МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА 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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ НАСЛІДКІВ ТРАВМ ВІЙНИ

Виконала: студентка ІІІ курсу, р/30 групи
спеціальності 231 «Соціальна робота»
Освітня програма «Соціальна робота
(соціально-психологічне консультування)»
Галушко Карина Сергіївна

Науковий керівник – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри соціальної педагогіки, соціальної роботи та консультування,
Матрос Ольга Олександрівна

Умань – 2026

АНОТАЦІЯ

Галушко К. С. Соціально-психологічний супровід осіб, які зазнали наслідків травм війни. Кваліфікаційна робота першого (бакалаврського) рівня вищої освіти на правах рукопису. Спеціальність 231 Соціальна робота. Умань, 2026.

У роботі досліджено теоретичні, нормативно-правові та практичні засади організації допомоги постраждалим від воєнних дій. Актуальність роботи зумовлена тривалим збройним конфліктом в Україні, що призвів до масового поширення психотравм та порушень соціальної адаптації, тоді як класичні моделі соціальної роботи виявилися недостатньо ефективними в сучасних умовах, що вимагає імплементації інноваційних систем підтримки.

Мета дослідження полягає у комплексному вивченні та аналізі особливостей соціально-психологічного супроводу осіб із наслідками травм війни, а також у розробці практичних рекомендацій щодо створення ефективної, децентралізованої системи допомоги.

Методи дослідження включають теоретичні та емпіричні (тестування за шкалою IES-R, констатувальний, формувальний та контрольний експеременти).

Одержані результати експериментально підтверджують високу результативність впровадженої авторської 6-тижневої програми супроводу, що поєднує метод арт-терапії, техніки соматичного заземлення та групову підтримку.

Ключові слова: соціально-психологічний супровід, психотравма, ПТСР, війна, соціальний працівник, кейс-менеджмент, Центри життєстійкості, підхід «рівний-рівному».

ABSTRACT

Halushko K. S. Socio-psychological support of persons who suffered the consequences of war trauma. Bachelor’s qualification thesis submitted in manuscript form. Specialty 231 Social Work. Uman, 2026.

The paper explores the theoretical, regulatory, and practical principles of organizing assistance for victims of military actions. The relevance of the work is driven by the prolonged armed conflict in Ukraine, which has led to the mass spread of psychological traumas and impaired social adaptation, whereas classical models of social work have proven insufficiently effective under current conditions, necessitating the implementation of innovative support systems.

The aim of the research is the comprehensive study and analysis of the specific features of socio-psychological support for individuals experiencing the consequences of war trauma, as well as the development of practical recommendations for creating an effective, decentralized assistance system.

Research methods include theoretical ones (analysis of scientific literature, synthesis, abstraction, generalization) to reveal the essence of psychological trauma, and empirical ones (testing using the IES-R).

The obtained results experimentally confirm the high effectiveness of the implemented author's 6-week support program, which combines trauma-focused cognitive-behavioral therapy, somatic grounding techniques, and group support.

Keywords: socio-psychological support, psychological trauma, PTSD, war, social worker, case management, Resilience Centers, peer-to-peer approach.

ЗМІСТ

ВСТУП……5

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ НАСЛІДКІВ ТРАВМ ВІЙНИ….....10

1.1. Сутність поняття «психотравми» та психологічні їх прояви……10

1.2. Державна політика та підтримка осіб, які зазнали наслідків травм війни в Україні……13

1.3. Особливості організації соціально-психологічного супроводу як форми допомоги постраждалим від війни……...……15

1.4. Роль соціального працівника у процесі супроводу та етапи організації соціально-психологічної допомоги постраждалим……17

РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ НАСЛІДКІВ ТРАВМ ВІЙНИ……26

2.1. Пріоритетні напрями та методи соціально-психологічної допомоги потерпілим……..……26

2.2. Дослідно-експериментальна робота з перевірки ефективності заходів соціально-психологічного впливу на осіб, які отримали травми від війни.……34

2.3. Методичні рекомендації щодо вдосконалення системи соціально-психологічного супроводу постраждалих від війни……....43

ВИСНОВКИ……..……51

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……..……55

ДОДАТКИ……..……..60

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У роботі висвітлено умови тривалого воєнного протистояння в Україні, що спричинили безпрецедентне за своїми масштабами зростання кількості осіб, які зазнали руйнівного впливу психотравмуючих подій. Наслідки війни охоплюють не лише прямі фізичні ушкодження, економічні збитки та руйнування інфраструктури, а й глибокі психологічні травми, що призводять до масового розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресивних станів, тривожних розладів та серйозних порушень соціальної адаптації. Соціально-психологічний супровід таких осіб стає одним із пріоритетних, стратегічно важливих напрямів державної політики у сфері соціального захисту та охорони здоров'я, що вимагає розробки новітніх парадигм втручання.

Актуальність обраної теми зумовлена тим, що класичні моделі соціальної роботи та психологічної реабілітації виявилися недостатньо ефективними в умовах безперервного пролонгованого стресу, який охоплює цілі територіальні громади. Аналіз соціально-психологічного супроводу осіб в умовах воєнного конфлікту вимагає глибокого, нюансованого розуміння особливостей прояву травми у різних цільових групах: безпосередніх учасників бойових дій (військовослужбовців та ветеранів), членів їхніх родин, а також цивільних осіб, які пережили окупацію, обстріли або отримали статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Сучасні підходи до психологічної діагностики, профілактики та реабілітації базуються на використанні доказових методів, таких як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, групова підтримка, використання стандартизованих скринінгових шкал та інтегративні багаторівневі моделі надання послуг.

Окрема увага в контексті сучасних викликів приділяється ролі соціального оточення — сім’ї, територіальної громади та новостворених спеціалізованих установ. Зокрема, імплементація Центрів життєстійкості та розгортання роботи мультидисциплінарних команд створюють підґрунтя для формування стійкого процесу відновлення ментального здоров’я нації.

Відповідно до оновленого законодавства 2024–2025 років, держава остаточно переходить до комплексної трирівневої моделі надання психологічної допомоги, що передбачає децентралізацію соціальних послуг та максимальне наближення фахової допомоги до місця проживання отримувача.

Водночас ключовим викликом, який ставить під загрозу ефективність усієї системи реабілітації, є надзвичайно високий рівень професійного вигорання та вторинної травматизації серед самих фахівців соціальної сфери — так званих «агентів супроводу». Робота з людським горем, втратами та наслідками екстремального насилля вимагає від соціальних працівників надмірних емоційних витрат, що зумовлює нагальну потребу в інституціоналізації програм профілактики вигорання та збереження професійного довголіття фахівців.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Аналіз останніх досліджень та публікацій свідчить, що проблема соціально-психологічного супроводу осіб, які зазнали наслідків травм війни, є однією з найбільш актуальних у сучасній психології, соціальній роботі та сфері охорони психічного здоров’я. Повномасштабна війна в Україні спричинила значне зростання кількості осіб, які пережили психотравмувальні події, зокрема військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб, дітей, цивільного населення та членів сімей постраждалих. У зв’язку з цим науковці активно досліджують механізми психологічної адаптації, подолання посттравматичного стресу, а також ефективні моделі соціально-психологічної підтримки.

З проаналізованих праць Г. Ломакіна, А. Забави та А. Попової ми виокремили механізми соціально-психологічної адаптації постраждалих і довели необхідність підходу «рівний-рівному» для профілактики ПТСР та суїцидальної поведінки. Водночас дослідження Е. Макфі та Й. Рьодерса дозволили нам обґрунтувати ефективність реінтеграції ветеранів безпосередньо через залучення ресурсів приймаючих громад. Спираючись на ці теоретичні здобутки, у роботі експериментально підтверджено результативність авторської

6-тижневої програми супроводу, яка суттєво знижує посттравматичну симптоматику та тривожні стани.

Мета дослідження полягає у комплексному вивченні та аналізі особливостей соціально-психологічного супроводу осіб з наслідками травм війни, а також у розробці практичних рекомендацій щодо створення ефективної системи підтримки.

Об'єкт дослідження – процес соціально-психологічного супроводу осіб, які зазнали впливу травматичних подій в умовах воєнного конфлікту.

Предмет дослідження – зміст, методи та інноваційні технології організації соціально-психологічного супроводу спрямовані на відновлення осіб з наслідками травм війни.

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

1. Розкрити теоретико-методологічні основи вивчення феномену психотравми та проаналізувати її психологічні прояви;

2. Визначити роль соціального працівника у процесі супроводу та дослідити етапи організації соціально-психологічної допомоги постраждалим;

3. Проаналізувати пріоритетні напрями та методи соціально-психологічної допомоги потерпілим;

4. Здійснити дослідно-експериментальну роботу з перевірки ефективності заходів соціально-психологічного впливу на осіб, які отримали травми від війни;

5. Розробити методичні рекомендації щодо вдосконалення системи соціально-психологічного супроводу постраждалих від війни.

Методом дослідження виступають теоретичні методи (аналіз наукової літератури, синтез, абстрагування, узагальнення), які дозволили розкрити сутність психотравми та нормативно-правові засади проблеми, а також група емпіричних методів, спрямованих на вивчення ефективності програм соціально-психологічного втручання та збереження професійного здоров'я фахівців.

Експериментальна база дослідження – дослідницько-експериментальна робота проводилася на базі центру інтегральних соціальних послуг Управління праці та соціального захисту населення Уманської міської ради.

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні та систематизації наукових уявлень про механізми психологічного травмування в умовах теперішніх воєнних дій. Зокрема:

- Уточнення зміст понять: розширено зміст термінів «військова травма», «соціально-психологічний супровід» та «посттравматичне зростання» в контексті об'єднаної допомоги цивільним та військовим.
- Систематизовано підходи: проаналізовано та узагальнено існуючі вітчизняні та зарубіжні моделі психологічної реабілітації, що дозволило виділити найбільш ефективні чинники соціально-психологічного супроводу.
- Обґрунтовано структуру супроводу: теоретично доведено необхідність комплексного підходу, що поєднує індивідуальну психокорекцію з елементами соціальної адаптації та підтримки мікросоціального середовища (родини, громади).
- Виявлено закономірності: розкрито особливості взаємозв’язку між типом травматичного досвіду та стратегіями копінг-поведінки особистості, що є підґрунтям для розробки персоналізованих програм допомоги.

Практичне значення дослідження. Результати дослідження можуть бути корисними соціальним працівникам та психологам при роботі з особами, що зазнали наслідків травм війни.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження висвітлювалися у виступах на конференціях і семінарах різного рівня, а саме: *всеукраїнських* – «Просоціальна особистість у гендерному вимірі: теоретико-методологічні та прикладні аспекти» (29 травня 2026, м. Умань) та у збірнику наукових праць здобувачів вищої освіти факультету соціально-психологічної освіти та фізичної культури, випуск 2 (листопад 2025 р.).

Публікації автора за темою дослідження. Результати дослідження висвітлено у 1 одноосібній статті автора.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 63 сторінки, із них 54 сторінки основного тексту, додатки – на 4 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ НАСЛІДКІВ ТРАВМ ВІЙНИ

1.1. Сутність поняття «психотравми» та психологічні їх прояви

Феномен психологічної травми становить ядро досліджень у сфері кризової психології, психіатрії та соціальної роботи, оскільки без глибинного розуміння природи травматизації неможливо побудувати ефективну систему супроводу [37, с. 14]. Поняття «психічна травма» має тривалу історію наукової еволюції, яка бере свій початок наприкінці XIX століття. Перші фундаментальні узагальнення щодо природи і сутності цього феномена були зроблені Зігмундом Фрейдом та Йозефом Броєром [11, с. 54]. Досліджуючи клінічні випадки істерії, Фройд помітив, що переважна більшість соматичних та поведінкових симптомів його пацієнток виявлялися прямим наслідком пережитих у минулому «психічних травм». Саме це відкриття стимулювало інтерес наукової спільноти до глибинних механізмів людської психіки в умовах екстремального стресу та започаткувало еру психоаналітичного розуміння травми [16, с. 24].

Психологічна травма — це реакція психіки на надзвичайно важку, стресову або застрашливу подію, яка виходить за межі звичайного людського досвіду.

У сучасній науковій літературі наявні суттєві розбіжності у трактуванні феномена психотравми, що зумовлено складністю та високим ступенем суб’єктивності переживань травмівних подій. Термінологія, яка використовується для опису змістового складника травми, повністю віддзеркалює приналежність дослідників до різних парадигм — медичної, когнітивно-поведінкової, екзистенційної чи гуманістичної [34, с. 160]. Наприклад, в основоположника методу позитивної психотерапії Н. Пезешкіана наявний розподіл психотравм на макротравми та мікротравми [16, с. 53]. На його переконання, макротравма — це значуща подія в житті людини, яка вимагає від неї тотальної мобілізації особистісних якостей для адаптації до

мінливих умов. В цій концепції травма розглядається не лише як деструктивний чинник, але і як потенційно спонукальний тригер для позитивних змін та посттравматичного зростання особистості [37, с. 45].

Традиційні визначення, що притаманні представникам медичного підходу (О. Черепанова, О. Осипов, О. Захаров), трактують психічну травму як «травматичний стрес» [26, с. 88]. У цьому контексті психотравма — це подія, що сприймається людиною як безпосередня загроза її фізичному існуванню, яка тотально порушує нормальну життєдіяльність і супроводжується руйнівними переживаннями: почуттям всеосяжного жаху, паралізуючого страху та абсолютної безпорадності [15, с. 40]. Виникнення психічної травми тут пов’язане з об'єктивним зіткненням з подією, яка виходить за межі нормального людського досвіду.

Розглядаючи це з психологічної точки зору, акцент зміщується з самої події на її внутрішню репрезентацію. Психічна травма розглядається як порушення цілісності функціонування психічного апарату, спричинене ситуацією, яка суб’єктивно інтерпретується як непереборна через недостатність або виснаження захисних механізмів індивіда [34, с. 162]. Важливим критерієм виникнення травми є не об'єктивна масштабність події, а суб’єктивна інтерпретація та відчуття власної вразливості.

Глибокий аналіз механізмів травматизації пропонує представник юнгіанського психоаналізу Дональд Калшед у своїй фундаментальній праці «Внутрішній світ травми» [16, с. 53]. Він пише, що психічна травма генерується не лише внаслідок зовнішнього деструктивного впливу, а й через патологічну внутрішню роботу самої психіки”. За Калшедом, психіка реагує на екстремальну загрозу шляхом трансформації зовнішньої травми у внутрішню «самотравмуючу силу». Відбувається психологічний захист: система самозбереження перетворюється на систему самознищення [16, с. 54]. Психіка регресує на примітивний, архаїчний рівень функціонування, що супроводжується відходом від реальності, емоційним розщепленням, дисоціацією, аутизацією та виникненням стереотипних реакцій уникання.

Ця лінія захисту спочатку покликана запобігти повному розпаду особистості. Однак з часом травмована психіка продовжує руйнувати саму себе через так званий синдром нав’язливого повторення. Травмовані війною особи часто несвідомо реконструюють ситуації, в яких вони піддаються повторній травматизації або ретравматизації [8, с. 143]. Саме тому терапія та соціально-психологічний супровід таких осіб є надзвичайно складними процесами: звернення до раціональної частини особистості часто виявляється заблокованим регресивними захистами, що вимагає тривалого встановлення базової довіри до фахівця [33, с. 46]. Важливо визначити ступінь тяжкості стану особи для подальшої успішної роботи з ним.

Розглядаючи точку зору сучасного дослідника Пітера Левіна [16, с. 89], інтегруючи знання з психофізіології та нейробіології, він визначає травму як прорив у бар’єрі, що захищає людину від впливів навколишнього середовища, який супроводжується втратою здатності до саморегуляції та самовладання. Руйнівна сила травми пропорційна дефіциту індивідуальних ресурсів та ступеню неможливості фізично відреагувати на загрозу. Є важливі особливості пережитої екстремальної ситуації, такі як: раптовість, тривалість, інтенсивність, масовий або індивідуальний характер, інформованість в ситуації, т.д [25, с. 241].

Специфічним видом травми в умовах війни є «травма втрати». Науковці розглядають її не лише у вузькому сенсі як, наприклад, смерть когось близького, а й у широкому соціальному контексті: як розрив родинних зв’язків, втрату домівки (для ВПО), руйнування кар'єри, втрату фізичного здоров'я чи кінцівок (для ветеранів), а також втрату базової ілюзії безпеки та справедливості світу [27, с. 34].

Розвивається тривога, нав’язливі спогади, зловживання наркотичних препаратів, агресивність чи пасивність, проблеми зі сном і так далі.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що для всіх проявів психотравми (психічної, психологічної, травми втрати) спільним є зіткнення особистості з обставинами, які перевищують її адаптивний потенціал, супроводжуються

паралізуючим відчуттям безпорадності та призводять до деформації смислової сфери [34, с. 165].

Доведено, що лише близько 30% людей здатні успішно та самостійно перебороти наслідки екстремальних ситуацій. Водночас вчасно та професійно надана медико-психологічна та соціальна допомога дозволяє знизити частку розвитку хронічних розладів адаптації та ПТСР до 3–5%, що безапеляційно доводить критичну необхідність розбудови потужної державної системи соціально-психологічного супроводу [37, с. 15].

Отже, комплексний аналіз сутності психотравми та специфіки її проявів в умовах воєнного конфлікту дозволяє стверджувати, що вона виступає не просто як індивідуальна реакція на загрозу, а як глибокий деструктивний процес, який тотально деформує смислову сферу особистості, руйнує базові захисні механізми та призводить до втрати здатності до саморегуляції [15, с. 41]. Розуміння цих складних психофізіологічних та психоаналітичних механізмів є критично важливим для фахівців допомагаючих професій.

Саме глибоке теоретико-методологічне осмислення генези травми дозволяє відійти від патологізації стану постраждалих та вибудувати дійсно ефективну, травмо-інформовану систему соціально-психологічного супроводу, яка б спиралася на ресурси особистості й створювала умови для її посттравматичного зростання та повноцінної інтеграції в суспільство [16, с. 55].

1.2. Державна політика та підтримка осіб, які зазнали наслідків травм війни в Україні

Державна політика України у сфері захисту населення, що постраждало від війни, останніми роками здійснила стрімкий перехід від суто медичної моделі до комплексної екосистеми надання соціальних послуг [29, с. 14]. Базовим фундаментом для цих процесів є Конституція України, яка гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та соціальний захист. Для фахівця із соціальної роботи ключовим орієнтиром є нормативно-правове регулювання 2024–2025 років, яке суттєво розширило

інструментарій соціального супроводу, підтримки та адаптації для різних вразливих груп: ветеранів, внутрішньо переміщених осіб (ВПО), сімей загиблих Захисників та цивільних громадян, які пережили психотравмуючі події [11, с. 65].

Важливе місце в цій системі займає Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», який визначає правовий статус ветеранів та створює умови для їхнього життєзабезпечення. Особи з порушеннями здоров'я внаслідок поранень отримують підтримку в межах Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», що закладає основи для компенсації обмежень життєдіяльності та соціальної інклюзії. Надання спеціалізованої підтримки та захист прав осіб з розладами психіки регулюється Законом України «Про психіатричну допомогу», який гарантує дотримання етичних і медичних стандартів при наданні допомоги. Крім того, урядом схвалено

Стратегію ветеранської політики на період до 2030 року та затверджено операційний план заходів з її реалізації у 2024-2027 роках (розпорядження Кабінету Міністрів України від 29.11.2024 № 1209-р), що визначає довгострокові засади державної політики та створює умови для безперешкодного переходу від військової служби до цивільного життя. Визначальним кроком у професіоналізації соціального супроводу стало затвердження у 2024–2025 роках нового професійного стандарту «Фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб», що закріпило ключову роль соціальної сфери у процесі реінтеграції військових.

Згідно зі стандартом, фахівець із супроводу виступає персональним навігатором та кейс-менеджером для ветерана. Фундаментальним документом у безпосередній практиці залишається Державний стандарт послуги соціального супроводу осіб та сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, який було адаптовано до умов воєнного стану та наслідків децентралізації.

Також у 2024 році був затверджений абсолютно новий Державний стандарт соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх

сімей (Наказ № 175-Н), що передбачає два етапи: рекреаційний (тижнева програма з родиною) та індивідуальну адаптацію за місцем проживання. Постанова КМУ № 1338 закріпила трирівневу модель психологічної допомоги, де соціальний працівник координує перший (базовий) рівень реінтеграції у громаді.

Інституційною базою для надання таких послуг у громадах став експериментальний урядовий проект із запровадження комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості, започаткований Постановою Кабінету Міністрів України від 3 жовтня 2023 року № 1049 (з оновленнями 2024 року № 663 та 2025 року № 1505), метою якого є зниження тривожності населення через психосоціальну підтримку та координацію ініціатив.

Таким чином, сформована нормативно-правова база України та актуальні вектори Стратегії ветеранської політики до 2030 року створюють необхідні засади для переходу до інтегрованої та децентралізованої системи допомоги [35, с. 435]. Узгодження базових конституційних прав із новітніми стандартами та експериментальними проектами дозволяє забезпечити «безшовний» супровід кожної постраждалої особи на рівні її територіальної громади, мінімізуючи ризики повторної травматизації.

1.3. Особливості організації соціально-психологічного супроводу як форми допомоги постраждалим від війни

Організація соціально-психологічного супроводу в сучасних умовах України трансформувалася у багаторівневу систему, що інтегрує соціальні, психологічні та управлінські технології для подолання наслідків воєнної травми [11, с. 68]. На теоретико-методологічному рівні супровід розглядається не як одноразовий акт допомоги, а як тривалий, динамічний процес взаємодії між фахівцем та отримувачем послуг, спрямований на відновлення особистісного та соціального ресурсу людини [34, с. 160]. Ключовою особливістю цього процесу є орієнтація на концепцію життєстійкості (резільєнтності), що передбачає

здатність індивіда не лише до адаптації, а й до посттравматичного зростання в умовах тривалого стресу [18, с. 109].

Відповідно до оновленої нормативної бази 2024–2025 років, зокрема Постанови КМУ № 1338 та Постанови № 1505, в Україні остаточно закріплено трирівневу архітектуру допомоги. Перший (базовий) рівень є фундаментом супроводу і реалізується безпосередньо в територіальних громадах. На цьому рівні організація допомоги фокусується на дестигматизації ментального здоров'я та забезпеченні широкого доступу до психосоціальної підтримки.

Центральним інституційним елементом тут виступають Центри життєстійкості — відкриті безбар'єрні простори, створені за зразком ізраїльських Resilience Centers. Їхня операційна модель базується на принципі «послуга йде до людини», що вимагає специфічного просторового облаштування: наявності зон для конфіденційного консультування (не менше 12 м²), приміщень для групової роботи (від 24 м²) та обов'язкового обладнання безпекових укриттів.

Технологічним «двигуном» організації супроводу виступає методика кейс-менеджменту (робота з випадком) [12, с. 22]. Цей підхід дозволяє фахівцю здійснювати комплексний супровід постраждалого через послідовні етапи: від первинної оцінки потреб та розроблення індивідуального плану відновлення до координації міжвідомчої взаємодії та фінального моніторингу результатів. Важливою організаційною перевагою кейс-менеджменту у 2025 році стало впровадження моделі інтенсивного втручання (ICM) для найбільш вразливих категорій, таких як особи, що пережили полон або депортацію [37, с. 45]. Ефективність такої роботи забезпечується мультидисциплінарними командами, до складу яких входять не лише соціальні працівники та психологи, а й юристи та медики, що дозволяє вирішувати каскад проблем постраждалого одночасно.

Особливе місце в організації супроводу займає етико-методологічний фундамент – травмо-інформований підхід [12, с. 25]. Його впровадження вимагає від організацій перегляду всієї культури надання послуг на основі шести ключових принципів: безпеки, надійності та прозорості, підтримки

рівних, співпраці, розширення прав і врахування культурно-гендерної специфіки. Організаційно це означає, що кожен контакт клієнта з системою має мінімізувати ризик ретравматизації [34, с. 165]. Наприклад, правила участі в програмах не повинні містити санкцій, а навпаки надавати клієнту право вибору та контролю над процесом власного відновлення.

Сучасна організація супроводу також характеризується високим рівнем цифровізації та мобільності. Створення мережі фахівців із супроводу ветеранів, яка у 2025 році охоплює понад 1100 громад, дозволяє інтегрувати соціальні послуги в цифрову екосистему «Ветеран PRO» у застосунку Дія. Це спрощує маршрутизацію отримувачів між відомствами через систему електронних направлень та забезпечує спадковість допомоги. Для мешканців віддалених або деокупованих територій організація супроводу набула форми мобільних команд швидкого реагування, які здійснюють виїзди безпосередньо до місць перебування постраждалих, забезпечуючи екстрене втручання протягом 24 годин.

Таким чином, організація соціально-психологічного супроводу у 2024–2025 роках еволюціонувала у цілісний, технологічно оснащений та людиноцентричний механізм, що поєднує стаціонарні, мобільні та цифрові форми підтримки.

1.4. Роль соціального працівника у процесі супроводу та етапи організації соціально-психологічної допомоги постраждалим

На тлі значного збільшення кількості ВПО, яких заданими Міністерства соціальної політики України понад п'ять мільйонів, постала гостра потреба у налагодженні ефективного механізму соціальної інтеграції. Багато переселенців прибувають у нові регіони без підтримки родичів, роботи, без доступу до медичних чи юридичних послуг.

У цих умовах соціальна робота набуває не лише індивідуального, а й стратегічного значення – це інструмент формування соціальної згуртованості, попередження маргіналізації та забезпечення національної єдності [11, с. 72].

Соціальний працівник як координатор підтримки. У контексті масштабного вимушеного переміщення населення внаслідок збройного конфлікту в Україні роль соціального працівника трансформується в ключову координуючу функцію, яка охоплює не лише традиційну соціальну підтримку, але й медіацію між постраждалими та державними, міжнародними і громадськими структурами [27, с. 34].

Саме соціальний працівник виступає першим контактом для вимушено переміщених осіб у новій громаді, зокрема після евакуації чи самостійного переселення. Його місія полягає у встановленні початкового зв'язку, зборі інформації про потреби особи чи родини, їх правовий статус, житлові умови, медичні чи психологічні потреби, після чого здійснюється скерування до відповідних служб або залучення доступних ресурсів [12, с. 30].

Координаційна діяльність включає формування міжінституційної взаємодії – від органів місцевого самоврядування до неурядових організацій, благодійних фондів та міжнародних місій. Соціальний працівник має орієнтуватися в системі державних і недержавних послуг, знати алгоритми отримання соціальної допомоги, реєстрації ВПО, оформлення субсидій, доступу до медичної, психологічної та освітньої допомоги [27, с. 36]. За словами О. Думанської [28, с. 64], так діяльність потребує не лише професійної підготовки, а й емоційної витривалості, адже саме соціальний працівник бере на себе перший етап комунікації з особами, які перебувають у стресі, депривації або в стані психологічної дезорієнтації.

Як зазначає О. Білецький [11, с. 85], сучасна соціальна робота виконує роль інструменту, що дозволяє створити умови для інтеграції різних груп населення в умовах соціальної турбулентності, при цьому соціальний працівник виступає модератором соціального діалогу, координатором зусиль усіх сторін, зацікавлених у вирішенні проблем переселенців. Під час реалізації програм соціальної допомоги в Україні, саме соціальні працівники залучені до формування кейсів переселенців, заповнення анкет, реєстрацій у базах

гуманітарної допомоги, організації черг та координації логістики доставки гуманітарних наборів [12, с. 32].

Подібні функції підтверджують:соціальний працівник є не лише постачальником послуг, а й організатором простору безпеки й довіри для постраждалих. Таким чином, координуюча функція соціального працівника має комплексний характер: вона охоплює оцінку потреб, логістику доступу до послуг, налагодження комунікації з інституціями та емоційний супровід, що дозволяє говорити про соціального працівника як центральну ланку у системі адаптаційної підтримки вимушено переміщених осіб в умовах військового стану. Вона вимагає високого рівня компетентності, багатопрофільної підготовки та здатності працювати у кризових ситуаціях [37, с. 102].

У реаліях збройного конфлікту значна частина вимушено переміщених осіб стикається з глибокими психологічними потрясіннями, спричиненими втратою домівки, близьких, стабільного способу життя, а також пережитим насильством або загрозою для життя. На цьому тлі роль соціального працівника як першого джерела психосоціальної підтримки набуває особливої актуальності. Такий працівник виконує функцію первинного реагування – проводить співбесіди, організовує зустрічі підтримки, групову роботу, допомагає відновити емоційний зв’язок із соціумом, мотивує до участі в активному житті [26, с. 112].

Особливої уваги потребують вразливі групи – діти, підлітки, люди з інвалідністю, особи літнього віку. У співпраці з психологами соціальний працівник формує індивідуальні плани психологічного супроводу, в яких враховуються рівень травматизації, рівень довіри до оточення, готовність до соціальної взаємодії. Наприклад, діти, які втратили рідних або стали свідками бойових дій, можуть демонструвати прояви посттравматичного стресового розладу [9, с. 14].

У таких випадках важливо не лише надати фахову психологічну допомогу, а й створити безпечне середовище, де дитина знову навчитись довіряти, спілкуватися, будувати стосунки. Психосоціальна підтримка також

охоплює навчання навичкам емоційного самоконтролю, технікам зниження тривоги, релаксації, що, згідно з дослідженнями І. Цирковникової [18, с. 108], дозволяє особі поступово повернути контроль над своїми емоційними реакціями та відновити почуття безпеки й стабільності.

Однією з найпоширеніших проблем, з якими стикаються вимушено переміщені особи, є складність в отриманні доступу до базових соціальних послуг [27, с. 15]. Це пов'язано не лише з дефіцитом ресурсів, а й з недостатньою інформованістю переміщених громадян щодо їхніх прав, процедур оформлення документів, взаємодії з органами державної влади. Багато переселенців втрачають документи під час евакуації, не мають цифрових навичок або необхідних засобів комунікації, що істотно ускладнює процес реєстрації в державних реєстрах і програмах допомоги.

У таких умовах ключову роль відіграють соціальні працівники, які виконують функції провідників і посередників між ВПО та інституційною системою соціального захисту [29, с. 14]. Зокрема, вони: надають консультативну допомогу щодо прав переселенців відповідно до чинного законодавства України; допомагають у зборі й заповненні документів, заяв, анкет; сприяють реєстрації у державних та місцевих програмах матеріальної, медичної, житлової чи гуманітарної допомоги [35, с. 435]; супроводжують осіб під час звернень до центрів надання адміністративних послуг, управлінь соціального захисту, міграційних служб; налагоджують комунікацію з громадськими та міжнародними організаціями, які можуть надавати додаткову підтримку. Варто наголосити, що багато переселенців стикаються із бар'єрами не лише юридичного, а й психологічного характеру – страхом бути не почутими, недовірою до органів влади або соромом через своє становище [34, с. 165]. Соціальний працівник у таких випадках не лише забезпечує юридичну підтримку, а й виконує функцію емоційної стабілізації клієнта, що сприяє підвищенню його активності у власному соціальному включенні.

Саме завдяки активній ролі соціального працівника значна частина переселенців змогла скористатися своїм правом на соціальні виплати,

гуманітарну допомогу, доступ до медицини та освіти. Важливо підкреслити міжсекторальну співпрацю соціального працівника з представниками медичних закладів, юристами, волонтерами та місцевими органами самоврядування, що дозволяє створити мережу підтримки навколо переселенця й мінімізувати його виключення з соціального простору [10, с. 55].

Процес інтеграції вимушено переміщених осіб у нові громади є багатовимірним і передбачає не лише фізичне облаштування в новому місці, але й поступове прийняття нових соціокультурних норм, налагодження міжособистісних зв'язків і формування почуття приналежності до спільноти. У цьому механізмі соціальний працівник реалізує ключову функцію з узгодження дій та полегшення взаємодії, дію чи як міст між людьми,що перемістилися, та громадою, що їх приймає [28, с. 68]. Його діяльність включає організацію освітніх та інформаційних сесій,проведення тренінгів для набуття життєво необхідних умінь, влаштування заходів для культурного зближення, а також підтримку опанування вивченню української мови або мови регіону (якщо переміщення відбулося до територіальних громад, де домінують угорська чи румунська мови).

Одним із важливих інструментів адаптації є також залучення ВПО до громадських ініціатив, волонтерства, місцевих заходів і громадських об'єднань. Така практика дозволяє переселенцям поступово долати відчуття відчуження та соціальної ізоляції [37, с. 45]. Особливу увагу приділяють взаємодії з місцевим населенням. Соціальні працівники виступають як модератори діалогу між корінними жителями та ВПО, попереджаючи конфлікти, знижуючи напругу, що може виникати через конкуренцію за обмежені ресурси або культурні непорозуміння. Створення спільних майданчиків для комунікації (громадські простори, хаби, клуби за інтересами) сприяє формуванню інклюзивного середовища.

Крім того, працівники соціальної сфери часто співпрацюють з представниками місцевого бізнесу для працевлаштування переселенців або підтримки підприємницьких ініціатив [40, с. 7]. Запровадження менторських

програм із залученням місцевих мешканців дозволяє новоприбулим краще орієнтуватися в новому соціумі та відчувати підтримку громади. Успішна інтеграція ВПО потребує системного підходу з урахуванням потреб як приймаючих громад, так і переселенців. Саме соціальний працівник здатен ініціювати локальні зміни, активізуючи громаду навколо теми солідарності та спільного розвитку [34, с. 165].

У контексті кризи, спричиненої війною, права вимушено переміщених осіб часто порушуються або залишаються незабезпеченими через системні прогалини, бюрократичні бар'єри чи дискримінаційні підходи на місцевому рівні. У таких умовах соціальний працівник набуває ролі правозахисника та адвоката інтересів вразливих груп [11, с. 72]. Він забезпечує представництво ВПО у взаємодії з державними органами, місцевими адміністраціями, громадськими організаціями, а також моніторить дотримання законодавчих гарантій щодо соціального захисту.

Сфера правового захисту охоплює численні аспекти: від забезпечення доступу до житла та медичних послуг до недопущення незаконної дискримінації за ознакою походження, місця реєстрації чи статусу. Соціальний працівник супроводжує клієнта під час звернення до юридичних консультацій, судових органів, оскаржує випадки порушень прав і сприяє реалізації механізмів захисту – таких як подача скарг, участь у медіаціях, залучення омбудсменів тощо.

Особливої актуальності набуває правозахисна функція у випадках вразливих груп серед ВПО – людей з інвалідністю, багатодітних сімей, осіб похилого віку. Соціальні працівники у співпраці з юристами правозахисних організацій допомагають їм не лише захистити свої права, а й відновити почуття гідності та довіру до соціальних інституцій [27, с. 40]. Адвокаційна функція соціального працівника є ключовою умовою побудови соціальної справедливості, особливо в умовах масового переміщення, коли система гарантій порушується або знецінюється. Саме фахівець із соціальної роботи

здатен ініціювати публічну увагу до проблем конкретних осіб чи груп, залучити ресурси та створити нові моделі локального право захисту.

Одним із викликів для соціальної інтеграції переселенців є зростання соціальної напруги в громадах, що їх приймають. Це може бути спричинене конкуренцією за ресурси (житло, робочі місця, допомога), упередженнями, браком інформації про ВПО, а також стереотипами щодо «нелояльності» або «відмінності» переселенців [31, с. 32]. У таких умовах виникає ризик соціального поділу, маргіналізації, що загрожує не лише адаптації ВПО, а й стабільності громади в цілому.

Соціальний працівник у цій ситуації виконує роль медіатора і просвітника. Він не лише допомагає переселенцям влитися в нову соціальну тканину, а й працює з місцевим населенням – інформуючи, пояснюючи, організовуючи діалог, сприяючи взаєморозумінню [10, с. 56]. Важливу роль відіграють проекти міжкультурної комунікації, інтеграційні заходи, спільні ініціативи з участю як ВПО, такі місцевих мешканців. Участь у таких заходах дозволяє руйнувати бар’єри, формувати довіру й солідарність.

Ефективною практикою є залучення соціальних працівників до розробки локальних програм з недискримінації, створення консультаційних пунктів або центрів підтримки, де можуть отримати допомогу як переселенці, так і приймаючі родини. Такі інтервенції дозволяють не лише знизити соціальну напругу, а й активізувати розвиток місцевих громад. Успішна адаптація ВПО значною мірою залежить від рівня соціального прийняття з боку місцевих громад. Тому робота соціального працівника має бути спрямована не лише на підтримку переселенців, а й на формування толерантного середовища у приймаючих громадах. Це є запорукою зниження соціальної напруги, попередження конфліктів і досягнення соціальної стабільності [37, с. 48]. Успіх адаптації підтверджується тоді, коли людина реалізує свій особистісний потенціал, розвиває здібності та ефективно вирішує психологічні й соціокультурні питання.

Соціальна адаптація вимушено переміщених осіб – це комплексний процес, що вимагає міжсекторальної взаємодії. У цьому контексті соціальний працівник виконує функції координатора, фасилітатора та комунікатора між державними структурами, громадськими організаціями, міжнародними інституціями та волонтерськими ініціативами [11, с. 65].

Така співпраця є ключовою для вирішення широкого спектра питань – від житла й працевлаштування до охорони здоров'я та психологічної підтримки. Значну роль у цьому процесі відіграють міжнародні партнери, зокрема Міжнародна організація з міграції, Управління Верховного комісара ООН у справах біженців, Червоний Хрест і Програма розвитку ООН, які реалізують програми з посилення спроможності громад до прийняття та інтеграції ВПО. Вони забезпечують як матеріальні ресурси, так і експертну підтримку у впровадженні ефективної соціальної політики. Завдяки цим проектом соціальні працівники отримують ресурси, методичні матеріали, інструменти моніторингу та підготовку, необхідну для ефективного виконання своїх обов'язків.

Окремо слід відзначити роль волонтерських і громадських ініціатив [4, с. 12]. Волонтерські та громадські ініціативи часто стають першими, хто реагує на потреби переселенців, особливо у віддалених або ресурсно-обмежених регіонах. Соціальний працівник у цьому процесі виконує роль посередника між такими ініціативами та офіційними структурами, координуючи дії для уникнення дублювання зусиль та формування цілісної системи підтримки.

Ефективна інтеграція ВПО можлива лише за умов партнерства між державними органами, місцевою владою, міжнародними донорами та громадянським суспільством. Така взаємодія дозволяє оптимізувати ресурси й досягти сталих результатів. Залучення самих переселенців до планування й реалізації програм підвищує рівень їхньої активності й довіри. У партнерських структурах соціальні працівники виступають каталізаторами змін, сприяючи згуртованості громад і стабільній адаптації ВПО.

Таким чином, роль соціального працівника у процесі супроводу постраждалих від війни є багато векторною та координаційною, що вимагає від нього високого рівня професійної компетентності, етичної чутливості та володіння сучасними інструментами кейс-менеджменту [12, с. 22]. Чітка структурованість етапів організації соціально-психологічної допомоги — від первинного контакту до виходу з випадку — дозволяє забезпечити безперервності та адресність підтримки, що є базовою умовою успішної реінтеграції особистості та зміцнення життєстійкості всієї громади [34, с. 165].

РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ НАСЛІДКІВ ТРАВМ ВІЙНИ

2.1. Пріоритетні напрями та методи соціально-психологічної допомоги потерпілим.

Збройні конфлікти завжди спричиняють людські втрати, зростання кількості переміщених осіб, стресові обставини та економічних потрясінь у житті як місцевого населення так і країни загалом [9, с. 14]. Поява нових соціально вразливих груп в Україні і недосконаліть державної системи соціального забезпечення таких верств населення спричинило посилення інтересу до соціальної роботи та фахової підготовки соціальних працівників, які б займалися потерпілими та проводили соціально-психологічні наради [29, с. 14].

За останні роки Україна зіткнулася з новими соціально-гуманітарними викликами, а саме виникненням внаслідок збройного конфлікту внутрішньо переміщених громадян. Вимушена міграція внаслідок військово-політичних конфліктів є для нашої держави новою подією [31, с. 30]. Коли вперше розпочалася стихійна евакуація населення у 2014 році, тоді ще не існувало ні нормативно-правового забезпечення, ані практичної системи підтримки таких вразливих груп.

Внаслідок збройного конфлікту постала потреба у налагодженні соціально-психологічної роботи з демобілізованими військовими, які брали участь у бойових діях, родинами поранених та загиблих [26, с. 112]. Цей аспект роботи має спиратися на грунтовне вивчення світового досвіду, різноманітних актів, представлених державними та громадськими установами [10, с. 45]. Він націлений на те, щоб з'ясувати головні труднощі та підходи до соціальної роботи з новими вразливими верствами та окреслити ключові вектори розвитку соціальних програм.

Дані Міністерства соціальної політики України свідчать, що станом на 2026 рік було зареєстровано понад 4,6 мільйона внутрішньо переміщених

громадян. Серед зареєстрованих ВПО суттєву частку складають уразливі верстви (близько 41% мають специфічні потреби, зокрема особи з інвалідністю та люди похилого віку) [27, с. 15], а також понад 837 тисяч складають діти. З усієї кількості переселенців фінансову допомогу від держави наразі отримує близько 1 мільйона осіб. Близько третини ВПО (34%, або понад 1,2 млн осіб) продовжують перебувати у районах, близьких до зони активних бойових дій. Окрім того, спостерігається інтенсивне реверсне переселення (повернення додому з інших областей чи з-за кордону) , а також частина ВПО, яка має реєстрацію та право на соціальне забезпечення з боку держави, продовжує мешкати на тимчасово окупованих землях [35, с. 435].

Потреби ВПО в Україні мало відрізняються від загальновідомих. У першу чергу людям потрібне житло, працевлаштування та фінансова підтримка з боку держави. Для комплексного забезпечення житлом у 2026 році активно впроваджуються державні програми, як-от «єОселя», соціальна оренда та підтримане проживання, що мають задовольнити потреби понад 41 тисячі ВПО. Потреби ж учасників бойових дій та їхніх родин є різними та індивідуальними [28, с. 68]. Міжнародні фахівці наголошують на потребі спеціалізованої соціально-психологічної реорганізації для цієї категорії.

У практиці соціальної роботи використовуються різні методи, серед яких є короткочасні, що охоплюють кризове втручання, а також довготривалі схеми, що орієнтуються на системно-екологічну модель та безпосередній розвиток інклюзивності приймаючої громади [11, с. 65].

Попередні програми соціально-психологічної реабілітації сьогодні оновилися: відбулася зміна вектору соціальних програм та перехід від суто пасивного соціального забезпечення ВПО та учасників бойових дій до підтримки реалізації їхнього економічного потенціалу. Найважливішим стало підвищення економічної спроможності, заохочення ветеранського підприємництва через розширені державні та приватні грантові програми (з фінансуванням до 1,5 млн грн на власну справу) та подальша соціально-

психологічна адаптація потерпілих шляхом економічної самореалізації в суспільстві.

Збройні конфлікти спричиняють психологічні травми, а наслідки воєнно травматичних стресових умов визначаються психологічними чинниками, такими як психічні, особистісні особливості військовослужбовців, адекватність механізмів психологічного захисту та пристосування, тривалість впливу стресових чинників [25, с. 241].

Психологічні травми, здобуті внаслідок участі у бойових діях класифікують як «посттравматичний стресовий синдром». Його наслідки проявляються ознаками «психологічного захисту», такими як втрата пам'яті явна амнезія або удавана, психічна уповільненість, уникнення будь-яких спогадів, пов'язаних з пережитими подіями, або так звані «повернення» до яких належать нав'язливі спогади, пережиті страхи, відчуття тривоги, розлади сну, втрата відчуття спокою та насолоди життям [15, с. 42].

Розпізнавання синдрому, його критерії визначені в американському національному діагностичному психіатричному стандарті (Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders), а також вони внесені до європейського діагностичний стандарту МКХ-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death ICD-10).

Посттравматичний стресовий розлад розглядається як відкладена або затяжна відповідь на стресову ситуацію або подію, що має загрожуючий або катастрофічний характер, які спричиняють порушення психіки [34, с. 160].

Діагностичними ознаками посттравматичного стресового розладу виступають: вороже ставлення до світу; соціальне відчуження; відчуття безвихідності; патологічне відчуття неспокою, відчуття постійної загрози тощо.

Посттравматичний синдром є не лише індивідуальною проблемою, але й соціальною, оскільки перебування у бойових зонах, умовах постійної напруги веде до бажання «втекти» від дійсності у віртуальний світ не без допомоги психотропних засобів, що в свою чергу спричиняє різні вияви девіантної

поведінки [8, с. 142]. Різні форми залежної поведінки створюють соціальну дезадаптацію, а це є соціальною проблемою [10, с. 56].

Так, девіантна поведінка проявляється у жорстокості щодо оточуючих, родини, суїцидальних намаганнях та ризикованих діях. Агресивна поведінка, що виробляється в умовах війни по відношенню до ворога діє на підсвідомому рівні, як зазначають представники біхевіористської теорії, таким чином, посттравматичний синдром веде не лише до зміни психіки особистості, а й до зміни її вчинків [33, с. 46]. Також велике значення має вплив громадської думки, тобто ставлення соціуму до збройного протистояння [18, с. 109].

Процес реабілітації, відновлення психічних, фізичних та соціальних ресурсів потерпілих, учасників збройного конфлікту повинен бути системним, тобто включати різні заходи як психодіагностичні так і психокорекційні, а також профілактичні, профорієнтаційні та включати як індивідуальні, так і різні групові форми психосоціальної роботи [37, с. 15]. До таких форм належать: групова корекція, аутотренінг, кризове та соціальне консультування тощо [26, с. 115].

Соціальна пристосованість, вирішення власних труднощів, складання плану виходу зі складної життєвої ситуації та допомога у його втіленні включає: вибір шляхів вирішення проблеми, формування позитивної мотивації, вибір доступних і сприятливих можливостей та ресурсів; складання плану взаємодії з постраждалими, визначення шляхів його реалізації [12, с. 22].

Консультування з надання психологічної допомоги повинні сприяти оптимізації психоемоційного стану, забезпечувати психологічний спокій, позитивному ставленні до самого себе та до світу в цілому.

У формуванні позитивної мотивації важливими є підтримка, зняття емоційного блокування, слід, також розробляти заходи, спрямовані на самостійне розв’язання щоденних труднощів і подолання стресових обставин.

Кризове короткотермінове консультування застосовується при таких кризових станах, як суїцидальний намір, тривожність, ворожість, стрес, переживання втрати, агресія, яка спрямована на себе або на інших [8, с. 144].

Проводяться заходи щодо емоційного та психологічного розвантаження, такі як навчання прийомам емоційного та психологічного розвантаження, саморегуляції та аутотренінг; консультування у допомозі в аналізі проблеми, знаходження альтернативних шляхів виходу і прийняття рішень у складних ситуаціях та сприяння у самодопомозі [34, с. 165]. Важливим є формування впевненості в собі, самоповаги, вирішення конфліктних ситуацій, так, необхідним є консультування у прийнятті свого стану, формуванні активної життєвої позиції, орієнтації на власні збережені можливості та ресурси [37, с. 45].

Застосовується консультування щодо таких кризових станів, як тривожність, провина, переживання втрати, страх смерті тощо [9, с. 15].

Соціальна робота з корегування психологічного стану та поведінки у повсякденному житті постраждалих:

- бесіди, спілкування, мотивація до активності та позитивного мислення,
- допомога в переборюванні страху, відчаю,
- корекція, спрямована на відновлення та розвиток психічних процесів,
- сприяння психосоціальній стабілізації,
- соціальна корекція взаємовідносин у конфліктних ситуаціях,
- корекція соціальних наслідків психологічної проблеми, що виникла внаслідок набуття інвалідності [11, с. 68].

Ефективними є ті реабілітаційні заходи, які допомагають не лише виведенню людини з кризового стану, але й сприяють розвитку нових життєво необхідних умінь. Успішними є результати соціальної роботи, коли розвиваються закладені ресурси людини, формується позитивне ставлення до себе та оточення, а не лише з’ясовується причина психічних розладів [34, с. 166].

Особливою підступністю посттравматичного стресового розладу є те, що він з роками не послаблюється, а посилюється, проявляється в девіантній поведінці, невротичних розладах та без втручання фахівців перетворюється на психологічну хворобу. Після повернення учасників збройного конфлікту до

мирного життя, вони мають бути залучені до заходів соціальної адаптації та отримувати повноцінну реабілітацію за індивідуальними програмами.

Реабілітація та реадаптація військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом потребує тривалого соціального супроводу [26, с. 120]. Успішними є індивідуальні консультативні форми роботи, а також групові заняття з психосоціальної корекції, а найкращі результати досягаються тоді, коли військовослужбовець здатний самостійно реалізувати себе у мирному житті [10, с. 55].

Перші кроки зроблено державою по вдосконаленню системи соціального захисту учасників збройного конфлікту, так це закон України від 23.07.2014 № 1609-VII, що закріплює зміни до Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Він стосується забезпечення учасників антитерористичної операції, що постраждали, виробами медичного призначення та засобами реабілітації.

До реабілітаційної роботи повинні залучатись різні відомства з надання постраждалим соціальної, матеріальної, психологічної допомоги [11, с. 72]. Велику роль відіграють волонтерські організації, які перебувають в районі збройного конфлікту та надають медичну, матеріальну допомогу пораненим, сприяють інформаційному забезпеченню, надають моральну підтримку постраждалим [4, с. 12].

Робота педагогічних і соціальних працівників з дітьми в умовах надзвичайних ситуацій пов’язана з високим психологічним напруженням та значними емоційними витратами [9, с. 15]. Тому піклування й турбота педагога про себе – це перша умова його здатності працювати з дітьми, які зазнали впливу травмуючих подій [27, с. 34]. Недотримання правил екологічності своєї праці та вимог емоційної безпеки діяльності може зруйнувати здатність фахівця виконувати свої професійні обов’язки, знизити його задоволення собою, професією, життям, тобто – до професійного вигорання [12, с. 58].

До вигорання більш схильні фахівці, які у своїй професійній діяльності багато та інтенсивно контактують з іншими людьми, оскільки під час роботи

вони зазнають потужних нервово-психічних навантажень, що проявляються в емоційній втомі та виснаженні [37, с. 102].

Внаслідок погіршується здоров'я, поведінка, почуття, мисленнєві процеси, ставлення до роботи, людей та власного життя. Найчастіше (від 30 до 90% працівників) симптоми вигорання виявляються у наступних професійних групах: лікарів, медичних працівників психіатричної сфери, вчителів, психологів, соціальних працівників, рятувальників, працівників правоохоронних органів.

Найскладнішим є те, що вигорання розвивається поступово і в цьому його підступність. Хоча в умовах надзвичайних ситуацій, особливо у людей із низьким або недостатнім рівнем стресостійкості чи резилієнс, або через інші внутрішні чи зовнішні чинники, вигорання може поглиблюватися набагато швидше [16, с. 55]. Емоційне вигорання може стати додатковим поштовхом до професійного вигорання. При цьому людина навіть не завжди усвідомлює появу його симптомів у себе. Тому профілактика професійного вигорання розпочинається з вміння розпізнавати його ознаки та розуміти власний стан, захищати свою нервову систему засобами психологічної саморегуляції.

Стадії розвитку вигорання: згасання емоцій; виникнення конфліктів; втрата уявлення про цінності життя [12, с. 60].

Ознаки професійного вигорання умовно поділяють на три основні групи: психофізичні, соціально-психологічні та поведінкові [37, с. 105].

Психофізичні симптоми: відчуття постійної втоми не лише надвечір, але й зранку, одразу ж після сну (симптом хронічної втоми); відчуття емоційного та фізичного виснаження; зниження сприйнятливості та реактивності щодо зміни зовнішнього середовища (відсутність реакції цікавості та страху); загальна астенізація (слабкість, зниження активності й енергії, погіршення біохімії крові та гормональних показників); часті безпричинні головні болі, постійні розлади шлунково-кишкового тракту; різка втрата чи різке збільшення ваги; повне чи часткове безсоння (швидке засинання та відсутність сну вранці, починаючи з чотирьох годин, або ж, навпаки, нездатність заснути до другої-третьої години

ночі та важке пробудження зранку, коли потрібно вставати на роботу); постійний загальмований, сонливий стан і бажання спати впродовж усього дня; задишка або порушення дихання при фізичному чи емоційному навантаженні; помітне зниження зовнішньої та внутрішньої чуттєвої сприйнятливості: погіршення зору, слуху, нюху та дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів [16, с. 58].

Соціально-психологічні симптоми: байдужість, нудьга, пасивність і депресивний стан; підвищена дратівливість у відповідь на незначні події; постійне переживання негативних емоцій, відчуття неусвідомленого занепокоєння і підвищеної тривожності; почуття гіпервідповідальності та постійний страх; невпевненість у власній компетентності; загальна негативна установка на життєві та професійні перспективи [33, с. 46].

Поведінкові симптоми: незадоволення; гальмування; відчуття, що робота стає все важче і важче, а виконувати її – дедалі складніше; зневіра; зниження ентузіазму стосовно роботи; байдужість до її результатів через відчуття, що все марно; невиконання важливих, пріоритетних завдань і «застрягання» на дрібних деталях, витрата більшої частини робочого часу на погано усвідомлюване чи неусвідомлюване виконання автоматичних і елементарних дій; цинічне ставлення до роботи та до об’єктів професійного середовища; дистанціювання від співробітників, підвищення неадекватної критичності; зловживання алкоголем, різке зростання кількості викурених за день цигарок, вживання наркотиків.

Що призводить до синдрому професійного вигорання:

- одноманітність життя: дім – робота – дім;

- обмеженість у часі, гостра регламентація часу роботи, особливо – за нереальних термінів її виконання;

- бажання всім допомогти, усіх зробити щасливими;

- постійне зіткнення з негативними сторонами життя;

- великі емоційні витрати на роботі та невміння відновлюватися;

- робота з немотивованими учнями;

- напружені стосунки та конфлікти серед колег;

- особисті невирішені конфлікти, внутрішні та зовнішні (наприклад, сімейні);

- надмірна відповідальність за проблеми учнів чи за своїх колег [12, с. 61].

Отже, пріоритетні методи соціально-психологічної допомоги в сучасній Україні еволюціонували у складний, людиноцентричний та технологічно оснащений комплекс. Цей комплекс базується на глибокому розумінні природи травми, спирається на жорсткі професійні стандарти та використовує енергію психотерапевтичних, соціально-економічних та медичних інтервенцій для забезпечення стійкого відновлення життєстійкості кожного постраждалого та українського суспільства в цілому [37, с. 15].

2.2. Дослідно-експериментальна робота з перевірки ефективності заходів соціально-психологічного впливу на осіб, які отримали травми від війни

Наукове пізнання в межах виконання бакалаврської роботи вимагала переходу від теоретичного обґрунтування проблеми до її безпосередньої емпіричної верифікації у практичних умовах. Дослідження складної проблеми соціально-психологічного супроводу осіб, які зазнали наслідків травм війни, актуалізувало необхідність ретельної експериментальної перевірки розроблених концептуальних моделей та застосованих практичних інтервенцій.

У експериментальному дослідженні брали участь 30 осіб – 15 з яких це військовослужбовці, демобілізовані військові та ветерани, ще 15 осіб – цивільні, що зазнали наслідків травм війни та внутрішні переселенці [33, с. 64]. Дослідження проводилось протягом 6 тижнів.

Основною метою проведення дослідно-експериментальної роботи стала об'єктивна оцінка ефективності комплексної програми соціально-психологічного впливу [37, с. 12]. Цю програму ми концептуалізували як таку, що має сприяти зниженню рівня вираженості посттравматичної симптоматики, подоланню кризових тривожних станів та стимулюванню глибоких,

конструктивних особистісних трансформацій у постраждалих від бойових дій [16, с. 24].

Головною метою експерименту була об'єктивна оцінка ефективності авторської комплексної програми соціально-психологічного впливу, подолання кризових тривожних станів та стимулювання конструктивних особистісних трансформацій у постраждалих від війни.

Для забезпечення найвищого рівня достовірності, надійності та наукової обґрунтованості отриманих результатів, ми структурно розгорнули експериментальне дослідження у три послідовні та взаємопов'язані етапи: констатувальний, формувальний та контрольний [15, с. 40]. Цей підрозділ має дати чітку, статистично обґрунтовану відповідь на питання щодо того, чи досягнута мета дослідження, як саме розв’язалися його емпіричні задачі та яким є безпосередній власний внесок у практичне вирішення поставленої проблеми.

Констатувальний (діагностичний) етап полягав у визначені поточного стану досліджуваного явища, виявити рівень знань, умінь, навичок або якостей до початку змін.

У цьому методі було проведено: опитування, анкетування, тестування, інтерв’ю, спостереження [12, с. 22]. На основі проведеної роботи було сформульовано «початкову точку», де виявляю проблеми та недоліки для подальшої роботи.

Формувальний (експериментальний/навчальний) етап полягав у впроваджені методики, програми, педагогічні умови або модель, щоб змінити поточну ситуацію, описану на констатувальному етапі [33, с. 65]. Результат цього етапу – це реалізація змін та формування нових умінь та навичок.

Контрольний (підсумковий) етап полягав у перевірці ефективності проведеного формувального етапу, порівнянні результатів «до» та «після», підтвердити або спростувати гіпотезу дослідження. А також у статистичній обробці отриманих даних (порівняння різниці результатів) [34, с. 165].

Тут до уваги беремо повторну діагностику (тести) в обох групах (основна та контрольна) тими ж критеріями, що й на констатувальному етапі.

Опитування є універсальне для всіх груп. За основу ми взяли Шкалу оцінки впливу травматичної події (Revised Impact of Event Scale, IES-R) — це клінічний інструмент самооцінки, що складається з 22 пунктів, призначений для вимірювання суб'єктивного дистресу та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) після травматичної події [26, с. 102]. Вона оцінює три ключові компоненти: вторгнення (інтрузії), уникнення та фізіологічне збудження що дуже важливо для подальшого соціально-психологічного супроводу осіб.

Опитувальник містить 22 запитання, які є прямою адаптацією оригінальних 22 клінічних пунктів шкали IES-R. Запитання сформульовані так, щоб виміряти не сам діагноз, а динаміку змін завдяки участі у програмі за трьома основними кластерами: Вторгнення (Intrusion), Уникнення (Avoidance) та Гіперзбудливість (Hyperarousal) [33, с. 56].

Якщо переважає «Вторгнення» (інтрузії, флешбеки, нав'язливі спогади), то:

- головне завдання у роботі з такими проявами — навчити людину повертатися в реальність (бути "тут і зараз"), коли її накривають сильні хвилі почуттів або спогадів. Для цього соціальний працівник застосовує та навчає клієнта технікам "заземлення".
- інтелектуальне та сенсорне заземлення: Техніка 5-4-3-2-1, коли людину просять назвати 5 предметів у полі зору, 4 предмети певного кольору, 3 речі, які можна відчути на дотик, 2 запахи та 1 смак [12, с. 45].
- антистресове дихання: Наприклад, техніка 4:8 (короткий вдих на 4 рахунки, затримка дихання і максимально повільний видих на 8 рахунків). Видих має бути вдвічі довшим за вдих для заспокоєння нервової системи.
- фізична стабілізація: Запропонувати відчути опору (втиснути п'яти в підлогу), обійняти себе за плечі (техніка самозаспокоєння), сфокусуватися на текстурі одягу або температурі предметів [16, с. 89].

Якщо переважає "Уникнення" (емоційне оніміння, ізоляція, відмова від спілкування)

- уникнення думок, місць, людей, а також емоційна "замороженість" є захисними механізмами психіки [34, с. 160].
- не форсувати події: Соціальний працівник у жодному разі не повинен змушувати людину говорити про травму чи запитувати деталі. Потрібно прийняти цей бар'єр і працювати над формуванням базової довіри [11, с. 68].
- подолання соціальної ізоляції: Допомога має спрямовуватися на поступове, дуже обережне залучення особи до безпечних активностей та взаємодії з громадою [40, с. 7].
- практична допомога: У стані емоційного оніміння людині важко виконувати рутинні задачі. Допомога з базовими потребами (оформлення документів, виплат, медичних довідок) знижує загальний рівень фонового стресу та показує підтримку діями, а не лише словами [27, с. 34].

Якщо переважає «Гіперзбудливість» (дратівливість, порушення сну, постійна настороженість)

- ці симптоми сильно виснажують людину фізично і часто призводять до конфліктів у сім'ї та соціумі [28, с. 68].
- психоедукація родини: Важливо пояснити самому клієнту та його близьким, що раптові спалахи гніву, реакція переляку на гучні звуки чи безсоння – це нормальна фізіологічна реакція нервової системи на ненормальні події (війну), а не погіршення характеру [26, с. 112].
- планування безпеки (деескалація): Разом із клієнтом варто визначити його «тригери» у побуті та розробити чіткий алгоритм дій: що робити, коли наростає роздратування (наприклад, вийти в іншу кімнату, використати дихальні вправи, переключити увагу на ритмічні рухи) [37, с. 45].

Якщо результати опитування на високу ймовірність клінічного ПТСР (особливо якщо загальний бал за шкалою перевищує 33), ключовою функцією соціального працівника є маршрутизація клієнта. Фахівець має м'яко

мотивувати особу та допомогти їй записатися до профільних спеціалістів (психологів, психотерапевтів чи психіатрів) для проходження доказової терапії (наприклад, EMDR-терапії) та, за потреби, отримання медикаментозної підтримки (особливо якщо загальний бал за шкалою перевищує 33), ключовою функцією соціального працівника є маршрутизація клієнта. Фахівець має м'яко мотивувати особу та допомогти їй записатися до профільних спеціалістів (психологів, психотерапевтів чи психіатрів) для проходження доказової терапії (наприклад, EMDR-терапії) та, за потреби, отримання медикаментозної підтримки.

Варіанти відповіді:

- “ніколи” - 0 балів,
- “важко відповісти” - 1 бал,
- “рідко” - 2 бал,
- “іноді” - 3 бали,
- “часто” - 4 балів.

В опитуванні взяло участь 30 осіб, серед яких були військові та цивільні особи. Результатами дослідження було визначено, що більше 70% опитаних мають підозру на ПТСР, депресію та тривожність.

60% відсотків з осіб, що брали участь у експерименті, змогли навчитись на постійній основі контролювати свої панічні атаки та тривожність за час експериментального дослідження, виконуючи постійно дихальними вправами та технікою «5-4-3-2-1» - навчати учасників свідомо переключати увагу з внутрішніх панічних відчуттів на зовнішні стимули: послідовно назвати п'ять візуальних об'єктів, чотири предмети для дотику, три звуки, два запахи та один смак.

У додатках зазначила опитування та результати успішного завершення 6-тижневої програми, контрольний зріз психологічних показників. (Див. Додаток А).

Також, до нашого дослідження ми інтегрувала поняття «арт-терапії». Арт-терапія являє собою такий напрям психотерапевтичної діяльності, де для

досягнення зцілення залучається мистецтво у найширшому його розумінні [39, с. 4].

Така творча діяльність разом із професійною рефлексією дає сприятливі плоди, а саме допомагає:

- подолати страждання від гіперактивності
- досліджувати власні емоції та вчитися ними керувати,
- знижувати рівень психічної напруги
- підвищувати самооцінку й покращити якість життя,
- вдосконалювати соціальні навички,
- боротися з патологічним перфекціонізмом,
- формувати вміння концентруватися та доводити справу до кінця [37, с. 88].

Особливо значущим стають можливості арттерапії під час соціально-психологічного супроводу у контексті гуманітарних криз, адже цей вид допомоги немає жодних обмежень до застосування [27, с. 34]. Завдяки своїй неабиякій адаптивності, арт-терапія може бути реалізована у будь-яких форматах поза межами традиційного кабінету, як індивідуально, так і в груповому режимі. Незважаючи на те, що арт-терапія вже активно використовується в усьому світі у багатьох сферах, доказова база її цілющого впливу, на жаль, тривалий час викликала сумніви. З огляду на це, Всесвітня організація охорони здоров'я ініціювала проведення аналітичного огляду, результати якого були оприлюднені у жовтні 2019 року під назвою "Які існують докази впливу мистецтва на покращення здоров'я та психологічного благополуччя? Аналітичний огляд" (Daisy, & Saoirse, 2019) [39, с. 4].

Цей аналіз охопив понад 3000 досліджень, застосовуючи різноманітні методології (кількісні та якісні), різні групи досліджуваних (локальні та загальнонаціональні), а також охоплюючи різні наукові галузі (психологія, медицина, тощо) [39, с. 18]. У результаті виявлено, що мистецька діяльність відіграє важливу роль у профілактиці захворювань, зміцненні загального стану здоров’я та лікуванні захворювань протягом усього життя. Дослідники

наголошують на необхідності впровадження мистецтва на рівнях індивідуальному, місцевому та державному а також заохочення співпраці між різними галузями для досягнення мети [39, с. 22]. Завдяки висновкам фахівців також обґрунтовано використання арттерапії в практиці подолання наслідків травматичних подій, зокрема у сфері психосоціальної підтримки мігрантів і ВПО [27, с. 36]. Використання мистецтва в різних формах зменшує тривожність, депресію і симптоми ПТСР (Tyrer, & Fazel, 2014) [34, с. 165]; сприяє збереженню особистісної ідентичності та інтеграції досвіду (Rubesin, 2016) [37, с. 45]; зменшує почуття безсилля та гніву (Kasahara-Kiritani et al., 2015) [16, с. 53]; покращує соціальну інтеграцію, підтримує психічне здоров'я (Gopalkrishnan, 2016).

Також виявлено, що заняття мистецтвом навіть у довготривалій перспективі покращують якість життя осіб, що пережили травматичні події (Diamond, & Shrira, 2018) [33, с. 46]. Доведено, що малювання в процесі арт-терапії поліпшує розуміння та осмислення травматичної події (Hass-Cohen, et al., 2018) [37, с. 88]. В Україні також застосовують арт-терапію в процесі психосоціальної підтримки ВПО та військових (Вознесенська, & Сидоркіна, 2015; Гундертайло, 2017; Вознесенська, 2019; Корсунська, & Єхалова, 2018) [37, с. 92]. Серед позитивних ефектів називають підвищення самооцінки, зниження рівня стресу, усвідомлення власних ресурсів, налагодження взаємодії в групах, формування чутливості до партнера і до себе. Відповідно, соціально-психологічний супровід внутрішньо переміщених осіб, що функціонує в довготривалій перспективі, також може бути збагачений арт-терапевтичними методами і технологіями [27, с. 40].

Загалом, арттерапія є настільки різноманітною, різноплановою, різновекторною і контекстною, що навряд чи можна сподіватися на великі кількісні дослідження в цій царині. Однак має сенс говорити про відомі наразі тенденції, причому вже досить ствердно [34, с. 165].

1. Арт-терапія і несвідоме. Як відомо, індивідуальне несвідоме приховує в собі багато об'єктів, витіснених із простору свідомості внаслідок дії захисних

механізмів психіки [16, с. 24]. Тут можна скористатися метафорою незакритих програм, що “зависли” на комп’ютері. Програми споживають енергію, уповільнюють роботу органайзера. Так само відбувається і з психікою, яка перестає функціонувати так добре, як це було раніше. Доступ до конфліктного матеріалу є вкрай обмеженим, окрім того, ці комплекси проявляються в житті як неадекватні емоційні реакції та психосоматичні симптоми. Особливо суттєвим є переживання травматичних подій, які часто містять надзвичайно інтенсивний негативний досвід. Мистецтво, яке використовує арт-терапія, дає змогу в максимально експресивній формі трансформувати негативні переживання поза вербальним контекстом. Вербалізація такого нестерпного досвіду може спричинити повторну травматизацію клієнта [37, с. 45]. Однак підхід, що реалізується в арттерапії, зокрема Ліндою Гантт (Gantt, Linda, Tinnin, & Louis., 2009) [34, с. 166], наголошує, що лише вербалізація з позиції свідка подій (а не учасника) дає змогу уникнути ретравматизації клієнта. Художні образи в процесі арт-терапевтичної роботи є екстеріоризованим змістом несвідомого, тому їх трансформація, внесення змін на рівні реальних дій (виправлення, перемальовування, додавання подробиць, корекція кольору чи композиційного вирішення) супроводжується трансформацією на символічному рівні в несвідомому суб’єкта та сприяє інтеріоризації [37, с. 48]. Такі дії дають змогу в безпечному просторі створити нові моделі поведінки, стосунків, життя загалом, допускають трансформацію патернів поведінки.

2. Арт-терапія й емоційна сфера. Практика арт-терапії стабілізує емоційну сферу людини за рахунок символічного катарсису – вираження на арт матеріалах своїх страхів, образ, гніву; завдяки перетворенню творчого продукту зменшує рівень емоційної напруженості з одного полюса (негативного) на абсолютно протилежний (позитивний) [34, с. 165]. Так суб’єкт опановує ситуацію, стає режисером власних переживань, відновлює емоційну стабільність. За рахунок широкої варіативності методів арт-терапії можуть бути опрацьовані надзвичайно інтенсивні емоції, аж до руйнівних [33, с. 46]. Малювання, ліплення, колажування, драматизація дають змогу виразити

бурхливі емоції і зруйнувати якийсь об’єкт, а потім створити з клаптиків щось принципово нове. Таким чином агресивні емоції переспрямовуються в річище творчості, що є профілактикою як агресивної, так і аутоагресивної поведінки [8, с. 142].

3. Арт-терапія і мозок. З нейропсихологічного погляду, психологічна травма впливає на роботу так званої стресової осі: гіпоталамус – гіпофіз – наднирники, і блокує функціонування префронтальної кори [16, с. 89]. Порушується сприймання схеми тіла, виникає розрив у сприйнятті зв’язку між минулим, сьогоденням і майбутнім, картина світу стає дещо фрагментарною. Творча діяльність (малювання, ліплення, драматизація) через активізацію правої півкулі сприяє процесам вертикальної/горизонтальної інтеграції в мозку, особливо разом з наративізацією чи рефлексією, якими зазвичай супроводжується арттерапевтичний процес [37, с. 45].

4. Арт-терапія і соціальні стосунки. Творчі продукти (малюнки, колажі, ліплення) є засобом комунікації, символічним невербальним повідомленням від клієнта/групи до арт-терапевта [34, с. 166]. Чутливість і професійність спеціаліста дає змогу помітити повідомлення, розшифрувати та адекватно відреагувати на нього, відповідно клієнт/група почуваються почутими і зрозумілими, прийнятими, оточеними турботою й дружньою атмосферою. Таким чином, особа розслабляється та відновлює довіру до людей, так часто розхитану травматичними подіями [26, с. 112].

Арт-терапія стала одним із напрямків психотерапії, який з початком військового конфлікту набув в Україні значного поширення. Травматичні переживання особистості настільки різнопланові й об’ємні, що потребують додаткового контейнування, простору для катарсису, чим і є творчий процес в арт-терапії. Особливо болючим питанням є опрацювання дитячих травматичних переживань, коли ресурси вербалізації досить обмежені [9, с. 15]. У таких випадках методи арт-терапії стають чи не єдиним способом допомоги. Найчастіше арт-терапію використовують у соціально-психологічному супроводі ВПО під час роботи з дітьми [27, с. 34]. Більшість досліджень

орієнтуються на біопсихосоціальну модель супроводу. Найпоширенішим є використання в роботі малювання, проте залучають і такі різновиди арт-терапії, як колажування, мандали, бібліотерапія, драматерапія, лялькотерапія, казкотерапія, ліплення, танцювально-рухова терапія, маскотерапія, музикотерапія, плейбек-театр [37, с. 48]. Серед найбільш поширених ефектів у соціально-психологічному супроводі ВПО називають вивільнення емоцій та емоційну саморегуляцію [18, с. 108].

Отримані дані щодо ефектів арт-терапевтичного модулю (Див. Додаток Б) засвідчили позитивну динаміку в психоемоційному стані учасників: використання технік «Мандала» та «Карта тіла» сприяло безпечній екстеріоризації травматичного досвіду, зниженню рівня тривожності та стабілізації показників за шкалою IES-R [33, с. 56]. Завдяки творчому самовираженню учасники експериментальної групи продемонстрували зменшення психосоматичної напруги та підвищення рівня групової згуртованості, що підтверджує ефективність обраних методів арт-терапії як інструменту соціально-психологічної підтримки в умовах воєнного конфлікту.

Підсумовуючи результати проведеної дослідно-експериментальної роботи, можемо стверджувати, що запропонований системний соціально-психологічний супровід осіб з травмами війни є надзвичайно дієвим механізмом, який забезпечує не лише зняття гострої симптоматики, але й створює фундамент для розвитку довгострокової резильєнтності.

2.3. Методичні рекомендації щодо вдосконалення системи соціально-психологічного супроводу постраждалих від війни

Проблема соціально-психологічного супроводу осіб, які зазнали наслідків травм війни, в Україні на сучасному етапі набуває ознак системної національної кризи, що потребує радикального перегляду наявних підходів [29, с. 14]. На четвертому році повномасштабної війни система охорони здоров’я та соціального захисту перебуває під безпрецедентним тиском, що підтверджується зростанням кількості нападів на медичну інфраструктуру лише

за перші три квартали 2025 року зафіксовано 382 такі атаки, що значно обмежує доступ до послуг у прифронтових областях. Близько 83% дорослого населення повідомляють про досвід хронічного стресу та нервового напруження, а потреби у фаховій допомозі значно перевищують поточну спроможність системи. З огляду на це, методичні рекомендації щодо вдосконалення супроводу мають базуватися на переході від централізованої інституційної моделі до гнучкої, децентралізованої системи, орієнтованої на громаду та індивідуальні потреби постраждалих.

Удосконалення системи соціально-психологічного супроводу неможливе без створення гнучкого законодавчого поля, яке б дозволяло оперативно реагувати на виклики динамічного воєнного контексту.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2025 року № 1169, запроваджено нові механізми соціальної підтримки внутрішньо переміщених осіб шляхом реалізації двох експериментальних проектів, термін дії яких визначено до 31 грудня 2026 року.

Перший експериментальний проект, що діятиме до кінця 2026 року, передбачає оплату послуг довготривалого медсестринського догляду, що включає базову соціальну та психологічну підтримку протягом 30 днів. Механізм реалізації через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) за ставкою «за день» дозволяє залучати приватних надавачів та громадські організації (ГО), що розширює мережу доступної допомоги. Другий проект запроваджує договірну форму надання послуги притулку, де акцент робиться не лише на житлі, а й на обов’язковому соціальному супроводі [35, с. 435].

Для вдосконалення системи рекомендується:

- Закріпити механізм матеріальної допомоги на постійній основі для всіх видів соціально-психологічних послуг, що стимулюватиме конкуренцію та якість [29, с. 14].
- Забезпечити ефективне використання субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам, як це передбачено Постановою № 616 (2024 рік),

для створення мережі спеціалізованих служб підтримки, зокрема для осіб, які постраждали від гендерно зумовленого насильства в умовах війни [11, с. 65].

- Інтегрувати положення нового закону «Про систему ментального здоров'я в Україні» (2025 рік) у практику територіальних громад, зміщуючи акцент з психіатричних лікарень на амбулаторні центри ментального здоров'я.

Сучасна парадигма супроводу базується на розумінні того, що наслідки травм війни є багато векторними і не можуть бути вирішені лише зусиллями психологів [34, с. 165]. Система супроводу розглядається як спеціально організована діяльність, спрямована на оптимізацію переходу особистості від стану війни до мирного життя через мультидисциплінарний підхід [12, с. 22]. Це передбачає створення мобільних груп, до складу яких входять психологи, соціальні педагоги, юристи, медики та капелани.

Основними функціональними компонентами такої моделі є:

1. Психологічна декомпресія: створення умов для поступової реадаптації, що дозволяє людині інтегруватися в громаду без різких соціальних стресів [26, с. 112].

2. Профілактика дезадаптивних станів: робота над міжособистісними комунікаціями та копінг-стратегіями для запобігання зловживанню алкоголем чи агресивній поведінці [8, с. 142].

3. Метод «допомога заради самодопомоги»: фокус на посттравматичному зростанні, де фахівець виступає не як «рятівник», а як фасилітатор відновлення суб'єктності особистості [37, с. 45].

Рекомендується впроваджувати практику супроводу, зануреного у реальне життя, де підтримка надається не лише в кабінеті, а й у професійному середовищі чи сімейному колі [28, с. 68]. Важливою є роль лідера (командира підрозділу чи голови громади), який впливає на мотивацію постраждалих до звернення за допомогою. Брак адресної інформації про послуги залишається бар'єром, тому мультидисциплінарні команди повинні проводити активну аутрич-роботу [10, с. 55].

- Методологічна трансформація: від пасивної допомоги до посттравматичного зростання

Одним із центральних завдань удосконалення супроводу є зміна ставлення до постраждалих як до пасивних отримувачів допомоги [34, с. 165]. Наукові дослідження підкреслюють необхідність стимулювання посттравматичного зростання через соціальну активність [18, с. 109]. Прикладом успішної реалізації такого підходу є досвід ветеранських організацій, де залучення до громадської діяльності стає формою терапії [4, с. 12].

Методичні рекомендації включають використання:

- Методика парадоксальної інтенції: для опрацювання дезадаптивних станів та внутрішніх конфліктів з акцентом на розвиток суб'єктності [33, с. 46].
- Реконструкції життєвого простору: робота з втратою, що ґрунтується на фаховому втручанні та поетапному переживанні горя з опорою на актуальний контекст [37, с. 48].
- Арт-технологій: музейної арттерапії та плейбек-театру, які дозволяють трансформувати травматичний досвід у наратив та знайти нові сенси [39, с. 4].

У контексті відновлення внутрішніх ресурсів особистості особлива увага має приділятися ролі соціального середовища [28, с. 68]. Супровід повинен бути спрямований на збагачення взаємодії постраждалого з родичами та колегами, оскільки саме вони є першим колом довіри. Проте фахівці мають контролювати цей процес, щоб запобігти деструктивним практикам, таким як «лікування» алкоголем у колі побратимів [8, с. 142].

Підхід «рівний-рівному» визнається одним із найбільш ефективних для подолання бар'єрів у зверненні за допомогою, особливо серед військовослужбовців та ветеранів, які відчувають «прірву досвідів» між ними та цивільними фахівцями [4, с. 12]. Ця модель базується на створенні безпечного простору, де спільний досвід бойових дій чи евакуації стає фундаментом для довіри.

Рекомендації щодо вдосконалення цього напряму включають:

- Гібридну стандартизацію: необхідно знайти баланс між гнучкістю громадських ініціатив та професійною підготовкою «рівних» фахівців. Вони потребують базових знань з анатомії та патофізіології травм, щоб не замінювати собою лікарів, а виступати містком між пацієнтом та медичною системою [12, с. 22].
- Розвиток сертифікатних програм: інтеграція навчання фахівців «рівний-рівному» у Всеукраїнську програму ментального здоров'я «Ти як?» та створення спеціалізованих менторських курсів для роботи з конкретними травмами (ампутації, порушення зору, ураження спинного мозку).
- Підтримку груп самодопомоги: де ведучі виступають фасилітаторами, що підтримують ініціативність учасників та забезпечують атмосферу відкритості [37, с. 45]. Участь у таких групах підвищує самооцінку самих фахівців, надаючи їм почуття соціальної цінності.

Головними викликами залишаються відсутність системних даних про результативність таких програм та складність їх інтеграції у штатний розклад закладів охорони здоров'я. Вирішення цих проблем потребує переходу до системного державного фінансування [29, с. 14].

- Адаптація міжнародного досвіду: Ізраїль, США

Україна має унікальну можливість інтегрувати найкращі світові практики, адаптуючи їх до своїх реалій. Досвід Ізраїлю пропонує методологію VISED (Validation, Information, Support, Expression, Development), яка дозволяє структурувати допомогу через п'ять етапів: валідацію емоцій у безпечному колі, надання об'єктивної інформації для зменшення тривоги, підтримку через спілкування з людьми зі схожим досвідом, вільне вираження почуттів (експресія) та розробку стратегій подолання травми. Важливою є зміна термінології: в Ізраїлі фахівців називають «офіцерами зі здоров'я душі», що знижує стигму.

Досвід США через програму VR&E акцентує увагу на професійній реабілітації [40, с. 10]. Програма пропонує п'ять треків зайнятості: повернення

на попередню роботу, швидкий доступ до нового працевлаштування, самозайнятість, довгострокове навчання та підтримку незалежного проживання для осіб із важкими травмами. Це забезпечує соціальну стабільність, що є фундаментом для психологічного одужання [40, с. 5].

- Цифровізація супроводу та подолання бар'єрів доступу

У 2024-2025 роках Україна активно розвиває цифрові інструменти психологічної підтримки. Це особливо важливо для сільських територій та прифронтових зон. Мобільний застосунок «База» пропонує ветеранам інструменти самодопомоги, а онлайн-платформа «Mental Help» забезпечує доступ до безкоштовних консультацій.

Для вдосконалення цифрового супроводу рекомендується:

- Розвиток телемедичних платформ та кризових порадень у месенджерах, що дозволяє надавати підтримку цілодобово [11, с. 65].
- Інтеграція психологічних даних у систему eHealth, яка охоплює 35 мільйонів українців, що забезпечує спадковість у наданні допомоги.
- Подолання соціальних бар'єрів через психоедукацію, оскільки військова культура часто вимагає стоїцизму, що змушує постраждалих відкладати звернення за допомогою.

Головними перешкодами залишаються вартість послуг, географічна віддаленість центрів та брак знань у лікарів первинної ланки. Методичне вдосконалення має передбачати обов'язкове навчання сімейних лікарів навичкам виявлення ментальних розладів [12, с. 22].

Високий рівень емоційного навантаження призводить до того, що фахівці самі потребують супроводу. Синдром професійного вигорання серед психологів в умовах війни проявляється через деперсоналізацію та відчуття зниження власної ефективності. Дані свідчать, що 66% психологів, які проходять регулярну супервізію, мають значно нижчі показники емоційного виснаження [33, с. 145].

Методичні рекомендації для організацій:

- Впровадження підтримуючої супервізії: як інструменту забезпечення психоемоційної безпеки та профілактики вторинної травми [16, с. 53]. Вона повинна проводитися мінімум двічі на місяць за міжнародними стандартами.
- Організація інтервізійних груп: для взаємопідтримки колег та обміну досвідом у вирішенні складних клінічних випадків [12, с. 58].
- Безперервний розвиток: фахівці повинні володіти теоріями стресу та розуміти власні обмеження, щоб запобігти ретравматизації клієнтів [37, с. 102].

- Моніторинг та оцінка ефективності через систему індикаторів

Для переходу до доказової системи супроводу необхідно впровадити уніфіковані індикатори ефективності (KPI) [11, с. 72]. Регіональний план реагування (RRRP 2024) пропонує три ключові індикатори:

1. Кількість осіб у заходах ПЗПСП: вимірює загальне охоплення послугами (спорт, арт-групи, групи підтримки рівних).
2. Кількість наданих консультацій: відстежує частоту та інтенсивність індивідуальної та групової допомоги [33, с. 46].
3. Кількість навчених фахівців: вимірює розбудову потенціалу системи через тренінги (PFA, mhGAP) [12, с. 22].

Додатково рекомендується використовувати самооцінку суб'єктивного досвіду постраждалих та дослідження окремих випадків (Case Study) для оцінки глибинних змін у стані клієнтів [34, с. 165]. Використання інтерактивних дашбордів НСЗУ для відстеження цих показників дозволить приймати обґрунтовані управлінські рішення у реальному часі.

Підсумовуючи методичні рекомендації щодо вдосконалення системи соціально-психологічного супроводу, можна стверджувати, що ефективна допомога постраждалим від війни можлива лише за умови відходу від застарілих інституційних моделей на користь комплексного сервісного підходу [29, с. 14]. Ключовим фактором розвитку є децентралізація послуг та їх наближення до громади через мультидисциплінарні команди, де психологічна

підтримка нерозривно пов'язана із соціальним та юридичним супроводом [11, с. 65].

Впровадження підходу «рівний-рівному», адаптація перевірених методик (як-от ізраїльської VISED) та активна цифровізація послуг дозволяють значно знизити поріг входу для осіб, які відчувають стигму або мають обмежений фізичний доступ до фахівців [4, с. 12].

Разом з тим, системна стабільність супроводу вимагає впровадження обов’язкової супервізії для профілактики вигорання персоналу та регулярного моніторингу ефективності за визначеними KPI [37, с. 102]. Тільки синергія державних фінансових гарантій, професійної підготовки кадрів та залучення громадського сектору дозволить створити дієву архітектуру ментального здоров'я, здатну забезпечити тривалу резильєнтність українського суспільства в умовах війни та післявоєнного відновлення.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження засвідчили досягнення мети, розв’язання поставлених завдань і стали підставою для таких **висновків**:

1. Проаналізувавши джерела, розкрито теоретико-методологічні основи вивчення феномену психотравми як складного психологічного явища, що виникає внаслідок переживання людиною надзвичайно сильних стресових подій. З’ясовано, що психотравма суттєво впливає на емоційний стан, поведінку, когнітивну сферу та соціальне функціонування особистості.

Проаналізовано наукові підходи до трактування поняття психотравми у вітчизняній та зарубіжній психології, визначено основні чинники її виникнення та особливості перебігу. Встановлено, що психологічні прояви психотравми можуть мати індивідуальний характер і проявлятися у вигляді тривожності, страху, емоційної нестабільності, депресивних станів, порушень сну, уникнення травматичних спогадів, а також труднощів у міжособистісній взаємодії.

Доведено, що наслідки психотравми значною мірою залежать від індивідуально-психологічних особливостей особистості, рівня стресостійкості, наявності соціальної підтримки та своєчасності психологічної допомоги. Узагальнення результатів дослідження дає підстави стверджувати, що комплексне вивчення феномену психотравми є важливою умовою для розроблення ефективних методів психологічної підтримки та соціально-психологічного супроводу осіб, які пережили травматичні події.

2. У ході дослідження визначено важливу роль соціального працівника у процесі соціально-психологічного супроводу осіб, які постраждали внаслідок психотравмуючих подій. Встановлено, що діяльність соціального працівника спрямована на надання комплексної допомоги постраждалим, відновлення їхнього психологічного стану, соціальної адаптації та покращення якості життя.

З’ясовано, що соціальний працівник виконує функції посередника, консультанта, координатора соціальних послуг і фахівця із соціальної підтримки, забезпечуючи взаємодію між постраждалою особою та

відповідними установами й службами. Особливого значення у процесі супроводу набувають емпатійне спілкування, індивідуальний підхід, дотримання принципів конфіденційності та професійної етики.

Досліджено основні етапи організації соціально-психологічної допомоги постраждалим, до яких належать: первинна діагностика потреб і психологічного стану особи, планування індивідуальної програми допомоги, реалізація соціально-психологічного супроводу, координація міждисциплінарної взаємодії та оцінювання ефективності проведеної роботи. Визначено, що ефективність соціально-психологічної допомоги значною мірою залежить від своєчасності втручання, комплексності підтримки та професійної компетентності фахівців.

3. Здійснивши аналіз літератури було проаналізовано пріоритетні напрями та методи соціально-психологічної допомоги особам, які зазнали психотравмуючих подій. Встановлено, що сучасна система допомоги потерпілим має бути комплексною, міждисциплінарною та орієнтованою на відновлення психологічного благополуччя, соціальної адаптації та здатності особистості до повноцінного функціонування в суспільстві.

Визначено, що до пріоритетних напрямів соціально-психологічної допомоги належать: кризове консультування, психологічна підтримка, соціальний супровід, психокорекційна та реабілітаційна робота, профілактика повторної травматизації, відновлення соціальних зв’язків і сприяння соціальній інтеграції постраждалих. Особливу увагу приділено необхідності індивідуального підходу до кожної особи з урахуванням її психологічного стану, життєвих обставин та рівня пережитої травми.

Досліджено основні методи соціально-психологічної допомоги потерпілим, серед яких ефективними визначено психологічне консультування, кризову інтервенцію, методи арттерапії, тренінгові технології, групову підтримку, психоосвіту, методи активного слухання та емоційної стабілізації. Встановлено, що застосування комплексного підходу сприяє зниженню рівня

тривожності, подоланню емоційної напруги, формуванню адаптивних механізмів поведінки та відновленню внутрішніх ресурсів особистості.

4. Здійснено дослідно-експериментальну роботу з перевірку ефективності заходів соціально-психологічного впливу на осіб, які зазнали травм внаслідок воєнних дій. Проведене дослідження дало змогу оцінити особливості психологічного стану постраждалих та визначити результативність застосованих форм і методів соціально-психологічної допомоги.

У процесі експериментальної роботи встановлено, що комплексний підхід до надання допомоги, який поєднує психологічне консультування, соціальний супровід, кризове втручання, елементи арттерапії, тренінгові заняття та групову підтримку, позитивно впливає на емоційний стан постраждалих осіб. Виявлено зниження рівня тривожності, емоційного напруження, страху та проявів психологічної дезадаптації, а також підвищення рівня психологічної стійкості й соціальної активності учасників дослідження.

Результати експерименту підтвердили, що ефективність соціально-психологічного впливу значною мірою залежить від систематичності проведення заходів, індивідуального підходу до постраждалих, створення безпечного психологічного середовища та міждисциплінарної взаємодії фахівців. Встановлено, що своєчасне надання допомоги сприяє покращенню адаптаційних можливостей особистості, відновленню внутрішніх ресурсів та успішнішій інтеграції у соціальне середовище.

Отже, проведена дослідно-експериментальна робота підтвердила ефективність заходів соціально-психологічного впливу у процесі підтримки осіб, які отримали травми від війни, та довела необхідність подальшого впровадження комплексних програм соціально-психологічної допомоги для постраждалого населення.

5. У результаті дослідження розроблено методичні рекомендації щодо вдосконалення системи соціально-психологічного супроводу осіб, постраждалих від війни. Визначено, що сучасні умови воєнного стану потребують удосконалення механізмів надання комплексної допомоги,

спрямованої на психологічне відновлення, соціальну адаптацію та підтримку постраждалого населення.

Обґрунтовано необхідність впровадження міждисциплінарного підходу у роботі з особами, які пережили психотравмуючі події, що передбачає координацію діяльності соціальних працівників, психологів, медичних працівників, педагогів та представників громадських організацій. Встановлено, що ефективність соціально-психологічного супроводу значною мірою залежить від своєчасності надання допомоги, індивідуального підходу до потреб постраждалих та використання сучасних методів психосоціальної підтримки.

Розроблені методичні рекомендації спрямовані на вдосконалення організації соціально-психологічної допомоги через підвищення професійної компетентності фахівців, впровадження програм кризового втручання, психоемоційної підтримки, арттерапевтичних і тренінгових методик, а також створення безпечного середовища для психологічного відновлення постраждалих осіб. Особливу увагу приділено розвитку навичок стресостійкості, емоційної саморегуляції та соціальної адаптації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Багрій В. Н. Особливості соціально-педагогічної роботи соціального працівника із сім'ями військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України* : зб. наук. пр. Київ, 2013. № 2 (33). С. 8–11.

2. Благодійний Фонд «Міжнародна асоціація підтримки України» : вебсайт. URL: https://www.facebook.com/iasu.ua/

3. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій у системі соціальних служб : дис. … д-ра пед. наук : 13.00.05. Хмельницький, 2018. 559 с.

4. Громадська організація «Побратими» (2021). Соціальна адаптація ветеранів за принципом «рівний рівному». Взято з https://pobratymy.org.ua.

5. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб : Постанова Кабінету Міністрів України від 29.11.2022 р. № 1338 (зі змінами). URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-п#Text](https://www.google.com/search?q=https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF%23Text)

6. Деякі питання підтримки внутрішньо переміщених осіб : Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.2025 р. № 1169. URL: https://ips.ligazakon.net/document/kp251169

7. До відома громадян, які переселяються з тимчасово окупованої території та районів проведення антитерористичної операції. URL: http://chernjust.gov.ua/index.php?page=1404733605

8. Забава А., Попова А. Соціально-психологічний супровід ветеранів війни з проявами суїцидальної поведінки як складова соціального захисту вразливих груп населення // Соціально-освітні домінанти професійної

підготовки фахівців соціальної сфери та інклюзивної освіти : матеріали VII Всеукр. наук.-практ. Інтернет-конф. (22-23 жовтня 2025 р., м. Запоріжжя) : зб. наук. праць. Запоріжжя : БДПУ, 2025. С. 141–146.

9. Лебідь О. С. Психологічна допомога дітям в умовах конфлікту : методол. підхід. Львів : ПАІС, 2020. 89 с.

10. Ломакін Г. І. Соціально-психологічні складові соціальної роботи з учасниками бойових дій : метод. посіб. Харків : Оберіг, 2014. 168 с.

11. Лукашевич М. П., Мигович І. І. Теорія і методи соціальної роботи : навч. посіб. Київ : МАУП, 2003. 168 с.

12. Методичний посібник для соціальних працівників: Посилення спроможності соціальних працівників здійснювати психосоціальну підтримку ветеранів та їх сімей з питань психічного здоров'я. В. Горбунова, О. Савиченко, І. Тичина, Н. Портницька. Київ, 2022. 61 с.

13. Міністерство охорони здоров’я України : вебсайт. URL: https://moz.gov.ua/uk

14. Олена Зеленська: Ментальне здоров’я – один із найбільших глобальних викликів майбутнього // Президент України : офіц. інтернет-представництво. URL: https://www.president.gov.ua/news/olena-zelenska-mentalne-zdorovya-odin-iznajbilshihglobalni-85665

15. Орловська О. А. Емпіричне вивчення психологічних особливостей учасників бойових дій та членів їх сімей, які зазнали впливу травмуючої події. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Психологія. 2024. Вип. 3. С. 39–43.

16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Т. 3. Київ, 2018. 236 с.

17. Перша ментальна допомога в стресовій ситуації (за Моше Фархі) // ГО «Підтримай дитину». URL: [https://helpchild.org.ua/post/persha-mental-nadopomoga-v-stresov-y-situac-y-za-moshe-farh-

131](https://helpchild.org.ua/post/persha-mental-nadopomoga-v-stresov-y-situac-y-za-moshe-farh-131)

18. Пєша І., Андріученко Т. Збереження психічного здоров'я молоді в умовах повномасштабної війни. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2023. Вип. 2 (11). С. 106–113.

19. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей та внесення зміни до Класифікатора соціальних послуг : Наказ Міністерства соціальної політики України від 11.04.2024 р. № 175-Н. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0828-24#Text](https://www.google.com/search?q=https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0828-24%23Text)

20. Про затвердження професійного стандарту «Фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб» : Наказ Міністерства у справах ветеранів України від 10.10.2025 р. № 835 (на заміну Наказу від 31.12.2024 р. № 508). URL: https://register.nqa.gov.ua/uploads/0/832-fahivec_iz_suprovodu_veteraniv_vijni_ta_demobilizovanih_osib_1.pdf

21. Про правовий режим воєнного стану : Закон України від 12.05.2015 р. № 389-VIII / Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text

22. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20.12.1991 р. № 2011-XII / Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text

23. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 р. № 3551-XII / Верховна Рада України. URL:

https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text

24. Про схвалення Стратегії ветеранської політики на період до 2030 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 29.11.2024 р. № 1209-р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1209-2024-p#Text](https://www.google.com/search?q=https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1209-2024-%D1%80%23Text)

25. Прокоф'єва Л. О. Вплив бойового стресу на психологічний стан учасників бойових дій. *Науковий журнал «Габітус».* 2024. Вип. 58. С. 241.

26. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій на етапі відновлення : метод. посіб. Київ : Центр учб. літ., 2023. 283 с.

27. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Л. А. Мельник та ін. ; за ред. Л. С. Волинець. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.

28. Соціальна робота із сім'ями військовослужбовців / О. О. Безносюк, В. О. Браун, В. О. Осипа, О. А. Прохоров. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка : зб. наук. прац. / за ред. Л. П. Мельник, В. І. Співака. Кам'янець-Подільський : Медобори, 2012. Вип. 18 : Соціальна педагогіка. С. 63–72.

29. Соціальний захист населення як система: поняття та види. *Освіта*. UA. URL: https://osvita.ua/vnz/reports/law/9897/

30. «СпівДія»: психологічна та юридична допомога українцям. URL: https://airtable.com/shrfgyZlko5UYxR9r

31. Стельмах О. В. Особливості психологічного супроводу населення в умовах воєнного стану. *Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності*. 2023. Вип. 2. С. 30–34.

32. Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни та ветеранів ЗСУ. URL: [https://www.enableme.com.ua/ua/article/sucasni-vidi-reabilitacii-

dlapostrazdalih-vid-vijni-ta-veteraniv](https://www.enableme.com.ua/ua/article/sucasni-vidi-reabilitacii-dlapostrazdalih-vid-vijni-ta-veteraniv)

33. Теорія та практика психологічної допомоги військовим ТрО та членам їхніх сімей : навч. посіб. / за наук. ред. Л. А. Опанасенко. Миколаїв : Іліон, 2023. 172 с.

34. Титаренко Т. М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 41. С. 157–167.

35. Шумна Л. П. Поняття та види соціальної підтримки. Актуальні проблеми держави і права. 2012. Вип. 63. С. 433–440.

36. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад: Міністерство охорони здоров'я України. URL: https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovijrozlad

37. Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціально-психологічний супровід : практ. посіб. / за наук. ред. Т. М. Титаренко, М. С. Дворник. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 154 с.

38. Як зберегти психічне здоров'я під час війни? Наша мама. Портал хороших батьків : вебсайт. URL: https://nashamama.com/psyholog/52367yakzberegti-psihichne-zdorovya-pid-chas-viini.html

39. Fancourt D., Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Health Evidence Network synthesis report 67. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019. 133 p.

40. McFee E., Röders J. FBA Policy Brief: Ukrainian Veterans' Economic Reintegration. Thematic Policy Brief Series - Ukrainian Veterans' Reintegration. Stockholm: Folke Bernadotte Academy, 2025.

ДОДАТКИ

Додаток А

ОПИТУВАННЯ

1 БЛОК. ВТОРГНЕННЯ.

(виявлення неконтрольованих думок, спогади та емоції щодо пережитого)

1. Будь-яке нагадування про ці події змушувало вас знову переживати ті самі сильні почуття?

2. Чи помічали ви, що інші речі змушували вас мимоволі думати про те, що сталося?

3. Чи думали ви про пережите проти своєї волі, коли зовсім не збиралися цього робити?

4. Чи спливали раптово у вашій пам'яті картинки того, що сталося (флешбеки)?

5. Чи ловили ви себе на тому, що дієте або почуваєтеся так, ніби знову опинилися в тому часі і місці?

6. Чи накочувалися на вас хвилі дуже сильних почуттів щодо пережитого?

7. Чи снилися вам сни про ці події?

2 БЛОК. УНИКНЕННЯ.

(вимірювання спроби людини уникнути болю, емоційне заціпеніння та дистанціювання)

8. Чи намагалися ви уникати засмучення або забороняли собі плакати, коли думали про подію чи стикалися з нагадуваннями про неї?

9. Чи виникало у вас відчуття, ніби цього не було насправді, або воно було нереальним?

10. Чи трималися ви подалі від місць, речей або людей, які могли б нагадати про пережите?

11. Чи намагалися ви змусити себе не думати про те, що сталося?

12. Чи усвідомлювали ви, що у вас все ще багато важких почуттів щодо минулого, але ви просто відмовлялися з ними розбиратися?

13. Чи здавалося вам, що ваші почуття щодо цих подій наче заціпеніли (зникла здатність щось відчувати)?

14. Чи намагалися ви повністю стерти це зі своєї пам'яті?

15. Чи намагалися ви уникати будь-яких розмов про те, що сталося?

3 БЛОК. ГІПЕРЗБУДЛИВІСТЬ.

(виявлення фізіологічної реакції нервової системи та втрату відчуття базової безпеки)

16. Чи було вам важко спати всю ніч (часто прокидалися і не могли заснути знову)?

17. Чи відчували ви дратівливість і раптові спалахи гніву?

18. Чи були ви внутрішньо напружені та чи легко здригалися від несподіванок (наприклад, голосних звуків на вулиці)?

19. Чи було вам важко заснути ввечері, коли ви лягали в ліжко?

20. Чи відчували ви труднощі з концентрацією уваги (наприклад, під час роботи чи виконання побутових справ)?

21. Чи викликали нагадування про подію у вас фізичні реакції: пітливість, проблеми з диханням, нудоту або прискорене серцебиття?

22. Чи відчували ви себе надмірно пильними або постійно настороженими (наче щомиті чекали на небезпеку)?

ДОДАТОК Б

Мета впровадження арт-терапії: Безпечне виявлення травматичного досвіду, зниження рівня загальної тривожності та посттравматичної симптоматики (кластери уникання, інтрузії, гіперзбудливості) без прямого вербального втручання, що мінімізує ризик повторної травматизації учасників.

Цільова вибірка: 30 осіб (15 військовослужбовців/демобілізованих ветеранів та 15 цивільних осіб/ВПО), які продемонстрували високий рівень дистресу за Шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R) на констатувальному етапі.

Організаційний формат: Сесії проходили паралельно з навчанням протягом 6 тижнів. Формат роботи — груповий. Частота зустрічей — 1–2 рази на тиждень.

Структура та зміст експериментальної програми з арт-терапії:

- Етап 1 (Тижні 1-2): Стабілізація та формування відчуття «безпечного простору»

Метод: Ізотерапія (малювання аквареллю, пастеллю, олівцями).Базова вправа: «Моє безпечне місце».

Опис проведення: На початковому етапі учасникам пропонувалося заплющити очі, сфокусуватися на диханні за схемою 4:8 (антистресове дихання) та уявити місце, де вони почуваються в абсолютній безпеці та спокої. Після цього образ переносився на папір.

Психологічний механізм дії: Робота спрямовувалася на купірування гіперзбудливості. Малювання стимулювало активізацію правої півкулі мозку та сприяло м'якому поверненню почуття захищеності. Людина займала позицію «свідка», а не активного "учасника" подій, що дозволило уникнути ретравматизації.

- Етап 2 (Тижні 3-4): Символічний катарсис та екологічне опрацювання витіснених емоцій

Метод: Пластична арт-терапія (ліплення з глини, тіста або пластиліну). Базова вправа: «Скульптура мого страху/гніву» та подальша «Трансформація».

Опис проведення: Учасникам пропонувалося зліпити абстрактний образ того, що їх найбільше турбує або викликає напругу. Важливим терапевтичним елементом була можливість легально та безпечно деформувати, зім'яти або повністю зруйнувати створений «негативний» об'єкт, після чого з цього ж матеріалу зліпити щось нове, гармонійне і ресурсне.

Психологічний механізм дії: Трансформація негативних переживань поза вербальним контекстом. Зняття внутрішнього напруження шляхом переспрямування агресії в русло творчості. Ця техніка дозволила опрацювати бурхливі емоції (гнів, безсилля) та стала профілактикою девіантної та аутоагресивної поведінки (катарсис).

- Етап 3 (Тижні 5-6): Соціальна реінтеграція, відновлення ідентичності та пошук ресурсів

Метод: Колажування (використання фотографій, вирізок із журналів, різних фактур).Базова вправа: «Дерево моїх ресурсів» / «Моє майбутнє».

Опис проведення: Учасники створювали спільні або індивідуальні колажі, орієнтовані на пошук внутрішніх сильних сторін, планів на майбутнє та визначення соціального кола підтримки.

Під час цього етапу заохочувалася взаємодія, обговорення творчих продуктів одне одного та обмін досвідом.

Психологічний механізм дії: Подолання кластера симптомів «уникання». Творчий продукт виступав як безпечний місток для невербальної, а згодом і вербальної комунікації між травмованою людиною та групою. Відбулося відновлення здорового сприйняття безперервності життя (зв'язку між минулим, теперішнім та майбутнім) та налагодження довірливих соціальних стосунків.