www.uisr.org.ua/news/36/83.html (дата звернення: 13.05.2026).

2. Басенко О. Особливості переживання підлітками стресових подій воєнних конфліктів : дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 Психологія. Київ : Національний університет «Києво-Могилянська академія», 2023. 83 с.

3. Безкоштовні психологічні консультації. Ваша підтримка поруч : онлайн-платформа «Розкажи мені». URL : https://tellme.com.ua/ (дата звернення: 13.05.2026).

4. Бойко О., Бондаренко Г., Гончар І., Горенко М., Ісаченко В., Шевчук О. Психосоціальна підтримка: теорія та практика : колективна монографія. Умань : Компринт, 2025. 250 с.

5. Вовченко О. А. Посттравматичні стресові розлади у дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного часу. *Наукова та інноваційна діяльність сучасного світу*. Київ, 2023. С. 338–343.

6. Всесвітня організація охорони здоров'я : офіційний вебсайт. URL : https://www.who.int/ (дата звернення: 13.05.2026).

7. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» : офіційний вебсайт. URL : https://howareu.com/ (дата звернення: 13.05.2026).

8. Горват А. М. 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 : https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.1.15358 (дата звернення: 13.05.2026).

9. Гусак Н., Чернобровкіна В., Чернобровкін В., Максименко А., Богданов С., Бойко О. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навчально-методичний посібник. Київ : Національний університет «Києво-Могилянська академія», 2017. 92 с.

10. Даниленко Т. І. Сутність посттравматичного стресового розладу: історія, критерії діагностики, механізми формування. *Ментальне здоров'я.* 2025. № 2. DOI : https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-2.5 (дата звернення: 13.05.2026).

11. Зливков В. Л., Світлана О Л, Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ. 2016. 219 с.

12. Зливков В. Л., Світлана О. Л. Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги. Київ ; Ніжин, 2022. 95 с.

13. Ісаченко В., Бойко О. Психосоціальна підтримка фахівців соціальної сфери як складова стратегічного управління в системі соціальних служб. *Ввічливість. Humanitas.* 2026. № 1. С. 45–51. DOI : https://doi.org/10.32782/humanitas/2026.1.7 (дата звернення: 13.05.2026).

14. Ісаченко В., Гончар І. Адресна соціальна допомога: теоретичні та практичні аспекти. *Ввічливість. Humanitas.* 2025. № 1. С. 182–188. URL : http://journals.vnu.volyn.ua/index.php/humanitas/issue/view/134 (дата звернення: 16.05.2026).

15. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : Унів. вид-во «Пульсари», 2017. 216 с.

16. Коляда Н. М., Кравченко О. О., Левченко Н. В., Коляда Н. І. Посттравматичний стресовий розлад як предмет наукових досліджень. *Соціальна робота та психологія: освіта і наука.* 2025. № 2. DOI : https://doi.org/10.32782/3041-1351/2025-2-4

17. Лісова Н. І. Державно-громадське управління розвитком загальної середньої освіти в малих містах України : монографія. Черкаси : Видавець Пономаренко Р. В., 2018. 360 с.

18. Марціновська І. П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна».* Хмельницький, 2017. С. 223–227.

19. Мітакі К. В. Психологічні особливості підлітків, які пережили травматичні події : кваліфікаційна робота здобувача освітнього ступеня магістр спеціальності 053 Психологія. Ізмаїл, 2024. 93 с.

20. Навчальна гра з протидії насильству «КРОК». Громадська організація «ЕТ СЕТЕРА». URL : https://etcetera.org.ua/psychology/krok/ (дата звернення: 13.05.2026).

21. Онлайн-консультації для підлітків та молоді. БО «Об'єднання підлітків та молоді «Тінерджайзер». URL : https://teenergizer.org/consultations/ (дата звернення: 13.05.2026).

22. Перетятько Л. Г., Возниця Л. І. Особливості стресостійкості підлітків в умовах воєнного стану. *Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка.* Полтава, 2024. С. 199–202.

23. Плетка О. Психосоціальна підтримка підлітків, що пережили страхіття війни : методичний посібник. Київ : Центр реадаптації та реабілітації «ЯРМІЗ», 2022. 54 с.

24. Про організацію. Благодійна організація «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу». URL : https://helpme.com.ua/pro-organizacziyu/ (дата звернення: 13.05.2026).

25. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2023 № 2118. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text (дата звернення: 13.05.2026).

26. Про охорону праці : Закон України від 14.10.1992 № 2694-XII (зі змінами). URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text (дата звернення: 13.05.2026).

27. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні : Закон України від 15.01.2025 № 4223-IX. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text (дата звернення: 13.05.2026).

28. Проєкт психосоціальної підтримки «ПОРУЧ» : офіційний вебсайт. URL : https://poruch.me/ (дата звернення: 13.05.2026).

29. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 572-р «Про затвердження плану заходів на 2024–2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні».

30. Смашина О. Є. Когнітивно-поведінкова терапія інсомнії при посттравматичних стресових розладах. *Архів психіатрії.* 2014. № 4. С. 91–94.

31. Теорія і практика соціально-педагогічної комунікації : навчальний посібник / уклад. В. П. Ісаченко. Умань : Візаві, 2024. 198 с.

32. Фролова Н. Психологічні особливості травматичного досвіду українців під час війни. *Психологія і суспільство.* 2024. Т. 89. № 1. С. 188–196. URL : https://pis.wunu.edu.ua/index.php/uapis/article/view/1251 (дата звернення: 13.05.2026).

33. Центр здоров'я та розвитку «Коло сім'ї» : офіційний вебсайт. URL : https://k-s.org.ua/ (дата звернення: 13.05.2026).

34. Чижевський Б. Г. Вимоги законів щодо розвитку сфери науки та освіти. Розвиток сучасної освіти і науки: результати, проблеми, перспективи. Т. 3. Ужгород ; Київ ; Херсон : Посвіт, 2020. С. 301–321.

35. Better Learning Programme (BLP). Norwegian Refugee Council. URL : https://www.nrc.no/what-we-do/projects-and-programmes/blp (дата звернення: 13.05.2026).

36. BetterMe: Mental Health : застосунок для ментального здоров'я. BetterMe Limited. URL : https://mentalhealth.betterme.world/ (дата звернення: 13.05.2026).

37. Sesame Street in Communities : ресурси для підтримки дітей та родин у кризових ситуаціях. Sesame Workshop. URL : https://sesamestreetincommunities.org (дата звернення: 13.05.2026).

38. Tarasenko O., Assonov D. Secondary traumatization of psychologists working with witnesses of psychotraumatic events: a literature review. *PMGP*. 2024. Vol. 9. No. 2. URL : https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/501 (дата звернення: 13.05.2026).

39. Veteran Hub : офіційний вебсайт. Громадська організація «Ветеран Хаб». URL : https://veteranhub.com.ua (дата звернення: 13.05.2026).

40. Weathers F. W., Blake D. D., Schnurr P. P., Kaloupek D. G., Marx B. P., Keane T. M. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5).

41. World Health Organization. URL: https://www.who.int/ (дата звернення: 12.05.2026).

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 2.1.

Зведена таблиця розподілу відповідей«Госпітальна шкала тривоги і депресії» (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS)

Варіант відповіді	**Кількість**	**%**
1. «Я перебуваю у стані напруги або у “заведеному” стані»		
Більшу частину часу	9	34,6
Значну частину часу	8	30,8
Час від часу	6	23,1
Ніколи	3	11,5
2. «Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно»		
Іноді	10	38,5
Дуже часто	7	26,9
Майже весь час	5	19,2
Абсолютно ні	4	15,4
3. «Внутрішнє тремтіння / “метелики в животі”»		
Від випадку до випадку	10	38,5
Досить часто	8	30,8
Дуже часто	5	19,2
Абсолютно немає	3	11,5
4. «Отримання задоволення від звичних речей»		
Так, але менше ніж раніше	10	38,5
Лише трохи	8	30,8
Як і раніше	5	19,2
Лише трохи ні	3	11,5
5. «Погане передчуття / тривога»		
Помірне	9	34,6
Легке	7	26,9
Виражене	6	23,1
Відсутнє	4	15,4
6. «Неспокій і психомоторна активність»		
Вельми значно	9	34,6
Не дуже сильно	8	30,8
Дуже сильно	5	19,2
Відсутнє	4	15,4
7. «Неспокійні думки»		
Значну частину часу	10	38,5
Час від часу	7	26,9
Переважну частину часу	6	23,1
Лише зрідка	3	11,5
9. «Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше»		

Так, але не настільки, як раніше	10	38,5
Лише трохи	8	30,8
Безумовно в такому ж обсязі	5	19,2
Лише трохи ні	3	11,5
10. «Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності»		
Дещо менше, ніж раніше	10	38,5
Стежу за собою не настільки	7	26,9
Як і раніше	6	23,1
Абсолютно втратив(-ла)	3	11,5
11. «Я відчуваю неспокій і непосидючість»		
Вельми значно	9	34,6
Не дуже сильно	8	30,8
Дуже сильно	5	19,2
Відсутнє	4	15,4
12. «Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне»		
Як і завжди	9	34,6
Менше, ніж раніше	8	30,8
Значно менше	5	19,2
Не можу	4	15,4
13. «Неспокійні думки»		
Значну частину часу	10	38,5
Час від часу	7	26,9
Переважну частину часу	6	23,1
Лише зрідка	3	11,5
14. «Очікування радості в майбутньому»		
Трохи менше, ніж зазвичай	10	38,5
Набагато менше	8	30,8
Як і завжди	5	19,2
Абсолютно ні	3	11,5
15. «Раптові панічні стани»		
Нечасто	10	38,5
Часто	7	26,9
Дуже часто	5	19,2
Відсутні	4	15,4

Додаток Б

Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS),

Додаток В

«Перелік життєвих подій» (Life Events Checklist for DSM-5 – LEC-5),

Додаток Г

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R),

).