



**МІНІСТЕРСТВО  
ВНУТРІШНІХ СПРАВ  
УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ  
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА  
В УМОВАХ ДІЇ ПРАВОВОГО  
РЕЖИМУ ВОЄННОГО  
АБО  
НАДЗВИЧАЙНОГО СТАНУ**

**Навчальний посібник**



**Одеса  
2025**

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ**  
**ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

**Олена БАБЧУК, Світлана КРАСНОПОЛЬСЬКА,  
Наталія ЖУК, Зоя ДМИТРУК,  
Ірина БУЖИНА, Максим ІСАЄНКО**

**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В УМОВАХ ДІЇ ПРАВОВОГО  
РЕЖИМУ ВОЄННОГО АБО НАДЗВИЧАЙНОГО СТАНУ**

*навчальний посібник*

**Одеса 2025**

УДК 159.923:355.48

П 86

Рекомендовано до друку Вченою радою Одеського державного університету  
внутрішніх справ

*(протокол від 25 листопада 2025 року № 15)*

Рецензенти:

**Ассєва Ю.О.** – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки Одеського національного економічного університету

**Лебедева Н.В.** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки та психології Міжнародного гуманітарного університету

П 86 Психологічна допомога в умовах дії правового режиму воєнного або надзвичайного стану: навч. посіб./ Бабчук О.Г., Краснопольська С.М., Жук Н.Т., Дмитрук З.А., Бужина І.В., Ісаєнко М.М. — Одеса.: ОДУВС, 2025 — 164 с.

Посібник комплексно висвітлює ключові аспекти психологічної допомоги в умовах воєнного та надзвичайного стану: теоретичні засади та принципи роботи психолога, психологічні наслідки травмуючих подій, методи кризового втручання, особливості підтримки різних категорій населення, організацію діяльності психолога в державних структурах, а також міжнародні підходи й сучасні моделі практики. Матеріал орієнтований на практичних психологів, соціальних працівників, педагогів, фахівців сектору безпеки та охорони здоров'я й усіх, хто залучений до процесу надання психосоціальної допомоги. Посібник покликаний сприяти підвищенню професійної компетентності, зміцненню системи кризового реагування та формуванню стійкої моделі психологічної підтримки українського суспільства.

ISBN 978-617-7633-32-3

© Бабчук О.Г., Краснопольська С.М., Жук Н.Т., Дмитрук З.А., Бужина І.В.,  
Ісаєнко М.М., 2025  
©ОДУВС, 2025

## ЗМІСТ

<b>Передмова</b> .....	4
<b>Бабчук О. Г.</b> Теоретико-методологічні засади психологічної допомоги в умовах воєнного та надзвичайного стану.....	6
<b>Краснопольська С.М.</b> Психологічні наслідки воєнних дій та надзвичайних ситуацій.....	32
<b>Жук Н.Т.</b> Методи кризової психологічної допомоги.....	62
<b>Дмитрук З. А.</b> Психологічна допомога різним категоріям населення.....	89
<b>Бужина І.В.</b> Організація діяльності психолога у структурі органів влади, МВС та системи охорони здоров'я .....	115
<b>Ісаєнко М.М.</b> Міжнародний досвід і сучасні практики психологічної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій.....	1140

## ПЕРЕДМОВА

Початок ХХІ століття ознаменувався різким зростанням загроз, пов'язаних із воєнними діями, техногенними аваріями, природними катастрофами, терористичними актами та іншими надзвичайними ситуаціями, що завдають значної шкоди фізичному та психологічному благополуччю населення. В умовах повномасштабної війни, що супроводжується масовими втратами, вимушеною міграцією, руйнуванням соціальної інфраструктури та тривалим стресовим впливом на різні групи населення, питання психологічної допомоги виходить далеко за межі окремої професійної практики й стає стратегічним завданням держави та суспільства.

Психологічна допомога в сучасних умовах перестає бути виключно реактивною діяльністю, спрямованою на подолання наслідків травматичних подій. Вона трансформується у мультикомпонентну систему підтримки, що інтегрує кризове втручання, профілактику психологічних порушень, розвиток життєстійкості, психоосвіту, соціальну адаптацію та формування середовища, сприятливого для психологічної безпеки. Водночас важливим є усвідомлення ролі психолога як фахівця, здатного не лише стабілізувати емоційний стан людини, але й сприяти відновленню її соціального функціонування, самоцінності та здатності до активного життя в умовах невизначеності.

Не менш актуальною є проблема комплексності й міждисциплінарності психологічної допомоги. Психологи дедалі частіше працюють у взаємодії з медиками, рятувальниками, працівниками правоохоронної системи, педагогами, соціальними службами та представниками громадських організацій. Це потребує не лише високого рівня професійної компетентності, а й здатності орієнтуватися в нормативно-правовій базі, розуміти особливості різних інституційних середовищ, володіти інструментами міжвідомчої комунікації та стратегічного планування психосоціальної підтримки.

Представлений посібник створено з метою узагальнення сучасних наукових підходів і практичних моделей психологічної допомоги, що застосовуються в умовах воєнного та надзвичайного стану. У ньому систематизовано ключові теоретичні концепції, описано закономірності психічного реагування на травму, охарактеризовано найважливіші методи кризового втручання, техніки стабілізації та психологічні інструменти, які мають доказову ефективність у роботі з особами, що зазнали стресових і травматичних подій.

Посібник охоплює кілька тематичних блоків, які у своїй сукупності формують цілісне уявлення про сучасну систему психологічної допомоги в умовах війни та надзвичайних ситуацій. У ньому послідовно розкриваються: фундаментальні засади та принципи психологічної підтримки; психологічні наслідки воєнних дій; методи кризової допомоги; напрями роботи з різними категоріями населення; організація діяльності психолога в структурах влади

та системі охорони здоров'я; міжнародні стандарти, моделі та практики психосоціальної допомоги. Такий зміст дозволяє охопити як індивідуальну роботу психолога з клієнтом, так і системний погляд на функціонування психологічної служби в державі.

Особлива увага приділяється формуванню життєстійкості, відновленню ментального здоров'я, розвитку навичок саморегуляції, зміцненню ресурсів особистості й громади. У посібнику представлені інструменти, необхідні для здійснення психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб, військовослужбовців, ветеранів, членів їхніх родин, дітей та молоді, осіб похилого віку, а також людей, які переживають втрату, хворобу або складні життєві зміни.

Посібник адресовано практичним психологам, соціальним працівникам, педагогам, фахівцям служб кризового втручання, працівникам сектору безпеки й оборони, медичним працівникам, а також усім, хто здійснює або планує здійснювати психосоціальну підтримку в умовах екстремальних подій. Представлений матеріал спрямований на підвищення професійної компетентності, вдосконалення практичних навичок, розширення інструментарію фахівців і формування стійкої, сучасної та науково обґрунтованої системи психологічної допомоги в Україні.



Бабчук Олена Григоріївна  
кандидат психологічних наук, доцент,  
завідувач кафедри психології та педагогіки  
Одеського державного університету  
внутрішніх справ

## **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО ТА НАДЗВИЧАЙНОГО СТАНУ**

**Анотація.** Розділ визначає концептуальні засади побудови системи психологічної допомоги, що базується на принципах наукової обґрунтованості, гуманістичної орієнтації та соціальної відповідальності, відображаючи сучасні виклики воєнного та надзвичайного стану. Висвітлено міждисциплінарний характер проблеми психологічної допомоги, що поєднує психологічні, педагогічні, соціальні, медичні та правові виміри. Проаналізовано основні теоретичні підходи – гуманістичний, когнітивно-поведінковий, екзистенційний, психоаналітичний і системно-екологічний, які формують методологічне підґрунтя сучасної психологічної підтримки особистості в умовах війни. Визначено ключові принципи психологічної допомоги: системність, детермінізм, єдність свідомого та несвідомого, активність і суб'єктність особистості, індивідуалізація, інтегративність. Наголошено на важливості етичних засад професійної діяльності психолога, дотриманні законодавчих норм у сфері психічного здоров'я, а також на потребі міжвідомчої співпраці між медичними, освітніми, соціальними та правоохоронними структурами. До основних етичних принципів роботи психолога в екстремальних умовах віднесено гуманізм, професійну відповідальність, конфіденційність, своєчасність, контекстність, ресурсність і безперервність допомоги. Описано основні форми надання психологічної підтримки: психологічну першу допомогу, кризове консульгування, психокорекційну роботу, групову психотерапію, групи підтримки, арттерапію, тілесно-орієнтовані практики та психоедукацію. Запропоновано цілісну багаторівневу систему підтримки, яка забезпечує безперервність, наступність і комплексність допомоги особистості в умовах війни та надзвичайних ситуацій.

**Ключові слова:** психологічна допомога, війна, екстремальні умови, методологічні засади, принципи, моделі психологічної підтримки, психічне здоров'я, етичні стандарти, міжвідомча взаємодія.

Сучасний світ переживає період глибоких соціально-політичних трансформацій, у центрі яких війна, масова міграція, гуманітарні кризи, катастрофи природного чи техногенного характеру. Ці явища стають викликом не лише для економічних і політичних систем, а передусім для психічного здоров'я людини. Війна змінює не лише зовнішні обставини життя, а й внутрішній світ особистості, її цінності, відчуття безпеки, ставлення до інших і до себе. Масштабні соціальні потрясіння створюють стан хронічної невизначеності, що породжує тривогу, емоційне виснаження, агресивність, зневіру та апатію [1]. Такі події супроводжуються глибокими психологічними наслідками як для окремої людини, так і для суспільства в цілому: втратою близьких, житла, звичного способу життя, руйнуванням соціальних зв'язків, кризою ідентичності. Людина втрачає відчуття контролю над власним життям, переживає шок, безсилля, безнадію. Поступово з'являються симптоми посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожності, соматичних проявів стресу. На суспільному рівні це виявляється у зростанні агресії, соціальної напруженості, зниженні довіри, порушенні комунікацій між групами населення [3].

Поряд із руйнівними процесами спостерігаються і позитивні психологічні зрушення, такі як пробудження солідарності, взаємодопомоги, відчуття спільності та колективної відповідальності. В екстремальних умовах у людей активізуються внутрішні ресурси виживання, прагнення до смислу, віра, духовність. Саме в такі часи особливо яскраво проявляється здатність людини до посттравматичного зростання, коли, переживши втрати, вона переосмислює свої цінності, зміцнює стійкість і готовність діяти заради інших [8].

У цих умовах психологічна допомога стає не лише спеціалізованим видом професійної діяльності, а й важливим соціальним інститутом, який виконує функцію стабілізації суспільного життя. Вона забезпечує не лише підтримку окремої особистості, а й відновлення соціальних зв'язків, формування культури взаємопідтримки, розвиток гуманістичних цінностей. Психологічна допомога перетворюється на механізм збереження людського потенціалу, що сприяє гармонізації взаємин між людьми, профілактиці насильства, підвищенню толерантності та довіри.

Сучасна практика психологічної підтримки охоплює широкий спектр завдань від екстреної кризової допомоги до довготривалої реабілітації і розвитку життєстійкості. Вона базується на принципах гуманізму, емпатії, конфіденційності, етичності та наукової обґрунтованості [9]. Психологічна допомога спрямована не лише на лікування наслідків травми, а й на

формування у людини внутрішньої опори, віри у власні сили, відновлення смислу життя та здатності до самореалізації навіть у складних умовах [6].

Проблема психологічної допомоги в умовах війни має міждисциплінарний характер і охоплює психологічні, педагогічні, соціальні, медичні та правові аспекти. Вона перебуває на перетині різних галузей знання, оскільки психічні наслідки воєнних дій відображаються не лише на внутрішньому світі особистості, а й на системі її соціальних відносин, навчально-виховному процесі, стані здоров'я та правовому захисті:

1. Психологічний аспект передбачає глибоке вивчення механізмів виникнення стресових і травматичних реакцій, розкриття закономірностей функціонування психіки людини в екстремальних умовах, а також розроблення ефективних стратегій підтримки, відновлення й розвитку особистості. У центрі уваги психологічної науки перебуває розуміння того, як людина переживає травму, яким чином формується її внутрішня стійкість і які ресурси можуть бути активізовані для подолання кризових ситуацій.

Дослідники О. Азархов, В. Горбаченко, С. Злепко, С. Костішин, Д. Костенко, О. Лук'янець, О. Мінцер, В. Олянін, В. Предко, Д. Романовська, В. Сергєєва, О. Чиханцова та ін. підкреслюють, що у стані бойового чи надзвичайного стресу психологічна система людини функціонує на межі можливостей, мобілізуючи як фізіологічні, так і емоційно-когнітивні ресурси. Стрессова реакція є природним механізмом адаптації, але за умов тривалої або повторюваної дії стресорів може переходити у патологічну форму – посттравматичний стресовий розлад, депресію чи соматизацію психічного напруження. Психологічний аспект допомоги включає діагностику рівня стресу, визначення індивідуальних реакцій на травматичну подію, оцінку ресурсного потенціалу особистості та її здатності до саморегуляції. На цьому етапі важливими є виявлення провідних емоцій (страху, провини, гніву, безсилля), а також когнітивних спотворень, що утримують людину в стані тривоги чи відчаю. Вагоме місце у психологічній підтримці посідає профілактика посттравматичних розладів, яка реалізується через навчання навичок самопомоги, розвиток стресостійкості, формування здатності до емоційної регуляції. Психологи акцентують, що раннє втручання та надання підтримки відразу після травматичної події суттєво зменшують ризик формування хронічних психологічних порушень.

Не менш важливим завданням є розвиток життєстійкості та ресурсності особистості, що передбачає відновлення віри у власні сили, формування позитивного мислення, активізацію почуття смислу життя й мотивації до дії. Ресурсність охоплює як внутрішні фактори (самоефективність, оптимізм, духовність, цінності), так і зовнішні (підтримка родини, громади, професійного середовища). Психологічний аспект також включає освітньо-профілактичний компонент – психоедукацію населення щодо типових реакцій на стрес, механізмів подолання тривоги, профілактики

вигорання, формування культури звернення по допомогу. Важливо не лише реагувати на наслідки війни, а й створювати умови для підтримки психічного здоров'я в довготривалій перспективі, сприяючи розвитку колективної та індивідуальної стійкості.

Таким чином, психологічний аспект допомоги охоплює цілісну систему заходів, від діагностики та кризового втручання до глибокої психокорекції, профілактики й просвіти. Його головна мета не лише подолання травматичних наслідків, а й підвищення адаптаційного потенціалу особистості, її здатності відновлювати рівновагу, знаходити сенс у пережитому й продовжувати розвиток попри складні життєві обставини.

2. Педагогічний аспект психологічної допомоги в умовах війни має надзвичайно важливе значення, оскільки саме освітнє середовище стає тим простором, де формується психологічна стійкість молодого покоління, розвиваються навички саморегуляції, емпатії та відповідального ставлення до власних емоцій і поведінки. У сучасних умовах війни школа, дитячий садок, заклад вищої освіти перетворюються не лише на осередки навчання, а й на центри підтримки, адаптації та соціально-емоційного відновлення дітей і молоді. Педагогічний аспект пов'язаний із завданням формування у дітей та молоді навичок психологічного самозахисту, емпатії, толерантності, культури взаємопідтримки, що дає змогу запобігати розвитку тривожності, агресії, емоційного вигорання.

Дослідники О. Василенко, Л. Гончар, Т. Кравченко, І. Мачуська, Ю. Овод, К. Павицька, Л. Романовська, Н. Синюк, Н. Скрипник, С. Фурдуй, А. Хижняк, А. Шеремет, Л. Якубова та ін. наголошують, що система освіти має величезний потенціал для відновлення психічного здоров'я нації, оскільки саме в ній закладаються основи позитивного світосприйняття, віри у майбутнє, довіри до людей. В освітньому процесі важливо поєднувати навчання та психологічну підтримку, створюючи атмосферу емоційної безпеки, прийняття та співчуття. Педагог має виступати не лише транслятором знань, а й фасилітатором емоційного розвитку, наставником, який допомагає дитині чи підлітку впоратися з переживаннями, страхом, невпевненістю. Однією з ключових функцій сучасного педагога є психологічна просвіта – навчання дітей і молоді навичкам саморегуляції, контролю емоцій, управління стресом, а також формування відповідального ставлення до власного психічного стану. Важливе місце в педагогічному аспекті займає впровадження програм соціально-емоційного навчання (СЕН), які спрямовані на розвиток емоційної грамотності, комунікативних умінь, здатності до мирного розв'язання конфліктів, співпраці та взаємопідтримки. Такі програми допомагають учням усвідомлювати свої почуття, розуміти емоційні стани інших, формують позитивну самооцінку та навички конструктивного спілкування.

В освітньому середовищі надзвичайно важливо забезпечити психологічну безпеку – атмосферу, де дитина може вільно висловлювати свої думки й почуття без страху осуду чи покарання. Це створює основу для розвитку довіри до світу, позитивного ставлення до навчання й власного майбутнього. Навіть звичайні педагогічні ситуації – урок, гра, проєкт, спільна діяльність – можуть стати потужними інструментами психологічного відновлення, якщо педагог демонструє розуміння, підтримку й прийняття. Не менш важливим є формування психологічної компетентності самих педагогів.

В умовах війни вони також зазнають стресу, емоційного виснаження, тому потребують спеціальної підготовки: навчання навичкам саморегуляції, кризового консультування, розпізнавання травматичних реакцій у дітей. Підвищення кваліфікації педагогів у цьому напрямі сприяє не лише підвищенню ефективності освітнього процесу, а й створенню цілісної системи психологічної підтримки в закладі освіти. Особлива увага приділяється взаємодії школи, сім'ї та громади. Спільна діяльність педагогів, психологів, батьків і соціальних працівників сприяє гармонізації виховного середовища, створенню системи взаємодопомоги та запобіганню соціальній ізоляції дітей. Такий підхід забезпечує комплексну підтримку – не лише у навчанні, а й у сфері емоційного розвитку, самоповаги, моральних орієнтацій.

Таким чином, педагогічний аспект психологічної допомоги спрямований на виховання внутрішньо стійкої, соціально відповідальної особистості, здатної до саморегуляції, співчуття, взаємодопомоги й мирного співіснування. Освітній простір у сучасних умовах стає не лише місцем передачі знань, а повноцінним середовищем психологічної безпеки, у якому діти та молодь набувають досвіду подолання труднощів, відновлення емоційного балансу й віри у власне майбутнє.

3. Соціальний аспект психологічної допомоги відіграє ключову роль у відновленні цілісності суспільства, оскільки він спрямований не лише на підтримку окремої особистості, а й на створення системи соціальної опіки, реінтеграції та колективної стійкості. У контексті війни він набуває особливого значення, адже мільйони людей опинилися у стані втрати, вимушеного переселення, розлуки з родинами, соціальної невизначеності та економічної нестабільності. Соціальний аспект зосереджується на створенні комплексної системи підтримки для постраждалих верств населення – вимушених переселенців, ветеранів, родин загиблих, дітей війни, осіб, що пережили окупацію або полон.

Дослідники О. Вакуленко, Г. Герило, Т. Гніда, М. Дворник, І. Корнієнко, Г. Ломакін, Ю. Луценко, І. Пеша, Т. Титаренко, С. Толстоухова, О. Яременко та ін. наголошують, що така система має бути багаторівневою, поєднувати державні, громадські та волонтерські ресурси, а також забезпечувати послідовність психологічної, соціальної та матеріальної допомоги. Головна мета соціального аспекту – інтеграція постраждалих у

нове соціальне середовище, відновлення їхніх прав, соціальних зв'язків і почуття приналежності до спільноти. Людина, яка втратила дім, роботу або близьких, потребує не лише емоційної підтримки, а й конкретних умов для соціального функціонування – безпечного житла, працевлаштування, доступу до освіти та медичної допомоги. Саме тому ефективна соціальна підтримка передбачає взаємодію психологічних і соціальних служб, центрів зайнятості, освітніх і волонтерських ініціатив.

Особливе значення має підтримка ветеранів та їхніх родин, адже вони стикаються не лише з фізичними наслідками бойових дій, а й із психологічною ізоляцією, нерозумінням з боку суспільства, труднощами повернення до мирного життя. Соціальні служби мають забезпечити програми реадaptaції, перекваліфікації, створення груп взаємопідтримки та центрів реабілітації, де ветерани можуть отримати комплексну допомогу – психологічну, соціальну, юридичну й освітню. Не менш важливою є робота з вимушеними переселенцями, для яких війна стала досвідом втрати дому, соціального статусу й звичних контактів. У цьому випадку соціальний аспект допомоги включає створення інтеграційних програм, що допомагають людям адаптуватися до нових умов життя, відновити впевненість у майбутньому, знайти підтримку в новій спільноті. Це можуть бути тренінги з розвитку комунікативних навичок, групи взаємодопомоги, освітні курси та програми соціального наставництва.

Окремої уваги потребують родини загиблих військовослужбовців та діти війни. Для них соціальна підтримка повинна бути не лише формальною, а глибоко гуманною й тривалою. Йдеться про створення програм супроводу, які включають соціальну допомогу, психологічну реабілітацію, освітні можливості, підтримку у збереженні пам'яті та вшануванні героїв. Такі програми сприяють не лише індивідуальному зціленню, а й збереженню духовних і моральних основ суспільства. Соціальний аспект допомоги передбачає також розвиток громад як осередків підтримки. Місцеві громади мають стати простором, де люди відчують турботу, безпеку й довіру. Організація центрів психологічної допомоги, соціальних хабів, волонтерських осередків створює умови для відновлення соціальної стабільності й підвищення життєстійкості.

Отже, соціальний аспект психологічної допомоги охоплює не лише надання послуг, а й створення середовища соціальної солідарності, у якому кожна людина може відчутти підтримку, бути почутою й повернути собі відчуття гідності та цінності. Саме така інтегрована модель соціальної підтримки забезпечує єдність суспільства, соціальну стійкість і духовне відродження нації після воєнних випробувань.

4. Медичний аспект психологічної допомоги охоплює питання міждисциплінарної взаємодії психологів із психіатрами, психотерапевтами, лікарями загальної практики, неврологами, реабілітологами та іншими

фахівцями системи охорони здоров'я. Така співпраця є необхідною для виявлення, лікування та профілактики психосоматичних і стресових розладів, організації комплексних програм реабілітації, а також для формування цілісного підходу до відновлення психічного та фізичного здоров'я людини.

Дослідники М. Войтович, Т. Вебер, І. Воробйова, Л. Гриценко, Л. Гридковець, Ю. Ірхін, В. Кочубей, І. Ліпатов, В. Молдавчук, В. Пасічник, В. Піддубний, І. Приходько, А. Стаднік, М. Товма, Л. Царенко, Л. Шестопалова та ін. зазначають, що медичний підхід до психологічної допомоги має ґрунтуватися на принципах цілісності, системності та поетапності, коли психічне здоров'я розглядається у взаємозв'язку з фізичним, емоційним і соціальним станом особистості. У рамках цього аспекту психологічна допомога виступає складовою медико-психологічної підтримки, що передбачає не лише психотерапевтичну роботу, а й тісну координацію з медичними процедурами, спрямованими на стабілізацію організму після стресових або травматичних впливів. Особливо важливим є раннє виявлення психосоматичних симптомів – порушень сну, серцево-судинних розладів, головного болю, підвищеного тиску, шлунково-кишкових реакцій, які часто є фізіологічним проявом емоційного виснаження чи травми.

Медичний аспект передбачає проведення психодіагностичних обстежень, клінічних інтерв'ю, оцінку рівня тривожності, депресії, психоемоційної напруги та ризику розвитку посттравматичного стресового розладу. На основі цих даних формується індивідуальна програма втручання, що може включати поєднання психотерапії, медикаментозної підтримки, фізичної реабілітації, нейропсихологічного супроводу та соціальної допомоги. В умовах війни медичний аспект допомоги охоплює також реабілітацію військовослужбовців, поранених, ветеранів та осіб, які пережили тривале перебування в стресових або загрозованих ситуаціях. Комплексна реабілітація спрямована на відновлення когнітивних функцій, регуляцію емоційних станів, усунення наслідків бойового стресу та підтримку адаптації до мирного життя. Важливим напрямом є створення центрів медико-психологічної реабілітації, де фахівці різних профілів (психологи, лікарі, соціальні працівники, ерготерапевти, фізіотерапевти) працюють спільно, використовуючи інтегровані програми відновлення. У таких центрах застосовуються методи когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої, арт- і музикотерапії, релаксаційні та дихальні техніки, методи біологічного зворотного зв'язку, що сприяють нормалізації емоційного фону та фізичного стану людини. Медичний аспект також охоплює психопрофілактику та психоспеціалізацію, спрямовані на підвищення психологічної культури медичних працівників і пацієнтів, розвиток навичок саморегуляції, попередження професійного вигорання у фахівців, які працюють у кризових умовах.

Таким чином, медичний аспект психологічної допомоги забезпечує системний і науково обґрунтований підхід до збереження психічного здоров'я людини, поєднуючи знання медицини, психології та соціальної роботи. Він спрямований на досягнення головної мети – відновлення фізичної, емоційної й духовної рівноваги особистості, що є необхідною умовою її повноцінного функціонування та повернення до активного життя в суспільстві.

5. Правовий аспект психологічної допомоги визначає необхідність дотримання прав людини, захисту її гідності та забезпечення законодавчих гарантій отримання психологічної, соціальної й медичної підтримки, особливо в умовах воєнного стану. Він формує нормативно-правові засади діяльності фахівців-психологів, соціальних працівників, медиків і волонтерів, які надають допомогу постраждалим від воєнних дій, катастроф чи надзвичайних ситуацій.

Дослідники О. Герасименко, І. Горбенко, Ю. Делія, В. Дембіцький, О. Деточка, В. Єфімова, І. Іванов, Я. Калініченко, А. Камінська, С. Куц, В. Лагодзінський, В. Мороз, С. Петков, В. Панченко, Ю. Разметаєва, Є. Рожков, Ю. Сербалюк, Н. Умеренкова, О. Шевчук та ін. підкреслюють, що правовий компонент психологічної допомоги виступає гарантом її законності, прозорості й етичності. Він забезпечує реалізацію принципів гуманізму, рівності, добровільності, а також захищає як отримувачів, так і надавачів допомоги від порушення прав чи професійних стандартів. У контексті війни правовий аспект набуває особливої ваги, адже психологічна допомога стає частиною державної системи соціального захисту населення. Законодавчо закріплюється право кожного громадянина на отримання безоплатної або доступної психологічної підтримки – незалежно від соціального статусу, місця проживання чи участі у бойових діях. Правовий аспект також включає забезпечення конфіденційності та захисту персональних даних осіб, які звертаються по допомогу, дотримання професійної етики та стандартів психологічної практики. Особливо це актуально в умовах, коли інформація про пережиту травму чи насильство може бути використана проти постраждалих. Окремий напрям правового аспекту стосується захисту прав жертв воєнних злочинів, насильства, катувань, полону, сексуальних домагань. На міжнародному рівні ці норми регулюються Женевськими конвенціями, Римським статутом Міжнародного кримінального суду, резолюціями ООН про захист цивільного населення та прав жінок і дітей під час конфліктів. В українському контексті такі положення імплементуються через діяльність Національної соціальної сервісної служби, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства у справах ветеранів і громадських правозахисних організацій.

У межах правового аспекту психологічна допомога виступає інструментом реалізації прав людини на гідність, безпеку й відновлення після травми. Вона є не лише актом милосердя, а й юридично закріпленим обов'язком держави – забезпечити доступ до кваліфікованої підтримки всім,

хто цього потребує. Крім того, правовий аспект охоплює питання професійної відповідальності психолога. Спеціаліст зобов'язаний дотримуватися етичних кодексів, зокрема принципів недискримінації, добровільності, компетентності, уникнення шкоди, збереження конфіденційності. Порушення цих норм може розглядатися як дисциплінарне або юридичне правопорушення. В умовах воєнного стану правові засади психологічної допомоги виконують не лише регулятивну, а й захисну функцію – вони гарантують людині можливість отримати підтримку, зберегти гідність, відновити базові права й адаптуватися до нових життєвих умов.

Отже, правовий аспект забезпечує інституційне підґрунтя психологічної допомоги, поєднуючи правові, етичні та соціальні механізми. Він утверджує психологічну допомогу як невід'ємне право кожної людини й необхідний елемент державної політики у сфері охорони психічного здоров'я, що є запорукою гуманізму, соціальної справедливості та стійкості суспільства в умовах війни.

Можна зазначити, що результативність психологічної допомоги в умовах війни визначається узгодженою взаємодією різних наукових підходів і практичних напрямів, що забезпечують цілісне розуміння людини як біопсихосоціальної та духовної істоти, здатної до адаптації, відновлення й розвитку навіть у найскладніших життєвих обставинах. Лише інтеграція цих підходів дає змогу створити цілісну систему підтримки, здатну реагувати на багатомірні наслідки травматичного досвіду. На цій основі формується сучасна концепція психологічної допомоги в екстремальних умовах, яка базується на поєднанні кількох наукових підходів, що забезпечують її цілісність, гнучкість і ефективність у роботі з різними категоріями постраждалого населення:

1. Гуманістичний підхід (К. Роджерс, А. Маслоу, Р. Мей) розглядає людину як активного творця власного життя, здатного до саморозвитку навіть у кризі. Основою допомоги є безумовне прийняття, емпатія, автентичність, віра у внутрішній потенціал клієнта та повага до його унікального життєвого шляху. Гуманістична парадигма виходить із переконання, що в кожній людині закладено прагнення до гармонії, цілісності та самореалізації, а завдання психолога полягає у створенні умов, які сприяють актуалізації цих можливостей. У воєнних умовах гуманістичний підхід набуває особливої значущості, оскільки саме він допомагає людині повернути відчуття гідності, цінності власного досвіду та віри у сенс життя. Коли зовнішній світ руйнується, гуманістична психологія підтримує внутрішню опору – довіру до себе, до інших, до можливості змін. Вона сприяє подоланню відчуття безсилля, ізоляції, втрати сенсу, допомагаючи людині усвідомити власну роль у подоланні наслідків травми. Особливу увагу в межах цього підходу приділяють створенню безпечного терапевтичного простору, у якому клієнт може вільно висловлювати свої емоції, відновлювати контакт із власними

почуттями, усвідомлювати пережите. Психолог виступає не суддею чи наставником, а партнером у процесі зцілення, який через емпатійне слухання й щире прийняття допомагає людині повернути цілісність «Я» та віднайти сенс у випробуваннях. У практиці психологічної допомоги під час війни гуманістичний підхід реалізується через підтримувальне консультування, нарративні техніки, арттерапію, роботу з цінностями, позитивне переосмислення життєвого досвіду. Він дозволяє не лише зменшити емоційне напруження, а й сприяє посттравматичному зростанню, формуванню нових смислів і відновленню віри у власні сили.

Отже, гуманістичний підхід є теоретико-методологічним підґрунтям психологічної допомоги в екстремальних умовах, оскільки він стверджує головну ідею – навіть у найважчих обставинах людина зберігає здатність бути особистістю, творити, любити й жити, спираючись на внутрішні ресурси та духовну силу.

2. Когнітивно-поведінковий підхід (А. Бек, Д. Мейхенбаум) є одним із найефективніших напрямів психологічної допомоги в умовах війни, оскільки він поєднує роботу з мисленням, емоціями та поведінкою людини. Його мета полягає у виявленні, усвідомленні та зміні деструктивних переконань і автоматичних думок, які спричиняють відчуття страху, безсилля, провини, тривоги чи внутрішнього хаосу. Цей підхід виходить із припущення, що емоційні стани людини безпосередньо залежать від того, як вона інтерпретує події, а отже, змінивши спосіб мислення, можна вплинути на почуття й поведінку. Через це особливу увагу приділяють ідентифікації когнітивних спотворень – узагальнень, катастрофізацій, знецінення власних досягнень, надмірного почуття відповідальності чи провини.

Психологічна допомога у межах когнітивно-поведінкового підходу включає: виявлення негативних автоматичних думок і їхню заміну на більш реалістичні та конструктивні; навчання навичкам самоспостереження та когнітивної гнучкості, що допомагає людині краще розуміти свої реакції; розвиток адаптивних стратегій поведінки – поступове повернення до активності, спілкування, повсякденних справ; тренування емоційної саморегуляції, зокрема через дихальні практики, тілесну релаксацію, майднфулнес-техніки, самопідтримувальний внутрішній діалог.

Для осіб, які пережили бойові дії, полон або втрату близьких, когнітивно-поведінковий підхід допомагає відновити почуття контролю над власним життям. Клієнт вчиться розпізнавати власні тригери, помічати моменти, коли емоції переважають над логікою, та свідомо обирати більш здорові способи реагування. Це сприяє поступовому зниженню рівня тривоги, нормалізації сну, покращенню міжособистісних контактів. Важливим компонентом є психоедукація, під час якої людина дізнається про природу стресу, роль думок у формуванні емоцій і фізіологічних реакцій. Знання про те, що її реакції є нормальними у ненормальній ситуації,

допомагає зменшити почуття сорому та провини. Когнітивно-поведінковий підхід у роботі з наслідками війни особливо цінний своєю структурованістю, короткотривалістю й орієнтацією на результат. Він дозволяє людині повернути відчуття стабільності, впевненості у власних силах, розвинути навички самодопомоги, що стають основою подальшої емоційної стійкості та життєвої ефективності.

Отже, когнітивно-поведінковий підхід забезпечує не лише зменшення симптомів травматичного стресу, а й відновлення активної позиції особистості, її здатності мислити гнучко, діяти усвідомлено, приймати відповідальні рішення та знаходити сенс навіть у найскладніших життєвих обставинах. Він формує підґрунтя для розвитку внутрішньої стійкості, адаптаційної гнучкості та впевненості у власних силах, що є ключовими чинниками психологічного відновлення після пережитих травм.

3. Екзистенційний підхід (В. Франкл, І. Ялом, Р. Мей) розглядає людину як істоту, що постійно шукає сенс свого існування, навіть у стражданні, втраті чи зіткненні зі смертю. Його центральна ідея полягає в тому, що смисл можна знайти в будь-яких обставинах – навіть у найтрагічніших, якщо людина здатна усвідомити своє ставлення до подій і зробити вільний, відповідальний вибір. У межах цього підходу психолог виступає не як той, хто усуває біль, а як супутник у процесі його осмислення. Він допомагає клієнту віднайти внутрішню опору у власних цінностях, переживаннях, духовних переконаннях, тобто у тих внутрішніх смислотворчих джерелах, які не може зруйнувати жодна зовнішня сила. Втрата близьких, руйнування життєвих планів, досвід війни чи вимушеного переселення часто ставлять людину перед екзистенційною порожнечою, тому головним завданням допомоги є відновлення відчуття сенсу, цінності життя та власної гідності.

Екзистенційний підхід акцентує увагу на таких ключових темах, як свобода вибору, відповідальність, автентичність, усвідомлення скінченності життя, прийняття неминучого, а також на розвитку здатності приймати реальність без заперечення, але з внутрішньою гідністю. У цьому контексті логотерапія, заснована В. Франклом, виступає ефективним інструментом для осіб, які втратили сенс або мотивацію до життя. Вона орієнтує людину на пошук смислу через любов, творчість, служіння іншим, віру або мужність у подоланні труднощів. Для тих, хто пережив бойові дії, втрату дому чи рідних, екзистенційний підхід допомагає не лише зменшити біль, а перетворити його на джерело внутрішнього зростання. Через усвідомлення власної унікальності та значущості навіть у стражданні людина відкриває нові горизонти – здатність співчувати, любити, допомагати іншим, переосмислювати своє покликання.

Отже, екзистенційний підхід є глибоко гуманістичним і духовно орієнтованим напрямом психологічної допомоги, який сприяє відновленню

смислу життя, почуття внутрішньої свободи та духовної зрілості, що особливо важливо в умовах війни, коли перед людиною постають граничні питання буття, вибору та виживання.

4. Психоеаналітичний підхід (З. Фройд, К. Юнг, А. Фройд) розглядає психологічну травму як наслідок внутрішнього конфлікту між свідомими прагненнями та несвідомими переживаннями, що порушує цілісність «Я» і викликає емоційну напругу, страх, провину або безсилля. У цьому контексті травма постає не лише як подія, а як глибинний психічний процес, який фіксується у несвідомому й впливає на поведінку, думки та почуття людини навіть через тривалий час після пережитого. Основна мета психоеаналітичного підходу полягає у виведенні на рівень усвідомлення витіснених емоцій, спогадів і захисних механізмів, що допомагає людині звільнитися від внутрішніх протиріч і відновити психологічну рівновагу. Через глибинне осмислення власних переживань клієнт поступово інтегрує травматичний досвід у структуру своєї особистості, що сприяє зменшенню внутрішнього напруження та відновленню цілісності психіки. У процесі психоеаналітичної допомоги використовуються такі техніки, як вільні асоціації, аналіз сновидінь, робота з опором і перенесенням, які дозволяють дослідити несвідомі мотиви, пов'язані з травмою.

Особливе значення має виявлення психологічних захистів (витіснення, проєкція, заперечення, раціоналізація), які тимчасово знижують рівень тривоги, але за тривалого впливу можуть перешкоджати адаптації та особистісному зростанню. У сучасній практиці психоеаналітичний підхід трансформувалася у напрям психодинамічної терапії, яка поєднує класичні ідеї З. Фрейда з сучасними уявленнями про роль прив'язаності, дитячого досвіду, самоідентичності та міжособистісних стосунків. Такий підхід особливо ефективний для осіб, які в умовах війни пережили втрату, насильство, почуття провини чи сорому, він дає змогу глибше зрозуміти власні реакції, подолати внутрішню фрагментацію й повернути відчуття контролю над життям.

Отже, психоеаналітичний підхід допомагає не лише звільнитися від болочих спогадів, а й перетворити травму на джерело внутрішнього усвідомлення та особистісного зростання, сприяючи формуванню більш зрілого, цілісного й інтегрованого «Я». У системі психологічної допомоги в екстремальних умовах психоеаналітичний підхід виступає інструментом глибокої реконструкції особистості, відновлення її внутрішньої гармонії, емоційної стабільності та здатності до самопідтримки навіть у кризових життєвих обставинах.

5. Системно-екологічний підхід (У. Бронфенбреннер, Д. Морено) ґрунтується на уявленні про те, що особистість є частиною складної багаторівневої системи взаємодії, у якій переплітаються впливи сім'ї, найближчого соціального оточення, громади, культури та суспільства загалом. Людина не існує ізольовано, її розвиток, поведінка та емоційний стан

формується під впливом середовища, у якому вона живе та взаємодіє. У контексті війни цей підхід набуває особливої актуальності, адже збройні конфлікти порушують природну структуру соціальних зв'язків, спричиняють руйнування сімей, втрату звичного середовища, відчуття відчуження та соціальної ізоляції. Зміни в мікро-, мезо- і макросередовищі безпосередньо впливають на психологічний стан особистості: руйнується відчуття безпеки, довіри, стабільності, що створює додаткові фактори стресу. Відповідно, психологічна допомога має охоплювати не лише індивідуальний рівень, а й груповий, сімейний та спільнотний, орієнтуючись на відновлення системи взаємодії людини з її соціальним оточенням. Робота з сім'єю допомагає нормалізувати емоційний клімат, зменшити напруження, відновити довіру та почуття єдності. Групові форми допомоги – підтримувальні групи, психодрама, соціометричні техніки – сприяють поверненню до активної комунікації, взаєморозуміння, формуванню почуття спільності й колективної сили.

Системно-екологічний підхід також акцентує на необхідності розбудови психологічно безпечного середовища у громадах – створенні центрів підтримки, просторів взаємодії, соціальних ініціатив, які сприяють зміцненню горизонтальних зв'язків і підвищенню життєстійкості. Таке середовище стає важливим ресурсом для реінтеграції осіб, що пережили травматичні події, адже саме спільнота забезпечує відчуття приналежності, прийняття й соціальної підтримки.

Отже, системно-екологічний підхід розглядає психологічну допомогу як багаторівневий процес, у якому зміни на індивідуальному рівні взаємопов'язані зі змінами в родинному, соціальному та культурному контексті. Він підкреслює необхідність комплексного підходу до відновлення людини, де зміцнення особистості нерозривно пов'язане з відновленням її соціальних зв'язків і гармонійної взаємодії з навколишнім світом.

Спираючись на узагальнення попередньо розглянутих підходів, гуманістичного, когнітивно-поведінкового, екзистенційного, психоаналітичного та системно-екологічного, можна окреслити методологічну основу психологічної допомоги в умовах війни. Вона ґрунтується на ключових принципах: системності, детермінізму, єдності свідомого й несвідомого, активності особистості, індивідуалізації та інтегративності. Таке методологічне підґрунтя забезпечує цілісний підхід до розуміння психічних процесів людини в екстремальних ситуаціях, сприяє гармонійному поєднанню теоретичних засад і практичних методів підтримки, спрямованих на відновлення особистісної рівноваги та життєстійкості. Зупинимося детальніше на змісті кожного з цих принципів:

1. Принцип системності передбачає розгляд людини як багаторівневої, взаємопов'язаної системи, у якій біологічні, психічні, соціальні та духовні компоненти перебувають у постійній взаємодії. Такий підхід дозволяє фахівцю бачити не лише окремі симптоми чи реакції, а

цілісну картину функціонування особистості у зміненому, кризовому середовищі, що особливо важливо в умовах війни. Військові дії, втрата близьких, вимушене переселення чи руйнування звичного життєвого укладу порушують гармонію внутрішніх і зовнішніх зв'язків людини. Тому психологічна допомога, заснована на принципі системності, має охоплювати різні рівні впливу – індивідуальний, сімейний, груповий і соціальний. Такий підхід сприяє комплексному відновленню особистості через взаємопідтримку, налагодження комунікації та відновлення почуття приналежності до спільноти. Як зазначають К. Гавриловська, Р. Сімко, А. Сімко та ін., системне бачення людини в умовах стресу дозволяє фахівцю враховувати взаємозв'язок психічних процесів і соціального контексту, розглядати кризу не лише як індивідуальне потрясіння, а як порушення рівноваги всієї системи взаємин, у якій функціонує особистість. Відтак відновлення психічного здоров'я неможливе без відновлення цілісності соціальних зв'язків, духовних орієнтирів та відчуття сенсу спільного життя.

2. Принцип детермінізму підкреслює закономірність психічних процесів і причинно-наслідковий характер поведінки людини. Це означає, що жодна емоційна чи поведінкова реакція не виникає випадково – кожна має свої глибинні причини, які необхідно виявити й зрозуміти для надання ефективної психологічної допомоги. У контексті війни цей принцип набуває особливої ваги. Військова травма не є спонтанною реакцією, а формується під впливом низки взаємопов'язаних чинників: зовнішніх (фізична загроза життю, насильство, втрати, невизначеність) і внутрішніх (рівень стресостійкості, особистісні риси, попередній життєвий досвід, система цінностей). Розуміння цих детермінант дозволяє фахівцеві побачити не лише поверхневі прояви – тривогу, агресію, апатію чи порушення сну, а й внутрішні механізми, які їх зумовлюють. Як зазначають В. Грандт, Є. Демидова, В. Климчук, О. Сандал та ін., саме усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків між подіями, емоціями та поведінкою відкриває можливість для глибокого відновлення. Психологічна допомога в цьому випадку розглядається не як тимчасове реагування на симптом, а як цілісний процес усвідомлення, прийняття й перетворення травматичного досвіду. Таким чином, принцип детермінізму забезпечує наукову логіку й послідовність психологічного втручання, спрямовуючи фахівця на пошук причин, а не лише наслідків, і створює основу для тривалого, глибокого відновлення психічного здоров'я особистості.

3. Принцип єдності свідомого й несвідомого ґрунтується на розумінні того, що людська психіка має багаторівневу структуру, у якій свідомі процеси тісно взаємодіють із несвідомими. Травматичний досвід, особливо пов'язаний із подіями війни, часто витісняється із поля свідомості, оскільки психіка намагається захистити себе від надмірного болю чи страху. Проте цей досвід не зникає – він продовжує впливати на емоційний стан, поведінкові реакції,

соматичні прояви, іноді викликаючи тривогу, безсоння, агресивність або емоційне відчуження. Психологічна допомога, побудована на принципі єдності свідомого й несвідомого, спрямована на поступове усвідомлення, прийняття та інтеграцію витіснених почуттів і спогадів. Це дає змогу людині зрозуміти приховані причини власних емоційних реакцій, подолати внутрішні суперечності та відновити цілісність особистості. Робота психолога полягає не лише у знятті симптомів, а й у створенні безпечного простору для вираження та осмислення глибинних переживань, що повертає особистості здатність до саморегуляції й гармонійного функціонування. Як зазначають П. Горностаї, О. Коробанова, О. Плетка, Г. Циганенко, Л. Г. Чорна, Ю. Швалб та ін., саме інтеграція несвідомого досвіду у свідоме життя дозволяє людині перетворити травму на досвід зростання, знайти сенс у пережитому й зменшити деструктивний вплив минулих подій на теперішнє.

Такий процес сприяє встановленню внутрішньої гармонії, формуванню стабільної самооцінки та здатності жити з новим, переосмисленим досвідом. Отже, принцип єдності свідомого й несвідомого забезпечує глибинний рівень психологічної допомоги, спрямований не лише на відновлення психічної рівноваги, а й на досягнення цілісності, самоприйняття та духовного зростання особистості.

4. Принцип активності особистості орієнтує психолога на визнання внутрішніх сил, ресурсів і потенціалу клієнта, підкреслюючи, що навіть у кризових умовах людина здатна впливати на власний стан і життєві обставини. Особистість у ситуації травми не є пасивним об'єктом допомоги – навпаки, вона виступає активним суб'єктом змін, спроможним до відновлення, переосмислення досвіду та подолання наслідків психологічного потрясіння. Як зазначають Я. Андрєєва, В. Злишков, С. Кузікова, С. Максименко, В. Панок, Т. Тертична, Я. Чаплак, та ін., активність людини є основою її розвитку навіть у надзвичайних ситуаціях. У кризі проявляються не лише вразливість, а й внутрішня сила, прагнення до життя, самозбереження, пошуку сенсу. Саме це стає рушійною силою відновлення. Завдання психолога полягає у створенні сприятливих умов для актуалізації цих внутрішніх ресурсів – через підтримку, формування мотивації, навчання навичкам саморегуляції, розвиток віри у власні можливості. Важливо, щоб клієнт не просто отримував допомогу, а брав активну участь у процесі змін, усвідомлюючи свій вплив на власний стан і поведінку.

Реалізація принципу активності у психологічній практиці передбачає використання методів, які стимулюють самопізнання, рефлексію, відповідальність за власне життя – тренінгів, технік самопомоги, когнітивно-поведінкових стратегій, психоедукації. Це дозволяє людині не лише зменшити рівень дистресу, а й відновити автономію, впевненість та контроль над життям, що є необхідною умовою психологічної стійкості в умовах війни.

5. Принцип індивідуалізації передбачає врахування унікальності кожної особистості, її життєвого досвіду, психологічних особливостей, ціннісних орієнтацій, соціокультурного середовища та рівня адаптаційних можливостей. У контексті війни цей принцип набуває особливої актуальності, адже однакові події можуть мати різний психологічний ефект: для одних вони стають поштовхом до мобілізації внутрішніх сил, активної позиції, а для інших чинником дезорганізації, апатії чи втрати сенсу життя. Як підкреслюють Н. Арістова, С. Алексеева, О. Барановська, Л. Гентош, О. Кісь, О. Малихін Р. Попов, О. Топузов, Л. Шелестова та ін., ефективна психологічна допомога можлива лише тоді, коли вона пристосована до індивідуальних потреб, типу реагування на стрес і рівня психологічної готовності клієнта до змін. Врахування індивідуальних відмінностей дозволяє фахівцеві точніше обирати методи роботи від короткотривалих кризових інтервенцій до глибинних терапевтичних форм.

У практичному вимірі принцип індивідуалізації виявляється через гнучкість і персоналізацію підходів. Психолог має оцінювати не лише симптоматику, а й ресурси клієнта – здатність до саморегуляції, наявність соціальної підтримки, духовні орієнтири. Для когось вирішальним є емоційне відреагування, для іншого раціональне осмислення чи залучення до групової підтримки. Індивідуалізація також передбачає етичну чутливість і повагу до особистісних меж. Психолог не нав'язує готових рішень, а допомагає людині знайти власні смисли, шляхи відновлення й адаптації. Це особливо важливо для осіб, які пережили травму, оскільки повернення контролю над власним життям є ключовим чинником зцілення. Отже, принцип індивідуалізації забезпечує людиноцентрований характер психологічної допомоги, роблячи її адресною, гнучкою та глибоко гуманістичною. Він дозволяє фахівцю бачити в клієнті не лише носія симптомів, а живу, неповторну особистість, здатну до саморозвитку навіть у найскладніших обставинах.

6. Принцип інтегративності передбачає поєднання різних теоретичних підходів, методів і технік у процесі надання психологічної допомоги. Він ґрунтується на розумінні того, що людська психіка є багатовимірною системою, тому жоден окремий метод не може повністю охопити всю складність її функціонування. У кризових та воєнних умовах, коли людина переживає глибокі емоційні, когнітивні й соматичні зміни, лише комплексний, інтегрований вплив може забезпечити глибоке та стале відновлення особистості. Як зазначають О. Губенко, В. Депутат, О. Завгородня, В. Зливков, О. Котух, С. Копилов, О. Левенець, С. Лукомська, В. Медінцев, Є. Степура та ін., інтегративність у психологічній практиці означає свідоме й науково обґрунтоване поєднання різних підходів – когнітивних, поведінкових, емоційно-регулятивних, тілесно-орієнтованих, екзистенційних. Такий підхід дозволяє адаптувати інтервенції до конкретних потреб клієнта,

враховувати його індивідуальний стиль переживання травми та рівень готовності до змін.

Інтегративний принцип сприяє гнучкості професійної позиції психолога – від кризової стабілізації до глибинного опрацювання травматичного досвіду. Наприклад, на початковому етапі роботи перевага може надаватися когнітивно-поведінковим і тілесно-орієнтованим технікам, які допомагають зменшити рівень напруги, нормалізувати сон, дихання, знизити тривожність. Згодом доцільно застосовувати елементи екзистенційного чи гуманістичного підходів, спрямовані на пошук сенсу, інтеграцію пережитого досвіду та відновлення внутрішньої цілісності.

Отже, принцип інтегративності забезпечує єдність теоретичних основ і практичних методів психологічної допомоги, робить її більш цілісною, адаптивною та ефективною. Він орієнтує фахівця на комплексний вплив на особистість, урахування взаємозв'язку психічних, фізіологічних, соціальних і духовних чинників, що є необхідною умовою успішного відновлення людини після воєнних травм.

Таким чином, зазначені методологічні орієнтири створюють науково обґрунтовану основу сучасної системи психологічної допомоги, яка враховує складність і багатовимірність людської психіки, спрямовуючи фахівця на цілісний, гнучкий і гуманістично зорієнтований підхід до роботи з людиною, що пережила наслідки війни.

На основі цих методологічних орієнтирів формується система професійних норм і вимог до діяльності психолога, яка визначає не лише теоретичні засади, а й практичну реалізацію допомоги в кризових ситуаціях. Саме тому подальший крок у розумінні сутності психологічної допомоги та підтримки пов'язаний із розглядом базових принципів, що конкретизують загальні методологічні положення та спрямовують фахівця (психолога) у процесі роботи з постраждалими. Основні принципи, що регламентують роботу психолога в екстремальних умовах [7], включають: гуманізм, професійну етику, конфіденційність, своєчасність, контекстність, ресурсність і безперервність:

1. Принцип гуманізму є провідним у діяльності психолога, особливо в умовах війни та надзвичайних ситуацій. Він ґрунтується на визнанні безумовної цінності кожної людської особистості, її права на повагу, підтримку та розуміння. У центрі гуманістичного підходу – людина як унікальна істота, здатна до саморозвитку, навіть попри травматичні переживання. Згідно з поглядами К. Роджерса (1961), основним завданням фахівця є створення атмосфери довіри, емпатії та прийняття, що сприяє самовідновленню психіки клієнта [14]. Гуманістичний принцип визначає моральний вектор усієї допомоги: психолог не лише усуває симптоми, а допомагає людині зберегти гідність, віру в себе й у життя.

2. Принцип професійної етики передбачає дотримання морально-етичних норм і стандартів поведінки психолога, закріплених у Кодексі етики психолога [2]. Він вимагає від фахівця високої відповідальності, чесності, недопущення маніпуляцій і вторинної травматизації клієнта. Особливо це важливо під час роботи з уразливими категоріями – дітьми, військовими, переселенцями, жертвами насильства. Психолог має утримуватися від нав'язування власних переконань, забезпечуючи клієнтові право на автономію у прийнятті рішень.

3. Принцип конфіденційності є запорукою довіри у взаємодії психолога й клієнта [5]. У кризових умовах людина часто ділиться найглибшими переживаннями, страхами та болем, тому гарантія збереження таємниці стає основою безпеки та відкритості. Виключення можливе лише тоді, коли існує безпосередня загроза життю чи здоров'ю клієнта або інших осіб. Дотримання цього принципу не лише етична, а й правова вимога, що регламентується чинним законодавством України у сфері охорони психічного здоров'я.

4. Принцип своєчасності відображає необхідність оперативного реагування на психологічні наслідки травматичних подій. Як показують дослідження Дж. Мітчелла (1983), своєчасне надання психологічної підтримки в перші години або дні після травматичної події суттєво зменшує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Учений розробив концепцію "Психологічного дебрифінгу" (Critical Incident Stress Debriefing, CISD), яка передбачає короткотермінове кризове втручання одразу після події, з метою стабілізації емоційного стану, зниження тривоги, нормалізації реакцій та профілактики глибших психічних порушень. Згідно з Мітчеллом, ефективність допомоги прямо залежить від швидкості реагування та створення безпечного середовища для емоційного розвантаження. Він наголошував, що навіть коротке втручання (20–40 хвилин) може запобігти формуванню стійких патологічних реакцій, якщо воно проведене вчасно та професійно [13].

5. Принцип контекстності означає, що психолог має враховувати всі чинники, які впливають на стан людини: соціокультурне середовище, політичну ситуацію, релігійні переконання, сімейний контекст, досвід вимушеної міграції чи бойових дій. Відповідно до ідей У. Бронфенбреннера (1979), людська поведінка формується у процесі постійної взаємодії особистості з багаторівневими системами середовища, які він описав у своїй екологічній моделі розвитку. Учений довів, що психологічний розвиток людини не можна розглядати поза контекстом соціальних, культурних, економічних та політичних умов її існування. У. Бронфенбреннер виділив кілька рівнів середовища, що впливають на становлення особистості: мікросистема (безпосереднє оточення людини (родина, друзі, навчальний чи професійний колектив), яке має найсильніший емоційний вплив);

мезосистема (взаємозв'язки між елементами мікросистеми, наприклад, взаємодія між сім'єю та роботою, між школою й громадою); екзосистема (соціальні структури, з якими людина не взаємодіє безпосередньо, але які опосередковано впливають на її життя (ЗМІ, державні інституції, економічна ситуація); макросистема (культурні цінності, традиції, закони, політична система суспільства); хроносистема (часовий вимір, що охоплює зміни в житті людини та суспільства (наприклад, війна, міграція, соціальні трансформації) [11].

У контексті воєнного стану ця модель дає змогу зрозуміти, що психічний стан особистості формується не лише під впливом безпосередніх травматичних подій, а й через ширші соціальні процеси – втрату стабільності, розрив соціальних зв'язків, зміну культурних орієнтирів. Психолог, застосовуючи принцип контекстності, повинен урахувати всі ці рівні впливу, оскільки ефективність допомоги значною мірою залежить від того, наскільки глибоко він розуміє життєву ситуацію клієнта у взаємозв'язку з його середовищем.

6. Принцип ресурсності полягає у фокусуванні уваги не лише на проблемах і стражданнях, а передусім на внутрішніх і зовнішніх ресурсах людини. За Е. Еріксоном (Erik H. Erikson, 1968), навіть у кризових ситуаціях людина зберігає потенціал до розвитку, оскільки криза – це не лише період руйнування, а й можливість переходу на новий рівень особистісного зростання. У своїй концепції психосоціального розвитку особистості Еріксон розглядав життя людини як низку стадій, кожна з яких містить певний конфлікт чи кризу, що вимагає розв'язання. Саме подолання цих криз сприяє формуванню нових якостей – сили, зрілості, стійкості [12].

У контексті війни ця ідея набуває особливої значущості: травматичний досвід може стати не лише джерелом болю, а й стимулом для внутрішньої трансформації. Усвідомлення власної сили, віри, підтримки близьких та спільноти створює психологічне підґрунтя для відновлення. Еріксон наголошував, що основою людського розвитку є "его-сила" (ego strength) – внутрішній ресурс, який формується через подолання труднощів. Саме він дозволяє людині знайти рівновагу між відчаєм і надією, безсиллям і дією, втратою і сенсом. Ресурсний підхід у психологічній допомозі, який орієнтує фахівця на пошук і зміцнення внутрішніх резервів особистості, цілком узгоджується з ідеями Е. Еріксона. Він дає змогу розглядати навіть найважчі життєві випробування як потенційно розвивальні, якщо людина має можливість відчувати підтримку, прийняття й віру у власну здатність відновитися.

7. Принцип безперервності передбачає поетапність і довготривалість процесу психологічної допомоги. Від кризового втручання, спрямованого на стабілізацію емоційного стану, фахівець переходить до етапів глибшої роботи – психокорекції, психотерапії, соціальної та духовної реабілітації. Як зазначав

Г. Сельє (Hans Selye, 1976), процес адаптації організму до стресу має поетапний і закономірний характер. У своїй класичній концепції загального адаптаційного синдрому (General Adaptation Syndrome) учений описав три фази реакції людини на дію стресора: стадію тривоги, стадію резистентності та стадію виснаження. На першій стадії – тривоги, організм реагує на загрозу мобілізацією фізичних і психічних ресурсів: активізується симпатoadреналова система, підвищується рівень гормонів стресу, з'являються відчуття страху чи напруги. На другій стадії – резистентності, відбувається пристосування до умов, що спричинили стрес: людина шукає шляхи подолання, виробляє стратегії поведінки, залучає когнітивні та емоційні ресурси. Якщо ж дія стресора триває надто довго, організм переходить у стадію виснаження, коли його ресурси вичерпуються, а психофізіологічна система перестає ефективно функціонувати.

У контексті воєнних подій і надзвичайних ситуацій модель Г. Сельє дає змогу зрозуміти, що психологічна допомога має бути безперервною і поетапною – відповідати фазам стресової реакції. На етапі тривоги важливо застосовувати кризові інтервенції для стабілізації стану; на етапі резистентності – ресурсно-орієнтовані методи, що сприяють адаптації; а в період виснаження – психотерапевтичні та реабілітаційні заходи, спрямовані на відновлення енергетичного, емоційного й духовного балансу. Сельє підкреслював, що стрес сам по собі не є злом, а природною реакцією, покликаною допомогти людині впоратися з труднощами. Руйнівним стає не сам стрес, а дистрес – надмірне, некероване напруження, яке виникає, коли ресурси адаптації вичерпані. Саме тому важливо своєчасно підтримувати психологічні й фізіологічні механізми адаптації, розвивати навички саморегуляції, відпочинку, емоційної розрядки [15].

Отже, ідеї Г. Сельє стали науковим підґрунтям для принципу безперервності психологічної допомоги, який передбачає системність, поступовість і тривалість підтримки людини – від моменту переживання гострого стресу до повної психологічної реабілітації та відновлення її адаптивних можливостей.

Таким чином, дотримання зазначених принципів забезпечує ефективність, гуманність і професійну якість психологічної допомоги. Вони формують етичний та методологічний фундамент діяльності фахівця, який працює в умовах воєнних і надзвичайних ситуацій, спрямовуючи його дії на збереження життя, психічного здоров'я та гідності людини.

Реалізація цих принципів набуває практичного змісту через конкретні форми, методи та технології психологічної підтримки, які використовуються залежно від характеру травматичної події, стану постраждалої особи та етапу кризового реагування. Саме практичні інструменти дозволяють перетворити теоретичні положення на дієві засоби допомоги, що сприяють стабілізації

емоційного стану, мобілізації ресурсів та відновленню адаптивних можливостей людини.

Психологічна допомога в умовах війни передбачає використання різних форм і методів, які охоплюють як індивідуальну, так і групову роботу, короткострокові кризові втручання та довготривалі реабілітаційні програми. Її основна мета полягає у зменшенні рівня психологічної напруги, попередженні розвитку посттравматичних розладів, відновленні почуття контролю над власним життям і підтримці здатності до соціального функціонування [9].

Залежно від ситуації та потреб клієнта застосовуються такі форми допомоги:

1. Психологічна перша допомога (ППД). Це найоперативніша форма втручання, спрямована на стабілізацію емоційного стану людини, що пережила травматичну подію. За рекомендаціями ВООЗ (World Health Organization, 2011), психологічна перша допомога передбачає створення безпечного простору, встановлення контакту, надання підтримки, нормалізацію базових фізіологічних реакцій (дихання, м'язова напруга, орієнтація у просторі). Основним завданням є повернення людини до стану мінімальної внутрішньої рівноваги, щоб вона могла приймати рішення та здійснювати базові дії для власного захисту.

2. Кризове консультування. Це короткотривалий, але структурований процес допомоги, який має на меті допомогти людині зрозуміти власні емоції, усвідомити ситуацію та знайти конкретні стратегії подолання. Згідно з підходом Дж. Каплана (1964) і Р. Гіллера (1988), кризове консультування спрямоване не лише на зняття емоційного напруження, а й на формування нових когнітивних установок і поведінкових моделей. У воєнних умовах воно часто проводиться у форматі коротких сесій, навіть у польових чи евакуаційних пунктах, із використанням технік активного слухання, емпатійного відображення, когнітивної реструктуризації.

3. Психокорекційна робота. Це глибший рівень психологічного впливу, який передбачає опрацювання внутрішніх конфліктів, травматичних спогадів, почуття провини, гніву, втрати. Використовуються методи когнітивно-поведінкової терапії (А. Бек, А. Елліс), елементи логотерапії (В. Франкл), гештальт-терапії (Ф. Перлз), тілесно-орієнтовані підходи (А. Лоуен) та арттерапія. Такі методи сприяють інтеграції травматичного досвіду у структуру особистості та поступовому відновленню психологічної цілісності.

4. Групова психотерапія та групи підтримки. Групові форми роботи забезпечують простір безпеки, довіри та взаємної підтримки. Як зазначав І. Ялом (2005), група виступає мікромоделлю суспільства, де людина отримує зворотний зв'язок, прийняття, можливість поділитися власною історією. Для військових, ветеранів, переселенців і волонтерів групова терапія допомагає

подолати почуття ізольованості, усвідомити спільність переживань і знайти нові соціальні опори.

5. Арттерапевтичні методи. Малювання, музика, ліплення, танець, казкотерапія, метафоричні асоціативні карти – усе це сприяє вираженню глибоких емоцій, які складно передати словами. За М. Наумбург (1958) і Е. Крамер (1971), творчість активізує несвідомі процеси, сприяє саморегуляції та внутрішньому зміцненню. Арттерапевтичні техніки особливо ефективні у роботі з дітьми, підлітками, а також із тими, хто пережив сильну емоційну травму або втрату.

6. Тілесно-орієнтовані практики. Підхід, започаткований В. Райхом і розвинений А. Лоуеном, ґрунтується на єдності тіла і психіки. Військові події часто супроводжуються соматизацією стресу – м'язовими затисками, порушеннями сну, панічними атаками. Тілесно-орієнтована терапія (дихальні вправи, розтягнення, метод Ґрунтінгу) допомагає знизити рівень напруги, відновити відчуття власного тіла й енергійності.

7. Психоедукація. Невід'ємною складовою сучасної допомоги є інформування населення про психологічні реакції на стрес, шляхи самопомоги, техніки стабілізації, ознаки професійного вигорання. За рекомендаціями А. Лазараса (2000) та ВООЗ, психоедукація підвищує стресостійкість, сприяє формуванню культури психічного здоров'я, знижує стигматизацію осіб, які звертаються по підтримку.

Отже, різноманітність форм і методів психологічної допомоги зумовлена багатогранністю людського досвіду у кризових ситуаціях. Вибір конкретної форми роботи залежить від фази переживання травми, рівня свідомості клієнта, наявності ресурсів і соціальної підтримки. Комплексне поєднання зазначених підходів створює можливість забезпечити цілісне відновлення особистості, повернення до активного життя та поступове формування внутрішньої життєстійкості.

Разом із тим ефективність психологічної допомоги значною мірою визначається тим, наскільки вона відповідає потребам і особливостям конкретних груп населення, які переживають наслідки війни по-різному. Військовослужбовці, ветерани, діти, вимушені переселенці, волонтери чи родини загиблих стикаються з різними типами стресу, втрат, відповідальності та соціальної ізоляції [9]. Тому підхід до роботи з кожною категорією має бути диференційованим, з урахуванням специфіки їхнього психологічного стану, життєвого досвіду, рівня адаптації та ресурсів підтримки.

Особливу увагу слід приділяти роботі з різними категоріями населення: військовими, ветеранами, дітьми, переселенцями, волонтерами, родинами загиблих. Для кожної групи створюються окремі програми підтримки, що враховують специфіку переживань і потреб.

У кризових умовах діяльність психолога має ґрунтуватися на етичних стандартах: повазі до автономії клієнта, добровільності участі, мінімізації

шкоди, професійній компетентності. Фахівець повинен орієнтуватися в нормативно-правових актах, що регулюють діяльність у сфері психічного здоров'я, соціального захисту, прав людини, волонтерства. Ефективність допомоги забезпечується міжвідомчою взаємодією – співпрацею з медичними, соціальними, освітніми, правоохоронними структурами.

У цьому контексті логічним є звернення до структурного осмислення самої системи психологічної допомоги. Наслідуючи логіку класифікацій, запропонованих Л. Карамушкою [4], яка розрізняє об'єктно-цільові та організаційно-функціональні моделі психологічної служби, нами розроблено цілісну багаторівневу систему психологічної підтримки, що забезпечує безперервність, наступність і комплексність допомоги особистості у кризових, воєнних і післявоєнних ситуаціях. До її структури включено три взаємодоповнювальні моделі психологічної допомоги в умовах війни – медико-психологічну, психосоціальну та громадську. Кожна з них має власні цілі, завдання, принципи, методи та цільові групи, але водночас взаємодіє з іншими на основі спільних методологічних засад, створюючи ефективний механізм збереження, відновлення та підтримання психічного здоров'я населення. Завдяки такій структурі система психологічної допомоги набуває мобільності, цілісності та функціональної узгодженості, охоплюючи як клінічні аспекти роботи з травмою, так і соціальну реінтеграцію та формування громадської життєстійкості:

1. Медико-психологічна модель є базовою для роботи з особами, у яких спостерігаються глибокі або хронічні психічні порушення, що виникли внаслідок бойових дій, катастроф чи інших екстремальних подій. Вона ґрунтується на інтеграції психологічної, психотерапевтичної та медичної допомоги. Основним завданням є діагностика стану людини, профілактика та лікування посттравматичних розладів, корекція психосоматичних симптомів, зменшення тривоги, депресії, безсоння, почуття провини чи агресії. У межах цієї моделі застосовується міждисциплінарний підхід – психологи, психіатри, психотерапевти, неврологи та соціальні працівники працюють спільно. Психолог забезпечує емоційно-підтримувальну терапію, психіатр – медикаментозне лікування за потреби, а соціальні фахівці – допомогу у відновленні побутових і професійних навичок. Важливо, що така допомога надається поетапно: від кризового втручання – до глибокої реабілітації. Медико-психологічна модель особливо актуальна для військовослужбовців, ветеранів, цивільних осіб, які зазнали тортур, полону, поранень, а також осіб, що втратили близьких чи пережили тяжкі психотравмуючі події. Її ефективність забезпечується поєднанням клінічного спостереження, психотерапевтичної підтримки, відновлення фізичного стану та психоосвіти.

2. Психосоціальна модель виходить із розуміння того, що людина – це не ізольована система, а частина ширшої соціальної мережі, у якій взаємодіють психологічні, сімейні, культурні та економічні чинники. Її мета –

відновлення соціального функціонування особистості, розвиток навичок комунікації, самопомоги та інтеграції у спільноту. Допомога у межах цієї моделі передбачає: індивідуальне та сімейне консультування; групи взаємопідтримки; тренінги соціальної адаптації; розвиток емоційного інтелекту; відновлення довіри до людей та світу. Психосоціальний підхід акцентує увагу на ресурсності, тобто на активації внутрішніх і зовнішніх сил людини. Психолог допомагає клієнту побачити, що навіть у кризі він не безпорадний – у нього залишаються здатність діяти, приймати рішення, шукати підтримку, змінюватися. Ця модель широко застосовується у роботі з вимушеними переселенцями, сім'ями військових, дітьми, підлітками, волонтерами та освітянами, які переживають стрес, але не мають клінічних порушень. Вона дає змогу попередити розвиток важчих психічних розладів через раннє втручання, навчання навичкам емоційної регуляції та соціальної взаємодії.

3. Громадська модель – це найширша форма організації психологічної допомоги, що базується на принципах доступності, партнерства та колективної відповідальності. Її головна ідея полягає у створенні в громадах умов для психологічної підтримки на рівні «людина – людина». Такий підхід спрямований не лише на лікування чи подолання травми, а й на профілактику, освіту та розвиток культури турботи про психічне здоров'я. У рамках громадської моделі проводяться: інформаційні кампанії з питань психічного здоров'я; навчання волонтерів, освітян, громадських лідерів навичкам психологічної першої допомоги; створення центрів підтримки у громадах, де кожен може отримати базову консультацію або направлення до спеціаліста; організація груп взаємопідтримки, психоедукаційних лекцій, тренінгів з управління стресом, практик усвідомленості (mindfulness). Особливістю цієї моделі є її масовість і профілактичний характер. Вона орієнтована на підвищення психологічної грамотності населення, розвиток емпатії, взаємодопомоги та солідарності. Саме завдяки громадському рівню допомоги формуються «острівці безпеки» – простори, де люди відчувають підтримку, розуміння та можливість говорити про власні переживання без страху осуду. Громадська модель допомоги особливо ефективна у періоди після активних бойових дій, коли суспільство переживає колективну травму, втому, недовіру й потребує відновлення моральних та соціальних зв'язків.

Задля ефективної психологічної допомоги ці три моделі не протистоять, а доповнюють одна одну, створюючи багаторівневу систему: медико-психологічна модель працює на індивідуальному та клінічному рівні, забезпечуючи професійне втручання; психосоціальна – на груповому та сімейному рівнях, допомагає людині повернутися до активного життя; громадська – на соціальному рівні, формує культуру психологічної підтримки, об'єднує суспільство навколо спільних цінностей. Інтеграція цих

моделей створює умови для побудови національної системи психологічної допомоги, здатної реагувати на виклики війни, забезпечувати психічне здоров'я громадян і зміцнювати соціальну єдність. Така система не лише допомагає долати індивідуальні наслідки травми, а й сприяє відновленню духовного потенціалу нації, формуванню колективної стійкості й готовності до майбутнього розвитку.

**Висновки.** Психологічна допомога в умовах воєнного та надзвичайного стану є цілісною системою знань і практик, що базується на гуманістичних і науково обґрунтованих принципах. Її мета полягає у збереженні людського потенціалу, формуванні життєстійкості та духовної сили суспільства. Ефективність допомоги визначається професійною підготовкою фахівців, розвитком міжвідомчої координації, створенням соціальних мереж підтримки. Методологічна основа має інтегративний характер і поєднує різні теоретичні школи, емпіричні підходи та практичний досвід, адаптований до реалій воєнного часу. Психологічна допомога в умовах війни – це не лише професійне втручання, а й прояв людяності, співчуття, готовності розділити біль іншого. Її стратегічна мета – збереження психічного здоров'я нації, підтримка духовного ядра людини, здатного витримати випробування та відновити віру в життя.

#### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 508 с.

2. Бабчук О. Г. Психологічна служба в системі дошкільної освіти: навчальний посібник. Одеса : Видавництво ТОВ «Лерадрук», 2023. 166 с.

3. Життєвий світ і психологічна безпека людини в умовах суспільних змін. Реферативний опис роботи / М. М. Слюсаревський, Л. А. Найдюнова, Т. М. Титаренко, В. О. Татенко, П. П. Горностай, О. М. Кочубейник, Б. П. Лазоренко. Київ : Талком, 2020. 318 с.

4. Карамушка Л.М. Технології роботи організаційних психологів: Навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. та слухачів інститутів післядиплом. освіти. К.: Фірма «ІНКОС», 2005. 366 с.

5. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.

6. Колесніченко О.С., Мацегора Я.В., Приходько І.І. Психологічна само- та взаємодопомога військовослужбовцям Національної гвардії України в умовах ведення бойових дій: посібник/ За заг. ред. проф. І.І. Приходька. Х.: НА НГУ, 2016. 108 с.

7. Медведєв В. С., Кудерміна О. І., Горбенко Д. А. Психологічна служба правоохоронних органів України : навч. посіб. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2022. 188 с.
8. Панок В. Г., Чаплак Я. В., Андрєєва Я. Ф. Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультавання : навч. Посібник/ за заг. ред. В.Г. Панка, І.М. Зварича. Чернівці : Чернівец. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2019. 384 с.
9. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Вид. 2-ге, доп. / кол. авт. ; за заг. ред. Василя Осьодла. Київ : НУОУ імені Івана Черняхівського, 2020. 484 с.
10. Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціально-психологічний супровід : практичний посібник / за наук. ред. Т. М. Титаренко, М. С. Дворник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький, 2022. 154 с.
11. Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 349p.
12. Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton, 336 p.
13. Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes... The Critical Incident Stress Debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8(1), 36–39.
14. Rogers C. R. *On becoming a person: A therapist view of psychotherapy*. Boston : Houghton Mifflin, 1961. 420 p.
15. Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. Revised edition. New York: McGraw-Hill. 544p.



Краснопольська  
Світлана Михайлівна,  
викладач кафедри психології та  
педагогіки  
Одеського державного університету  
внутрішніх справ

## **ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВОЄННИХ ДІЙ ТА НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ДЛЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ**

**Анотація.** У розділі розглянуто психологічні наслідки воєнних дій та надзвичайних ситуацій для різних груп населення. Підкреслено, що війна є потужним психотравмувальним чинником, який спричиняє як гострі, так і відстрочені психічні розлади гостру стресову реакцію, посттравматичний стресовий розлад, депресивні й тривожні стани, порушення адаптації та емоційну дестабілізацію. Зазначено, що ці наслідки мають не лише індивідуальний, а й колективний вимір, впливаючи на суспільну свідомість, систему цінностей, соціальну згуртованість і довіру. На основі аналізу міжнародних і українських досліджень визначено, що наслідки травматичних подій можуть зберігатися десятиліттями після завершення війни. Особливу увагу приділено специфіці проявів у різних групах цивільних дорослих, дітей та підлітків, для яких характерні регресивні, афективні, когнітивні та поведінкові зміни. Підкреслено, що поряд із травматичними ефектами можливе посттравматичне зростання – позитивні особистісні зміни, які виникають унаслідок подолання кризи: підвищення цінності життя, зміцнення міжособистісних зв'язків, розвиток духовності, переосмислення життєвих пріоритетів і формування нової ідентичності. Таке зростання стає психологічним ресурсом відновлення та підґрунтям для підвищення стресостійкості суспільства в цілому.

**Ключові слова:** війна, надзвичайна ситуація, психічне здоров'я, посттравматичний стресовий розлад, психологічні наслідки, цивільне населення, діти, підлітки, колективна травма.

Питання психологічних наслідків війни та надзвичайних ситуацій сьогодні для України має критичний, надзвичайно пріоритетний характер. Повномасштабна війна, що триває протягом останніх років, змінила не лише геополітичні умови та безпекову реальність, але й глибинно вплинула на психічний стан всього суспільства. Науковці, практичні психологи, психотерапевти, медики, соціальні служби та освітні інституції стикаються з безпрецедентним масштабом травматизації населення.

Військові дії та пов'язані з ними наслідки (обстріли, руйнування інфраструктури, втрати, переміщення, евакуації, полон, втрата домівки, смерть близьких, життя в умовах постійної небезпеки) формують широкий спектр гострих і відстрочених психічних станів. До основних належать гостра стресова реакція, посттравматичний стресовий розлад, різні тривожні та депресивні розлади, порушення адаптації, соматоформні прояви, емоційна дестабілізація, зміни поведінки, зниження довіри та відчуття безпеки [8, с.7-9].

Особливо важливо, що в Україні травматизація має масовий, системний і довготривалий характер. Війна вплинула на військовослужбовців, правоохоронців, цивільне населення, дітей і підлітків, людей літнього віку; не існує жодної соціальної групи, яка б залишилась поза впливом. Масштабність травми приводить до появи вторинної травматизації серед спеціалістів допомагаючих професій, зростання ризику професійного вигорання, емоційного виснаження та порушення професійного функціонування.

Актуальність проблеми підсилюється тим, що психологічні наслідки війни мають не лише індивідуальний, але й колективний, соціально-психологічний вимір. Формуються зміни на рівні суспільної свідомості, культурних норм, довіри, соціальної згуртованості, ідентичності та цінностей. Від якості психологічного реагування суспільства залежить не лише відновлення після війни, а й подальший розвиток держави.

Україна має реальний запит на системну державну політику психологічної допомоги, розвиток кризових служб, розширення можливостей психологічної підтримки військових, ветеранів, правоохоронців, внутрішньо переміщених осіб, сімей загиблих та цивільного населення. Психологи сьогодні є однією з ключових професій національної стійкості, а психічне здоров'я – фундаментальним компонентом відбудови держави [2, с.13].

Таким чином, дослідження, діагностика, профілактика та психологічне втручання у сфері наслідків війни та надзвичайних ситуацій – це не лише науково-практичний напрямок, а стратегічно важлива необхідність сучасної України, яка визначає здатність суспільства відновлюватись, повернутись до функціонування після травматичних подій і формувати майбутнє.

Аналіз світового досвіду свідчить, що наслідки війни для психічного здоров'я населення можуть проявлятися десятиліттями після завершення бойових дій. За даними міжнародних досліджень, від 25% до 40% людей, які пережили воєнні конфлікти, мають ознаки ПТСР або інші посттравматичні розлади, а від 15% до 30% – хронічні емоційні та тривожні стани. При цьому найбільш високі рівні ризику фіксуються серед військових, ветеранів, людей, які були безпосередніми свідками насильства, дітей та підлітків [11, с.18].

В Україні масштаби травматизації перевищують ті, що демонструвалися в попередніх світових конфліктах останніх десятиліть.

Мільйони українців вимушено покинули власні домівки, значна частина населення зазнала повторних травматичних впливів, втрат та тривалої загрози життю. Це створює кумулятивний посттравматичний ефект, що істотно ускладнює процеси відновлення. Соціально-психологічна реабілітація населення може тривати десятки років навіть після стабілізації безпекової ситуації.

Особливо тривожною є тенденція, що психологічні наслідки війни торкаються не лише тих, хто безпосередньо перебуває у зоні бойових дій, але й тих, хто живе в більш віддалених регіонах, перебуває за кордоном у статусі біженця, або тривалий час проживає в умовах інформаційного військового тиску, постійної тривоги та страху за близьких. Це означає, що психічне здоров'я стає фактором національної безпеки, а не тільки індивідуальної якості життя.

Міжнародні організації ООН, ВООЗ, Міжнародний Комітет Червоного Хреста, провідні європейські та американські інститути психічного здоров'я вказують на необхідність включення психологічної допомоги в концепцію комплексного відновлення України. Психологічні програми повинні працювати на рівні первинної допомоги, освіти, соціальних служб, військових частин, служб підтримки ветеранів, правоохоронних підрозділів і кризових служб.

Таким чином, актуальність проблеми психологічних наслідків війни в Україні підтверджена не лише внутрішньою статистикою, але й світовим науковим і гуманітарним досвідом. Це вимагає системного, багаторівневого підходу до психопрофілактики, раннього втручання, психологічної підтримки та створення інфраструктури психічного здоров'я, здатної працювати із суспільством довгостроково.

Воєнні конфлікти, терористичні акти, евакуації, втрати та природні чи техногенні катастрофи належать до подій екстремального рівня, які різко порушують відчуття безпеки, стабільності та контролю над життям. Вони перевищують межі звичного досвіду людини, мають потенціал руйнувати психіку та змінювати особистість [3, с.6].

Проблематика психологічних наслідків дії екстремальних чинників, війни, катастроф та травматичних подій почала формуватись як окрема сфера психології впродовж XX століття. Перші наукові дослідження пов'язують із періодом Першої світової війни, коли спостерігались масові прояви «shell shock» (артилерійний шок), який описували Чарльз Майєрс (С. Myers) та Уолтер Кеннон (W. Cannon). В цей час було вперше усвідомлено, що травматизація має не лише фізіологічні, а й психічні наслідки.

У Другу світову війну дослідження продовжили Абрам Кардинер (А. Kardiner) та Віктор Франкл (V. Frankl). Кардинер описав вплив бойового досвіду на особистість і розробив поняття бойової психічної травми, а

Франкл сформував екзистенційну концепцію переживання травми, заклавши основи для розуміння сенсуособистісної адаптації після катастроф.

Після війни 1960–1970-х рр. інтерес до цієї тематики зріс у зв'язку з дослідженнями ветеранів В'єтнаму. Значний внесок зробили Бессел ван дер Колк (B. van der Kolk), Річард МакНеллі (R. McNally), Джудіт Герман (J. Herman), які проводили масштабні клінічні дослідження людей з посттравматичним досвідом. У 1980 році Американська психіатрична асоціація офіційно включила діагноз Посттравматичного стресового розладу (ПТСР) до DSM-III – це стало переломним моментом, що визнало травму як окрему, самостійну сферу клінічної психології та психіатрії.

У дослідженнях катастроф, природних лих та техногенних аварій ключовий внесок зробили Рафіель Паппагеоргіу (R. Papageorgiou), Джеймс Рубін (J. Rubin), Стівен Хобфолл (S. Hobfoll). Саме Хобфолл запропонував концепцію ресурсів подолання та модель «спіралі втрат» (Conservation of Resources Theory), яка сьогодні є базовою для розуміння того, чому багаторівневі кризи, війни та катастрофи викликають довготривалі психологічні наслідки.

У сфері дослідження дитячої травматизації значний внесок належить Брюсу Перрі (B. Perry), Едіт Шайнер (E. Shiner) та Ленор Терр (L. Terr). Вони показали, що травма в ранньому віці має незворотні зміни у розвитку психіки, когнітивних функцій та емоційної регуляції.

Сьогодні сучасні підходи формуються на міждисциплінарному синтезі нейронаук (дослідження Антона ван дер Хейдена, Joseph LeDoux, Аннет Бокельманн), психотерапії травми (Bessel van der Kolk, Peter Levine, Francine Shapiro), кризової психології та наук про безпеку.

В Україні дослідження травматичних наслідків війни активно розвиваються після 2014 року та особливо після 2022 року. Значимий внесок роблять Олег Чабан, Надія Бурлака, Олена Хитрова, Вадим Васюгинський, Марія Титаренко (травма і військово), Олена Лозова, експерти Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії (КПТ-спеціалісти, які адаптують міжнародні протоколи під бойовий контекст України). Українська психологічна школа зараз формує власний практичний досвід, який матиме наукове значення для світової психотравматології.

Таким чином, сьогодні вивчення психологічних наслідків війни та надзвичайних ситуацій спирається на понад 100-річну історію світових досліджень і є невід'ємною частиною сучасного психічного здоров'я населення. В Україні ця тема стала однією з центральних у психологічній науці і практиці, оскільки має пряме значення для національної стійкості, реабілітації та відновлення суспільства.

Коли ми говоримо про психологічні наслідки воєнних дій та надзвичайних ситуацій, маємо на увазі не лише окремі симптоми, а цілі блоки змін, які виникають у психіці людини. У науковій літературі часто виділяють

декілька основних груп таких наслідків, серед яких: емоційно-афективні, когнітивні, поведінкові, соматичні та соціально-психологічні [6, с.24-31].

Емоційно-афективні наслідки включають посттравматичний стресовий розлад, депресивні реакції, апатію, емоційне спустошення, емоційну лабільність, втрату здатності відчувати позитивні емоції. Дослідження Дж. Герман (Judith Herman), Б. ван дер Колка (Bessel van der Kolk) та українських фахівців, зокрема О. Чабана, свідчать, що саме емоційна сфера найбільш вразлива після переживання травматичних подій та бойового стресу, оскільки травма завжди впливає спершу на емоційне ядро.

Когнітивні наслідки проявляються у зміні мислення, порушеннях уваги, концентрації, пам'яті, зниженні швидкості когнітивної обробки інформації, випрацюванні катастрофічних очікувань і деструктивних переконань. Після травмуючих подій можуть формуватися стійкі когнітивні схеми небезпеки, недовіри, передчуття постійної загрози (Aaron Beck, 1999; Janoff-Bulman, 1992). У багатьох з'являються негативні автоматичні думки, що підтримуються внутрішніми образами, флешбеками, нав'язливими спогадами.

Поведінкові наслідки включають відчуження, соціальну замкненість, уникнення, агресивність, імпульсивність, ризиковану поведінку, втечу у залежності (алкоголь, психоактивні речовини, азартні ігри), зниження професійної активності та мотивації. Часто формується “поведінковий захист”, що забезпечує тимчасове уникнення тригерів, але не сприяє адаптації у довгостроковій перспективі.

Соматичні наслідки проявляються через тілесні симптоми – головний біль, серцебиття, біль у грудях, м'язову напругу, вегетативні порушення, розлади сну, виснаження. Соматизація в умовах війни надзвичайно висока, про що зазначають як українські дослідники медико-психологічних наслідків, так і міжнародні експертні групи ВООЗ (WHO, 2023).

Соціально-психологічні наслідки охоплюють порушення соціальних зв'язків, зниження довіри до світу та людей, втрату відчуття безпеки, маргіналізацію окремих груп (внутрішньо переміщені особи, ветерани), погіршення сімейного функціонування, конфліктні взаємодії. Людина після травми починає по-іншому вибудовувати взаємодію з оточенням, змінюються цінності, моральні орієнтири, пріоритети.

Таким чином, психологічні наслідки носять системний характер і впливають на всі рівні функціонування особистості. І саме тому їх профілактика, раннє виявлення, психотерапевтична допомога та підтримка є критично важливими для українського суспільства в умовах війни, тривалої загрози та відновлення після травматичних подій.

Загальні психологічні реакції людини на травматичні події.

Перша психологічна реакція - гостра стресова реакція: шок, оніміння, дезорієнтація. Гостра стресова реакція (ГСР) - це миттєва й

природна реакція психіки та організму на раптову небезпеку або подію, яка загрожує життю, здоров'ю чи базовому відчуттю безпеки людини. Вона виникає протягом хвилин або годин після травматичної ситуації та може тривати від кількох хвилин до 2–3 днів[1, с.12]

ГСР –це своєрідний аварійний режим: мозок мобілізує всі ресурси, щоб вижити. У цей момент домінує біологічний інстинкт –*боротися або тікати* (а інколи –завмерти).

Основні прояви ГСР:

1. Шок. Людина ніби не вірить у те, що сталося: *«Цього не може бути!»* Реакції сповільнені або відсутні: відсутня відповідь на запитання, погляд в одну точку. Втрата емоційного контакту з оточенням: виглядає «відстороненою». Часто спостерігається різке стиснення судин → блідість, тремор, холодний піт. Голова погано «варить», важко щось усвідомити чи запам'ятати. Це психіка «гасить звук» і яскравість емоцій, аби не допустити перевантаження.

2. Оніміння (емоційне та фізичне). Відсутність почуттів або дуже слабкий емоційний відгук. Відчуття, що тіло «чуже», рухи автоматичні. Може здаватися, ніби все відбувається як у кіно або уві сні. Людина не реагує на біль або зовнішні подразники. Це механізм психологічного захисту – своєрідна «анестезія» від болю.

3. Дезорієнтація. Людина не може зрозуміти, де вона, що відбувається, що робити далі. Може плутати час, простір, навіть власну особистість. Невміння приймати прості рішення: *«Куди бігти? Кого кликати? Що брати з собою?»* Повторювані фрази або стереотипні дії (наприклад, багаторазово намагається зробити те саме). Це наслідок «відключення» раціональної частини мозку –префронтальної кори. В цей час керує поведінкою нижчий, інстинктивний рівень.

Додаткові симптоми, які теж часті при ГСР: панічне дихання, серцебиття, нудота, запаморочення, сплески агресії або навпаки – завмирання, хаотичні рухи, крики, плач, тимчасові провали пам'яті.

Виникає питання, навіщо це все психіці? Щоб вижити тут і зараз. Гостра стресова реакція –не «слабкість» і не «істерика», а нормальна реакція на ненормальні події.

Що допомагає пережити ГСР? тихий голос, чіткі короткі фрази від оточення; фізичний контакт (якщо доречно): тепло, ковдра; дати прості інструкції: «сядь», «дихай разом зі мною»; не змушувати говорити про подію відразу.

Найчастіше стан поступово стабілізується сам.

Можливі наслідки гострої стресової реакції (ГСР): Після того, як загроза минула, психіка поступово повертається до звичного функціонування. Але іноді ГСР залишає “хвіст” – певні прояви, які можуть турбувати ще деякий час, такі як: виснаження та апатія: людина наче «виключена з життя»; порушення сну: поверхневий сон, нічні пробудження, кошмари; тривожність і дратівливість; гіперчутливість до шумів, звуків, запахів, що нагадують про подію; труднощі з концентрацією й пам’яттю; емоційні “гойдалки”: від байдужості до різкого плачу або гніву; відгородженість від інших, соціальна ізоляція.

У більшості людей ці симптоми зникають протягом кількох днів – тижнів. Але в частини постраждалих гостра реакція може стати «пусковим механізмом» для гострого стресового розладу або ПТСР[3, с.34-36]

Коли варто звернутися до психолога або психотерапевта? Якщо симптоми не зникають довше ніж 2 тижні або стають інтенсивними й заважають нормально жити: часті панічні атаки, сильний страх виходити з дому; флешбеки – яскраві, нав’язливі образи події; повна відмова згадувати чи обговорювати пережите; ризикована поведінка, зловживання алкоголем чи препаратами; суїцидальні думки, самозашкоджуюча поведінка; емоційний ступор, який не проходить.

Тут важлива професійна підтримка, яка допоможе запобігти хронізації травми. Близькі та рятувальники можуть надати першу психологічну допомогу при ГСР, яка складається з перелікованих певних дій:

- 1.бути поруч і залишатися спокійним;
- 2.говорити простими фразами: «Ти в безпеці», «Я поруч»;
- 3.допомогти відновити орієнтацію: назвати місце, час, що сталося;
- 4.підтримати базові потреби: тепло, вода, відпочинок;
- 5.не тиснути зі спогадами та деталями події;
- 6.заохочувати поступову активність: дрібні завдання, рух.

Важливо пам’ятати: кожна людина реагує по-своєму. Не існує «правильних» чи «неправильних» реакцій на шок і травму.

Друга психологічна реакція - страх і тривога, постійне очікування небезпеки[3, с.91-93].

Після пережитої травми або загрози психіка людини може надовго залишатися у режимі підвищеної готовності. Це стан, коли мозок продовжує вважати, що небезпека все ще поруч, навіть якщо об’єктивно загроза вже минула.

Це природний наслідок активації системи виживання: аби вберегти людину від повторної травми, мозок надмірно контролює середовище в пошуках потенційних загроз.

Така реактивність часто відчувається як: страх –тітка емоція, пов’язана з конкретною загрозою («Я боюсь вибухів»), тривога –розмите,

невизначене відчуття напруження («Я не знаю, що станеться, але щось погане»)

Психологічні прояви постійного очікування небезпеки: відчуття постійного неспокою, наче щось має статися; занепокоєння через дрібниці; підозрілість до людей та ситуацій; неможливість розслабитися; уникання всього, що нагадує про травму (місця, люди, звуки); часті «негативні» думки про майбутнє: «Я не захищений», «Світ небезпечний», «Я не впраююсь»; нав'язливі сценарії катастроф у голові.

Оскільки організм довго працює на стресових гормонах (адреналін, кортизол), виникають фізіологічні прояви страху і тривоги, такі як прискорене серцебиття, м'язова напруга (особливо шия, плечі, щелепи), прискорене, поверхневе дихання, тремтіння, холодний піт, проблеми зі сном: труднощі засинання, нічні пробудження, швидка втома, виснаження. Фізично це ніби людина *постійно готова бігти або боротися*.

Також можна спостерігати поведінкові прояви страху і тривоги. Це надмірна обережність, уникання нових ситуацій, раптові реакції переляку на гучні звуки, перевірки («закрита чи ні двері?», «де мої діти?»), ізоляція: прагнення залишатися в «безпечному місці». Іноді людина сама не розуміє, чому реагує так сильно – це не свідомо поведінка, а нейробіологічний рефлекс.

Це небезпечно тим, що якщо стан затягується, він виснажує нервову систему; погіршує сон і пам'ять; заважає соціальним контактам, роботі, навчанню; підвищує ризик ПТСР і тривожних розладів; може призводити до панічних атак, депресії. Постійне очікування небезпеки – це надмірна активація системи виживання, яка не вимикається, коли небезпека минула.

Допомогти людині у цьому стані можливо, запроваджуючи наступні заходи:

1. забезпечити передбачуваність: чіткі дії, правила, рутина;
2. дихальні та релаксаційні техніки;
3. обмеження новин та тригерів, якщо можливо;
4. підтримка, спокійний контакт, ненав'язлива присутність;
5. делікатне інформування про можливість психологічної допомоги.

Що важливо – не знецінювати («чого ти боїшся?»), бо страх у цій ситуації є обґрунтованим з позиції психіки[2, с.84].

Третя психологічна реакція на воєнні дії та надзвичайні ситуації - це гіперзбудження: проблеми зі сном, різка реакція на шум.

Після травматичної події нервова система може “застрягти” в режимі **максимальної бойової готовності**. Організм постійно чекає удару –ніби небезпека десь поруч і може виникнути щосекунди. Це називається **станом гіперзбудження** –коли стресові механізми, що мали б увімкнутися лише під час загрози, працюють безперервно.

Проявляється це:

1) проблемами зі сном: труднощі засинання: думки «крутяться», організм не може розслабитися, часті нічні пробудження, поверхневий, «тривожний» сон, кошмари на тему пережитої події, пробудження зі стартом, тахікардією, потовиділенням. Сон сприймається мозком як **втрата контролю**, а це лякає, бо психологічно «контроль = безпека».

2) різка реакція на шум, несподіваність: надмірно сильні реакції переляку, чутливість до гучних або різких звуків: двері, крики, автомобільні сигнали, вибухи; подразнення або паніка від навіть незначних шумів; бажання уникати миських просторів, скупчень людей; постійне прислуховування до довкілля. Це наслідок **підвищеної пильності**: мозок сканує світ на предмет небезпеки.

3) емоційно – поведінкові особливості, такі як дратівливість, спалахи гніву без видимої причини, нетерплячість, нервозність, труднощі у концентрації уваги, відчуття, що «постійно на межі».

Система «бей або біжи» **не вимикається**. В крові високий рівень адреналіну та кортизолу, перенапружені м'язи, серце працює швидше, ніж потрібно, нервова система реагує надмірно на будь-який подразник. Організм ніби постійно в режимі сирени.

Тривале гіперзбудження загрожує:

- хронічним виснаженням, депресією;
- емоційними зривами;
- ризиком розвитку ПТСР;
- погіршенням пам'яті й уваги;
- соматичними проблемами (головні болі, гіпертонія, шлункові розлади).

В такому стані допомагає відновлення відчуття контролю: рутини, ритуали перед сном, техніки заземлення, дихання, розслаблення, зменшення зовнішніх тригерів, інформаційної напруги, фізична активність – без перевантаження, але регулярно, психотерапія для опрацювання травми[2, с.95].

Четверта психологічна реакція на воєнні дії чи надзвичайні ситуації - це порушення довіри до інших і світу.

Після травматичного досвіду людина переживає руйнування базового відчуття безпеки: світ більше не здається передбачуваним і доброзичливим. Те, що раніше здавалося нормою, тепер сприймається як потенційна загроза.

В основі цього стану лежить те, що травма формує нову картину світу, де «Світ небезпечний»; «Людя не можна довіряти»; «Я ніколи не буду захищеним»; «Нікому не можна розповісти – не зрозуміють / зрадять / висміють». Психіка намагається не допустити повторної болючої ситуації, включається захисний механізм закритості[5, с.64].

Що можна побачити при спостереженні за людиною, яка знаходиться в стані недовіри до людей і світу?

По-перше, це соціально-емоційні прояви, такі як: 1)ізоляція, дистанціювання від людей; 2)труднощі в установленні або підтримці стосунків; 3)унікання розмов про подію; 4)зниження емпатії: важко відчувати інших; 5)підозрілість, пошук прихованої небезпеки в поведінці людей; б)відмова приймати допомогу: *«Я сам(а) впораюсь»*.

Людина може здаватися холодною, але всередині – багато страху й вразливості.

По – друге, це когнітивні установки, які полягають в: 1)переконаності, що зло може повторитися будь-якої миті; 2)чорно-білому мисленні: «люди або вороги, або ті, хто зрадить»; 3)інтерпретації нейтральних ситуацій як загрозливих (наприклад, випадковий погляд сприймається як агресія)

4)самозвинуваченні: *«Я помилився, бо довірився»*. Це логічне продовження стану постійної пильності.

По – третє, це порушення довіри до себе і це не менш болісна частина, в якій є: 1)сумніви у власних рішеннях; 2)знецінення власних сил і можливостей; 3)втрата віри у здатність контролювати своє життя. Тут виникає почуття безсилля, яке часто пов'язане з розвитком депресивних станів.

Допомога при цьому психологічному стані важлива тому, що недовіра руйнує соціальні зв'язки, заважає отримувати допомогу, підтримує стан загрози й тривоги, ускладнює повернення до нормального способу життя. Психіка ніби «застигає» у травматичному досвіді, не дозволяючи рухатися вперед.

Щоб відновити довіру, треба застосовувати такі механізми психологічної підтримки, як створити передбачувані й безпечні умови взаємодії, не тиснути на людину в спілкуванні, підтримувати її автономію:«Ти сам/сама обираєш –я просто поруч». Ну, і зрозуміло, психотерапія, зорієнтована на роботу з переконаннями та відчуттям безпеки. Робити поступові, маленькі кроки до соціальної активності. Повернення довіри – довгий, але реальний шлях.

Четверта психологічна реакція на воєнні дії та надзвичайні ситуації - це емоційна нестабільність: дратівливість, плаксивість.

Після пережитої загрози психіка перебуває в стані хронічної напруги. Емоційний баланс порушується: будь-який подразник може спровокувати різку й часто непередбачувану реакцію. Це не «поганий характер» –це наслідок травматичного досвіду, коли нервова система працює на межі можливостей.

Дратівливість можна спостерігати, коли людина швидко «заводиться» через дрібниці, виражає різкі словесні реакції, нетерпимість до помилок інших, має відчуття внутрішнього кипіння або неможливості стримати себе, присутня висока чутливість до шумів, скупчення людей, навіть до турботи

інших і іноді виникає агресія, спрямована на інших або на себе. Це часто є зовнішнім проявом внутрішньої тривоги та страху [5, с.79].

Плаксивість це сльози «без причини» або від мінімальних подразників, емоційні зриви у відповідь на нагадування про травму, постійне відчуття пригніченості, труднощі зі стримуванням емоцій: «Щойно намагався триматися – і знову ридую». Сльози – спосіб організму скинути напругу, коли слів уже недостатньо.

Що при цьому відбувається всередині психіки? Центр емоційної реакції – мигдалина (або амігдала) – працює надмірно активно. Рациональна частина мозку, що контролює імпульси, пригнічена. Запаси саморегуляції виснажені: кожна нова дрібниця відчувається як загроза. Емоції стають некерованими, бо психіка зосереджена на виживанні.

Все це має негативні наслідки для соціальної взаємодії. Це і конфлікти з близькими, і відчуження від друзів, колег, і почуття провини після зривів, а також уникання спілкування через страх «знову не стриматися». Людина страждає не менше (а часто більше), ніж ті, хто поруч.

Підтримує відновлення емоційної стабільності: рутинність і передбачуваність середовища; регулярний відпочинок, нормалізація сну; техніки саморегуляції: дихання, заземлення, релаксація; безпечні стосунки, де можна проявляти емоції без осуду; психотерапія, фокусована на опрацюванні травми й навичках емоційного контролю. Тут важливо не вимагати «тримай себе в руках» – краще дати людині відчути, що вона не одна.

**П'ята** психологічна реакція на воєнні дії та надзвичайні ситуації - це так звана вина вцілілого, сором. Термін "survivor guilt" / "провина вцілілого" вперше увійшов у психіатричну і травматологічну літературу після Другої світової війни. Найбільш чітко і системно цей термін закріпив Віктор Франкл – він активно описував феномен у контексті переживань тих, хто пережив концтабори, у книзі "Man's Search for Meaning" (1946).

Але першими клінічно і теоретично почали застосовувати цей концепт німецькі психіатри та психоаналітики, що працювали з вижившими після Голокосту – як окрема категорія посттравматичних реакцій.

Другий великий етап – американська траумологія. У 70–80-х цей термін повторно був популяризований в США у зв'язку з ветеранами В'єтнаму. У роботах Judith Herman та Bessel van der Kolk він вже став частиною системи ПТСР.

Після травматичних подій, особливо коли є жертви або значні втрати, у багатьох людей виникає відчуття, що вони не мали права вижити, або що вони зробили недостатньо, щоб допомогти іншим. Це явище називають «виною вцілілого». Поруч із нею часто існує сором – емоція, спрямована на самого себе: «зі мною щось не так», «я слабкий/слабка», «я не заслуговую на підтримку».

Звідки береться ця провина? Психіка шукає сенс і логіку травматичної події: чому хтось загинув, а я – ні? чому я не зробив більше?

Звідси народжуються: ілюзія контролю: людина перебільшує свою можливість вплинути на подію «Якби я тільки...»; ретроспективні упередження: оцінка минулого через призму теперішнього знання: «Третьо було втекти раніше»; персоналізація: взяття відповідальності за те, що не залежало від людини: «Це моя вина, що вони постраждали»

Організм не може прийняти абсурдність і несправедливість травми – і шукає винного всередині себе[11, с.117]

Можна казати про почуття провини вцілілого, коли існують: постійні самозвинувачення; нав'язливі спогади про момент, коли все сталося; уникання задоволень, свят, успіхів (бо «не маю права радіти»); надмірна самопожертва; думки про самопокарання; сором за свою потребу у допомозі.

Це може призводити навіть до суїцидальних думок, як спосіб «справедливого відплати» собі.

Сором - це переживання спрямоване не на дію, а на саму особистість: «Я поганий/погана», «Я недостойний», «Мені має бути соромно за свої почуття». Сором часто блокує звернення по допомогу – людина боїться засудження чи відторгнення.

При цьому наслідки для психіки дуже важкі, тому що травма руйнує цінності, життєві орієнтири, виникає відчуття глибокої несправедливості світу, порушується ідентичність: «Хто я тепер?». Душевний біль від втрати або страждання інших перетворюється на самозвинувачення.

Як підтримати людину з такими переживаннями?

- визнати його право на життя та почуття: «Ти маєш право бути тут. Ти маєш право жити.»;

- формувати реалістичний погляд на контроль: не все залежало від тебе;

- працювати з травмою в рамках психотерапії (особливо EMDR, КПТ, гуманістичний підхід);

- вчити самоспівчуттю, теплому ставленню до себе;

- створювати простір, де можна говорити без сорому й осуду.

Головне – допомогти людині повернути відчуття цінності свого життя.

Шоста психологічна реакція на воєнні дії та надзвичайні ситуації - це соматичні прояви які можна спостерігати в тілі, наприклад головний біль, біль у серці та животі [8, с.55].

Після пережитого стресу організм певний час може працювати у надмірно напруженому режимі. Високий рівень гормонів стресу, перенапруження м'язів і порушення вегетативної нервової системи призводять до появи тілесних симптомів. Це – не вигадка і не симуляція: психіка взаємопов'язана з тілом, і коли емоції «зашкалюють», тіло реагує.

Головний біль може відбуватися через напруження м'язів голови, шиї та плечей, це головні болі напруги. Через порушення кровообігу при стресі спостерігаються пульсуючі болі. Через перенапругу органів чуття (особливо слуху) буде притаманна підвищена чутливість до шумів. Через проблеми зі сном ще більше посилюється біль.

Часто люди описують стан як «обруч на голові» або «неможливо зосередитися через біль».

Біль у ділянці серця, прискорене серцебиття, тремтіння всередині грудей, короткі колючі або стискаючі болі, перебої серцевого ритму, відчуття «грудки» або «порожнечі» всередині - все це часто пов'язано з активацією симпатичної нервової системи та панічними реакціями. Людина може думати, що має серйозні проблеми з серцем, хоча кардіологічно воно здорове.

Біль у животі, спазми, колики, напруження м'язів черева, нудота, «вузол у шлунку», зміни апетиту від надмірного переїдання до повної відмови від їжі, синдром подразненого кишківника через стрес. Шлунково-кишковий тракт дуже чутливий до емоцій – його навіть називають «другим мозком» (кишкова нервова система).

Це відбувається через: підвищений адреналін, як наслідок - напруження м'язів; високий кортизол, як наслідок - вплив на серцево-судинну та шлункову систему; вегетативна нервова система перебудовується на тривогу; мозок «пам'ятає» травму, як наслідок тіло реагує при нагадуванні про неї.

Травма зберігається не тільки в пам'яті, а й у тілі. Якщо не допомогти людині впоратися зі стресом симптоми можуть хронізуватися, можуть виникнути реальні фізичні порушення (гіпертонія, виразка, аритмії), сформується психосоматичний розлад.

Кризові психологи Олег Покальчук, Олег Хоменко, Оксана Зубковська та ін. надають поради з приводу заходів допомоги при соматичних проявах стресових розладів:

1. Стабілізувати емоційний стан за допомогою психотерапії та технік регуляції.

2. Застосовувати м'яку фізичну активність, таку як ходьба, розтяжка, йога.

3. Приймати масаж, теплі ванни для зняття м'язового напруження.

4. Здійснювати лікування супутніх симптомів (за потреби – консультація лікаря).

5. Нормалізувати сон й харчування.

Повний підхід одночасно до тіла і до психіки – найефективніший. Ризик трансформації ГСР у ПТСР та інші розлади (депресивні, тривожні).

Гостра стресова реакція (ГСР) –це нормальна відповідь на ненормальні обставини. У значної частини людей вона поступово минає без довготривалих наслідків. Але якщо психіка не встигає відновитися або

травматичні події повторюються, виникає ризик переходу від гострої реакції до хронічного стресового стану. Умовно кажучи, якщо система «виживання» продовжує працювати без паузи, вона перевантажується, і мозок починає сприймати світ як постійну загрозу.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) –це психічний розлад, який виникає як відстрочена або затяжна реакція на подію, що мала характер надзвичайної загрози для життя, здоров'я або цілісності людини, та супроводжується стійкими симптомами повторного переживання травми, униканням нагадувань про подію, негативними змінами емоційно-когнітивної сфери та підвищеною фізіологічною напругою[8, с.121]. Виникає, коли: травматичні спогади не інтегруються у нормальну пам'ять; уникання й гіпервзбудження зберігаються більше 4 тижнів; психіка продовжує «жити у минулому», немов травма не завершилася.

Основна проблема при цьому в тому, що мозок не може вимкнути режим тривоги.

Депресивні розлади. Психіка виснажується від безсилля й втрати контролю, почуття провини і сорому, руйнування життєвих опор (цінності, майбутні плани), соціальної ізоляції та втрати підтримки. З'являються пригнічення та втрата інтересу, суїцидальні думки і відсутність мотивації. Депресія часто стає вторинною травматичною подією.

Тривожні розлади. При постійному очікуванні загрози мозок фіксується на скануванні небезпек. В результаті виникає генералізована тривога, панічні атаки, фобічні реакції та соматична тривога (біль, задишка, тремтіння). Тобто тривога з тимчасового захисного механізму перетворюється на нав'язливий стан.

Фактори ризику переходу ГСР у клінічні стани: 1.інтенсивність і повторюваність травми; 2.попередній досвід психотравм; 3.втрата близьких, серйозні поранення; 4.відсутність соціальної підтримки; 5.порушення сну тривалий час; 6.зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами; 7.супутні психологічні або соматичні захворювання[8, с.99].

Запобігти загостренню допомагають раннє втручання та підтримка після травми, стабілізація стану( сон, харчування, безпека), гуманна комунікація без тиску й осуду, психотерапія й психологічний супровід при доступі до медичної допомоги при потребі. Чим швидше людина отримує підтримку, тим менший ризик хронізації травми.

Таким чином, можна зробити висновок, що ГСР –це природний механізм захисту, а ПТСР, тривога й депресія –наслідок не самої події, а відсутності можливості психіки повернутися у стабільний стан після неї. Тому головне завдання фахівця –допомогти людині відновити відчуття безпеки, зв'язок із реальністю та опору на себе й близьких.

При тривалій чи повторюваній загрозі формується хронічний травматичний стрес, який стає частиною повсякдення.

### Наслідки впливу різних травматичних подій на психіку:

Подія	Типові психічні наслідки
Бойові дії	ПТСР, моральні травми, втрата сенсу, агресія, розлади адаптації
Терор (обстріли, тортури, убивства)	Панічні стани, постійний страх, недовіра, озлобленість
Евакуація і переселення	Втрата звичного середовища, соціальних зв'язків, відчуття контролю
Втрати (люди, дім, здоров'я)	Стадії горя, депресія, суїцидальний ризик
Катастрофи (техногенні/природні)	Шок, страх повторення, травма свідка, екологічна тривога

Психологічний вплив травматичних подій на працівників поліції пов'язаний з тим, що їхня діяльність щоденно включає зіткнення із непередбачуваними та загрозливими ситуаціями. Поліцейські перебувають у постійній бойовій готовності, часто опиняються поруч із агресією, людським насильством, смертю, наслідками ДТП, терактів, катастроф, домашнього насильства, та працюють із жертвами злочинів і кризових інцидентів у стані афекту. Тривала дія цих чинників формує підвищене нервово-психічне напруження та ризик вторинної травматизації (коли психіка ушкоджується не власною подією, а через контакт з травматичними історіями інших – потерпілих, свідків, сімей загиблих).

Українські автори, зокрема **Валентина Ціборовська-Римарович, Олег Чабан, Оксана Зубковська, Олег Хоменко**, у своїх працях з психології екстремальних ситуацій, військової та кризової психології, підкреслюють, що поліцейські належать до груп з найвищим ризиком психотравматизації в умовах війни та постійної кримінальної загрози. Їх роботи вказують на те, що накопичення травматичного досвіду у цій категорії часто має відтерміновані психічні наслідки, особливо коли відсутня системна психологічна підтримка, дебрифінги та профілактичне розвантаження.

#### **Наслідки, які були виявлені у працівників правоохоронних органів:**

- розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або станів, близьких до нього за симптоматикою;
- формування хронічної тривоги, гіперпильності, постійного відчуття потенційної загрози навіть поза службою;
- підвищена емоційна реактивність, дратівливість та емоційне виснаження, що веде до професійного вигорання;

- ризик формування девіантних копінг-механізмів (алкоголь, психоактивні речовини) як способу «відключити» переживання;
- поступове звуження кола спілкування та відчуття відчуження від цивільних;
- труднощі у підтриманні стабільних сімейних і партнерських стосунків.

Таким чином, правоохоронці, подібно до військових, мають високий рівень психотравматичного навантаження, але з іншою природою – це не «бойовий стрес полі бою», а **хронічний стрес постійної готовності до загрози**.

**Військовослужбовці та ветерани** стикаються з унікальними травматичними переживаннями, які суттєво відрізняються від досвіду цивільних громадян. Постійне перебування у середовищі реальної загрози для життя, виконання бойових завдань, контакт з пораненнями, смертю товаришів по службі, а також необхідність застосування сили чи зброї формують глибокі психотравматичні наслідки. Особливо важким чинником є феномен «**травми побратима**» – переживання втрати, поранення або загибелі близького бойового товариша, з яким був сформований високий рівень довіри, взаємозалежності та взаємної підтримки [8, с.112].

**Наслідки такого досвіду** можуть проявлятися у вигляді:

- розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), нав'язливих спогадів, флешбеків, нічних кошмарів;
- використання психоактивних речовин як способу тимчасового «заглушення» болю або регуляції стану;
- підвищеної агресивності або, навпаки, соціальної ізоляції та уникання контактів;
- труднощів із поверненням до мирного, нефронтового способу життя після демобілізації;
- погіршення або руйнування сімейних і партнерських стосунків.

Психологічний вплив травматичних подій на цивільне населення має специфіку через те, що більшість цих людей не мають професійної підготовки до переживання екстремальних умов, не володіють навичками саморегуляції, а їх звичне життя руйнується раптово. Цивільні стикаються з бойовими діями, масованими обстрілами, терором, вибухами, руйнуванням житла, вимушеною евакуацією, втратою соціальних ресурсів, втратою роботи, звичних соціальних ролей, а також переживають смерть або зникнення рідних. Такий тип травматизації характеризується довготривалістю, непередбачуваністю та відсутністю відчуття контролю над подіями[1, с.17].

Українські дослідники та практики **Олег Чабан, Світлана Скрипник, Марина Баранова, Наталія Підлівана**, аналізуючи досвід

повномасштабної війни, відзначають, що цивільні дорослі переживають не лише первинну травму, а й накопичувальний ефект, оскільки вимушені в умовах постійної невизначеності одночасно вирішувати побутові, матеріальні, логістичні та сімейні проблеми. Дослідження українських авторів показують, що у цивільного населення формується так звана «травма руйнування опори» –коли повністю руйнуються базові відчуття стабільності, прогнозованості майбутнього та безпеки світу.

#### **Наслідки, які були виявлені у цивільних дорослих:**

- хронічний тривожний стан із домінуванням відчуття небезпеки та очікування загрози;
- депресивні розлади, апатія, втрата сенсів, емоційне «вигорання» та безсилля;
- формування психосоматичних реакцій (головний біль, спазми, біль у серці, ШКТ-симптоми);
- нав'язливі думки і уявні повтори травматичних подій;
- ризики ПТСР в середньо- та довготривалій перспективі;
- дестабілізація сімейних систем: конфлікти, розриви, порушення комунікації;
- підвищення суїцидальних ризиків при відсутності підтримки і доступу до психологічної допомоги.

Таким чином, травма у цивільному середовищі частіше має накопичувальний, затяжний характер, і проявляється через поступове руйнування внутрішньої життєвої конструкції людини та базового почуття існування в безпечному світі.

Психологічний вплив травматичних подій на дітей та підлітків має найбільш глибокі та потенційно довготривалі наслідки, оскільки психіка в цьому віці ще знаходиться у процесі активного формування. Діти не мають достатніх когнітивних механізмів для усвідомлення природи небезпеки та інтеграції болісного досвіду. Підлітки, попри зовнішню видиму «дорослість», мають нестабільну ідентичність і ще не сформовану систему саморегуляції та стресостійкості. Умови війни, втрата дому, вимушене переселення, життя у бомбосховищах, свідчення насильства, загибель батьків, втрата стабільності та контрольованості світу – усі ці фактори формують травму розвитку[9, с.5]

Українські науковці та практичні психологи **Світлана Скрипник**, **Оксана Зубковська**, **Марина Баранова**, **Юлія Усенко**, аналізуючи наслідки воєнних подій 2014–2024 років, описують специфіку дитячої травматизації як найнебезпечнішу форму психотравми, оскільки вона порушує основні етапи становлення психіки, емоційної регуляції, формування прив'язаності та соціальної довіри. У їх роботах підкреслюється, що у дітей травма часто проявляється через поведінкові та тілесні реакції, а не через словесні скарги. Підлітки ж часто переходять до ризикової поведінки, протестних форм реагування та аутоагресії.

**Наслідки, виявлені у дітей та підлітків:** регрес розвитку (повернення до більш ранніх форм поведінки, страх темряви, нічні пробудження, енурез); порушення прив'язаності та довіри до світу, страх втрат, страх розлуки з дорослим; підвищена тривожність, панічні реакції, порушення сну, нічні страхи; труднощі концентрації, зниження навчальної успішності, відмова від навчального процесу; емоційні зриви, імпульсивність, агресивні реакції або, навпаки, повна емоційна «заморозка»; у підлітків – ризик аутоагресії, самопошкоджувальної поведінки, втечі у девіантні форми експериментування, зокрема ПАР; високий ризик розвитку ПТСР у дорослому віці, якщо травма не була своєчасно пропрацьована та інтегрована.

Таким чином, травма у дітей та підлітків – це не лише реакція на подію, а **руйнування траєкторії розвитку**, що впливає на майбутню особистість[9, с.22].

Психологічний вплив травматичних подій на людей похилого віку посилюється через природне зниження адаптаційних ресурсів, фізичну та психічну вразливість, наявність хронічних соматичних захворювань, а також вже накопичений досвід попередніх втрат, який може актуалізуватися під впливом нових травм. У цій групі війна особливо різко руйнує відчуття стабільності, значущості життя та майбутнього, а також соціальних опор. Люди похилого віку частіше переживають втрату близьких, руйнування домівки, вимушене переселення як не лише зміну умов, а як повну втрату власного смислового простору – того світу, у якому вони прожили більшу частину життя[4, с.5-7].

Українські науковці та практики **Олег Чабан, Володимир Чабан, Наталія Підлівана**, у своїх публікаціях, присвячених клінічним та афективним розладам у різних вікових групах, зазначають, що літні люди частіше переживають травму через механізм «безсилля перед незворотністю». Для них навіть коротка експозиція до травматичних подій може запускати стійкі психосоматичні та афективні стани, а тривалий стрес здатний провокувати загострення хронічних захворювань, підвищувати ризик фатальних наслідків або зумовлювати швидке психічне виснаження.

**Наслідки, виявлені у людей літнього віку:** депресивні реакції із домінуванням почуття безнадійності та безпорадності; тривожні розлади, страх смерті, страх покинутості, страх опинитися «тягарем»; поглиблення соціальної ізоляції та відчуження, втрата потреби у соціальній взаємодії; загострення соматичних захворювань (серцево-судинних, інсультогенних, онкологічних, ендокринних); когнітивне зниження, порушення пам'яті, уваги, емоційної регуляції; підвищений ризик короткотривалих реактивних психозів та ПТСР; зростання рівня смертності через стрес-індуковані стани.

Отже, у людей літнього віку травматичні події діють через механізм **падіння залишкової адаптаційної ємності**, що робить психічні наслідки найбільш небезпечними для фізичного виживання [4, с.81].

Таким чином, вплив травматичних подій на психіку різних груп населення має спільну основу – порушення базового відчуття безпеки, прогнозованості та контролю над власним життям, проте характер проявів, механізми реагування та наслідки суттєво різняться залежно від віку, соціального статусу та професійного досвіду. Військовослужбовці та працівники правоохоронних органів стикаються з травмою у контексті професійної діяльності, де постійна загроза стає нормою їхнього функціонування. Цивільні дорослі переживають травму як руйнування звичного життєвого світу, соціальних опор та життєвих сценаріїв. Діти та підлітки відчувають травматичні події як загрозу самому процесу розвитку, формуванню прив'язаності та майбутньої особистісної структури. Люди літнього віку реагують на травму крізь призму зниження ресурсності, втрати сенсів та неможливості адаптуватися до нової реальності. Ці відмінності є важливими для вибору інтервенцій, прогнозування довготривалих наслідків та побудови системи психологічної допомоги, яка має бути диференційованою, цільовою та враховувати специфіку кожної групи.

Фактори, що впливають на інтенсивність психологічних наслідків воєнних та надзвичайних ситуацій. Психологічні наслідки травми ніколи не є абсолютно однаковими у всіх людей. Навіть за зовні подібних подій окремі люди можуть показувати різні реакції: від стійкої адаптації – до формування тяжких психічних розладів. У наукових дослідженнях українських та світових авторів підкреслюється, що на тяжкість і тривалість переживання впливають фактори ризику та фактори захисту – саме вони визначають, як психіка “переварює” та інтегрує травматичний досвід[8, с.154].

Фактори ризику – це умови, які посилюють психотравматичні наслідки, зменшують стійкість нервової системи та збільшують ймовірність розвитку у людини ПТСР, депресивних, тривожних чи соматоформних розладів.

1. Повторні травмуючі події. Коли людина переживає травму не один раз, а декілька – її психіка виснажується набагато швидше. Повторне зіткнення зі страхом, смертельною загрозою, руйнуванням, втратами формує накопичувальний ефект, що розмиває здатність до відновлення. З кожним новим епізодом переживання відчуваються сильніше, і кожна наступна подія “б’є глибше”, ніж попередня.

2. Близькість до епіцентру бойових дій. Чим ближче людина знаходиться до зони прямої небезпеки (вибухи, обстріли, руйнування), тим більшим є її травматичне навантаження. Реальне фізичне відчуття близькості смерті діє на мозок значно сильніше, ніж опосередковані повідомлення, і формує високу інтенсивність стресових реакцій.

3. Відсутність соціальної підтримки. Соціальна підтримка – один з найважливіших протективних ресурсів психіки. Коли людина залишається наодинці зі своїм досвідом, не має з ким розділити страхи і переживання, не отримує розуміння й опори від родини чи оточення – наслідки травми поглиблюються.

4. Травми чи загибель близьких. Втрата значимої особи посилює травматичний вплив у декілька разів. Для багатьох людей саме втрата близьких є найбільш руйнівним компонентом травматичної події, і саме вона часто стає центральним ядром подальших психотравматичних синдромів.

5. Попередні психічні розлади. Особи, які до війни вже мали депресивні, тривожні, біполярні чи інші розлади –мають істотно нижчу стійкість до нових стресових навантажень. Їх психіка реагує гостріше, а ризик загострення чи декомпенсації набагато вищий.

Фактори захисту –це ресурси, які допомагають людині адаптуватися, зменшують інтенсивність реакцій та підвищують ймовірність позитивного відновлення після травматичних подій.

1. Згуртованість громади та сім'ї. Коли людина не відчувається самотньою, знає, що поруч є ті, хто допоможе, підтримає, вислухає –її нервова система реагує м'якше. Соціальна єдність –це основний механізм збереження психічної рівноваги в екстремальних умовах.

2. Доступ до психологічної допомоги. Отримання вчасної професійної підтримки, кризових втручань, психоедукації та психотерапії суттєво зменшує ризик формування затяжних психотравматичних наслідків. Рання допомога –це профілактика ПТСР.

3. Навички саморегуляції, смислові та духовні ресурси (віра, надія, цінності). Люди, які володіють техніками заспокоєння, дихання, управління напругою, а також мають внутрішні смислові опори –значно стійкіші до травми. Духовність, віра, надія та ціннісні орієнтири виступають важливим буфером.

4. Відновлення рутини, повернення до праці, навчання та звичних ролей. Ритуали, звичні обов'язки, прості повторювані дії дають мозку сигнал: «світ знову передбачуваний». Повернення до ролей –це відновлення континуїтетності «Я».

Війна та надзвичайні ситуації впливають на психіку кожної людини. Однак напрямок і сила наслідків залежить не лише від самої травматичної події, а й від того, які умови складуться після неї. Наявність підтримки, доступ до допомоги, можливість опиратися на смисли та зберігати відчуття значності життя –роблять психіку більш стійкою та зменшують ризик патологічних реакцій. Тому ключовими завданнями суспільства є раннє виявлення психічних проблем, доступна психологічна допомога та створення умов для безпечного життя й відновлення після травми[2, с.61].

Виходячи з індивідуальних механізмів реагування на травму, ми можемо перейти до аналізу колективного виміру, де травматичний досвід перестає бути приватним, а стає системним феноменом, що трансформує культуру, цінності та соціальну поведінку суспільства.

На думку деяких фахівців, зокрема Петра Горностая, Олега Чабана, Оксани Хаустової, можна відокремити феномен колективної травми. Це психічна травма, яку отримала група людей будь-якого обсягу – аж до цілого суспільства, унаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичних, інших соціальних суб'єктів. Причини колективних травм: війни; геноцид у різних виявах; катастрофи (техногенні та гуманітарні); стихійні лиха (екологічні катастрофи); соціальні революції і перевороты (державні та військові); депортація чи вигнання великих груп людей (наприклад, за етнічною чи релігійною ознакою); обмеження свободи великих груп людей (концтабори, рабство); політичні, релігійні та інші репресії; терористичні акти, що спричинили суспільний резонанс; убивство або трагічна загибель суспільних лідерів чи кумирів. Колективна травма не обмежена в просторі, розтягнута в часі й охоплює як прямих, так і непрямих учасників подій травматизації, але об'єднаних єдиною територією, культурою, ментальністю та міжінституціональними взаємодіями. Низка досліджень колективної травми свідчить про її велике значення не лише для покоління, яке пережило цю травму, але й для наступних поколінь [8, с.136].

Однак, на думку психолога й психотерапевта Марії Франко, «колективна травма – не клінічний аналіз. Це радше опис соціальних явищ, які спостерігаються в суспільствах після подій, що були загрозливими одночасно для великої групи людей». Поняття «колективна травма» треба розуміти скоріше метафорично, особливо коли мова йде про ціле суспільство. Адже ті самі реалії, що можуть призвести до психічної травми, різні групи населення країни сприймають по-різному, мірою своєї причетності до них. Наприклад, досвід війни не може бути однаковий у військовослужбовців, що безпосередньо беруть участь у бойових діях, цивільних осіб, які пережили знищення своїх осель і втрату рідних, та жителів регіонів, віддалених від зони бойових дій, що практично не зазнавали атак ракетами та БПЛА. І навіть ті, хто пережив такі самі або схожі травматичні події, можуть реагувати на них по-різному, з різними наслідками для власної психіки.

З іншого боку, уявлення про колективну травмованість суспільства (і нації, адже поняття «колективна травма» має аналоги – «історична травма» та «національна травма») може призвести до викривлення як його самосприйняття, так і його сприйняття за кордоном. Тому підхід до психічної травми та її наслідків має бути завжди диференційованим і конкретно-індивідуальним.

Колективна травма – це не просто сума індивідуальних травм окремих людей. Це психічне явище, яке виникає у спільноті, суспільства чи нації, коли масові події загрози, насильства, воєнних дій, катастроф, терору

або затяжної невизначеності змінюють уявлення цієї групи про світ, безпеку, майбутнє та саму себе. Війна в Україні створила ситуацію, у якій вся країна, всі її регіони, професійні спільноти (військові, поліція, медики, кризові психологи, волонтери), цивільні групи й окремі покоління проживають системну колективну травму.

Перші структурні описи феномену колективної травми – після Першої та Другої світових воєн (післявоєнні психоаналітики, гуманістична психіатрія, перші описання «shell shock»). Друге покоління –Judith Herman, Bessel van der Kolk – впорядкували ці уявлення у модерну психотравматологію, показавши, що травма є не лише індивідуальною біографічною історією, а соціальним та політичним продуктом. Третє покоління (Peter Levine, Stephen Porges, Pat Ogden) розширили трактування тілесності, автономної нервової системи та соматичних проявів –і цим наблизили нас до розуміння того, як колективні стресори формують довготривалу зміну регулятивних патернів цілих спільнот.

Українські дослідження зараз отримують глобальну перспективність саме тому, що ми перебуваємо всередині однієї з найбільш масштабних колективних травм 21 століття в режимі реального часу, і наші дані, клінічні спостереження та методології кризової психологічної допомоги не реконструюються ретроспективно, а формуються «всередині процесу». Це унікальний живий емпіричний матеріал для науки.

Динаміку колективної травми, як і індивідуальної, формують фактори ризику і фактори захисту.

Фактори ризику: Повторюваність травмуючих подій в умовах національної війни призводить до явища хронічної травматизації. Коли загроза не має фінішу і повертається знову і знову, психіка перестає реагувати як на виняток –ця подія стає «нормою серед ненорми». Повторення обстрілів, мобілізаційних хвиль, повітряних тривог та чергових втрат змінює часову структуру переживання: майбутнє перестає мати стабільність, а нервова система перебуває у постійному режимі готовності.

Близькість населення до зон бойових дій підсилює інтенсивність психічних наслідків. Людина, яка фізично знаходиться в просторі, де смерть, руйнування та загроза відбуваються «тут і зараз», проживає травму не в абстракції, а в прямому тілесному досвіді. Чим ближче до епіцентру терору – тим сильніша соматична фіксація пам'яті про загрозу, що збільшує ризик формування стійких психотравматичних реакцій.

Втрати близьких людей –як фізичні, так і символічні – руйнують базові значення групової цілісності. У колективній травмі смерть конкретної особи стає не лише індивідуальною трагедією, але і розривом соціального поля. Це відчувається як зникнення фігури, яка була частиною колективної ідентичності. Кожна така смерть множитья у масштабі нації і утворює ефект «соціального шрамування».

Відсутність стабільної соціальної підтримки та розділеного зерна довіри робить суспільство більш вразливим до інформаційного хаосу, взаємних конфліктів, взаємного відчуження. Коли немає горизонтальної підтримки, коли люди роз'єднані, розпорошені або виснажені – стрес стає неконтрольованим, а травма – більш руйнівною.

Попередні історичні травми нації підсилюють ефект сучасних подій. Країна, яка має багатозаровий досвід колоніальних принижень, державного терору, геноциду, системного приниження цінності людського життя – матиме більший ризик формування повторної травматизації. Старі колективні травми активуються ніби «з дна історичної пам'яті» і накладаються на теперішній досвід.

Фактори захисту: Згуртованість сім'ї, громади та професійних груп є одним із найсильніших захисних механізмів проти травми. Коли людина не одна у своєму досвіді, коли існує приналежність і відчуття «ми витримуємо разом» – травма починає інтегруватись, а не руйнувати. Соціальні зв'язки створюють міст між небезпекою та здатністю діяти попри неї.

Доступ до професійної психологічної підтримки підвищує ймовірність раннього виявлення симптомів, зменшення ризику тяжких ускладнень та розвитку стійких хронічних розладів. Системні національні програми, кризові служби, навчання перших реагуючих – це не локальна допомога кільком людям, це на рівні країни працює як профілактика колективної посттравматичної дезінтеграції.

Навички саморегуляції, духовні опори, віра, надія та культурні ритуали підтримують внутрішній стрижень людини та спільноти. Група, яка має ціннісні «активи», які не знищуються війною, здатна не лише пережити травму, а й перетворити її у процес зміцнення. Релігія, традиції, мова, культура стають внутрішніми точками регуляції, які не піддаються військовому контролю ворога [1, с. 146].

Відновлення рутини – робота, навчання, волонтерство, повернення до звичних соціальних ролей – це не втеча від війни, а один із найважливіших елементів післятравматичної стабілізації. Режими повсякденності повертають відчуття майбутнього, структурують психічний час і дозволяють повернути контроль над життям.

Емоційно-афективні наслідки колективної травми. Колективна травма створює масові емоційні хвилі у суспільстві: підвищена тривожність, страх, очікування небезпеки, періодичні емоційні коливання від надії до різкого занепаду. Стан постійної невизначеності, відсутність стабільного горизонту майбутнього та відчуття безперервності загрози формує так званий «національний афективний фон», в якому суспільство живе місяцями та роками. Люди втрачають здатність до базового емоційного відновлення, і навіть позитивні події сприймаються через призму «тимчасовості» та «крихкості». Масові емоційні стани впливають на колективну психіку так само, як індивідуальні емоції впливають на нервову систему окремої людини.

Когнітивні наслідки колективної травми. На когнітивному рівні колективна травма змінює уявлення суспільства про безпеку, стабільність, справедливість та закономірність світу. Порушується довіра до прогнозованості реальності. Люди очікують найгірший сценарій навіть у нейтральній ситуації. Виникає специфічний когнітивний стиль, коли прогнозування майбутнього будується через логіку ризику, втрат, загроз та нових можливих трагедій. У великих суспільних масштабах це формує поколіннєву недовіру до стабільних систем, до офіційних структур влади, до інституцій – навіть тоді, коли ці інституції працюють коректно. Колективний розум стає більш вибірковим до негативу, ніж до позитиву: небезпека починає зчитуватися значно швидше, ніж безпека.

Поведінкові наслідки колективної травми. Поведінкові прояви колективної травми формують характер суспільної взаємодії. Масове відчуження, стирання соціальної чутливості, підвищена агресивність у комунікації, уникання взаємодії – це певний результат перенасичення психіки травматичними подіями. Люди починають економити емоційний ресурс, скорочуючи соціальний контакт. Одні ізолюються і замикаються у вузьких мікрогрупах, інші – роблять надмобілізовану соціальну активність, яка не стільки допомагає, скільки виснажує. Колективна травма поступово змінює навіть стиль гумору, стиль комунікації, соціальні норми реагування та форму соціального контролю всередині груп.

Групова диференціація у проживанні колективної травми. Військовослужбовці та правоохоронці проживають колективну травму через досвід постійного контакту з небезпекою та смертю, що робить їх нервову систему більш чутливою та швидше виснажуваною. У них формуються специфічні «бойові» адаптації, корисні на війні, але важкі для повернення у мирне середовище.

Цивільне населення переживає травму через невизначеність, втрату контролю, вимушене пристосування, розриви соціальних структур, втрати домівок, міграцію, економічну нестабільність та хронічне очікування небезпеки. Ця група психічно страждає від невидимості своєї травми, адже у них не було «зброї», але були такі ж ризики.

Діти та підлітки проживають колективну травму через руйнування базових моделей світу і дорослого захисту. Вони формують уявлення про світ у віці, коли нормативно формується перше довірче бачення реальності як безпечної. Це змінює на все життя їхню здатність будувати стосунки, соціальну стабільність, довіру та ідентичність.

Люди літнього віку переживають колективну травму крізь призму недовіри до майбутнього і загостреної втрати «сенсу довгої біографії». Їхній психічний резерв менший, і адаптація до різких суспільних змін часто для них є набагато важчою, ніж для молодших поколінь. Базові структури їхнього життя руйнуються після десятиліть стабільності.

Післявоєнне відновлення суспільства як посттравматичний процес. Після завершення активної фази війни психологічне відновлення суспільства не розпочинається автоматично, і тим більше воно не відбувається швидко. Повернення до миру не означає повернення до старого стану психіки –тому що психіка суспільства вже ніколи не буде такою, як до війни. Відновлення є процесом переприсвоєння реальності, інтеграції травматичного досвіду, переоцінки цінностей та побудови нових моделей майбутнього. Це формування не «довоєнних норм», а нової культури, яка має бути психологічно адаптованою до майбутнього існування. Післявоєнний період – це окрема фаза розвитку нації, в якій травма стає історичним фактом, але не визначає майбутнє, а лише стає частиною його пам'яті [1, с.178-184].

Одним із перших етапів є соціальна стабілізація. Суспільство, яке тривалий час жило у стані непередбачуваності та хаосу, потребує повернення впорядкованості. Відбудова інфраструктури, повернення системи освіти, медицини, економіки, державних сервісів – все це створює для психіки сигнали безпеки на рівні структури. Людина починає відчувати, що життя знову може бути зрозумілим у своїх базових правилах: є робота, є транспорт, є світло, є сталі функції. Це є першим фундаментом профілактики масової післятравматичної дестабілізації.

Наступний етап – соціальна реінтеграція різних груп, які пережили війну неоднаково. Військові повертаються до цивільного життя із бойовим нервовим досвідом, цивільні –з досвідом безсилля перед загрозою, підлітки – з зміненими моделями довіри, літні люди –з екзистенційним відчуттям втрати опори. Ці групи мають бути не ізольованими одна від одної, а взаємно інтегрованими у спільний соціальний простір. Реінтеграція –це не асиміляція і не «повернення до норми», а збір різних реальностей у нову національну спільну реальність. Психологічні програми мають працювати не точково, а системно, у вигляді мережевих інтервенцій.

Одним із важливих компонентів є робота з колективною пам'яттю. Пам'ять не можна «забути», її треба структуровано вмістити. Пам'ять про загиблих, пам'ять про спротив, пам'ять про ціну свободи –мають бути не травматичним спадком, а культурним змістом, який підтримує ідентичність та формує суб'єктність нації. Пам'ять перетворюється у ресурс, коли вона оформлена, названа, архівована, ритуалізована і стає частиною культури, а не частиною травми.

Важливою частиною відновлення є формування здорових моделей поствоєнної соціальної моралі. Війна завжди деформує етичні норми –тому після війни суспільству потрібно заново визначати межі добра, межі справедливості, межі допустимого насильства, межі відповідальності. Це не про абстрактну мораль –це про здатність суспільства не допустити перетворення виснаженої травмованої агресії у внутрішню війну. Саме на цьому етапі вирішується питання: чи стає травма об'єднавчим досвідом, чи

вона буде відтворюватись у міжособистісній ворожнечі, внутрішньому насильстві, криміналізації[1, с.197].

Окремим рівнем є відновлення майбутньої перспективи. Травма блокує майбутнє –а відновлення відкриває його. Нація має повернути собі право мати плани не на тиждень, а на десятиліття. Це формування нових освітніх моделей, нової стратегії культури, нової економіки, нової етичної і філософської політики. Тільки тоді війна перестає керувати структурою мислення нації, і країна знову повертає собі можливість не реактивно виживати, а творити.

Післявоєнне відновлення – це не «закінчення травми», а цивілізаційний процес переходу від існування у режимі постійної загрози до існування у режимі розвитку. Це вимагає часу, системності, державної політики, професійної психологічної інфраструктури, міждисциплінарної національної стратегії та культивування суб'єктності народу. Україна має всі передумови, щоб створити у світі модель, яку будуть вивчати як унікальний кейс успішної трансформації колективної травми у ресурс національного розвитку.

Якщо післявоєнне відновлення можна розглядати як повернення суспільства до стійкості та базової функціональності, то посттравматичне зростання є наступним, більш глибоким рівнем –це вже не просто реконструкція того, що було втрачено, а формування нового якісного розвитку нації.

Посттравматичне зростання в різних груп населення під час та після війни. Посттравматичне зростання (Posttraumatic Growth, PTG) –концепт, який був сформований наприкінці 1990-х років американськими дослідниками Richard Tedeschi та Lawrence Calhoun. Вони показали, що переживання травми може мати не лише руйнівні наслідки, а й сприяти глибинним внутрішнім змінам, посиленню внутрішньої сили, формуванню нових цінностей, відчуттю нової суб'єктності та трансформації сенсу життя. Пізніше до розвитку цього напрямку долучилися такі науковці, як Crystal Park, Stephen Joseph, Scott Lilienfeld, Brett Litz, Bessel van der Kolk, Pat Ogden, Peter Levine, Stephen Porges (останній значно вплинув на тілесно-нейрофізіологічне розуміння посттравматичних процесів). В контексті воєнної психології та масових суспільних криз ці автори показали, що зростання не відбувається автоматично –воно потребує достатнього рівня інтеграції досвіду, наявності підтримки, прийняття реальності та формування нової життєвої філософії, яка не заперечує травму, а включає її у структуру особистісного розвитку.

Україна нині є полем, де посттравматичне зростання буде проявлятися у різних соціальних, вікових та професійних групах по-різному.

Посттравматичне зростання у військовослужбовців. У військових посттравматичне зростання часто формується навколо зміненої ідентичності та переосмисленого значення власної сили, відповідальності та обов'язку. Дослідження Tedeschi показують, що військові мають високий потенціал до PTG саме тому, що воєнний досвід має високий рівень екзистенційної

«глибини». Військові часто після війни формують значно вищий рівень духовності, відчуття сенсу життя, чіткіше уявлення про добро і зло, більш зрілу ієрархію цінностей. Також, згідно з Brett Litz та його роботами по moral injury, військові здатні трансформувати моральні потрясіння у моральну стійкість за умови правильної терапевтичної інтервенції, групової підтримки та визнання цього досвіду суспільством. Посттравматичне зростання в цій групі часто проявляється у відчутті «я змінився назавжди, але це зміна, яка робить мене сильнішим і відповідальнішим».

Посттравматичне зростання у працівників поліції та правоохоронців. Правоохоронці мають інший тип PTG, оскільки їх травматизація включає і професійний обов'язок всередині цивільного суспільства. За Stephen Joseph, у груп, які переживають травму *через професійні ролі*, зростання проявляється у формі посилення морального внутрішнього кодексу, зміцнення професійної ідентичності, формування нової внутрішньої етики служіння. Посттравматичне зростання у правоохоронців може сформувати глибше відчуття професійної місії, переосмислену людяність у роботі з людьми, більш високий рівень емпатії та толерантності. Якщо це правильно підтримано інституційно, то ця група стає фундаментальним носієм соціальної стабілізації поствоєнного суспільства.

Посттравматичне зростання у цивільного дорослого населення. У цивільних PTG часто розвивається через відновлення контролю над життям та повернення здатності вибудовувати майбутнє. Tedeschi & Calhoun наголошували: цивільні мають значний потенціал до розвитку психологічної зрілості через травму, тому що їх травматизація не була добровільним вибором. Посттравматичне зростання у дорослих може проявитися у зміні пріоритетів: переорієнтація на стосунки, зниження матеріалізму, посилення духовних і моральних цінностей, активізація громадянської позиції. У цій групі формується ефект «спільнотної самоорганізації» – те, що в Україні видно через волонтерство, самоорганізовані спільноти допомоги, горизонтальні об'єднання. У світовій науці це підтверджується роботами Crystal Park.

Посттравматичне зростання у дітей та підлітків. У підлітків зростання має інший характер, оскільки їх ціннісні та ідентифікаційні системи ще формуються. За даними Bessel van der Kolk та Pat Ogden – підліткова нервова система значно пластичніша, тому зростання можливе, але тільки при наявності стабільних дорослих, безпечних середовищ, терапевтичних практик регуляції та стабілізації. У дітей PTG проявляється не у філософському концепті, а у формі нових адаптаційних моделей поведінки, вміння бачити цінність світу попри ризики, розвитку відповідальності, швидкої соціальної зрілості, інколи – надмірної дорослості. У підлітків посттравматичне зростання часто проявляється як розвиток лідерськості, альтруїзму, соціальної активності [11, с.120-126].

Посттравматичне зростання у людей літнього віку. У старшого покоління РТГ має часто духовний, екзистенційний характер. За даними Peter Levine, старші люди, які вже прожили багато життєвих криз, можуть трансформувати пережиту травму у мудрість та глибинне прийняття мінливості життя. У цій групі зростання формує внутрішній філософський ресурс для молодших поколінь. Вони можуть стати носіями культурної пам'яті та стабілізаційної точки післявоєнної реінтеграції. У літніх людей посттравматичне зростання включає переформатування цінності кожного дня, посилення духовності, зростання значення спільнотності та сім'ї[4, с.161].

Посттравматичне зростання в умовах національної війни не є побічним ефектом –це стратегічна психосоціальна задача країни. Україна може стати унікальною моделлю позитивної еволюції травматичного досвіду у XXI столітті. Посттравматичне зростання різне у різних соціальних груп, але всіх їх об'єднує одне: можливість створити нову філософію майбутнього.

Посттравматичне зростання не виникає самостійно –воно формується через системний вплив середовища, підтримки, терапевтичних практик, соціальних структур та внутрішньої філософської трансформації. Роботи Richard Tedeschi та Lawrence Calhoun підкреслюють, що наявність страждання сама по собі не є умовою розвитку –умовою розвитку є усвідомлення, рефлексія та переозначення досвіду. Українська школа кризової психології значно розширила цю концепцію на основі сучасного воєнного досвіду. У працях Вадима Островського «Психологічна допомога в умовах воєнного конфлікту», Олега Чабана «Психічні розлади та наслідки психотравмуючих подій», Андрія Караюка «Психологія бойового стресу», Надії Тарабріної, Світлани Кришталь «Травма війни: психологічні механізми та допомога», Лесі Вознюк «Психологія втрати, горя та зцілення» описано механізми, як український контекст формує особливі траєкторії посттравматичного розвитку.

Психологічні стратегії для військовослужбовців. Посттравматичне зростання військових підтримується через відновлення суб'єктності та значущої ролі в цивільних процесах. В роботах Андрія Караюка та Владислава Соколова «Психологія військової служби в умовах бойових дій» наголошується, що військові потребують не повернення до старого життя, а інтеграції нового досвіду як нового рівня особистісної сили. Стратегіями сприяння зростанню є включення військових у соціальні структури освіти, державного управління, ветеранських проєктів, професійне перенавчання, mentorship-програми, а також тілесно-орієнтовані методи регуляції (це узгоджується з Levine та Porges). Визнання державою їхнього досвіду –є психотерапевтичним чинником.

Психологічні стратегії для працівників поліції та правоохоронців. Для правоохоронців посттравматичне зростання можливе через професійну переідентифікацію не як виконавців ризикової служби, а як носіїв соціальної

стабільності та післявоєнного правового порядку. У роботі Вікторії Литвиненко «Психологічні особливості професійної діяльності працівників поліції в умовах війни» описано, що РТГ у правоохоронців залежить від вибудови системи професійної етики, рефлексивних груп, супервізійних практик, морального менеджменту та розвитку навичок емпатійного правозастосування. В контексті Tedeschi це дозволяє перетворити моральні потрясіння у моральну силу.

Психологічні стратегії для цивільного дорослого населення. Для цивільних українські автори – як Мирослав Попович «Бути людиною», Наталія Гусак «Соціально-психологічні аспекти переживання війни», Олег Чабан – підкреслюють значення повернення до активної життєвої позиції, соціальної взаємодії, волонтерства та громадянської включеності. Згідно робіт Tedeschi та Crystal Park, РТГ в цій групі значно пришвидшується, коли люди починають брати участь у спільних проєктах, які відновлюють країну. В Україні це має унікальний контекст – тому що горизонтальна самоорганізація стала національною соціопсихологічною базою. Чабан підкреслює – «травма не розчиняє людину, коли вона знаходить спосіб бути корисною».

Психологічні стратегії для дітей та підлітків. Для дітей і підлітків українська авторка Ганна Чуйко «Діти і війна: психологічні реакції та допомога» описує важливу роль стабільних дорослих, школи як контейнера, навчальних ритуалів, повернення структурованості і відновлення майбутнього мислення у вигляді «планування життя». Посттравматичне зростання у дітей має тілесно-соматичну основу, що повністю корелює з концепціями Ogden та Porges, тому ключовою стратегією є середовищне відновлення. Підтримана креативність, проєктна діяльність, спортивні програми, робота з тілесністю і можливість бути включеним у соціальні групи однолітків – є умовою майбутнього здорового дорослішання.

Психологічні стратегії для людей літнього віку. Для людей літнього віку українські науковці (наприклад, Олена Хайруліна «Соціально-психологічні механізми підтримки людей похилого віку») відзначають, що РТГ формується через включення їх у роль мудрих свідків історії, носіїв цінностей та міжпоколінневих стабілізаторів. На цьому рівні посттравматичне зростання має духовну і культурну форму. Старші люди стають «опорами пам'яті», і з ними працюють не через активні когнітивно-поведінкові техніки, а через створення безпечних середовищ взаємного згадування, рефлексії та трансформації пам'яті у ресурс. Peter Levine говорив про це у західній школі як про «trauma alchemu» – але українці мають це як історичну культурну норму.

Посттравматичне зростання – це стратегія національної психологічної політики, а не просто індивідуального клінічного процесу. Українські автори заклали фундамент розуміння того, що війна може стати не лише руйнуванням, а основою нової еволюції психіки народу, якщо відновлення буде здійснене не хаотично, а системно, інтелектуально, культурно і професійно.

Висновки. Психологічні наслідки воєнних дій та надзвичайних ситуацій охоплюють широкий спектр емоційних, когнітивних, поведінкових, соматичних і соціально-психологічних змін, які відображають глибину пережитого стресу. Вони не обмежуються окремими симптомами, а формують цілісну систему трансформацій особистості, що впливають на її емоційний стан, мислення, поведінку, фізичне самопочуття та здатність до соціальної взаємодії. У цивільних дорослих переважають хронічна тривога, депресивні розлади, емоційне виснаження, психосоматичні прояви, руйнування міжособистісних стосунків і підвищений ризик суїцидальної поведінки. У дітей та підлітків наслідки війни проявляються у вигляді регресу розвитку, порушень прив'язаності, страхів, агресивних або аутоагресивних реакцій, труднощів навчання й ризику довготривалої психічної дезадаптації. Війна створює глибокі травматичні зміни як на індивідуальному, так і на суспільному рівнях від руйнування почуття безпеки й довіри до трансформації соціальних цінностей і колективної ідентичності. Усвідомлення масштабів цієї проблеми визначає необхідність розбудови системи психологічної допомоги, спрямованої на раннє виявлення, профілактику, реабілітацію та формування психологічної стійкості населення як основи відновлення держави після війни.

#### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. Вознюк Л. С. Психологія втрати, горя та зцілення. Тернопіль: Астон, 2022. 232 с.
2. Островський В. В. Психологічна допомога в умовах воєнного конфлікту. Київ: Академвидав, 2022. 224 с.
3. Тарабріна Н. В. Психічна травма і посттравматичний стресовий розлад. Київ: Видавничий дім "Слово", 2021. 320 с.
4. Хайруліна О. М. Соціально-психологічні механізми підтримки людей похилого віку. Київ: КНУ ім. Т. Шевченка, 2020. 188 с.
5. Хомич І. М. Психологія кризових станів: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2023. 240 с.
6. Чабан О. О. Психічні розлади та наслідки психотравмуючих подій. Київ: Здоров'я, 2001. 416 с.
7. Чабан О. С., Пінчук І. Я. Загальна психіатрія. Київ: ВСВ «Медицина», 2014. 528 с.
8. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психічні розлади воєнного часу. Київ: Медкнига, 2023. 232 с.
9. Чуйко Г. В. Діти і війна: психологічні реакції та допомога. Київ: Педагогічна думка, 2023. 192 с.
10. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Viking / Penguin Books, 2014. 464 p.



Жук Наталія Тарасівна,  
викладач кафедри психології та  
педагогіки  
Одеського державного університету  
внутрішніх справ

## МЕТОДИ КРИЗОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Анотація.** У розділі представлено системний аналіз сучасних моделей та методів кризових інтервенцій, що застосовуються у практиці психологічної допомоги під час воєнного та надзвичайного стану. Підкреслено, що в екстремальних умовах особливої значущості набуває своєчасне надання короткострокової, структурованої та доказової психологічної підтримки, спрямованої на стабілізацію емоційного стану, зниження рівня напруги та запобігання розвитку посттравматичних розладів. Розкрито сутність кризової психологічної інтервенції як короткої форми підтримки, що допомагає людині швидко відновити контроль над власним станом, зменшити гострі реакції та повернути відчуття безпеки. Проаналізовано найбільш поширені моделі кризового втручання ABC-модель, семистадійну модель Робертса, модель SAFER-R та модель RAPID PFA, які відзначаються структурованістю, гнучкістю та ефективністю у роботі з різними категоріями постраждалих, а саме: військовослужбовцями, рятувальниками, поліцейськими, медиками та цивільними. Підкреслено важливість поєднання когнітивно-поведінкових методів зі стабілізаційними вправами для формування адаптивних стратегій подолання стресу та профілактики посттравматичних розладів. Застосування розглянутих моделей забезпечує інтегрований підхід до підтримки психічного здоров'я населення, сприяє розвитку психологічної стійкості та підвищує ефективність реабілітаційних процесів.

**Ключові слова:** кризова інтервенція, психологічна допомога, воєнний стан, надзвичайна ситуація, гострий стрес, стабілізація, моделі кризового втручання, психічне здоров'я.

Умови воєнного та надзвичайного стану висувають особливі вимоги до системи психологічної допомоги. Люди різних категорій населення - військовослужбовці, рятувальники, медики, поліцейські, цивільні - можуть

опинитися у ситуаціях, що несуть загрозу життю, викликають інтенсивний стрес і здатні спричинити гострі емоційні реакції. У такі моменти особливо важливо надати своєчасну кризову психологічну підтримку, яка допомагає стабілізувати стан, знизити рівень напруги та запобігти розвитку тривалих психічних порушень.

Цей розділ присвячений огляду ключових моделей та методів кризових інтервенцій, що застосовуються у практиці психологічної допомоги в екстремальних умовах. Розглядаються моделі психологічного дебрифінгу, стабілізаційні техніки та короткострокові когнітивно-поведінкові підходи, які дозволяють ефективно реагувати на гострий стрес і підтримати людину у момент психічної нестійкості. Ці методи є базовим інструментарієм фахівця, який працює у сфері забезпечення психічного здоров'я під час війни чи надзвичайних подій і потребує швидких, структурованих і доказових рішень для допомоги постраждалим.

Кризова психологічна інтервенція - це коротка та цілеспрямована форма підтримки, яку надають людині відразу після пережитої травматичної чи потенційно небезпечної події. Вона не передбачає глибокої терапевтичної роботи. Основна її мета полягає у тому, щоб допомогти людині швидко відновити здатність діяти, стабілізувати емоційний стан, зменшити гострі реакції та повернути відчуття контролю й безпеки та зменшити ризик формування глибшої психологічної травматизації. Забезпечуючи необхідну інформацію, вибудовуючи довірливі стосунки та допомагаючи зрозуміти ситуацію й знайти реальні способи впоратися з нею, фахівець сприяє поступовому поверненню людини до стабільного психічного стану та мінімізує ймовірність довготривалих негативних наслідків.

Значення кризового втручання у сфері психічного здоров'я є надзвичайно високим, адже саме воно виконує ключову функцію швидкого реагування та може запобігти переходу кризового стану в більш тяжкі психічні розлади, зокрема у великий депресивний епізод.

У ситуаціях воєнного чи надзвичайного стану така допомога має особливу цінність. Люди можуть зіштовхнутися з обстрілами, вибухами, раптовою втратою близьких, загрозою життю, вимушеною евакуацією, руйнацією житла або тривалим перебуванням у стресових умовах служби чи бойових дій. Швидкість і якість кризової підтримки визначають, чи трансформуються гострі стресові реакції у посттравматичні розлади, депресивні стани, суїцидальну поведінку або тривалий хронічний стрес.

Розуміння сутності та завдань кризової психологічної допомоги створює основу для практичного застосування конкретних інтервенцій. Щоб ефективно підтримати людину у стані гострого стресу, психолог має орієнтуватися в різних підходах, оцінювати їх доречність та поєднувати техніки залежно від потреб постраждалого. Саме тому важливо розглянути

основні моделі кризових інтервенцій, на яких ґрунтується сучасна практика надання допомоги у воєнних та надзвичайних умовах.

Сучасна практика кризової допомоги спирається на кілька концептуальних моделей, які визначають логіку роботи психолога у ситуаціях гострого стресу. Кожна модель пропонує власний акцент: від стабілізації емоційного стану та забезпечення базового відчуття безпеки до структурованого обговорення пережитої події чи короткострокових когнітивно-поведінкових втручань. Вибір конкретної моделі залежить від контексту події, індивідуальних особливостей постраждалого, рівня його дезорганізації, доступних ресурсів та умов, у яких надається допомога.

Моделі кризового втручання - це системні підходи, які застосовують фахівці для надання допомоги людям у стані гострого стресу. Вони являють собою певні клінічні алгоритми та послідовності дій, що можуть використовуватися окремо або комбінуватися між собою залежно від потреб і стану постраждалої особи [9].

Далі розглянемо декілька найрозповсюджених моделей, які можна застосовувати під час кризового втручання.

АВС-модель кризового втручання є однією з найзручніших та найбільш прикладних моделей короткострокової психологічної допомоги. Вона була систематизована та суттєво доопрацьована К. Канел, яка інтегрувала у її структуру ключові техніки кризового консультування, елементи когнітивно-поведінкового підходу та принципи емпатичного слухання[9].

Модель АВС виникла як частина розвитку кризового консультування у другій половині ХХ століття. Її основою стали напрацювання Джеральда Кеплана, одного з засновників сучасної кризової теорії, який у 1960-х роках запропонував концепцію короткострокового втручання, зосередженого на стабілізації та підтримці.

У 1980–1990-х роках модель була значно розширена завдяки роботам Річарда Джеймса та Бетері С. Джиллен. Подальшу популяризацію моделі забезпечила Крісті Канел, яка у 2014 році запропонувала сучасну адаптацію АВС як простого, практичного алгоритму для швидкої кризової допомоги. Саме її версія нині є найуживанішою в освітніх та практичних програмах.

Сучасна модель АВС - це еволюція класичних ідей кризового втручання, спрямована на простоту, швидкість і практичність у роботі з людьми у стані гострого стресу.

Модель складається з трьох взаємопов'язаних етапів, кожен з яких відповідає букві АВС:

А - Встановлення контакту та формування взаєморозуміння (Achieving Contact and Establishing Rapport);

В - Визначення та уточнення проблеми (Boiling Down the Problem);

С - Подолання та формування копінг-стратегій (Coping).

Ця модель застосовується у ситуаціях гострого стресу, втрати, раптових змін, конфліктів, травматичних інцидентів, а також у випадках різкого порушення психологічної рівноваги. Її перевага - гнучкість і можливість застосування навіть тоді, коли обставини вимагають максимально стисло й оперативного втручання.

Кожен етап має власну функцію у процесі кризового втручання та забезпечує послідовний перехід від встановлення безпеки й довіри до усвідомлення суті проблеми та формування ефективних стратегій її подолання. Такий поетапний аналіз дозволяє краще зрозуміти логіку моделі та практичні дії консультанта на кожному кроці.

Перший етап АВС-моделі - А - встановлення контакту та формування взаєморозуміння - є фундаментом усього кризового втручання. У ситуації гострого стресу або після переживання травмуючої події людина часто перебуває у стані дезорганізації, емоційного перевантаження або фізіологічного збудження, що істотно знижує її здатність раціонально мислити, пояснювати свій стан і брати участь у структурованій розмові.[9] Саме тому на початковому етапі консультант повинен насамперед створити безпечний, стабільний та підтримувальний простір, де клієнт зможе знизити емоційну напругу й відчути, що його стан приймають і розуміють.

На цьому етапі консультант встановлює емоційний контакт, демонструючи ширість, емпатію, професійну уважність та безумовне прийняття. Це робиться через невербальні сигнали - спокійний тон голосу, м'які інтонації, уповільнений темп мовлення, підтримувальний погляд - а також через усвідомлену позицію присутності: бути поруч із людиною в її переживанні, не форсуючи події та не намагаючись одразу «виправити» її стан. Консультант має допомогти людині зрозуміти, що вона знаходиться в середовищі, де її реакції не будуть висміяні чи знецінені. Це критично важливо, адже багато постраждалих відчувають сором за свої емоції або переконані, що повинні «триматися» й не «приносити дискомфорт іншим».

Після встановлення первинного контакту консультант поступово переходить до стабілізації емоційного та фізіологічного стану клієнта. У кризі людина часто дихає поверхнево, у неї може стискати груди, з'являється тремтіння, запаморочення або так зване «відчуття нереальності» того, що відбувається. Тому доцільно одразу залучати прості стабілізаційні техніки: дихання з подовженим видихом, відчуття опори під ногами чи спиною, фокусування уваги на предметах довкола, техніку «5-4-3-2-1» (більш детально буде розглянуто нижче), легке натискання ступнями в підлогу або тактильне заспокоєння. Ці вправи сприяють активізації парасимпатичної нервової системи та поверненню контролю над тілом.

Важливою складовою цього етапу є нормалізація емоційних реакцій. Фахівець пояснює, що сильні емоції після травмуючої події - це природна реакція організму, а не ознака слабкості чи некомпетентності. Знання того, що

переживання «нормальні у ненормальній ситуації», допомагає клієнтові позбутися відчуття загрози власній психічній стабільності. Людина починає усвідомлювати, що її реакції не є патологічними, що з нею все гаразд, і це суттєво знижує внутрішнє напруження.

На цьому ж етапі спеціаліст уточнює рамки взаємодії: пояснює, що їхня розмова має певну структуру, що клієнт може переривати розповідь, якщо щось буде занадто важким, що процес проходитиме поступово. Чіткі межі створюють передбачуваність і полегшують відчуття контролю над ситуацією, яке в кризі часто порушується.

Етап встановлення контакту є настільки важливим, тому що без достатньої довіри й емоційної стабілізації клієнт не здатний переходити до наступних етапів моделі. Якщо людина продовжує перебувати в стані інтенсивного стресу, вона не може логічно описати подію, структурувати досвід або формувати реалістичні стратегії подолання. Психіка у цей момент працює у режимі виживання, й важливіші функції (аналіз, рефлексія, планування) тимчасово недоступні. Тому етап А виконує роль психологічного «якоря», що повертає людину в точку мінімальної внутрішньої стабільності.

Таким чином, перший компонент АВС-моделі - це повноцінний процес відновлення базових відчуттів безпеки, опори й прийняття. Лише коли людина відчуває, що її бачать, чують та підтримують, вона поступово переходить до готовності усвідомлено говорити про суть проблеми та взаємодіяти у межах наступних етапів кризового втручання.

Другий компонент АВС-моделі В - визначення та уточнення проблеми - є центральним етапом кризового втручання, адже саме тут спеціаліст разом із людиною переходять від емоційної стабілізації до більш усвідомленого розуміння суті кризи[9]. Після того, як людина здобула мінімальну внутрішню опору та відчула безпеку у стосунку з фахівцем, з'являється можливість поступово структурувати пережиті події, виокремити ключові труднощі та відновити зв'язок між подією, думками, емоціями та поведінкою.

На цьому етапі консультант допомагає людині, яка знаходиться в кризовому стані, перейти від хаотичних, фрагментарних або надмірно емоційних описів до більш послідовного та раціонального викладу ситуації. Часто люди, які перебувають у кризі, несвідомо змішують факти, інтерпретації та найбільш болісні моменти переживання, що підсилює відчуття безконтрольності та внутрішньої плутанини. Завдання консультанта - м'яко та уважно спрямовувати людину в процесі розповіді, ставити уточнювальні запитання та допомагати відокремлювати об'єктивні події від суб'єктивних переконань і страхів.

У цьому процесі важливо ідентифікувати, що саме стало центральним тригером кризи: це могла бути подія, яка загрожувала життю, несподівана втрата, конфлікт, важлива зміна, когнітивний шок або серія

накопичених стресорів. Також важливо з'ясувати, які чинники передували кризі та чи були в клієнта ресурси, які він втратив або перестав відчувати. Часто людина може описувати десятки проблем, але лише одна або дві з них відіграють визначальну роль у дезорганізації її стану.

Ключовим елементом цього етапу є дослідження думок і переконань клієнта щодо того, що сталося. У кризовому стані люди схильні до катастрофізації, узагальнення, самозвинувачення або жорстких негативних інтерпретацій, які підсилюють емоційну дестабілізацію. Наприклад: «Я не впорався», «Все зруйновано», «Нічого вже не змінити», «Я підвів усіх». Завдяки відкритим питанням, елементам когнітивного аналізу та технікам прояснення консультант допомагає клієнту побачити ситуацію більш реалістично, зменшуючи силу дезадаптивних переконань.

Окрім когнітивних аспектів, важливо дослідити емоційні та фізичні реакції, що супроводжували подію. Коли людина наче заново впорядковує свій досвід, він отримує змогу розуміти зв'язок між тілесними відчуттями, емоціями та думками, що слугує основою для вибору подальших копінг-стратегій. Сам процес вербалізації, збирання думок у цілісну картину та називання переживань зазвичай вже має терапевтичний ефект.

На цьому етапі консультант також уважно оцінює рівень ризику, включаючи можливі суїцидальні думки, імпульсивні дії або поведінкові прояви, що можуть погіршити стан. Це дає змогу своєчасно втрутитися та запобігти небезпечним наслідкам.

Таким чином, етап В є процесом коли консультант допомагає людині відокремити суть кризи від супутнього шуму, побачити логіку того, що відбулося, усвідомити власні внутрішні реакції та сформувані первинне розуміння того, що саме потребує подальшої роботи. Це створює міцну основу для третього етапу моделі - формування реалістичних стратегій подолання, які допомагають людині повернути контроль над ситуацією та відновити функціонування.

Третій компонент АВС-моделі С - є завершальним та надзвичайно важливим етапом кризового втручання, оскільки саме тут консультант допомагає людині перейти від пасивного переживання ситуації до активного впливу на власний стан і поведінку. Після того, як клієнт здобув емоційну стабільність і зміг раціонально визначити суть своєї проблеми, наступним кроком стає пошук реалістичних шляхів покращення ситуації, відновлення контролю та повернення до функціонального стану[9]. На цьому етапі консультант підтримує клієнта в осмисленні того, що він може зробити вже зараз, які ресурси має, на кого може опертися і які конкретні дії сприятимуть зниженню стресу та відновленню рівноваги.

Основою етапу С є розробка копінг-стратегій, тобто конкретних способів реагування, що допомагають людині впоратися з переживаннями та поступово відновити контроль над ситуацією. Ці стратегії можуть мати

когнітивний, емоційний, поведінковий або соціальний характер, але найважливішим є те, що вони повинні бути реалістичними, досяжними та відповідати актуальному стану людини. Сам процес формування плану дій уже має стабілізуючий ефект, адже дає людині відчуття напрямку та зменшує відчуття безсилля, яке часто супроводжує кризові переживання.

На цьому етапі консультант працює з думками людини, допомагаючи їй помітити й трансформувати дезадаптивні переконання, які підсилюють стрес. Використовуючи когнітивно-поведінкові техніки (переосмислення, перевірка фактів, пошук альтернативних інтерпретацій) консультант допомагає побачити ситуацію більш збалансовано, без надмірного драматизування. Це не заперечення проблеми, а її здоровіша інтерпретація, яка зменшує емоційне перевантаження.

Важливим аспектом етапу С є також робота з поведінкою. Коли емоції стабілізовані, а проблема визначена, людина може починати робити невеликі, але конкретні кроки у напрямку відновлення. Це можуть бути прості дії: відновлення звичної рутини, організація дня, виконання маленьких досяжних завдань або поступове повернення до повсякденної активності. Поведінкова активація сприяє зменшенню безпорадності та поступовому відновленню внутрішніх ресурсів. Важливо, щоб ці кроки були чіткими, зрозумілими та не надто складними. Успішне виконання навіть маленьких дій підсилює відчуття контролю та ефективності.

На цьому етапі фахівець також допомагає визначити, які джерела підтримки доступні в його оточенні. Соціальна підтримка - одна з ключових умов подолання кризи, тому важливо дослідити, хто з близьких, друзів або колег може надати емоційну, матеріальну чи практичну допомогу. У деяких випадках консультант може надати інформацію про доступні ресурси: гарячі лінії, психологічні служби, групи підтримки, медичну підтримку, правову допомогу або спеціалізовані центри. Це особливо актуально у випадках, коли криза пов'язана зі втратою житла, насиллям, бойовими діями чи іншими небезпечними обставинами.

Етап подолання також включає роботу з емоційними реакціями. Консультант використовує техніки емоційної саморегуляції, навчає клієнта вправам, які допомагають справлятися з тривожністю, страхом, гнівом або напруженням. Це можуть бути техніки дихання, м'язової релаксації, короткі вправи на усвідомленість або методи сенсорного заспокоєння. Навчившись застосовувати ці техніки, людина отримує інструменти, які дозволяють їй підтримувати стабільність і після завершення консультації.

Важливо підкреслити, що на етапі С консультант не нав'язує рішення. Він допомагає людині побачити можливі варіанти дій, оцінити їхню реалістичність та обрати ті, які найбільш відповідають її потребам і можливостям. Такий підхід сприяє відновленню автономії та самоефективності, що є ключовими чинниками відновлення після кризи.

Завдання консультанта - не лише запропонувати варіанти, а й упевнитися, що клієнт бачить у собі здатність діяти.

Таким чином, етап С є інтеграційною фазою, яка об'єднує результати попередніх етапів і переводить людину в режим активного подолання. Саме тут формується міст між кризою та поверненням до нормального функціонування. Людина, яка ще недавно відчувала повну дезорієнтацію, отримує нове бачення ситуації, конкретні інструменти та реалістичний план дій, який допомагає не тільки впоратися із теперішніми труднощами, а й зміцнити психологічну стійкість на майбутнє.

Після розгляду структури та змісту кожного етапу АВС-моделі важливо звернути увагу на її практичну значущість і ті характеристики, які роблять цей підхід одним із найбільш ефективних інструментів кризового втручання. Саме розуміння переваг моделі та умов, за яких вона демонструє найкращі результати, дозволяє фахівцеві правильно обирати її для конкретної ситуації та адаптувати відповідно до потреб клієнта.

АВС-модель вирізняється високою швидкістю застосування та чіткою структурованістю, що робить її придатною для роботи у польових умовах, у взаємодії з військовими, медичними працівниками, рятувальниками та цивільними, які пережили надзвичайні події. Її гнучкість дає змогу консультанту вільно переходити між етапами, опираючись на поточний стан клієнта та динаміку його переживань. Модель універсальна і може бути використана при будь-якій формі кризового досвіду. Важливою перевагою є інтеграція емоційних, когнітивних і поведінкових елементів, що дозволяє працювати одразу з кількома рівнями реагування на стрес. Окрім того, АВС-модель легко поєднується з техніками когнітивно-поведінкової терапії, стабілізаційними вправами та семистадійною моделлю Робертса, створюючи широку платформу для комплексної психологічної підтримки.

Особливо ефективною АВС-модель є в перші години та дні після стресової події, коли необхідна швидка стабілізація, а в людини ще не сформувалися хронічні реакції або стійкі дезадаптивні переконання. Вона добре показує себе під час роботи в укриттях, евакуаційних пунктах і в умовах бойової обстановки, де потрібне оперативне реагування. Модель широко застосовується при роботі з військовими після бойових епізодів, у клінічній практиці з гострими кризовими станами, а також у діяльності шкільних психологів, які підтримують дітей, що пережили травматичні події. Саме здатність моделі бути водночас швидкою, структурованою та адаптивною робить її надзвичайно цінним інструментом кризової психологічної допомоги.

*Семистадійна модель кризового втручання Робертса*, запропонована Алланом Робертсом, є однією з найпоширеніших та найефективніших структур для надання допомоги людям у стані гострого психологічного дистресу.

Модель виникла як відповідь на потребу у єдиному, стандартизованому і доказовому алгоритмі для фахівців, які працюють із гострими психічними станами - суїцидальною поведінкою, насильством, травмою, посттравматичним стресом. Робертс проаналізував досвід клінічних підходів та кризових служб і узагальнив його у вигляді чітких семи етапів, які охоплюють повний цикл кризового втручання.

У 2000-х роках модель стала однією з базових у програмах підготовки кризових консультантів та соціальних працівників у США, а згодом поширилася у практиці військових психологів та служб підтримки.

Модель передбачає послідовний рух від оцінювання небезпеки до розроблення плану дій і подальшого супроводу, забезпечуючи комплексний підхід до стабілізації стану клієнта[9].

Перший етап. Оцінювання психосоціального стану та рівня небезпеки. Він полягає у ґрунтовній первинній діагностиці. Консультант має з'ясувати, чи існує безпосередня загроза життю людини або інших осіб: суїцидальні наміри, агресивні імпульси, втеча, дезорієнтація, вплив психоактивних речовин. Ступінь гостроти ситуації визначає подальшу тактику втручання. На цьому етапі важливо оцінити не лише емоційний стан людини, а й зовнішні обставини: соціальні зв'язки, сімейну підтримку, ресурси, доступні людині, та фактори, які можуть посилювати стрес.

Другий етап. Встановлення контакту й формування робочого альянсу. Цей етап передбачає створення атмосфери безпеки та прийняття. Людина має відчувати, що консультант є надійною та компетентною фігурою, яка здатна допомогти. Це включає емпатичне слухання, доброзичливий тон, чутливість до емоцій клієнта та повагу до його досвіду. Для людини в кризі надзвичайно важливо відчувати, що її чують і сприймають серйозно.

Третій етап. Визначення основних проблем або тригерів. Цей етап допомагає структурувати хаотичні переживання. Консультант разом із людиною, яка перебуває у кризовому стані, з'ясовує, які саме події, думки або взаємодії спричинили кризу. Часто людина називає багато різних труднощів, але лише одна або кілька з них є ключовими у розвитку кризового стану. З'ясування основного тригера дозволяє визначити, на що слід спрямувати подальшу роботу.

Четвертий етап. Дослідження почуттів та емоційна вентиляція. Цей етап дає людині можливість висловити свої переживання, зняти внутрішню напругу й отримати валідацію власних реакцій. У кризі люди часто приховують або пригнічують емоції, що лише поглиблює дистрес. Завдання консультанта на даному етапі є створення умов, у яких емоції можуть бути названі, осмислені й прийняті без осуду. Це допомагає відновити емоційний баланс і підтримує когнітивну ясність.

П'ятий етап. Аналіз попередніх стратегій подолання та пошук альтернатив. Цей етап спрямований на виявлення того, які способи

реагування людина вже використовувала і чому вони не спрацювали. Разом із фахівцем людина досліджує інші можливості, які можуть бути більш ефективними. Це можуть бути як внутрішні ресурси (зміна мислення, саморегуляція), так і зовнішні (підтримка родичів, соціальні служби, медична допомога).

Шостий етап. Розроблення конкретного плану дій. Цей етап передбачає створення чіткої, реалістичної та досяжної стратегії, яка допоможе людині подолати кризовий стан. План може включати кроки щодо відновлення повсякденних функцій, конкретні поведінкові завдання, заходи безпеки, способи пошуку соціальної підтримки або направлення до інших фахівців. Головною метою є повернення людині відчуття контролю та можливості впливати на ситуацію.

Сьомий етап. Подальший супровід та оцінювання результатів. Останній етап полягає в підтриманні контакту з людиною після завершення первинної інтервенції. Це може бути телефонний дзвінок, повторна консультація або моніторинг стану через певний час. Такий супровід допомагає уникнути повторного розвитку кризи, зміцнює навички подолання та забезпечує людині відчуття підтримки й послідовності.

Семистадійна модель Робертса широко застосовується у кризових центрах, лікарнях, службах екстреної допомоги, військових структурах і практиці консультантів. Її сила полягає у структурованості, ясності та можливості швидко реагувати на гострі стани, що робить модель одним із ключових інструментів сучасної кризової психологічної допомоги.

*Модель SAFER-R* широко використовується у практиці кризових служб, військових психологів, працівників поліції та рятувальних підрозділів. Її привабливість полягає у чіткій структурі, простоті впровадження й адаптивності до різних умов, включно з високостресовими середовищами бойових дій, евакуаційними заходами та роботою з великою кількістю постраждалих.

Модель SAFER-R сформувалася наприкінці XX - на початку XXI століття в межах практики кризових служб США. Її розробили фахівці Міжнародної асоціації кризових інтервенцій (International Critical Incident Stress Foundation, ICISF), серед яких провідну роль відіграли Джеффри Мітчелл та Джордж Еверлі - ключові постаті у становленні сучасної системи кризового реагування для рятувальних підрозділів, пожежних, поліції та військових [9].

У 1980–1990-х роках вони працювали над створенням структурованих методів швидкої психологічної допомоги у ситуаціях надзвичайного стресу: катастроф, аварій, терактів, бойових операцій. Під час роботи з постраждалими та службами екстреного реагування стало очевидно, що фахівцям потрібна коротка, проста й стандартизована модель, яку можна

застосувати у перші хвилини або години після події, коли традиційне консультування є недоречним або неможливим.

У 2000-х роках модель була уточнена й адаптована для ширшого кола спеціалістів, не лише для рятувальників, а й для психологів, кризових консультантів, медиків, військових та фахівців гуманітарних місій.

Особливу популярність SAFER-R отримала після того, як її почали використовувати в армійських та поліцейських програмах підтримки персоналу, оскільки модель надає чіткий алгоритм дій, який може виконувати навіть спеціаліст без глибокої психотерапевтичної підготовки.

Модель SAFER-R створена для швидкого реагування на гострі кризові стани, коли надання допомоги має бути коротким, зосередженим і спрямованим на відновлення базової функціональності людини. Вона складається з шести послідовних етапів: Stabilize (Стабілізація), Acknowledge (Визнання), Facilitate (Полегшення), Encourage (Заохочення), Recovery (Одужання), Refer (Направлення). На практиці це дає змогу швидко оцінити стан клієнта, знизити інтенсивність емоційного збудження та відновити здатність до мислення, прийняття рішень і контролю власних дій.

Першим кроком є стабілізація (stabilize), спрямована на зменшення фізіологічного й психологічного напруження. Фахівець допомагає людині повернути відчуття опори в теперішньому моменті, використовуючи техніки заземлення, дихальні вправи чи прості інструкції для зниження рівня паніки. На цьому етапі важливо відновити мінімальний контроль над тілом і увагою, оскільки без цього подальші інтервенції будуть неефективними.

Наступним етапом є визнання (acknowledge), під час якого консультант демонструє емпатію, прийняття та підтримку. Такий підхід знижує відчуття ізоляції та сорому, допомагаючи людині повірити, що його стан є зрозумілим і піддається корекції.

Третій етап - це полегшення (facilitate). На цьому рівні консультант допомагає людині упорядкувати емоції, структурувати думки та відокремити факти від інтенсивних переживань. Цей крок спрямований на зменшення хаосу та підвищення когнітивної ясності, що дозволяє людині почати більш конструктивно сприймати ситуацію.

Четвертий етап - заохочення (encourage) до адаптивних дій і формування реалістичних, посильних кроків протягом найближчого часу. Це можуть бути дрібні завдання, контакт із близькими, відновлення елементарних побутових функцій або звернення до ресурсів підтримки. Головна мета - повернути клієнтові відчуття контролю.

На п'ятому етапі відбувається підтримка процесів одужання (recovery), спрямована на відновлення природних механізмів саморегуляції. На цьому кроці консультант допомагає людині знайти внутрішні й зовнішні ресурси, усвідомити опори, які залишаються доступними попри кризу, та відчуті поступове повернення рівноваги.

Завершальним етапом є направлення (refer) - організація подальшої допомоги, якщо ситуація вимагає більш тривалої або спеціалізованої підтримки. Це може бути психотерапія, медична консультація, робота з кризовими центрами, соціальними службами або програмами довгострокового супроводу. Направлення забезпечує безперервність допомоги та запобігає повторному загостренню кризового стану.

Модель SAFER-R є надзвичайно корисною для українських реалій, адже її структура дозволяє працювати швидко та ефективно в екстремальних умовах: під час обстрілів, евакуацій, масових травматичних подій або індивідуальних гострих емоційних станів у військових та цивільних. Вона добре поєднується з ABC-моделлю та моделлю Робертса, забезпечуючи короткочасну інтервенцію, яка може передувати більш глибокій консультативній або терапевтичній роботі.

Ще одним із сучасних та ефективних підходів до індивідуальної кризової допомоги є *модель RAPID PFA*, розроблена Дж. С. Еверлі та Дж. М. Летінгом. Вона була створена як стандартизований інструмент першої психологічної допомоги, який дозволяє фахівцеві швидко реагувати на гострі стресові стани, стабілізувати емоційне функціонування людини та визначити потребу в подальшому професійному втручанні [5]. Модель є високоефективною в ситуаціях війни, катастроф, масових інцидентів та у роботі з окремими постраждалими, оскільки її структура адаптована для польових умов, де час, безпека та організаційні обмеження мають ключове значення.

Ця модель ґрунтується на п'яти ключових компонентах, спрямованих на зниження інтенсивності гострого стресу та визначення потреби у подальшій психологічній підтримці.

1) співналаштування та активне слухання (Rapport and Reflective listening);

2) оцінювання потреб (Assessment of needs);

3) пріоритизація (Prioritization);

4) інтервенція (Intervention);

5) диспозиція (Disposition).

Першим компонентом моделі є налагодження контакту та рефлексивне слухання, що передбачає створення безпечного простору, у якому людина може висловити пережите без страху бути засудженою чи нерозумілою. На цьому етапі психолог проявляє емпатію, присутність та доброзичливість, утримуючись від поспішних інтерпретацій. Надзвичайно важливо не демонструвати зверхність або впевненість у тому, що фахівець «знає краще», адже кожна кризова реакція унікальна. Рефлексивне слухання допомагає людині не лише відчувати підтримку, а й почати самостійно формулювати власні потреби та переживання, що часто є першим кроком до зниження напруги.

Наступним кроком є оцінювання потреб, що передбачає швидке визначення рівня дезорганізації, емоційного збудження та здатності людини функціонувати. На цьому етапі фахівець оцінює, хто перебуває у стані гострого стресу, хто може потребувати негайного втручання, а хто зберігає відносну стабільність. Це не клінічна діагностика - це практичний скринінг, який дає змогу оперативно ідентифікувати найбільш уразливих осіб і визначити подальші дії. Саме тут психолог звертає увагу на такі ознаки, як дезорієнтація, заціпеніння, панічні реакції, гіпервозбудження чи поведінкова дестабілізація.

Після оцінки потреб відбувається пріоритизація, яка дозволяє раціонально розподіляти ресурси фахівця. У кризових умовах, де кількість постраждалих може бути значною, зусилля необхідно спрямовувати перш за все на тих, чий стан становить найвищий ризик. Пріоритизація допомагає зосередитися на термінових завданнях і уникнути ситуацій, коли люди з найбільшою потребою у підтримці залишаються поза увагою. Вона визначає, кого стабілізувати першочергово та у який спосіб це зробити найефективніше.

Центральним етапом моделі є втручання (інтервенція) - активна, сфокусована допомога, спрямована на швидке зменшення страждання та відновлення здатності людини орієнтуватися в ситуації. Тут фахівець застосовує конкретні методи стабілізації: техніки заземлення, контрольоване дихання, когнітивне прояснення, нормалізацію типових стресових реакцій, м'які інструкції для зменшення хаосу у мисленні. Важливо допомогти людині повернути опору в теперішньому моменті та знизити фізіологічне збудження, адже без цього подальша психологічна робота буде малоефективною. На цьому етапі психолог ставить перед собою ключове запитання: «Що я можу зробити зараз, щоб полегшити стан людини і допомогти їй відновити базовий контроль?»

Завершальним компонентом є диспозиція, яка передбачає визначення подальшого маршруту допомоги. Після стабілізації необхідно зрозуміти, чи здатна людина повернутися до свого звичного рівня функціонування, чи потребує вона додаткової підтримки - подальшого спостереження, консультацій, направлення до психотерапевта, психіатра або соціальних служб. Розробники моделі підкреслюють, що перша психологічна допомога не має бути одноразовим втручанням: важливо продовжувати відстеження стану людини, адже симптоми можуть проявлятися із затримкою. Тривале спостереження дозволяє запобігти розвитку посттравматичних реакцій і своєчасно забезпечити людину необхідною підтримкою.

У цілому RAPID PFA є універсальним і практичним інструментом короткострокової кризової допомоги, який дозволяє швидко знизити інтенсивність гострого стресу, забезпечити базову стабілізацію та визначити потреби людини у подальшій психологічній або медичній підтримці. Його

простота, структурованість та орієнтація на швидке реагування роблять модель особливо актуальною в умовах воєнного стану, масових травматичних подій, евакуації та роботи з постраждалими у кризових ситуаціях [5].

Розглянуті вище моделі кризового втручання демонструють різні підходи до індивідуальної роботи з людиною, яка переживає гострий стрес. Вони дають фахівцеві чіткі алгоритми дій, спрямовані на стабілізацію, зменшення емоційної напруги та оцінку потреб постраждалого. Однак практична діяльність психолога у кризових умовах не обмежується лише індивідуальними інтервенціями. Значна частина критичних подій має колективний характер: бойові епізоди, надзвичайні ситуації, аварії, стихійні лиха, теракти або інциденти, свідками яких стають групи людей.

У таких випадках постає потреба в методах, які дозволяють працювати не лише з окремою особою, а й з групою, що зазнала спільного стресового впливу. Саме тут важливого значення набувають методи групового кризового реагування, серед яких особливе місце посідає *психологічний дебрифінг*. На відміну від моделей індивідуальної допомоги, дебрифінг спрямований на колективне опрацювання пережитого досвіду, нормалізацію реакцій, відновлення групової згуртованості та профілактику відкладених стресових розладів.

Таким чином, логічним продовженням аналізу індивідуальних моделей кризового втручання є розгляд психологічного дебрифінгу, який застосовується тоді, коли критичну подію пережила група людей і необхідно забезпечити структурований простір для безпечного обговорення наслідків стресу та підтримки одне одного.

Психологічний дебрифінг є одним із найбільш відомих методів групового кризового втручання, що використовується для підтримки людей, які спільно пережили критичну або потенційно травматичну подію. Він виник у 1980-х роках у межах програми Critical Incident Stress Debriefing (CISD), розробленої Джеффри Мітчеллом, і був спрямований передусім на роботу з рятувальниками, пожежниками, військовими та іншими представниками служб реагування. Основною ідеєю дебрифінгу стало створення структурованого простору, у якому група людей може безпечно проговорити свої переживання та отримати підтримку після інтенсивного стресового впливу.

На відміну від індивідуальних моделей кризової допомоги, таких як ABC, SAFER-R чи RAPID PFA, дебрифінг орієнтований не на одну особу, а на групу, яка була свідком або учасником спільної події. Груповий формат дозволяє зменшити почуття ізольованості, формує підтримувальне середовище і сприяє відновленню почуття контролю над ситуацією. Люди часто переживають подібні стани, але соромляться або бояться про них говорити; у межах дебрифінгу вони переконуються, що їхні реакції є природними відповідями на екстремальні обставини.

Основні завдання дебрифінгу включають: створення безпечного середовища для вираження переживань, покращення групової згуртованості, опрацювання інтенсивних емоцій, корекцію хибних переконань, зниження рівня стресу та виявлення осіб, які потребують індивідуального супроводу. У центрі методу лежить процес емоційного та когнітивного впорядкування події, її інтеграція у життєвий досвід та формування адаптивних стратегій подолання.

Психологічний дебрифінг базується на кількох ключових механізмах, що забезпечують його стабілізуючий ефект. Першим із них є нормалізація, завдяки якій учасники усвідомлюють, що їхні емоційні та фізіологічні реакції на подію є природними й типовими для гострого стресу, а не ознакою патології чи «слабкості». Важливо, що нормалізація зменшує тривогу та сором, повертає відчуття контрольованості й допомагає прийняти власний стан [1]. Другим механізмом виступає десенсибілізація - поступове зниження емоційної інтенсивності спогадів, яке відбувається завдяки їх безпечному проговоренню. Коли людина описує «найважчі моменти», емоційний заряд спогаду слабшає, і подія перестає сприйматися як загрозлива. Третім механізмом є вербалізація, що дозволяє перевести хаотичні відчуття та переживання у слова, надати їм структури й сенсу. Через осмислене висловлення внутрішнього досвіду знижується напруга та формується можливість інтеграції пережитого у власну історію [1]. Не менш важливою у процесі дебрифінгу є соціальна підтримка, яка виникає через спільне обговорення події в групі. Усвідомлення того, що інші мали подібні реакції, зменшує відчуття ізоляції, посилює згуртованість та створює атмосферу взаємного прийняття. Сукупна дія цих механізмів сприяє зменшенню інтенсивності стресу, стабілізації емоційного стану та запобігає формуванню дезадаптивних схем поведінки після пережитого інциденту.

Процес дебрифінгу зазвичай проводиться через 24–72 години після події та має чітку структурну послідовність. Класична модель дебрифінгу за Мітчеллом передбачає сім послідовних стадій, які забезпечують структуроване й безпечно опрацювання події.

Першою є вступна стадія, у межах якої фахівець визначає правила взаємодії, принципи конфіденційності, окреслює мету та очікуваний перебіг зустрічі. На цьому етапі важливо створити атмосферу довіри й безпеки, де кожен учасник може висловити пережите без страху осуду. Наголошується, що дебрифінг - це не аналіз правильності дій, а спосіб підтримки та відновлення.

Друга стадія - опис фактів. Ця стадія передбачає короткий виклад учасниками того, що саме сталося. Мета цього етапу - відновити послідовність події, зменшити фрагментарність спогадів і сформувати спільне розуміння ситуації. Люди можуть розповідати стільки, скільки вважають доречним, без тиску чи примусу.

Після цього група переходить до обміну думками, коли учасники діляться тим, що подумали у момент події: що їх найбільше вразило, що здавалося незрозумілим або небезпечним. Цей етап допомагає зрозуміти індивідуальні когнітивні реакції та побачити, наскільки вони різняться або збігаються з реакціями інших.

На четвертій стадії відбувається обговорення емоцій. Саме ця стадія є найбільш глибокою та емоційно насиченою. Учасники мають змогу проговорити свої переживання: страх, шок, безпорадність, гнів, провини чи розгубленість. Завдання фахівця на цьому етапі полягає в підтримці групи, допомозі учасникам безпечно висловлювати емоції, не допускаючи повторної травматизації. Саме на цьому етапі відбувається суттєве зниження внутрішньої напруги.

П'ята стадія передбачає обговорення фізіологічних та поведінкових симптомів, які виникли після інциденту: порушення сну, нав'язливі спогади, підвищена тривожність, дратівливість, зниження апетиту, тремор, втома. Психолог пояснює, що такі реакції є типовими для організму, який перебував у стресі. Нормалізація симптомів зменшує страх за власний психічний стан.

Шостою є психоедукаційна стадія, під час якої учасники отримують інформацію про можливі відкладені реакції, ефективні способи самопомоги та рекомендації щодо адаптації у найближчі дні. Психолог навчає простим стабілізаційним технікам та пояснює, коли варто звернутися по додаткову допомогу.

Завершальна стадія - реінтеграція, що спрямована на підбиття підсумків і повернення до поточної реальності. Учасники можуть висловити завершальні думки, поставити питання або поділитися планами щодо подальших дій. Психолог надає інформацію про канали підтримки, за потреби рекомендує індивідуальні консультації чи подальший супровід.

Для того щоб психологічний дебрифінг був максимально ефективним, він має проводитися за певних умов, підтверджених сучасними науковими оглядами та практичним досвідом кризових інтервенцій. Найкращі результати спостерігаються тоді, коли група має спільну професійну або ситуаційну ідентичність, тобто складається з людей, які разом пережили подію або виконують однакові функції, як-от військовослужбовці, медики, поліцейські, рятувальники чи працівники ДСНС. У таких групах рівень взаєморозуміння значно вищий, а почуття підтримки є більш природним і стійким. Надзвичайно важливою умовою є добровільність участі, оскільки примусове залучення може викликати опір, посилити емоційну напругу та знизити ефективність процесу. Дебрифінг не повинен нав'язуватися як обов'язковий засіб профілактики посттравматичного стресового розладу, адже він не є терапевтичною технікою, а радше формою кризової стабілізації, яка працює лише тоді, коли люди відчують готовність до обговорення пережитого.

Важливо також, щоб подія, яку обговорюють, була завершеною і не існувало триваючої загрози. Неможливо стабілізувати стан людини, якщо

вона все ще перебуває в умовах небезпеки, оскільки психіка продовжує працювати у режимі виживання. Дебрифінг не повинен застосовуватися в ситуаціях, коли людина перебуває у стані гострого шоку, оскільки її психіка в цей час не здатна до адекватного усвідомлення та вербалізації пережитого, а спроба обговорення події може призвести до додаткової дезорганізації. Значну роль відіграє професійність і підготовка ведучого: фасилітатор має володіти знаннями з кризової інтервенції, групової динаміки та технік емоційної стабілізації, а також вміти підтримувати безпечний, структурований простір протягом усього процесу. Оптимальний розмір групи - від 8 до 12–15 осіб. Це дозволяє забезпечити достатньо часу для висловлення кожного учасника і водночас підтримувати керованість групового процесу.

Не менш важливим є середовище, у якому проводиться дебрифінг. Зустріч має відбуватися у тихому, захищеному та комфортному просторі, де відсутні сторонні подразники та можливі переривання. Саме така атмосфера сприяє створенню відчуття безпеки, що є ключовою умовою для відкритого обговорення складних переживань. Усі ці чинники разом забезпечують оптимальні умови для проведення психологічного дебрифінгу, сприяючи його стабілізуючому, нормалізуючому та підтримувальному ефекту.

Успішність психологічного дебрифінгу безпосередньо залежить від компетентності ведучого, який виконує роль фасилітатора групового процесу. Саме він створює безпечний простір, у межах якого учасники можуть відкрито ділитися складними переживаннями, не побоюючись осуду чи тиску. Фасилітатор має вміти підтримувати чіткі та стабільні межі, забезпечуючи атмосферу довіри, де кожен учасник може висловитися у власному темпі. Одним із ключових завдань ведучого є попередження домінування окремих учасників або виникнення групового тиску, який може знецінити чи блокувати досвід інших.

Не менш важливо, щоб фахівець уникав деталізації найбільш травматичних або жахливих моментів події, адже надмірний акцент на них може спричинити повторну травматизацію. Ведучий повинен уважно реагувати на невербальні прояви - зміну дихання, напруження м'язів, уникання зорового контакту чи емоційну затримку, адже саме через такі сигнали можна зрозуміти, чи готова людина продовжувати обговорення, чи потребує тимчасової паузи. Водночас він має залишатися емоційно стійким і не втягуватися у власні переживання, щоб не зміщувати фокус процесу з учасників на себе.

Фасилітатор також повинен утримуватися від оцінних суджень або порад щодо того, «як треба було діяти» під час критичної ситуації. Подібні коментарі можуть посилити почуття провини чи невпевненості й фактично звести нанівець стабілізуючий ефект зустрічі. Завершення дебрифінгу має бути особливо чутливим: ведучий повинен допомогти групі повернутися до

стану відносної рівноваги, підсумувати процес, визначити ресурси подальшої підтримки та завершити зустріч на стабілізуючій, врівноваженій ноті.

Таким чином, роль фасилітатора полягає не лише у веденні групового обговорення, а й у забезпеченні психологічної безпеки, управлінні груповою динамікою та підтримці кожного учасника. Компетентний ведучий не просто координує процес - він стає опорою для всієї групи, демонструючи професійну стійкість, емпатію та здатність утримувати емоційно насичений простір у межах безпечних кордонів.

Психологічний дебрифінг, попри свою цінність у кризових інтервенціях, має низку суттєвих протипоказань та ризиків, які необхідно враховувати перед його проведенням. Не менш важливою є і часовість: проведення зустрічі надто рано, у перші години після інциденту, може бути шкідливим, адже психіка ще знаходиться у фазі первинної стресової реакції, і будь-яке втручання, що передбачає повернення до події, лише поглибить перенапруження.

Суттєвим ризиком є також надмірна різноманітність групи. Якщо учасники відрізняються між собою за ролями, статусом чи ступенем травматизації, виникає значна ймовірність того, що частина групи почуватиметься менш вільно або навіть уразливо. За таких умов відкритість і довіра різко знижуються, а сам процес дебрифінгу може втратити терапевтичний ефект і перетворитися на формальну процедуру. Проблематично проводити дебрифінг і тоді, коли в групі присутні особи, схильні до домінування, агресії або знецінення чужих переживань: подібна поведінка створює загрозу ретравматизації та може перешкодити іншим учасникам висловитися.

Додатковим обмеженням є ситуації, коли сама подія має триваючий характер, наприклад, у зоні бойових дій або під час повторюваних ракетних атак. У таких умовах психіка продовжує перебувати в режимі виживання, і будь-яка спроба «обговорити пережите» стає передчасною та небезпечною. Людина не здатна перейти до інтеграції досвіду, доки загроза не минула.

Окремо варто зазначити потенційні ризики неправильно організованого дебрифінгу. Передчасне і надто детальне проговорення травматичних моментів може посилити емоційний стрес, викликати вторинну травматизацію або спричинити появу нав'язливих спогадів. У деяких випадках груповий тиск змушує учасників говорити більше, ніж вони готові, що також може завдати шкоди. Крім того, відсутність належної підготовки у ведучого здатна призвести до втрати контролю над процесом, емоційної дестабілізації групи або некоректного реагування на висловлені переживання.

Таким чином, психологічний дебрифінг потребує уважного аналізу контексту, готовності учасників і професійної компетентності фахівця. Лише за умови дотримання цих критеріїв метод може забезпечити стабілізуючий

ефект, уникнувши ризиків, що здатні погіршити стан учасників та спричинити додаткове психологічне навантаження.

У контексті війни та воєнного стану психологічний дебрифінг набуває особливого значення, оскільки критичні інциденти, з якими стикаються військові, рятувальники, поліцейські, медики та цивільні, часто мають масовий, раптовий і надзвичайно інтенсивний характер. Групи, що пережили бойові дії, обстріли, масові поранення або евакуацію, стикаються не лише з фізичною загрозою, а й із глибокими психологічними наслідками, серед яких шок, сильна тривога, почуття провини, розгубленість і стан емоційного виснаження. У таких умовах дебрифінг може стати важливою формою початкової стабілізації, яка допомагає повернути групі мінімальний рівень внутрішньої організованості та знизити загальну напруженість.

Для військових підрозділів дебрифінг є можливістю у структурованому форматі обговорити пережитий бойовий досвід, зменшити емоційну перенасиченість і підтримати згуртованість, що є критично важливим у бойових умовах. Для рятувальних команд, які працюють над ліквідацією наслідків ракетних обстрілів чи завалів, дебрифінг дає нагоду безпечно проговорити шоківі моменти, знайти точки опори у взаємній підтримці та знизити ризик професійного вигорання. Медики, які стикаються з масовими пораненнями або тяжкими випадками, можуть використати цей процес як спосіб частково зняти емоційну напругу, викликану тривалим контактом зі стражданням і смертю.

Цивільні, що пережили вибух, втрату близьких, примусову евакуацію або опинилися під час атаки, також потребують можливості осмислити власні переживання в безпечній атмосфері. Дебрифінг у таких групах допомагає зменшити почуття ізоляції та безпорадності, адже люди усвідомлюють, що інші мають подібні реакції, а отже вони не є «ненормальними» чи «слабкими». Працівники критичної інфраструктури, які забезпечують життєдіяльність міст під час обстрілів, можуть використовувати дебрифінг для зміцнення командної взаємодії та профілактики емоційного виснаження, яке у воєнних умовах має накопичувальний характер.

Водночас важливо враховувати, що у воєнних реаліях дебрифінг не завжди має профілактичний ефект щодо розвитку посттравматичного стресового розладу, оскільки події можуть повторюватися, а загроза - залишатися актуальною. Проте метод виявляється надзвичайно корисним для стабілізації групи в найближчий період після інциденту: він сприяє нормалізації емоційних реакцій, зниженню гострої напруги, відновленню групової згуртованості та зменшенню почуття провини, яке часто переживають учасники бойових епізодів чи масових трагедій. Крім того, дебрифінг допомагає виявити тих членів групи, хто потребує подальшої індивідуальної психологічної допомоги, що особливо важливо в умовах, коли ризик відкладених травматичних реакцій значно підвищений.

Таким чином, психологічний дебрифінг у контексті війни є не лише способом емоційного розвантаження, а й інструментом підтримки стійкості, зміцнення колективної ідентичності та вчасного виявлення тих, хто перебуває у зоні підвищеного психологічного ризику.

У комплексі семистадійна структура дебрифінгу створює безпечний, керований процес, який дозволяє групі впорядкувати свій досвід, знизити емоційне навантаження та підтримати одне одного після критичного інциденту. Хоча дебрифінг не є лікуванням травми й не повинен розглядатися як універсальна профілактика ПТСР, він виступає важливим інструментом кризової роботи, особливо у високостресових професійних середовищах і в умовах воєнного стану. Він доповнює індивідуальні моделі кризового втручання, забезпечуючи груповий формат стабілізації та колективного опрацювання пережитого.

Після аналізу теоретичних підходів до кризової інтервенції та методики психологічного дебрифінгу наступним етапом є розгляд засобів, що забезпечують оперативну стабілізацію емоційних і фізіологічних реакцій постраждалого.

Стабілізаційні вправи становлять одну з ключових та найбільш ефективних складових першої психологічної допомоги, особливо в умовах дії правового режиму воєнного або надзвичайного стану, коли людина може перебувати в стані сильного психоемоційного напруження, гіпервозбудження, дезорієнтації, панічного реагування або рухового заціпеніння. У таких ситуаціях психіка працює у режимі екстреної мобілізації, що активує симпатичну нервову систему, спричиняє прискорене серцебиття, поверхнєве дихання, тремор чи неможливість зосередитися. На відміну від терапевтичних методів, які спрямовані на глибинне опрацювання травматичного досвіду, стабілізаційні техніки мають іншу мету - вони покликані швидко знизити рівень стресового збудження й повернути людині можливість діяти та мислити адекватно «тут і тепер».

Відмінною рисою стабілізаційних вправ є їхня практичність, доступність і універсальність. Більшість цих технік не потребують спеціального обладнання, значних часових витрат або професійної підготовки. Завдяки цьому вони можуть застосовуватися у різноманітних умовах - під час евакуації, в укриттях, на об'єктах критичної інфраструктури, у мобільних медичних пунктах, у тимчасових центрах розміщення населення чи під час чергування служб реагування. Стабілізаційні вправи працюють за принципом впливу на нервову систему: вони допомагають зменшити надмірну активацію симпатичного відділу, що відповідає за реакції «бий або тікай», і активізувати парасимпатичні механізми, які повертають організм до стану уповільнення та фізіологічного заспокоєння.

Одним із провідних інструментів стабілізації є контрольоване дихання. Фізіологічні дослідження доводять, що повільний вдих та

подовжений видих активують блукаючий нерв, що безпосередньо знижує вегетативне збудження. У кризових ситуаціях людина схильна дихати короткими, поверхневими вдихами, що підвищує рівень вуглекислого газу та спричиняє запаморочення, відчуття нереальності або паніку. Зосереджене повільне дихання з рівномірним подовженим видихом дозволяє знизити частоту серцебиття, зменшити м'язову напругу та відновити відчуття контролю над тілом. В умовах гострого стресу люди часто дихають поверхнево й швидко, що призводить до гіпервентиляції та підсилення тривоги. Проста інструкція «роби повільний вдих носом і довший видих ротом» здатна зменшити інтенсивність емоційної реакції вже через 2–3 хвилини. Техніки контрольованого дихання, наприклад, «4–6» (вдих на 4 секунди, видих на 6), циклічне дихання або дихання «квадратом», яке дозволяють стабілізувати дихальний ритм і відновити внутрішню рівновагу вже за кілька хвилин.

Важливим елементом стабілізаційної роботи є техніки заземлення, які спрямовані на повернення людини до реальності через залучення органів чуття та тілесних відчуттів. У стані гострого стресу увага звужується до внутрішнього емоційного хаосу, а контакт із зовнішнім світом порушується. Використовується декілька варіантів заземлення: через органи чуття, через тілесні відчуття або через візуальну фіксацію на стабільних об'єктах довкола. Ці техніки особливо корисні при панічних реакціях, дереалізації, дезорієнтації чи відчутті «внутрішньої порожнечі».

Техніки заземлення через органи чуття. Однією з найбільш доступних і водночас дієвих технік сенсорного заземлення є вправа «5-4-3-2-1», яка допомагає м'яко повернути людину з хвилі тривоги або дезорієнтації у контакт із теперішнім моментом. Її дія ґрунтується на поступовому залученні різних органів чуття, що переключає увагу зі світу внутрішнього напруження на зовнішню, конкретну й передбачувану реальність. Вправа починається з того, що людина визначає п'ять предметів, які вона може бачити навколо себе. Це можуть бути будь-які візуальні орієнтири - кут кімнати, вікно, стілець, відблиск світла або колір одягу. Називання цих предметів у думках або вголос активізує зоровий аналізатор і допомагає «повернути погляд у реальність». Наступний крок - доторкнутися або відчути чотири різні поверхні. Людина проводить увагою по тому, що може торкнутися: гладка поверхня телефону, шорсткість тканини, холод металу чи пружність підлокітника. Тактильний контакт повертає до тіла, допомагає відчути себе «тут» і формує стабілізуючий ефект. Після цього необхідно прислухатися до трьох звуків, які можна почути в даний момент. Це можуть бути кроки в коридорі, приглушений шум вентиляції, рух транспорту за вікном або власне дихання. Активація слухового аналізатора розширює відчуття простору та знижує внутрішній «фон тривоги». Далі людина звертає увагу на два запахи, які вона здатна відчути. Це може бути запах кімнати, одягу, повітряного

спрею, кави або самого простору навколо. Навіть якщо запахи ледь вловимі, їх розпізнавання повертає відчуття реальності й включає ті ділянки мозку, які допомагають вгамовувати надмірне емоційне збудження. І звернути увагу на один смак, який можна відчути. Це може бути ковток води, м'ята, частинка жувальної гумки або просто смак у роті. Фокус на смакових відчуттях завершує цикл залучення чуттів і створює відчуття цілісного повернення у «тут і тепер». Таким чином, вправа «5-4-3-2-1» працює як ніжний, але дуже надійний місток між внутрішньою напругою та зовнішнім світом. Вона структурує увагу, повертає контроль над сприйняттям і знижує інтенсивність емоційних реакцій, особливо в станах тривоги, паніки, шоку або дезорієнтації. Її простота дозволяє застосовувати техніку як у професійному середовищі, так і у щоденних умовах самопомоги.

Техніки заземлення через тілесні відчуття. У ситуаціях, коли виникає різке емоційне напруження, тіло або різко активізується, або, навпаки, «завмирає», втрачаючи здатність реагувати. Техніки тілесного заземлення дозволяють повернути відчуття контролю, відновити зв'язок із власним тілом, стабілізувати фізіологічний стан. На відміну від глибинних терапевтичних методів, такі вправи діють швидко й практично, не потребують обладнання та можуть застосовуватися у будь-яких умовах, зокрема під час евакуації, перебування в укритті або очікування допомоги.

Однією з найпростіших і найдієвіших технік є «натискання ногами в підлогу». Людина сідає так, щоб ступні щільно торкалися поверхні, і повільно натискає ними вниз, відчуваючи, як напружуються м'язи ніг, стегон і таза. Цей фізичний рух активує глибокі м'язи та автоматично повертає відчуття опори й стабільності. Ритмічні видихи під час утримання напруги зменшують інтенсивність тривоги. Така вправа особливо корисна при відчутті розгубленості, паніці чи різкому шумовому подразнику.

Важливе місце займає техніка «тиснути на опору». Людина кладе руки на поверхню столу або на власні коліна й повільно натискає вниз, концентруючись на силі, яку докладає. Це створює відчуття внутрішньої опори і контролю над тілом, а також допомагає зупинити тривожні «розкручування» думок. Такий метод добре підходить як дорослим, так і підліткам, а також тим, хто відчуває м'язову слабкість після шоку.

Техніка тактильних точок є ще одним спосіб м'яко стабілізувати тіло. Людині пропонують покласти одну руку на груди, іншу - на живіт, відчути тепло своїх долонь, налаштувати дихання під рух живота. Цей підхід особливо ефективний при емоційному заціпенінні та внутрішній порожнечі, тому що допомагає повернути базове відчуття тілесності, захищеності та ритму.

Техніки візуального заземлення ґрунтуються на здатності зору швидко та надійно переключати увагу з внутрішнього емоційного напруження на зовнішню реальність. У стані гострого стресу людина часто відчуває «втрату фокусу», ніби світ навколо стає розмитим, рухливим або

небезпечним. В умовах дії воєнного або надзвичайного стану, коли довколишнє середовище може бути нестабільним, шумним чи невизначеним, такі техніки допомагають повернути ясність сприйняття, відновити контроль над увагою та зменшити інтенсивність стресової реакції.

Суть візуального заземлення полягає в тому, що людина фіксує погляд на одному або кількох стабільних, нерухомих об'єктах у навколишньому просторі. Це може бути будь-що, що знаходиться поруч і сприймається як безпечно: ніжка столу, віконна рама, годинник на стіні, лінія підлоги, орнамент плитки, дверна ручка, рамка з фотографією чи навіть власне взуття. Важливо, щоб цей об'єкт мав чіткі контури, впізнавану форму та не змінювався в часі. Нерухомість створює відчуття стабільності, яке поступово переноситься на нервову систему.

Візуальна фіксація ефективно знижує сенсорне перевантаження, м'яко зупиняє лавину нав'язливих думок, уповільнює дихання і дає змогу людині повернути внутрішню рівновагу. Техніки легко адаптуються: їх можна виконувати сидячи, лежачи, у транспорті, в укритті чи під час очікування медичної або психологічної допомоги. Завдяки своїй простоті та природності візуальні техніки заземлення є універсальним інструментом, який можна застосовувати як самостійно, так і в поєднанні з дихальними, тактильними чи когнітивними методами стабілізації.

Стабілізаційні вправи охоплюють також орієнтаційні техніки, що використовуються тоді, коли людина дезорієнтована у часі, просторі або навіть у власній ідентичності. Психолог спрямовує її увагу на прості когнітивні дії: назвати своє ім'я, вказати місце, де вона перебуває, визначити дату чи виконати нескладну інструкцію. Це активізує лобові ділянки мозку, відповідальні за раціональне мислення, і повертає людину до когнітивного функціонування.

У роботі з дітьми часто застосовують вправи з проєктивними або образними елементами, наприклад, техніку «Аркуш безпеки», коли дитина створює малюнок, що символізує захист, стабільність або ресурс. Такі методи допомагають зменшити тривогу та повернути відчуття контрольованості через символічну діяльність. Дорослим можуть пропонувати прості дії для переключення уваги: випити воду, потримати в руках холодний або текстурний предмет, зосередитися на стабільних об'єктах довкола або зробити кілька повільних кроків.

Усі стабілізаційні техніки мають спільну мету - повернути людину у стан фізіологічної та психологічної організованості, у якому вона знову здатна мислити, аналізувати, приймати рішення та взаємодіяти з оточенням. Вони є критично важливою передумовою для запобігання подальшого розвитку стресової реакції та мінімізують ризик виникнення вторинної травматизації під час подальших інтервенцій, таких як психологічний дебрифінг або індивідуальна кризова робота. Стабілізаційні вправи

створюють фундамент для наступних методів кризової допомоги, зокрема для когнітивно-поведінкових технік, які потребують здатності зосереджувати увагу, усвідомлювати власні думки і здійснювати їх раціональну корекцію.

Таким чином, стабілізаційні вправи є невід'ємним елементом кризової психологічної допомоги в умовах дії воєнного або надзвичайного стану. Вони забезпечують початкову стабілізацію, зменшують рівень дистресу, повертають людині відчуття безпеки та контролю і створюють основу для подальшої, більш глибокої психологічної роботи.

Після того як стабілізаційні техніки допомогли відновити тілесний та емоційний баланс, знизити інтенсивність стресових реакцій і повернути людині базове відчуття контролю, відкривається можливість переходити до більш структурованої психологічної роботи. Стабілізація створює своєрідний простір, у якому психіка здатна мислити чіткіше, фокусувати увагу та утримувати контакт із реальністю. Саме на цьому етапі доречним стає застосування когнітивно-поведінкових методів, спрямованих на корекцію дезадаптивних думок, зменшення інтенсивності негативних емоцій та відновлення ефективної поведінки. Якщо стабілізаційні техніки повертають людину до стану, у якому вона *може* думати, то КПП-інтервенції допомагають людині *думати і діяти інакше*, формуючи нові, більш адаптивні способи реагування на стресову ситуацію.

Когнітивно-поведінкові методи у кризовій психологічній допомозі займають одне з провідних місць серед сучасних інтервенцій, оскільки поєднують доказову ефективність, структурованість та здатність швидко впливати на гострі стресові реакції. На відміну від стабілізаційних технік, спрямованих переважно на зниження фізіологічного збудження, когнітивно-поведінкові підходи працюють з тим, як людина *інтерпретує* подію, які висновки робить і як поводить у відповідь на пережитий стрес. У кризових ситуаціях саме тлумачення події, а не її об'єктивний зміст, здебільшого визначає силу емоційної реакції, тому КПП-методи дозволяють швидко змінити дезадаптивні установки, послабити інтенсивність негативних емоцій і повернути людині здатність діяти ефективно.

Початковим етапом застосування КПП є психоедукаційна робота, під час якої фахівець пояснює механізми стресових реакцій, а саме чому серцебиття стає частішим, чому виникають нав'язливі думки, відчуття небезпеки або неконтрольованості того, що відбувається. Усвідомлення цих процесів нормалізує переживання та зменшує страх перед власними емоціями. Далі психолог визначає автоматичні думки, що супроводжують кризу: «я не впораюсь», «ситуація виходить з-під контролю», «я досі в небезпеці». Їхнє виявлення відкриває простір для когнітивного переосмислення - центральної техніки КПП. Фахівець допомагає людині побачити інші, більш реалістичні варіанти інтерпретації події, які не применшують складність ситуації, але повертають внутрішню опору: замість

«мені кінець» з'являється «ситуація складна, але я роблю конкретні кроки», замість «я нічого не контролюю» - «я контролюю свої дії тут і зараз».

Коли хвиля негативних думок стає надто інтенсивною та нав'язливою, людині можна запропонувати спосіб швидко перервати внутрішній потік катастрофічних уявлень. Це передбачає вміння вловити момент появи тривожної або деструктивної думки, зробити внутрішню зупинку й свідомо переключити увагу на більш нейтральне чи конструктивне твердження, поєднуючи цю дію з повільним подовженим видихом. У ситуаціях, коли важливо зменшити емоційну інтенсивність спогаду про травматичний епізод, корисним є коротке, чітке та структуроване відтворення події з опорою на фактичний зміст, а не на переживання, що його супроводжували. Такий підхід не передбачає повторного заглиблення в травму, його мета полягає у тому, щоб допомогти людині повернути здатність мислити послідовно й раціонально, не потрапляючи під вплив емоційного перенавантаження. Важливу роль у кризовій КПТ відіграє поведінкова активація - поступове виконання простих і посильних дій, які повертають людину до звичного функціонування. Це можуть бути коротка прогулянка, невелике побутове завдання, прийом їжі, упорядкування особистого простору. Навіть мінімальна активність створює ефект «повернення до життя», знижує рівень тривоги й відчуття безсилля. Паралельно спеціаліст допомагає людині формувати навички самопомоги та планування безпечної поведінки: визначити, кому можна зателефонувати, які стабілізаційні техніки працюють найкраще, як розпізнавати власне перевантаження, які кроки зробити найближчим часом. Це створює відчуття прогнозованості та структури, якого бракує в момент кризи.

Окремою сферою роботи є ідентифікація тригерів: звуків, запахів, образів або ситуацій, що провокують повторну стресову реакцію. Визначивши їх, фахівець допомагає людині сформулювати конкретний план реагування: підсилити дихання, використати техніку заземлення, повторити раціональну думку, вийти на коротку прогулянку чи застосувати «стоп-думку». Це знижує несподіваність реакцій і повертає суб'єктивне відчуття безпеки. Когнітивно-поведінкові інтервенції чудово поєднуються зі стабілізаційними техніками: дихальними вправами, сенсорним заземленням, тілесною роботою. Така комбінація забезпечує одразу і фізіологічний, і когнітивний ефект, що дозволяє зменшити інтенсивність переживань і плавно перейти до раціональної роботи з думками та поведінкою.

Когнітивно-поведінкові методи в кризовій інтервенції спрямовані на те, щоб допомогти людині не лише послабити емоційну напругу, а й відновити здатність мислити ясно, формувати адаптивні інтерпретації подій і приймати реалістичні рішення. Це дозволяє мінімізувати ризик розвитку тривалих стресових розладів і підтримує повернення до повсякденного функціонування в умовах підвищеної небезпеки та нестабільності. КПТ-

підходи стають важливою частиною цілісної системи кризової допомоги, створюючи місток між первинною стабілізацією та подальшим психологічним відновленням.

Підсумовуючи викладене, можна відзначити, що методи кризової психологічної допомоги створюють цілісну та послідовну систему підтримки людини у стані гострого стресу. Різні моделі втручання, від структурованих схем реагування до короткотривалих інструментів стабілізації, дають можливість спеціалісту діяти швидко, цілеспрямовано та відповідно до потреб постраждалого. Кожен компонент цієї системи виконує власну функцію: одні підходи допомагають зорієнтуватися та оцінити ситуацію, повернути тілесний і психологічний контроль, інші – працюють із мисленням та поведінкою, сприяючи відновленню внутрішньої організованості.

У ситуаціях, коли людина переживає раптовий стрес чи втрату відчуття безпеки, такі інтервенції не лише зменшують інтенсивність переживань, а й допомагають уникнути подальшого поглиблення кризи. Завдяки різнорівневим створюється шлях повернення до послідовності мислення, емоційної рівноваги та здатності взаємодіяти з оточенням. Це особливо важливо в умовах воєнного або надзвичайного стану, коли навантаження на психіку є тривалим, сильним та часто непередбачуваним.

Комплексність кризової допомоги забезпечує не лише моментне полегшення, але й формує передумови для подальшої психологічної стійкості. Коли людина отримує структуровану підтримку - це значно підвищує її готовність адаптуватися до викликів, підтримувати функціонування та запобігати розвитку тривалих психологічних порушень. У цьому полягає основна цінність сучасних підходів до кризового втручання: вони дають людині можливість не лише пережити критичну подію, а й поступово відновити внутрішні ресурси, необхідні для подальшого життя та діяльності.

Висновки. Кризова психологічна допомога є невід'ємним компонентом системи психічного здоров'я в умовах дії правового режиму воєнного або надзвичайного стану. Її основна мета полягає у швидкому відновленні психоемоційної рівноваги, стабілізації поведінкових і когнітивних процесів людини, попередженні формування стійких психотравматичних наслідків. Ефективність кризових інтервенцій визначається не лише глибиною психотерапевтичного впливу, а й своєчасністю, структурованістю та відповідністю конкретним умовам реагування.

Розглянуті у цьому розділі моделі (ABC-модель, RAPID PFA, SAFER-R та модель Робертса) репрезентують різні рівні організації кризового втручання: від короткострокових стабілізаційних інтервенцій до комплексних алгоритмів кризового консультування. Вони об'єднані спільною логікою - встановлення контакту, оцінка потреб постраждалого, сприяння адаптаційним реакціям і спрямування до подальшої допомоги у разі необхідності. Їх практичне застосування особливо цінне для фахівців, які працюють у зоні надзвичайних

подій, евакуаційних пунктах, медичних та освітніх закладах, а також у роботі з військовослужбовцями, волонтерами чи цивільним населенням. Окреме значення мають психологічний дебрифінг і стабілізаційні вправи, які створюють базу для подальшої психотерапевтичної роботи. Дебрифінг забезпечує нормалізацію та вербалізацію переживань, зменшує емоційну напругу й посилює соціальну підтримку. Стабілізаційні техніки, у свою чергу, спрямовані на фізіологічне відновлення й контроль над тілесними реакціями, повернення людини до безпечного «тут і тепер», що особливо важливо у контексті дії стресових факторів бойових або надзвичайних умов. Застосування когнітивно-поведінкових методів у поєднанні зі стабілізаційними техніками дозволяє формувати нові, конструктивні способи реагування на стрес, долати дезадаптивні переконання та запобігати розвитку посттравматичних розладів. Таким чином, ефективне використання моделей і технік кризового втручання забезпечує інтегрований підхід до підтримки психічного здоров'я населення, сприяє підвищенню психологічної стійкості та формує підґрунтя для подальшої реабілітаційної роботи.

#### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. Каліщук С. М. Механізми змін і внутрішня логіка відновлення реалістичності у кризовому втручанні. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2023. Вип. 3. С. 35–41.
2. Кризова психологія : навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с.
3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2 /за заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
4. Перша психологічна допомога : посібник для працівників на місцях. Київ : Університетське видавництво «ПУЛЬСАРИ», 2017. 64 с.
5. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях : методичний посібник /за заг. ред. О. Є. Хомеріка. Київ : Видавництво «ФОП О. С. Ліпкан», 2020. 88 с.
6. Пилипенко Н. М. Сучасні методи кризової психотерапії при пандемії COVID-19: вітчизняний і зарубіжний досвід. *Питання психології*. 2022. № 1 (65). С. 101–110.
7. Чернякова О. В., Гришко О. Д., Палій А. М. Методи та техніки психологічної допомоги у кризових ситуаціях. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2025. Вип. 1. С. 93–100.
8. Власенко С. Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*. 2018. № 2 (23). С. 59–71.
9. Kashyap H., Kashyap K. An Overview of Crisis Intervention Understanding. *International Journal of Indian Psychology*. 2024. Vol. 12, No. 3. P. 2215–2228. DOI: 10.25215/1203.218.



**Дмитрук Зоя Анатоліївна**  
кандидат педагогічних наук,  
доцент кафедри психології та педагогіки  
Одеського державного університету  
внутрішніх справ

## **ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РІЗНИМ КАТЕГОРІЯМ НАСЕЛЕННЯ**

**Анотація.** У розділі представлено комплексний підхід до організації психологічної допомоги різним категоріям населення в умовах дії правового режиму воєнного або надзвичайного стану. Теоретичну основу матеріалу становлять сучасні концепції життєстійкості, ментального здоров'я, стресостійкості та ціннісно-смыслові регуляції поведінки, які розглядаються як ключові ресурси подолання психологічних наслідків війни, травматичних подій, невизначеності та соціальних криз. Окрему увагу приділено механізмам психологічного впливу та методам активізації внутрішніх ресурсів особистості, зокрема: інсайту, рефреймінгу, модифікації мотивації, формуванню нових способів саморегуляції та мобілізації адаптивних стратегій поведінки. Значне місце відведено тренінговим технологіям як ефективному формату соціально-психологічної підтримки, що сприяє розвитку саморефлексії, емоційної стабільності, комунікативної культури та здатності діяти у стресових ситуаціях. У розділі представлено авторські тренінгові програми («Крила рівноваги: як знайти силу у власних ресурсах»; «Цінності особистості як рушійна сила її розвитку і становлення»), методики, структуру занять, вправи та інтервенції, що формують життєву рівновагу, психологічну гнучкість, усвідомлення власних цінностей та розвиток ментальної «броні». Матеріал поєднує наукові положення та практичний інструментарій, що робить його корисним для психологів, педагогів, соціальних працівників, викладачів, тренерів та працівників сектору безпеки й оборони.

**Ключові слова:** психологічна допомога, життєстійкість, ментальне здоров'я, стресостійкість, кризова інтервенція, внутрішньо переміщені особи, ветерани, адаптація, психосоціальна підтримка, особистісний розвиток, саморегуляція.

В умовах воєнного або надзвичайного стану перед українським суспільством постають і актуалізуються не лише соціальні та економічні, а й вагомі психологічні виклики. Умови щодо тривалої небезпеки, втрат, розлук, вимушеного переселення й невизначеності майбутнього спричиняють масовий стрес і психологічну травматизацію населення. У таких обставинах психологічна допомога набуває особливого значення, зокрема стає засобом підтримання психічної рівноваги, формування адаптивності та зміцнення і розвитку життєстійкості.

Поняття життєстійкості у сучасній психології трактується як здатність особистості ефективно долати кризові ситуації, відновлюватися після втрат і зберігати цілісність “Я” попри вплив травматичних подій. Саме на формування цих ресурсів має бути спрямована робота психологів в умовах воєнного або надзвичайного стану.

Таким чином, психологічна допомога різним категоріям населення в умовах воєнного чи надзвичайного стану не обмежується кризовими інтервенціями. Її головне завдання – підтримувати ментальне здоров’я особистості, розвивати у людей внутрішні механізми стійкості, підтримувати віру в себе, здатність до саморегуляції, адаптацію до нових обставин. Це поєднує сферу кризової психології з психологією життєстійкості, створюючи цілісний підхід до підтримки людини у складних життєвих ситуаціях.

Феномен життєстійкості – цілісне особистісне утворення, обумовлене комплексом параметрів особистості, що взаємодіють між собою і розвиваються у процесі життя людини. Феномен (грец. φαινόμενον – є, має місце, явище) – поняття, що означає явище, дане нам у досвіді. Людина проявляє стійкість у певних ситуаціях незалежно від знань і розумінь цієї даності особистості [10].

Феномен життєстійкості вперше був введений у науковий обіг американськими психологами С. Мадді та С. Кобейсою. Сучасні наукові дослідження, зокрема українських науковців, визначають життєстійкість як систему внутрішніх переконань, установок і навичок, яка допомагає людині сприймати життєві зміни як нові можливості, виявляти психологічну витривалість і ефективність у подоланні стресових обставин, зберігаючи при цьому мотивацію до активного подолання труднощів.

Отже, у цьому розділі розглянуто структуру, принципи та методи, практичні психологічні засоби і техніки щодо надання психологічної допомоги різним групам населення, з урахуванням їхніх потреб і ресурсів, а також у контексті розвитку життєстійкості як ключового чинника психологічного виживання в умовах воєнного або надзвичайного стану.

Дослідники психологічної сфери зазначають, що до 50-х років ХХ століття різноманітні течії у психологічній, психіатричній, психотерапевтичній, соціальній та релігійній практиці призвели до формування специфічної галузі людської діяльності, яка отримала

найменування «counseling», тобто консультування, наставництво, психологічне «допомагання» [9].

Українські науковці зазначають, що поняття «психологічна допомога» відображає певну реальність, деяку психосоціальну практику, полем діяльності якої є сукупність питань, які виникають в результаті ускладнень та проблем, що стосуються психічного життя людини.

Метою психологічної допомоги є збереження психічного здоров'я особистості та запобігання небажаних явищ у її поведінці і розвитку. Вона є галуззю практичної психології та видом професійної діяльності, що призначені сприяти людині й суспільству у вирішенні широкого кола проблем, породжених душевним життям людини у соціумі. *Зміст психологічної допомоги* полягає у забезпеченні емоційної та смислової підтримки людини в ситуаціях ускладнення, які виникають у ході її особистісного та соціального буття [9].

У сучасному суспільстві психологічна допомога охоплює широкий спектр проблем, які пов'язані з різними сферами людського життя та розвитку. Серед основних напрямів можна виокремити, в першу чергу, інноваційні напрями психологічної допомоги в умовах соціальних трансформацій:

Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам як окремий напрям психологічної практики.

Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (ВПО) розглядається як самостійний напрям сучасної психологічної практики, що поєднує елементи кризової, травматерапевтичної та міжкультурної (крос-культурної) психології. Її мета полягає у психологічній підтримці осіб, які змушені були залишити місце постійного проживання внаслідок війни, збройних конфліктів, окупації чи інших надзвичайних обставин, та у сприянні їхньої соціально-психологічній адаптації в новому середовищі.

Основними завданнями цього напрямку є:

- подолання гострого стресу, тривожності, почуття втрати, провини чи безпорадності;
- формування нових механізмів психологічної стійкості;
- підтримка процесу особистісної та культурної ідентичності;
- сприяння інтеграції в нові соціальні та культурні спільноти;
- відновлення відчуття безпеки, довіри до оточення та базового життєвого контролю.

Отже, психологічна допомога ВПО має комплексний і гуманістичний характер, спрямований не лише на подолання психотравматичних наслідків вимушеного переселення, а й на підтримку процесів адаптації та самореалізації у нових умовах життя.

Психологічна допомога ветеранам та членам їхніх родин як окремий напрям психологічної практики.

Психологічна допомога ветеранам та членам їхніх родин є окремим і соціально значущим напрямом сучасної психологічної практики, що поєднує елементи військової, кризової, клінічної та сімейної психології.

Основна мета цього напрямку полягає у підтримці процесів соціально-психологічної адаптації ветеранів до мирного життя, подоланні наслідків бойового стресу, травматичного досвіду, втрат і порушень соціальної ідентичності, а також у зміцненні психологічного благополуччя членів їхніх родин, які також переживають наслідки воєнного досвіду близьких.

Серед ключових завдань цього напрямку:

- психотерапевтична допомога у подоланні посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожності, депресивних станів, агресії та емоційного виснаження;
- соціально-психологічна реадaptaція до умов мирного життя, відновлення професійної й особистісної самореалізації;
- налагодження сімейних стосунків, зменшення конфліктності, формування взаєморозуміння між ветеранами та їхніми близькими;
- створення системи підтримки для родин ветеранів, спрямованої на розвиток емпатії, толерантності та спільного подолання наслідків бойового досвіду.

Психологічна допомога ветеранам та їхнім сім'ям передбачає комплексний, мультидисциплінарний підхід, який поєднує психотерапевтичні, медико-соціальні та освітні заходи. Її головною метою є не лише відновлення психічного здоров'я, а й формування нової якості життя, заснованої на почутті гідності, стабільності та соціальної інтеграції.

Важливо зазначити, що підтримка українських ветеранів і їхніх родин – це є не лише питання психологічної допомоги, а й громадянської вдячності та національної єдності.

Психологічна допомога, заснована на ціннісно-сміслових орієнтирах, є сучасним напрямом психологічної практики, що зосереджується на формуванні в особистості внутрішніх ресурсів для подолання життєвих труднощів, криз і стресових ситуацій. Її ключовим завданням є розвиток життєстійкості, тобто здатності людини зберігати психологічну рівновагу, цілісність та активність у складних життєвих обставинах.

Цей напрям ґрунтується на положеннях екзистенційної психології, позитивної психотерапії та гуманістичного підходу, де центральною є ідея пошуку сенсу життя, формування системи особистісних цінностей та усвідомлення власної відповідальності за життєвий вибір.

Основними завданнями ціннісно-сміслові психологічної допомоги є:

- виявлення та переосмислення особистісних цінностей, що визначають життєву мотивацію та поведінкові стратегії;
- підтримка у пошуку сенсу життя в умовах втрат, криз чи радикальних змін;

- розвиток внутрішніх ресурсів життєстійкості, таких як самоприйняття, оптимізм, віра у власні можливості, здатність бачити перспективу;
- формування цілісного світогляду, який допомагає людині інтегрувати як позитивний, так і травматичний досвід у власну життєву історію;
- підвищення рівня психологічної гнучкості та усвідомлення відповідальності за власне життя.

Психологічна допомога цього типу має глибинно-рефлексивний характер і спрямована на внутрішню трансформацію особистості, а не лише на усунення симптомів стресу чи кризи. Її результатом є зміцнення духовного потенціалу людини, підвищення рівня її автономії, здатності приймати усвідомлені рішення та будувати життєві стратегії, засновані на власних цінностях і сенсах.

Психологічна допомога у напрямі збереження психічного (ментального) здоров'я є одним із базових та найактуальніших напрямів сучасної психологічної практики. Її головною метою є підтримання, відновлення та розвиток психологічного благополуччя людини, попередження психічних розладів, формування навичок саморегуляції та адаптивної поведінки в умовах соціальної, економічної чи особистісної нестабільності.

Цей напрям ґрунтується на принципах превентивної, реабілітаційної та ресурсно-орієнтованої психології, де ключовою ідеєю є не лише усунення симптомів психологічного дистресу, а й створення умов для гармонійного функціонування особистості.

Визначаємо основні завдання психологічної допомоги у сфері ментального здоров'я:

- раннє виявлення ознак емоційного виснаження, тривожності, депресивних станів та психосоматичних проявів;
- профілактика професійного вигорання і підтримка психічної рівноваги серед працівників високого ризику (військові, правоохоронці, медики, педагоги, психологи тощо);
- розвиток навичок емоційної саморегуляції, стресостійкості та усвідомленого ставлення до власного психічного стану;
- підвищення культури ментального здоров'я у суспільстві через просвіту, психоедукаційні програми та формування позитивного ставлення до звернення по психологічну допомогу;
- створення підтримувального середовища, яке сприяє стабільності, довірі, прийняттю та психологічній безпеці.

Психологічна допомога у збереженні ментального здоров'я передбачає системний підхід, що охоплює індивідуальний, груповий, сімейний та громадський рівні. Вона спрямована на зміцнення внутрішніх ресурсів людини, розвиток здатності ефективно долати життєві труднощі,

підтримувати баланс між особистими потребами та соціальними вимогами, а також на формування культури піклування про власне психічне благополуччя.

Традиційні напрями превентивної й поточної психологічної допомоги охоплюють роботу з психічними та соматичними захворюваннями, що пов'язані з емоційними розладами, алкоголізмом, наркоманією, стресами, конфліктами та граничними психічними станами.

Також, варто висвітлити і інші напрями психологічної допомоги.

Психічний і морально-духовний розвиток дітей, підлітків та молоді.

У зазначеному аспекті психологічна допомога спрямовується на формування особистісної ідентичності у процесі культурного, етнічного та морально-духовного самовизначення. Важливим аспектом є формування стійкої системи цінностей і моральних норм, розкриття профорієнтаційних тематик, аспектів побудови здорових конструктивних взаємовідносин та ефективного спілкування, надання психологічної підтримки у кризові періоди розвитку тощо.

Психологічна допомога у сфері міжособистісних стосунків та сімейного консультування.

Йдеться про подолання подружніх і батьківських конфліктів, підтримку під час сімейних криз, а також консультування розлучених, самотніх осіб і тих, хто переживає труднощі у міжособистісних стосунках.

Психологічна допомога важкохворим і людям, які втратили близьких. Цей напрям зосереджений на підтримці осіб, які стикаються з невиліковними захворюваннями або втратою близьких, а також на формуванні у них конструктивного ставлення до смерті як природного етапу буття.

Психологічна підтримка у кризових та екстремальних ситуаціях. Йдеться про надання допомоги особам, які зазнали психотравмуючих подій внаслідок воєнних дій, природних катастроф, аварій, насильства тощо.

Підтримка людей похилого віку.

Серед завдань психологічної допомоги людям літнього віку – сприяння вирішенню їхніх емоційних і духовно-моральних запитів, релігійно-світоглядних питань, сприяння організації повноцінного й змістовного способу життя.

Психологічна допомога у спеціальних соціальних середовищах. Зазначений аспект охоплює роботу в місцях, де особи можуть стикатись з підвищеним рівнем стресу та соціальною ізоляцією, наприклад, у місцях позбавлення волі, лікувальних установах, військових частинах, студентських гуртожитках та курсантських казармах тощо.

Психологічне консультування у закладах освіти.

До цього напрямку належить сприяння у розв'язанні проблем у системі взаємин «учитель–учень» і «учень–учень», налагодженні співпраці з батьками, психологічної підтримки у питаннях щодо підвищення навчальної

мотивації, розвитку здібностей учнівської молоді, подолання девіантної поведінки.

#### Професійне консультування.

Психологічна допомога спрямовується на подолання труднощів адаптації у професійному середовищі, попередження дезадаптивних станів, розвиток емоційної стійкості та професійної самореалізації.

Психологічна допомога в умовах міжкультурної взаємодії. Це напрям психологічної практики, який вивчає й забезпечує психологічну підтримку людей, що опинилися в іншому культурному середовищі, або зазнають труднощів через відмінності між культурами, традиціями, мовами, цінностями та соціальними нормами. У зазначеному контексті актуалізуються питання щодо адаптації до нових культурних умов, подолання етнічних стереотипів, підтримка мігрантів та осіб, які переживають культурний шок.

#### Управлінське консультування.

Напрямок передбачає психологічну підтримку керівників у процесі прийняття управлінських рішень, розвитку комунікативних і лідерських навичок, розв'язанні конфліктів, налагодженні ефективної взаємодії з персоналом.

#### Основні принципи надання психологічної допомоги.

Сучасна психологічна практика спирається на різноманітні теоретичні моделі та підходи до надання психологічної допомоги, однак незалежно від вибраної моделі, ефективна фахова робота з клієнтами будь-якого віку ґрунтується на єдиній системі етичних, змістових і організаційних принципів. Саме вони забезпечують гуманістичну спрямованість, професійну якість та ефективність психологічної взаємодії.

До основних принципів надання психологічної допомоги належать:

#### Принцип добровільності звернення.

Отримання психологічної допомоги є правом, а не обов'язком людини. Жодна особа не може бути залучена до консультативної, психотерапевтичної чи діагностичної роботи без її добровільної згоди. Для неповнолітніх обов'язковою є також згода законних представників, однак активна участь і внутрішня готовність самої особи залишаються ключовими чинниками результативності психологічної допомоги.

#### Принцип конфіденційності.

Інформація, отримана під час психологічної взаємодії, є професійною таємницею. Розголошення можливе лише за письмовою згодою клієнта або в разі виникнення реальної загрози життю, здоров'ю чи безпеці клієнта або інших осіб. Конфіденційність забезпечує відчуття довіри та психологічної безпеки у процесі надання психологічної допомоги.

#### Принцип особистої відповідальності клієнта.

Психологічна допомога передбачає усвідомлення клієнтом власної ролі у процесі змін. Людина має право самостійно обирати шляхи вирішення проблеми і водночас несе відповідальність за свої рішення та дії. Завдання

психолога – підтримати клієнта у формуванні зрілої усвідомленої позиції та розвитку навичок самостійного подолання труднощів.

Принцип «не нашкодь».

У процесі психологічної допомоги заборонено застосовувати методи чи засоби, що можуть завдати психологічної, фізичної або соціальної шкоди клієнту. Усі втручання мають бути безпечними, етичними та науково обґрунтованими.

Принцип професійної компетентності психолога.

Фахівець повинен діяти в межах своєї кваліфікації, використовувати лише валідні й апробовані методики, постійно підвищувати рівень професійної підготовки. Вихід за межі компетентності або використання сумнівних методів є неприпустимими.

Принцип щодо урахування індивідуально-психологічних особливостей клієнта.

Психологічна допомога має будуватися з урахуванням віку, життєвого досвіду, соціального статусу, культурного контексту, когнітивного рівня та емоційного стану клієнта. Такий підхід забезпечує адекватність і персоналізованість процесу з надання психологічної допомоги.

Принцип системності.

Психологічна допомога включає взаємопов'язані напрями – профілактичний, корекційний і розвивальний. Профілактична робота спрямована на попередження труднощів та негативних проявів, корекційна – на подолання вже наявних проблем, а розвивальна – на розкриття потенціалу особистості.

Принцип єдності діагностики та корекції.

Будь-яка психологічна інтервенція базується на попередній діагностиці та подальшому моніторингу динаміки змін. Це дає змогу визначити причини труднощів/негативних проявів, відстежувати ефективність впливу та адаптувати методи роботи до поточних потреб клієнта.

Принцип орієнтації на розвиток.

Психологічна допомога має бути спрямована не лише на подолання проблеми, а й на формування нових психологічних навичок та ресурсів, що розширюють можливості особистості. Йдеться про розвиток саморегуляції, стресостійкості, впевненості в собі та здатності до конструктивних змін тощо.

Принцип каузальності (причинної корекції).

Результативна психологічна допомога передбачає роботу не лише з проявами проблеми, а насамперед з її першопричинами. Усунення глибинних детермінант психологічного неблагополуччя дає змогу досягти стійких позитивних змін під час процесу надання психологічної допомоги та у майбутньому.

Принцип активної участі клієнта.

Ефективна допомога базується на активній позиції самої людини – її готовності брати участь у процесі змін, виконувати рекомендації, аналізувати власний досвід і шукати унікальні усвідомлені особистісні шляхи вирішення проблемних питань. Психолог виступає партнером і фасилітатором, а не контролюючою стороною.

Принцип комплексності методів.

Для досягнення найкращих результатів застосовуються різноманітні психодіагностичні, консультативні, психотерапевтичні та освітні підходи, які взаємно доповнюють один одного. Вибір методів залежить від запиту клієнта, його віку, індивідуальних особливостей і контексту проблеми.

Принцип залучення соціального оточення.

У деяких випадках ефективність психологічної допомоги зростає завдяки співпраці з найближчим соціальним середовищем клієнта – сім'єю, друзями, колегами, освітніми чи професійними спільнотами. Це створює умови для стабілізації позитивних змін і їх перенесення у повсякденне життя.

Вплив психолога на клієнта у процесі надання психологічної допомоги.

Методи впливу у процесі надання психологічної допомоги мають нерозривний взаємозв'язок з методами психологічного впливу взагалі. Проаналізуємо деякі загальні методи соціально-психологічного впливу та їх застосування під час надання психологічної допомоги.

С. Васьківська визначає наступні техніки впливу: техніки зв'язування (фокусування інформації, не конгруентність та робота з нею, зворотний зв'язок, інтерпретація, конфронтація, робота з опором та переносом, навіювання як основа інтервенції, психологічна інформація як чинник впливу, визначення пріоритетів); техніки трансформації (інсайт, маєстика, або сократичний діалог, віддзеркалення, директиви, переформулювання, або рефреймінг, актуалізація ресурсів людини тощо). Крім того наголошує, що навичок вислуховування при високій майстерності консультанта може бути цілком достатньо для ефективного перебігу інтерв'ю, а доцільне відображення почуттів чи влучного варіанту перефразування спричиняє не менший вплив, ніж директива, інструкція чи інтерпретація [3].

Сучасні науковці дотримуються думки про те, що в консультуванні та психотерапії можна знайти подібні механізми, які визначаються загальними закономірностями психологічного впливу: зараження, навіювання, переконання та копіювання (віддзеркалення) тощо. Отже, керуючись великою кількістю теоретичних підходів у наданні психологічної допомоги, психологи-консультанти впливають на клієнта [2].

Психологічний вплив, орієнтований на активізацію внутрішніх ресурсів особистості, передбачає цілеспрямовану роботу з джерелами її активності. Основними цілями такого впливу є: ініціація нових джерел активності, модифікація процесів смислоутворення, трансформація

спонукальної мотивації та регуляція ступеня опосередкованості реалізації потреб.

Метою методу ініціації нових джерел активності є стимулювання виникнення нових форм активності та розширення спектра внутрішніх мотивів особистості.

Основними прийомами психологічного впливу виступають:

залучення до діяльності через зовнішні стимули або опору на вже існуючі мотиви;

формування ціннісних орієнтацій шляхом переконання, наслідування або безпосереднього залучення до спільної діяльності;

модифікація способів задоволення потреб, що сприяє формуванню нових мотиваційних структур і способів самореалізації.

Метод модифікації спонукальної мотивації спрямовано на зміну динаміки мотиваційної системи особистості, уточнення значущості цілей та способів їх досягнення. Його реалізація включає наступні прийоми: зміна значущості мотивів через переоцінку цінностей або зміну контексту діяльності; оптимізація умов діяльності, що забезпечує внутрішню узгодженість між потребами та можливостями; створення блокади для реалізації деструктивних тенденцій і формування передумов для катарсису та позитивної віддаленої перспективи; використання мотивів-донорів, а також феноменів сублимації та регресії як способів перетворення енергії базових потягів у соціально прийнятну активність;

фіксація уваги на досяжних результатах, що підсилює впевненість у власних можливостях і сприяє внутрішній стабілізації.

Метод регуляції ступеня опосередкованості реалізації потреб зорієнтовано на гармонізацію співвідношення між безпосередніми та опосередкованими формами задоволення потреб.

Основними засобами реалізації зазначеного методу виступають: формування вміння щодо володіння ресурсами, необхідними для задоволення власних потреб у соціально прийнятний спосіб; залучення до організованих форм діяльності, які сприяють розвитку саморегуляції, відповідальності та цілеспрямованості поведінки.

В. Лефтеров зазначає у своїх наукових працях, що спираючись на історичні закономірності тяжіння людей до групової інтеграції, філософські уявлення про постійну мінливість світу і людини, що живе в ньому, можна стверджувати, що психологічний тренінг якраз і є одним з ефективних способів і шляхів позитивної зміни особистості під час групових процесів. На нашу думку, тренінг – це інтегрована, універсальна система цілеспрямованого психологічного тренування людини відповідно до потреб і цілей її особистості та діяльності. В результаті тренінгу активізуються інтелектуальні, комунікативні і вольові потенціали людини, здійснюється рефлексія її минулого і моделювання майбутнього. Це стає можливим за

рахунок цілеспрямованого використання під час тренінгу спеціальних психотехнічних, ігрових та інших прийомів і методів [7].

Дотримуючись думки про ефективність і результативність тренінгової роботи у процесі надання психологічної допомоги, у зазначеному розділі поділимося теоретичними і практичними аспектами, тренінговими вправами та тематичними соціально-психологічними структурованими тренінгами, що використовуються у роботі з представниками різних цільових аудиторій.

У сучасних умовах воєнного стану та суспільної нестабільності тренінговий формат психологічної роботи набуває особливої актуальності та виступає ефективним засобом соціально-психологічної підтримки, підвищення життєстійкості та адаптації особистості до стресогенних факторів середовища.

Тренінгова група розглядається як мала соціальна спільнота, що відтворює мікро модель суспільних взаємин і реакцій на поведінку індивіда. У цьому форматі кожен учасник створює характерний для себе простір взаємодії, який відображає звичні способи комунікації, міжособистісного впливу та самопрезентації. Усвідомлення обмежень власної поведінки та неефективних стратегій взаємодії відкриває можливість формування нових моделей соціальної поведінки, більш адаптивних до складних життєвих обставин, зокрема до викликів, що постають унаслідок війни та надзвичайних ситуацій.

Тренінгова група виконує функцію психологічного простору безпечного експериментування, де учасники мають змогу не лише моделювати власну поведінку в ситуаціях «тут і зараз», а й отримувати зворотний зв'язок і підтримку під час спроби застосування нових форм реагування. Завдяки цьому тренінг сприяє розвитку саморефлексії, емоційної регуляції та зміцненню соціальних зв'язків –ключових чинників психологічної стійкості в умовах невизначеності та стресу.

Оптимальний склад тренінгової групи зазвичай становить 12–15 осіб, що забезпечує баланс між динамікою спілкування та індивідуальною залученістю. При цьому важливим є питання гомогенності чи гетерогенності групи. Однорідні (гомогенні) групи вирізняються високим рівнем згуртованості та комфортною емоційною атмосферою, однак їм може бракувати внутрішньої динаміки й конструктивних суперечностей, необхідних для розвитку. Натомість гетерогенні групи, до складу яких входять учасники різного віку, статі, професійного досвіду чи соціального статусу, більшою мірою моделюють реальні соціальні системи та створюють умови для розвитку толерантності, емпатії та комунікативної гнучкості, сприяють процесам порозуміння та єднання суспільства – представників різних цільових груп.

У контексті воєнного стану така різноманітність особливо цінна, адже дозволяє учасникам не лише обмінюватися досвідом подолання кризових ситуацій, а й переосмислювати власні життєві стратегії, відновлювати довіру до інших і відчуття спільності. Таким чином, тренінгова група постає як інструмент соціально-психологічної реабілітації, який сприяє відновленню внутрішніх ресурсів особистості та формуванню її готовності до конструктивної взаємодії в умовах суспільних викликів і екстремальних подій.

Процеси особистісного розвитку та професійного становлення працівників Національної поліції України безпосередньо пов'язані зі здатністю до переосмислення власних поглядів, установок і поведінкових стереотипів, що формуються під впливом професійного середовища, соціокультурного контексту та індивідуального досвіду. Однак справжні зміни у свідомості людини відбуваються не лише на когнітивному, а насамперед на емоційно-поведінковому рівні, коли індивід у реальній чи змодельованій ситуації отримує досвід нової, більш ефективної поведінки, яка супроводжується позитивним емоційним піднесенням і внутрішнім відчуттям компетентності.

Саме такі умови моделюються у процесі психологічного тренінгу, який виступає не лише формою професійного навчання, а й інструментом особистісного розвитку, саморефлексії та зміни установок.

Участь працівників поліції та курсантів у тренінгових програмах дає змогу:

- усвідомити власні стереотипи сприйняття громадян, колег і службових ситуацій;

- навчитися ефективно діяти в умовах невизначеності, конфлікту чи стресу;

- опанувати нові способи комунікації та саморегуляції;

- розвинути емпатійне ставлення, що є критично важливим у діяльності правоохоронців, орієнтованій на захист прав людини.

Психологічний тренінг у цьому контексті виступає моделлю реальних соціальних відносин, у якій учасники мають змогу випробувати різні ролі, отримати зворотний зв'язок від групи та тренера, а також сформувані психологічну готовність до конструктивної взаємодії у складних службових і життєвих обставинах. Через переживання позитивного емоційного досвіду успішної взаємодії та подолання внутрішніх бар'єрів у тренінгу формуються нові поведінкові патерни, що поступово інтегруються у професійну діяльність.

Для курсантів закладів вищої освіти Міністерства внутрішніх справ України тренінгова форма роботи має додаткову цінність, оскільки дозволяє поєднати освітній процес із практичним досвідом емоційного залучення, формуючи реалістичні уявлення про майбутню професію. Тренінгова форма

роботи сприяє розвитку професійно важливих якостей – стресостійкості, відповідальності, рефлексивності, комунікативної культури, здатності діяти в умовах ризику та морального вибору.

Отже, участь у психологічних тренінгах сприяє актуалізації внутрішніх ресурсів особистості, формуванню готовності до самозміни, підвищенню ефективності професійної діяльності та психологічної стійкості працівників поліції. У сучасних умовах воєнного стану, соціальної напруги та постійних екстремальних викликів, які супроводжують службу правоохоронців, тренінговий формат діяльності набуває не лише освітнього, а й стратегічного значення, оскільки забезпечують збереження психічного здоров'я, зміцнення морально-вольової сфери та підвищення якості взаємодії між поліцією та суспільством.

Саме тому, працівники психологічної та соціальної сфер найчастіше звертаються до формату тренінгової роботи для вирішення поставлених перед ними професійних завдань.

Фахівцями авторського центру міжцільової партнерської соціально-психологічної адаптації та розвитку (керівник доцент кафедри психології та педагогіки, PhD Зоя Дмитрук, центр діє у партнерстві з кафедрою психології та педагогіки Одеського державного університету внутрішніх справ, керівник кандидат психологічних наук Олена Бабчук) системно проводиться робота з розробки і реалізації тренінгових занять у зазначених вище інноваційних напрямках психологічної допомоги, а саме:

- психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам як окремий напрям психологічної практики;
- психологічна допомога ветеранам та членам їхніх родин як окремий напрям психологічної практики;
- психологічна допомога, орієнтована на ціннісно-смыслову сферу особистості та розвиток життєстійкості;
- психологічна допомога та професійне психологічне просвітництво у напрямі збереження психічного (ментального) здоров'я.

У нашому розділі детально представимо тренінгове заняття у напрямі

психологічної допомоги та професійного психологічного просвітництва з тематики збереження психічного (ментального) здоров'я (розроб. З. Дмитрук).

Вступ. Теоретичний матеріал.

У сучасних умовах повномасштабної агресії РФ проти України, коли держава й суспільство перебувають у стані тривалої кризи, питання збереження ментального (психічного) здоров'я громадян набуває особливої значущості. Ментальне здоров'я – це не просто відсутність психічних розладів, а про стан благополуччя, у якому людина має можливість щодо

успішної самореалізації та розвитку, набуття внутрішніх ресурсів із стресостійкості, продуктивної діяльності щодо внеску у життя спільноти.

В умовах війни, великої кількості травматичних подій, втрат, переміщень, невизначеності тощо, суспільство має докладати системних зусиль для побудови стійкої системи психологічної допомоги, зокрема з питань збереження ментального здоров'я.

Одна з ключових державних ініціатив на цьому шляху – програма «Ти як?», що має на меті розвиток культури піклування про ментальне здоров'я та створення доступної системи психосоціальної підтримки.

Психічне здоров'я особистості – ресурс для суспільства: продуктивність праці, соціальна взаємодія, волонтерство, готовність до відновлення тощо залежать від психоемоційного стану населення. Питання колективної стійкості це питання не просто виживання, а здатності відновлюватись, реінтегруватись і розвиватись. Одними з пріоритетних принципів охорони і збереження психічного здоров'я є: людиноцентричність - орієнтація на потреби, цінності та інтереси конкретної людини під час прийняття рішень, надання послуг та розроблення політик, та міжсекторальний підхід, що базується на співпраці та партнерстві відомств і організацій, що представляють державний, комерційний та громадський сектори [4].

Процеси піклування про ментальне здоров'я підвищують соціальну і психологічну стійкість суспільства – довіру, солідарність, готовність допомогти один одному. Збереження ментального здоров'я української нації – це не питання індивідуального вибору, а стратегічна умова для національної стійкості, економічного відновлення та соціальної згуртованості.

Саме тому і актуалізується інтерес і увага науковців і практиків у сфері психології до питань із збереження ментального здоров'я.

Окремо варто розглянути, на нашу думку, поняття, яке є синтезом феноменів психологічної стійкості (resilience), стресостійкості (hardiness) та емоційної саморегуляції, що забезпечує здатність людини не лише протистояти деструктивним впливам, а й трансформувати критичний досвід у ресурс розвитку.

Поняття «ментальна броня» розглядалось у дослідженнях різними науковцями, зокрема Гарві Бернеттом, але певний розвиток і розширене визначення буде надано і в нашому розділі. Науковий інтерес до зазначеного феномену обумовлено високим рівнем актуальності зазначеного поняття для українського суспільства [1].

Вважаємо, що поняття «ментальна броня» (psychological body armor) – це інтегративний психічний конструкт, який відображає здатність особистості підтримувати на високому рівні внутрішню стабільність, самоконтроль і ефективне функціонування в умовах екстремальних,

стресогенних або травматичних ситуацій завдяки сформованій системі психологічних, когнітивних і ціннісно-смыслових механізмів самозахисту (авторське визначення).

Основні характеристики поняття «ментальна броня»:

- психологічна стійкість –збереження ефективності діяльності та емоційної рівноваги попри труднощі;
- когнітивна гнучкість –здатність переосмислювати травматичний досвід і знаходити нові способи реагування;
- ціннісно-смыслова опора –наявність внутрішньої системи цінностей, переконань і життєвих орієнтирів, що слугують “опорним каркасом” у кризових ситуаціях;
- емоційна саморегуляція –контроль над інтенсивністю і вираженням емоцій, підтримання внутрішнього балансу;
- адаптивна поведінка –активне використання наявних ресурсів і соціальної підтримки для відновлення після стресу та пристосування до нових умов.

Отже, поняття «ментальна броня» розглядаємо як постійно діючу систему внутрішніх психологічних ресурсів і механізмів, що забезпечує особистості високий рівень здатності витримувати, перетворювати й інтегрувати стресові впливи, спрямовуючи зусилля для динамічного розвитку та ефективної діяльності, зі збереженням психічної рівноваги та особистісної цілісності (авторське визначення).

Зазначені теоретичні тези можуть бути використані під час проведення тренінгового заняття.

#### Тренінгове заняття

«Крила рівноваги: як знайти силу у власних ресурсах»

*Епіграф: «Збери всередині себе свої думки і в собі самому шукай справжніх благ. Копай всередині себе криницю для тої води, яка зростить і твою оселю, і сусідську» (Г.Сковорода).*

Мета тренінгового заняття: сприяння процесу збереження ментального здоров'я через особистісний розвиток та реалізацію творчого потенціалу учасників заходу, сприяння у досягненні оптимального рівня життєдіяльності та відчуття щастя і успіху.

Вступ. Слово тренера (5 хв.).

Шановні друзі, рада вітати вас на нашому тренінговому занятті «Крила рівноваги: як знайти силу у власних ресурсах».

Епіграф належить Григорію Сковороді, який закликав «копати всередині себе криницю для тої води, яка зростить і твою оселю, і сусідську». Ці слова неймовірно актуальні сьогодні. Вони про внутрішню силу, про джерело, яке є в кожному з нас –лише потрібно навчитися його віднаходити.

Сучасний світ кидає нам безліч викликів: війна, інформаційне перевантаження, емоційна втома, невизначеність майбутнього.

І в цих умовах тема збереження ментального здоров'я стає не просто професійним чи особистим завданням – вона стає питанням нашої стійкості, нашого виживання як нації.

Ментальне здоров'я – це про вміння відновлюватися, підтримувати внутрішню рівновагу, відчувати сенс і радість навіть у складні часи. Адже тільки людина, яка має внутрішню опору, може підтримати інших, бути креативною, любити, працювати, творити.

Сьогодні ми спробуємо знайти відповіді на запитання: Як зрозуміти власні ресурси – ті, що допомагають нам відновлюватися? Як утримати рівновагу між розумом і серцем? Як відчуті власні «крила» – силу, яка допомагає піднятися навіть після бурі? Наше заняття – це не тест і не лекція. Це простір спільного пошуку, підтримки й натхнення.

Тут важливо бути щирими, відчувати, ділитися, слухати себе та інших.

Кожен із нас має право на втому, сум, пошук. Але кожен також має право на спокій, радість і силу.

Тож запрошую вас сьогодні на невелику подорож у себе. Ми спробуємо доторкнутися до своїх внутрішніх ресурсів – того глибинного джерела, яке дає нам енергію жити, любити, мріяти й допомагати іншим.

Прийняття правил тренінгового заняття (5 хв.).

**Вправа 1.** «Дружнє коло» Знайомство (20 хв.)

У ході цієї вправи кожен учасник називає своє ім'я, або ім'я за яким до нього можна звертатися, і коротко відповідає на наступні питання:

З яким настроєм починає роботу в групі?

Що цікавого й приємного відбулось з учасником протягом останніх 3 днів?

*Мета вправи:* знайомство та активізація учасників тренінгу на роботу у групі, створення позитивного емоційного фону.

**Вправа 2** «Мозковий штурм: що таке ментальне здоров'я?» (15 хв.)

Тренер ставить запитання:

«Як ви розумієте поняття «ментальне здоров'я»? «З яких складових воно може складатися?»

Учасники висловлюють ідеї в довільному порядку – тренер записує їх на фліпчарті.

Після накопичення ідей тренер узагальнює:

когнітивна сфера (ясність мислення, концентрація);

емоційна (здатність розпізнавати і регулювати почуття);

соціальна (підтримка, взаємодія, комунікація);

духовна (цінності, сенс, мотивація);

тілесна (сон, харчування, рух).

*Коментар:*

Мозковий штурм створює спільну когнітивну основу – усі учасники

усвідомлюють, що ментальне здоров'я –це багатовимірне явище, не зводиться лише до «відсутності стресу».

*Мета вправи:* активізувати знання учасників, визначити спільне розуміння поняття «ментальне здоров'я» та його складових.

### **Вправа 3** «Мої крила ресурсу» (15 хв.)

Матеріали: аркуші з намальованими крилами (або просто два крила на фліпчарті), маркери.

Хід:

Тренер пропонує уявити, що кожне крило –це опора, яка допомагає тримати рівновагу в житті.

На лівому крилі –записати внутрішні ресурси (якості, здібності, переконання, навички).

На правому крилі –зовнішні ресурси (люди, події, хобі, природа, робота, віра тощо).

Після заповнення учасники можуть (за бажанням) поділитися прикладами, що для них є найсильнішою опорою.

Тренер підсумовує:

«Крила нашого життя тримаються на двох опорах –на тому, що ми маємо в собі, і на тому, що поруч із нами».

*Коментар:*

Дуже тепла, ресурсна вправа –візуалізує баланс між внутрішнім і зовнішнім, допомагає усвідомити власну силу.

Мета вправи: усвідомлення власних внутрішніх і зовнішніх ресурсів, що підтримують ментальне здоров'я.

### **Вправа 4** «Метафори» (30 хв.)

*Мета вправи* – допомагати учасникам побачити події збоку, без оцінок і повчань, що зі свого боку знімає оцінний компонент процесу навчання й дає змогу людині відчувати себе вільною, зберігаючи власну систему цінностей і межі власного життя. Тренер пояснює, що метафорою називають слово чи вислів, вжиті в непрямому, переносному значенні.

Тренер просить підібрати метафору до рисунка.

Питання для обговорення:

Які асоціації у Вас виникають, коли Ви дивитесь на рисунок?



Як Ви, вдивляючись у рисунок, проаналізуєте свою життєву проблему? Який Ви бачите вихід із проблемної ситуації?  
Порівняйте свою проблему з природним явищем [10]

**Вправа 5 «Мое сьогоднішнє слово» (15 хв)**

Тренер пропонує кожному по колу назвати одне слово, яке найкраще описує його сьогоднішній внутрішній стан по завершенню тренінгового заняття.  
Можна додати коротке пояснення: «Я сьогодні –спокій», «Я сьогодні – пошук», «Я сьогодні –вдячність» тощо.

*Коментар:*

Вправа допомагає «заземлитися» в теперішньому моменті, зняти напруження та створити простір прийняття.

*Мета вправи:* підтримати довірливу атмосферу, налаштувати учасників на саморефлексію.

Вправа «Коло взаємодії» (завершення тренінгового заняття) (5 хв).  
Усі стають у коло. Кожен говорить:

«Я сьогодні забираю з цього тренінгу...»(одне слово або коротку фразу: спокій, натхнення, віру, рівновагу, вдячність тощо).

*Коментар:*

Вправа завершує заняття на позитивній ноті, допомагає інтегрувати досвід і закріпити емоційний ефект.

*Мета вправи:* закріпити позитивний емоційний стан, створити відчуття єдності.

*Завершення тренінгового заняття. Загальна тривалість 1 година 50 хвилин.*

*Тренер завершує захід рядками:*

Душа, як скрипка Страдіварі:  
Суцільний біль, суцільний жаль.  
Вцілілу після всіх аварій  
Її візьме до рук скрипаль.  
І стане в грудях серцю тісно,  
І полетить воно, як птах,  
Туди, де Бог, туди, де пісня,  
Туди, де крила на вітрах.

Неоніла Стефурак

Тренінгове заняття

«Цінності особистості як рушійна сила її розвитку і становлення»

*Епіграф: «Секрет сили ціннісної ієрархії особистості – в розумінні її впливу на напрям розвитку і поведінковій стратегії» (автор).*

Мета тренінгу:

Сприяння усвідомленню учасниками власної системи цінностей як бази особистісного розвитку, формування вміння співвідносити поведінку з

життєвими принципами та зміцнення внутрішньої гармонії й смисложиттєвих орієнтацій.

Завдання тренінгового заняття:

- актуалізувати поняття «цінність» у контексті особистісного розвитку;
- допомогти учасникам усвідомити власну ієрархію цінностей;
- сприяти осмисленню зв'язку між цінностями, поведінкою і життєвими

виборами;

- розвинути здатність до саморефлексії, емпатії й толерантного сприйняття цінностей інших людей.

Вступне слово тренера (5 хв.).

Друзі, рада вітати вас на нашому тренінгу «Цінності особистості як рушійна сила її розвитку і становлення».

Кожен із нас, навіть, не завжди усвідомлюючи, щодня керується власною системою цінностей – ціннісною ієрархією - тим невидимим внутрішнім “компасом”, який підказує, куди рухатися, які рішення приймати, а від чого відмовлятися.

Цінності формують не лише наші вчинки, а й визначають спрямованість розвитку, те, якою людиною ми стаємо у процесі життя.

Віктор Франкл, австрійський психолог, який пережив концтабір, писав: «Не шукайте успіху – що більше ви націлені на нього і ставите його за мету, то більші шанси його не здобути. Коли йдеться про успішність, її не можна придбати, її можна тільки прагнути. І вона приходить лише як неочікуваний побічний ефект посвяти людини справі більшій, ніж вона сама, або як додатковий продукт присвяти однієї людини іншим. Щастя приходить неочікувано, і те саме стосується успіху». «Зрозуміло, пошук життєвого сенсу та цінностей може спричинити радше внутрішню напругу, аніж внутрішню рівновагу. Людині потрібне не зняття напруги за будь-яку ціну, а усвідомлення потенційного сенсу».

Віктор Франкл «Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог в концтаборі».

Думка науковця надзвичайно актуальна для нас сьогодні. Ми живемо у час, коли зовнішні орієнтири часто змінюються: суспільство, медіа, обставини диктують, що “треба” цінувати. Але справжня сила людини – у тому, щоб усвідомлено обрати власну ієрархію цінностей і залишатися їй вірною навіть у періоди невизначеності.

В. Франкл також наголошував, що пошук сенсу може приносити не спокій, а напругу, адже це процес глибокого внутрішнього росту. Але саме через цю внутрішню дільність народжується зріла особистість – та, яка не просто пливе за течією, а створює своє життя.

Сьогодні ми спробуємо:

зрозуміти, що для нас є справжніми цінностями,

усвідомити, як вони впливають на наші вчинки, і знайти, які з них дають нам силу рухатися вперед, навіть тоді, коли здається, що дії даються нам надзвичайно важко.

Наше заняття –це простір без оцінювання, де кожен може чесно подивитися у себе й відчувти: що справді важливо, що дає сенс, що є рушійною силою.

Тож запрошую вас до діалогу із собою –широкого, глибокого і світлого, до полілогу з учасниками зустрічі – чутливого, толерантного, з великою повагою до слів і почуттів кожного з нас.

Пам'ятаймо: «Секрет сили ціннісної ієрархії особистості –у розумінні її впливу на напрям розвитку та поведінковій стратегії».

*Нехай це заняття допоможе кожному з нас побачити –які наші цінності дають нам силу.*

Прийняття правил роботи в групі (5 хв.).

**Вправа 1** «Моя цінність» Знайомство (15 хв.) (вправа розроблена автором).

Учасникам пропонується подумати і по черзі озвучити своє ім'я і одну з вагомих особистісних цінностей.

Обговорення: які цінності переважають в групі? Чи впливає зазначена цінність на ваші дії, поведінку?

*Коментар:* вправа не спрямована не лише на нестандартне знайомство, але й налаштовує учасників на тему тренінгового заняття.

*Мета вправи:* створити в групі безпечну психологічну доброзичливу атмосферу, сприяти знайомству учасників тренінгу та налаштуванню їх на роботу з теми тренінгового заняття.

**Вправа 2** «Мозковий штурм: що таке цінності?» (15 хв.)

*Мета вправи:* сформувані спільне розуміння ключового поняття.

Тренер ставить запитання:

- що для вас означає слово цінність?
- як ви розумієте особистісні цінності?

Учасники заходу обмінюються висловлюваннями.

Тренер узагальнює, підкреслюючи, що цінності –це внутрішні переконання, які визначають вибір і спрямованість розвитку особистості.

*Коротке обговорення:*

- які цінності зараз домінують у сучасному суспільстві?
- які з них ми обираємо свідомо?

**Вправа 3** «Ціннісне коло мого життя» (30 хв.) (авторська розробка)

*Мета вправи:* усвідомити власну ієрархію цінностей.

Кожному учаснику запропоновано намалювати орієнтовне “коло свого життя”, поділене на сектори (родина, кар'єра, саморозвиток, дружба, свобода, віра, любов тощо).

У кожному секторі учасник записує 1–2 ключові цінності.

Потім позначає: які цінності реалізуються зараз, які потребують розвитку.

Обговорення в парах:

Що для мене найважливіше зараз?

Чи узгоджені мої дії з моїми цінностями?

*Коментар:* рефлексивна вправа, сприяє глибокому самопізнанню.

*Руханка.*

Тренер просить учасників змінити своє місце (перейти на вільний стілець) якщо підтримують певне висловлювання. Висловлювання можуть бути:

Змініть своє місце ті, хто зранку п'є каву. Змініть своє місце ті, хто має молодшого брата або сестру тощо.

**Вправа 4** «Цінності в дії» (20 хв.)

*Мета вправи:* показати зв'язок цінностей і поведінки особистості.

*Хід:*

Група ділиться на малі команди (3–4 особи).

Кожна команда отримує життєву ситуацію (наприклад: ви стали свідком несправедливості; друг просить допомоги, але ви маєте важливу роботу; вам потрібно обрати між комфортом і розвитком).

Завдання – визначити:

Які цінності проявляються в ситуації?

Як вони впливають на вибір дії?

Групи презентують рішення; тренер підсумовує, що справжні цінності видно не у словах, а у вчинках.

**Вправа 5** «Моя рушійна сила» (20 хв.)

*Мета вправи:* допомогти учасникам знайти свої цінності-опори.

*Хід:*

Учасники отримують аркуші із запитаннями:

Що мені допомагає долати труднощі?

Які принципи я ніколи не зраджу?

Що робить моє життя змістовним?

Після письмових відповідей кожен формулює 3 свої головні цінності, що надають сили.

Обговорення (за бажанням): “Яку цінність я хочу розвивати далі?”

*Коментар:* завершує логіку тренінгу, допомагає інтегрувати усвідомлення в особистісну позицію.

Завершальна вправа «Моє слово сьогодні - ...» (5 хв.).

*Мета вправи:* інтеграція результатів, особистісне узагальнення.

*Хід:*

Тренер:

«Завершуючи нашу зустріч, подумайте, яке одне слово або фраза найкраще виражає те, що ви берете з цього тренінгового заняття».

Кожен по черзі говорить:

«Моє слово сьогодні –...» наприклад: «щирість», «вдячність», «сенс», «вибір», «віра», «розвиток».

Тренер підсумовує:

«Ці слова – як маленькі іскри, які ми сьогодні розпалили всередині. Нехай вони підтримують вас у ваших щоденних рішеннях і нагадують: справжню силу шукаємо у наших цінностях».

*Завершення тренінгового заняття.*

*Висновок:* тренінгове заняття «Цінності особистості як рушійна сила її розвитку і становлення» дає змогу учасникам глибше усвідомити, що цінності – це не просто переконання чи моральні орієнтири, а внутрішня енергія, яка визначає напрям життя, мотивує до дії й підтримує у складних обставинах.

Базові методи проведення тренінгових занять

Тренінгове заняття – це не лекція й не звичайне обговорення. Сутність тренінгової діяльності полягає у взаємодії, активності та досвіді учасників.

Тому головні методи тренінгу – це ті, що активізують мислення, емоції й поведінку, сприяють самопізнанню, розвитку навичок і формуванню нових моделей поведінки.

Інформація тоді стає внутрішнім надбанням особистості, коли вона випробувана, відпрацьована в реальних ситуаціях, хоча і навчальних. Для проведення тренінгових занять використовуються активні та інтерактивні методи навчання, при цьому їх вибір мотивується метою і завданнями тренінгу, специфікою й потребою аудиторії [5].

У здійсненні тренінгової діяльності використовуються різноманітні методи, такі як: мозковий штурм, обернений мозковий штурм, масовий мозковий штурм, ланцюгове редагування, руханки, інтерактивні міні-лекції, міні-дискусії, рольові ігри, метод гірлянд асоціацій, метод евристичних питань (метод «ключових питань»), фасилітація, модерація, самодіагностика, метод вільних асоціацій, метод емпатії, метод організованих стратегій. Надамо визначення деяким з них.

Мозковий штурм або брейнстормінг – це метод генерації ідей, який заохочує до вільних висловлювань, допомагає швидко зібрати максимальну кількість думок і поглядів стосовно визначеної теми чи проблеми. Мозковий штурм проводиться у два етапи: на першому етапі формулюються ідеї, на другому – їх оцінюють [5].

Обернений мозковий штурм. У цьому методі оберненою є не ціль і не методика, а тема обговорення. Експертам пропонується шукати не способи позитивного рішення, а шляхи того, як ще більше поглибити проблему, як довести конфлікт до крайності. Це сприяє баченню проблеми не звичайним шляхом, а під новим кутом повороту. Нестандартність підходу (вибивання кліше), занурення у проблему дають ключі виходу (до навпаки) і тим самим сприяють з'яві потоку ідей та рішень.

Масовий «мозковий штурм». Цей метод, запропонований Дж. Дональдом Філіпсом (США), дозволяє суттєво збільшити ефективність

генерування нових ідей у великій аудиторії (від 20 до 60 чол.). Особливість цієї модифікації цього методу полягає в тому, що присутніх ділять на малі групи чи сільністю 5-6 чоловік. Після поділу аудиторії на малі групи останні проводять самостійну сесію прямого «мозкового штурму». Діяльність роботи малих груп може бути різною, але чітко визначеною, наприклад, 15 хвилин. Після генерування ідей в малих групах проводиться їх оцінка, після чого вибирають найбільш оригінальну [8].

*Руханки* допомагають зняти напруження, сприяють створенню невимушеної атмосфери, розвитку емоційного інтелекту під час занять, заохочують до активності та взаємопідтримки.

Ланцюгове редагування. Вдосконаленим варіантом методу мозкового штурму є ланцюгове редагування, коли груповому режиму роботи передуює індивідуальний. Кожний учасник, наприклад, повинен записати на листку паперу чотири думки, що його раптово осяяли і які, безумовно, стосуються проблеми. Ці «продукти» індивідуальної творчості пускають по колу, щоб кожен зміг ознайомитись із творчістю свого колеги, внести щось і від себе: розвинути ідеї, внести якісь деталі, нові елементи і т.д. В порядку наростання «снігової лавини» з'являється справжній творчий азарт. При цьому сталість складу групи є обов'язковою. Щоб кожній ідеї максимально забезпечити режим найбільшого сприяння, можна використати форму анонімності, що забезпечить більшу свободу і в якійсь мірі не спрятиме актуалізації захисних механізмів психіки. Письмове фіксування таким чином народжених ідей має цінність і в тому відношенні, що до кожної з них можна буде повернутись в кінці, на стадії критичної оцінки, можливо, уже в груповому форматі обговорення [8].

Метод «гірлянди асоціацій». Цей метод ґрунтується на ідеї, що процес створення нових рішень активізується через широке використання асоціативних зв'язків. Суть полягає у свідомому породженні максимальної кількості асоціацій, навіть випадкових, які можуть стати поштовхом до нових ідей. Випадкові «підказки» сприяють подоланню інерції мислення та розширюють простір пошуку.

Механізм дії: формується послідовність асоціацій, «гірлянда», де кожна нова ланка породжується попередньою; далі аналізуються найперспективніші варіанти, що можуть стати основою оригінального рішення.

Перевага: метод стимулює дивергентне мислення, сприяє появі несподіваних комбінацій ідей.

*Метод евристичних (ключових) питань.* Цей метод використовується для активізації мислення в умовах проблемної ситуації та для систематизації інформації під час пошуку рішення.

Евристичні питання виступають своєрідними «ключами», що допомагають розкрити різні аспекти проблеми й сформулювати нові стратегії її вирішення.

Метод базується на таких принципах: Проблемність і оптимальність – правильно сформульовані питання допомагають знизити складність задачі до рівня, де вона стає розв'язною.

Дроблення (аналіз) – складну проблему поділяють на окремі компоненти, кожен з яких розглядають окремо.

Цілепокладання – кожне нове питання задає новий напрям пошуку, сприяючи постановці підцілей.

Приклад евристичних питань: «Що є головною суперечністю ситуації?», «Які альтернативні підходи можливі?», «Як виглядав би результат, якби ресурсів не було обмежено?».

Метод вільних асоціацій. Метод базується на переконанні, що нові ідеї народжуються в результаті встановлення неочевидних зв'язків між предметами, поняттями чи досвідом.

Учасникам пропонують слово-стимул або образ, який вони “розкручують” через ланцюг асоціацій – спочатку очевидних, потім дедалі віддаленіших.

Основні принципи методу:

Вільність асоціацій – будь-які ідеї приймаються без обмежень.

Антиконформізм – заохочується оригінальність і нестандартність мислення.

Відстрочений критичний аналіз – оцінювання й відбір ідей здійснюються лише після завершення етапу генерації.

Психологічний ефект: метод активізує підсвідомі процеси мислення, знижує страх помилки, створює умови для інсайтів.

Метод емпатії (особистісної аналогії). Цей метод спирається на здатність людини емоційно та інтелектуально «вживатися» в інший об'єкт або явище, розглядаючи його зсередини.

Учасник ніби стає частиною проблеми: «перетворюється» на об'єкт, процес або іншу людину й намагається відчувати, як цей об'єкт «поводиться», «мислить» або «реагує».

Сутність методу: через персоніфікацію та уявне перевтілення людина отримує нову точку зору на проблему, що відкриває неочевидні рішення.

Приклади: «Уяви, що ти – річка, що ти відчуваєш, коли твій потік перегородили дамбою?», «Як би діяла ця система, якби була живою?».

Психологічний ефект: розвиває креативність, емоційний інтелект, емпатійне мислення, знімає бар'єри раціональної логіки.

Метод організованих стратегій. Мета цього методу – подолати інерцію мислення і сформулювати здатність до гнучкої зміни підходів у процесі розв'язання творчих задач.

Зазвичай людина мислить шаблонно, спираючись на звичні алгоритми. Метод організованих стратегій навчає свідомо змінювати кут зору на об'єкт, проблему чи ситуацію.

Ключові принципи:

Самоуправління мисленням – людина усвідомлено керує власними стратегіями пошуку ідей.

Відсторонення (рефлексивний погляд) – кожного разу об'єкт аналізується з нової перспективи: «А що, якби це виглядало інакше?», «Як би діяв у цій ситуації хтось із протилежними переконаннями?».

Результат: формування вміння мислити багатовекторно, виходити за межі очевидного, шукати нестандартні рішення.

Послідовність застосування активних та інтерактивних методів навчання не є чіткою, визначається темою, особливостями аудиторії та логікою розвитку подій у конкретній групі. Бажано під час тренінгів чергувати та поєднувати різні методи навчання і форми організації роботи учасників. Це сприятиме збереженню уваги, працездатності групи, робить процес навчання справді творчим, цікавим, поглиблює розуміння і засвоєння матеріалу [6].

**Висновки.** Проведений теоретико-практичний аналіз засвідчив, що психологічна допомога в умовах воєнного або надзвичайного стану є багатовимірним і стратегічно важливим напрямом сучасної теорії та практики сфери психології, що спрямовано на підтримку психічного (ментального) здоров'я, розвиток життєстійкості та забезпечення особистісного й соціального функціонування громадян у кризових умовах. Психологічна допомога постає як цілісна система професійних дій, спрямованих на збереження психічного благополуччя особистості, розвиток її адаптивних і ресурсних механізмів, формування здатності до саморегуляції, відновлення та осмислення власного життєвого досвіду. Вона інтегрує різні психологічні підходи, такі як: кризовий, гуманістичний, екзистенційний, когнітивно-поведінковий, позитивний, і водночас, базується на фундаментальних принципах гуманізму, добровільності, конфіденційності, професійної компетентності, системності та розвитку. Особлива роль у сучасній системі психологічної допомоги належить тренінговим технологіям, які створюють умови для активної участі, емоційної взаємодії, самоусвідомлення та формування нових моделей поведінки.

Тренінговий формат забезпечує простір безпечного експериментування, у якому учасники мають змогу відновити довіру до себе й інших, посилити внутрішні ресурси, розвинути навички саморегуляції, комунікації, емоційної компетентності та стійкості до стресу. В умовах воєнного стану та суспільних трансформацій тренінгова форма психологічної роботи набуває виняткової значущості як інструмент соціально-психологічної підтримки, ресоціалізації та професійного розвитку. Вона сприяє не лише подоланню психотравматичних наслідків, а й формуванню колективної та індивідуальної життєстійкості – здатності до адаптації, осмислення подій, пошуку нових сенсів і конструктивного функціонування у мінливому світі. Аналіз базових методів проведення тренінгових занять (мозковий штурм, евристичні питання, вільні та асоціативні методи, емпатійні техніки, метод організованих стратегій

тощо) підтверджує, що їх ефективність полягає у поєднанні когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів навчання. Зазначені методи реалізації тренінгових занять активізують процеси творчого мислення, сприяють самопізнанню, рефлексії, розвитку комунікативних і адаптивних умінь.

Таким чином, психологічна допомога в умовах воєнного або надзвичайного стану має розглядатися як системний процес, що об'єднує науково обгрунтовані методи, гуманістичні цінності й тренінгові технології. Її стратегічна мета –не лише зниження рівня психологічної дезадаптації, а й розвиток у громадян внутрішніх ресурсів, зокрема «ментальної броні» – інтегративної здатності до збереження цілісності, гармонії й духовної рівноваги навіть у найскладніших життєвих обставинах.

#### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. Burnett, Harvey J. Jr.; Pichot, Rachele E.; and Bailey, Karl G. D., "An Exploratory Study on Psychological Body Armor: Factors Supporting Reactive and Proactive Pathways to Resilience" (2019). <https://digitalcommons.andrews.edu/pubs/1150>
2. Бондаренко О.Ф. Психологічна допомога особистості / Харків: Фолио, 1996. 237 с.
3. Васьківська С.В. Основи психологічного консультування: навчальний посібник / С.В. Васьківська. К.: Четверта хвиля, 2004. 256 с.
4. Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» від 15 січня 2025 року № 4223 - IX Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/4223-20/conv#n93>
5. Коваль М.С. Професійно-психологічний супровід рятувальників в умовах ризику: навчально-методичний посібник з організації та проведення тренінгу/автори М.С.Коваль, І.С. Коваль Львів: ЛДУ БЖД, 2022. -252 с.
6. Коваль І.С. тренінг формування психологічної готовності майбутніх рятувальників до діяльності в естремальних умовах *Проблеми екстремальної та кризової психології*. № 18. Харків, 1015.С. 97-104.
7. Лефтеров В.О. Психологічні тренінгові технології в органах внутрішніх справ: Монографія: У 2-х т. Т. I: Методологія психотренінгу та його використання у професійно-психологічному розвитку персоналу, задіяного в екстремальних видах діяльності. Донецьк: ДЮІ, 2008. 240 с.
8. Міщиха Л.П. Психологія творчості. Навчальний посібник. Івано-Франківськ: Гостинець, 2007. 448 с.
9. Пасічник В.І. Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посіб. / [В.І. Пасічник, І.І. Ліпатов, Л.Ф. Шестопалова, І.І. Приходько та ін.]. Х.: Акад. ВВ МВС України, 2011. 250 с.
10. Чиханцова О. Ч Психологічні основи життєстійкості особистості: монографія. К. : Талком, 2021 р. 319 с.



**Бужина Ірина Вячеславівна**  
доктор педагогічних наук, професор,  
професор кафедри психології та педагогіки  
Одеського державного університету  
внутрішніх справ

## **ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА У СТРУКТУРІ ПУБЛІЧНОЇ ВЛАДИ, МІНІСТЕРСТВА ВНУТРІШНІХ СПРАВ ТА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Анотація.** У розділі представлено комплексний, системно структурований аналіз організації діяльності психолога в системі публічної влади, Міністерства внутрішніх справ та охорони здоров'я України. Розкрито сучасні підходи до нормативно-правового забезпечення психологічної допомоги, особливості її стандартизації відповідно до міжнародних протоколів і вимог доказової медицини. Значну увагу приділено специфіці роботи психолога в медичних закладах, структурах МВС і Національної гвардії України, включаючи діагностичну, корекційну, профілактичну, психотерапевтичну та реабілітаційну діяльність.

Окремо висвітлено ступеневу модель надання психосоціальної допомоги, впровадження клінічних протоколів (зокрема КПТ, EMDR, травмо-фокусованих підходів), систему супервізії, електронні інструменти фіксації професійного розвитку, міжвідомчу координацію та інтеграцію протоколів МВС і МОЗ. Показано важливість психологічного супроводу військовослужбовців, державних службовців, ветеранів, пацієнтів медичних установ та осіб, звільнених з місць несвободи.

Розділ містить глибокий аналіз етичних принципів діяльності психолога, вимог до документування, специфіки роботи в умовах війни, кризового реагування, а також стратегічних викликів і пріоритетів для розвитку національної системи психологічної допомоги. Матеріал є науково виваженим, практико орієнтованим і може бути використаний у підготовці фахівців психологічної, медичної, соціальної та управлінської сфер.

**Ключові слова.** психологічна допомога, психосоціальна підтримка, клінічна психологія, травмофокусована терапія, ступенева модель допомоги, кризове втручання, психопрофілактика, психокорекція, психологічна реабілітація, службова діяльність, етичні стандарти, професійна компетентність психолога.

У сучасних умовах багатомірних соціальних викликів, збройної агресії, гуманітарної кризи та трансформації державного управління, роль психолога в публічному секторі набуває стратегічного значення. Його діяльність є не лише інструментом індивідуальної підтримки, а й важливою складовою системного забезпечення функціональності державних інституцій, безпеки громадян та стабільності соціального середовища.

Організація роботи психолога в межах системи охорони здоров'я, Міністерства внутрішніх справ та органів державної влади демонструє високий рівень інституційної інтеграції. У медичному секторі фахівці зосереджені на клінічній діагностиці, психотерапевтичній корекції та реабілітації, працюючи з пацієнтами, які пережили травматичні події, хронічні захворювання або психосоматичні розлади. У структурі МВС психологи виконують завдання оперативного реагування, кризового супроводу, постізоляційної реабілітації та підтримки особового складу, що функціонує в умовах підвищеного ризику. У сфері державної служби психологічна діяльність орієнтована на організаційний розвиток, управління персоналом, профілактику професійного вигорання та формування здорового соціально-психологічного клімату.

Незважаючи на відомчу специфіку, діяльність психолога в усіх секторах об'єднана спільними етичними принципами, нормативними стандартами та орієнтацією на якість. Впровадження супервізії, електронних систем професійного розвитку, уніфікованих протоколів втручання та міжвідомчої координації забезпечує сталість, прозорість і ефективність психологічної допомоги на національному рівні. Це свідчить про поступову інституціоналізацію психологічної служби як невід'ємної частини державної системи безпеки, охорони здоров'я та управління.

Організація діяльності психологічних служб у системі державної влади України набула стратегічного значення, особливо в умовах довготривалого кризового стану та збройної агресії. Діяльність психологів є невід'ємною частиною забезпечення ментальної стійкості нації, особового складу силових структур та безперервності функціонування державних інституцій. Сучасний підхід до психологічного забезпечення вимагає інтеграції зусиль різних відомств, включаючи Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), Міністерство внутрішніх справ (МВС), а також загальні органи державної влади.

Нормативно-правова основа діяльності психологів є комплексною та багаторівневою. Вона охоплює як загальнодержавні закони про охорону здоров'я та соціальний захист, так і спеціалізовані відомчі накази, що регламентують діяльність конкретних служб. Наприклад, Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118 регулює організацію надання психосоціальної допомоги населенню. Водночас, у системі МВС діяльність регламентується спеціальними наказами, такими як Наказ № 616 від 09.09.2024 р., що стосується психологічного забезпечення особового складу. Історично склалося, що психологічні служби у різних відомствах працювали дещо відокремлено. Однак, впровадження Всеукраїнської програми ментального здоров'я та створення Міжвідомчої координаційної ради для її реалізації свідчить про перехід від децентралізованого до інтегрованого підходу. Організаційне, інформаційне та матеріально-технічне забезпечення діяльності цієї ради покладено на МОЗ. Це інституційне рішення має вирішальне значення, оскільки стандарти, розроблені та затверджені МОЗ, зокрема щодо надання психосоціальної допомоги, стають обов'язковими орієнтирами для всіх державних структур, включаючи МВС та органи влади. Така уніфікація забезпечує єдиний мінімальний стандарт якості надання послуг.

Незважаючи на різну відомчу підпорядкованість, всі психологи, які працюють у державному секторі, зобов'язані суворо дотримуватись норм професійної етики. Етичний кодекс психолога є фундаментальною основою, що гарантує захист прав клієнтів (пацієнтів, особового складу, держслужбовців) та підтримує високий рівень професійної довіри.

Ключовим принципом професійної етики є конфіденційність. Психолог зобов'язаний зберігати професійну таємницю, і ця вимога є настільки суворою, що смерть або зникнення обстежуваного не звільняє фахівця від необхідності її дотримання. Психолог також повинен інформувати клієнтів про чіткі правила дотримання конфіденційності та її потенційні обмеження.

Ще одним важливим аспектом є обмеження використання професійних методик. Психологу заборонено передавати методичні матеріали особам, які не мають відповідних повноважень для здійснення психологічної діяльності. Також не допускається розкриття суті та призначення конкретної методики, за винятком випадків, коли таке роз'яснення вимагається правоохоронними або судовими органами. Це правило забезпечує валідність та захист діагностичного інструментарію, запобігаючи його некваліфікованому використанню.

Особливе значення ці етичні вимоги мають у військових та правоохоронних структурах (МВС). У цих умовах психолог нерідко отримує інформацію, яка може бути критичною для оперативної безпеки або дисципліни колективу. Сувора регламентація конфіденційності вимагає від

психолога пошуку тонкого балансу між етичним зобов'язанням щодо підтримки особи та службовою необхідністю забезпечення колективної безпеки та дисципліни. Необхідність збереження професійної таємниці, встановлена Етичним кодексом, допомагає мінімізувати конфлікт цих ролей та підтримати довіру особового складу до психологічної служби.

Ефективність діяльності психологічних служб безпосередньо залежить від рівня їх організаційного та матеріально-технічного забезпечення. На національному рівні організаційне забезпечення стратегічних ініціатив, таких як Всеукраїнська програма ментального здоров'я, здійснюється централізовано. МОЗ бере на себе обов'язки щодо організаційного, інформаційного та матеріально-технічного забезпечення діяльності Міжвідомчої координаційної ради. Це централізує контроль за впровадженням системного підходу до ментального здоров'я та узгодженням дій усіх органів влади. Фінансування діяльності психологічної служби, включаючи практичних психологів та соціальних педагогів, здійснюється згідно з чинним законодавством. У випадку закладів, що мають засновників (наприклад, заклади професійної, фахової передвищої або вищої освіти), оплата праці та фінансування діяльності служби відбувається за рахунок коштів засновника. Сучасна державна діяльність вимагає цифровізації процесів. У сфері психологічної та соціальної допомоги впроваджуються новітні системи. Прикладом є впровадження електронного кейс-менеджменту в роботу надавачів соціальних послуг, а також запуск системи «СпівДія12», яка надає психологічну допомогу на базі молодіжних центрів та інших організацій. Ці заходи підкреслюють необхідність високого рівня цифрової грамотності фахівців та ведення електронної документації.

Діяльність клінічних психологів у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) має чітку нормативну регламентацію. Посадові обов'язки клінічного психолога визначаються Наказом МОЗ України № 138 від 25.01.2023, який затверджує зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Клінічний психолог є ключовим фахівцем мультидисциплінарної команди, але його функціонал суворо обмежений. Фахівець проводить корекційну роботу та реабілітацію у співпраці з лікарями-спеціалістами, проте не має права призначати лікарські засоби. Це підкреслює допоміжний, але інтегративний характер його роботи в медичному контексті.

Сфера спеціалізації клінічного психолога є широкою і охоплює діагностику та аналіз психічних порушень у дітей і дорослих у медичній психології, судовій психології та дефектології. Організація надання психосоціальної допомоги (ПСД) населенню в Україні ґрунтується на багаторівневій моделі, офіційно закріпленій Наказом МОЗ № 2118 від 13.12.2023. Ця модель забезпечує послідовність та доступність допомоги відповідно до потреб особи.

Первинний рівень ПСП спрямований на надання базової підтримки, часто у формі самодопомоги та профілактичних заходів. Сюди відносяться рекомендації щодо практик для розслаблення м'язів, релаксації за допомогою дихальних вправ, а також навчання розпізнаванню власних ознак стресу та визначенню ефективних технік для їх послаблення. ПСП передбачає найбільш спеціалізовану та комплексну допомогу. На цьому рівні забезпечується психологічна та психосоціальна підтримка не лише особі, що отримує лікування чи реабілітацію, але й членам її сім'ї. Важливою складовою є робота клінічного психолога з членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди для забезпечення узгодженої психологічної підтримки пацієнта та його родини. Діяльність психолога в ЗОЗ охоплює чотири ключові напрями: діагностика, корекція/реабілітація, профілактика та консультативна/просвітницька робота.

У структурі Міністерства внутрішніх справ України психологічна діяльність охоплює широкий спектр завдань, спрямованих на забезпечення психічного здоров'я особового складу, ветеранів служби та цивільних осіб, які перебувають у зоні відповідальності МВС. Одним із ключових напрямів є психодіагностика, що передбачає виявлення психологічних проблем, оцінку психоемоційного стану, рівня тривожності, депресивних проявів, а також когнітивних порушень, таких як зниження концентрації уваги, пам'яті та реакцій на стресові фактори. Особлива увага приділяється діагностиці кандидатів на службу в органах МВС, а також періодичному психологічному моніторингу діючих співробітників з метою профілактики професійних деформацій та емоційного вигорання.

Корекційно-реабілітаційна робота психолога в системі МВС охоплює індивідуальні та групові психокорекційні втручання, спрямовані на осіб із посттравматичним стресовим розладом, що виникає внаслідок участі в бойових діях, надзвичайних ситуаціях або службових інцидентах. Психологічна підтримка також надається співробітникам, які пережили втрату колег, отримали поранення або зазнали психологічного тиску. У роботі з психосоматичними розладами, депресивними станами, тривожними розладами, а також наслідками хірургічних втручань, онкологічних та неврологічних захворювань застосовуються методи когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтовані практики, арт-терапія та кризове втручання.

У межах міждисциплінарної взаємодії психолог бере участь у розробці індивідуальних програм психосоціальної реабілітації, співпрацюючи з лікарями, соціальними працівниками, реабілітологами та керівниками підрозділів. Така співпраця спрямована на супровід процесу повернення співробітників до виконання службових обов'язків після лікування або відпустки за станом здоров'я, а також на участь у комісіях з оцінки професійної придатності та психологічної стійкості.

Профілактична діяльність психолога включає проведення тренінгів зі стресостійкості, управління емоціями, профілактики вигорання, а також психопросвітницькі заходи, спрямовані на підвищення психологічної культури в колективах. Крім того, розробляються рекомендації для керівного складу щодо формування здорового психологічного клімату в підрозділах, що сприяє підвищенню ефективності службової діяльності та зниженню рівня конфліктності в професійному середовищі.

У межах професійної діяльності психолога в медичних установах важливе місце займає психопрофілактика як один із ключових напрямів роботи. Її мета полягає у запобіганні розвитку психічних, психосоматичних і поведінкових розладів серед пацієнтів та медичного персоналу, а також у своєчасному виявленні осіб, які належать до груп ризику. Психопрофілактичні заходи спрямовані на підтримку здорового психологічного клімату в колективах, що, у свою чергу, позитивно впливає на якість медичної допомоги, ефективність командної взаємодії та рівень емоційної стійкості працівників.

Особливої актуальності набуває профілактика професійного вигорання серед медичних працівників, які щоденно стикаються з високим рівнем стресу, емоційним навантаженням та моральними дилемами. З метою зниження ризиків емоційного виснаження та збереження психічного здоров'я персоналу, психологи проводять спеціалізовані тренінги, присвячені розвитку навичок стресостійкості, емоційної саморегуляції, управління конфліктами та формуванню ресурсного стану. Такі заходи не лише сприяють підвищенню індивідуальної психологічної компетентності, а й формують культуру турботи про психічне здоров'я в медичному середовищі.

У межах консультативної діяльності психолог надає фахову підтримку особам, які переживають життєві труднощі, зокрема кризові ситуації, пов'язані з втратою близьких, розлученням, порушенням соціальних зв'язків або іншими психотравмуючими подіями. Консультаційна робота охоплює широкий спектр емоційних, міжособистісних та соціальних проблем, що можуть впливати на психічне благополуччя людини. Психологічна допомога спрямована на зниження рівня дистресу, відновлення адаптаційних ресурсів, формування ефективних стратегій подолання труднощів, а також на підтримку особистісного зростання та внутрішньої стабільності клієнта.

Просвітницька діяльність є невід'ємною складовою професійної практики психолога і передбачає поширення знань із медичної психології серед різних цільових аудиторій. Зокрема, проводяться лекції, семінари та інформаційні зустрічі для пацієнтів, членів їхніх родин, а також медичного персоналу з метою підвищення рівня психологічної обізнаності, формування навичок самопомоги, профілактики психоемоційних розладів та розвитку культури турботи про психічне здоров'я. Така діяльність сприяє зменшенню

стигматизації психологічних проблем, підвищенню рівня довіри до фахівців та формуванню позитивного ставлення до звернення по психологічну допомогу.

Форми роботи та професійна документація психолога

Організація діяльності психолога у структурі публічної влади, Міністерства внутрішніх справ та системі охорони здоров'я України відображає високий рівень інституційної зрілості, що дозволяє адаптувати професійну практику до складних соціальних умов, викликаних збройною агресією, гуманітарною кризою та трансформацією державного управління. Психологічна служба в кожному з цих секторів виконує специфічні функції, які, попри відомчу диференціацію, інтегруються в єдину нормативну та етичну рамку, що забезпечує узгодженість підходів, стабільність якості допомоги та захист прав отримувачів послуг.

У системі охорони здоров'я діяльність психолога зосереджена на клінічній діагностиці, психотерапевтичній корекції та реабілітації, що реалізується як у форматі індивідуальної роботи, так і в межах мультидисциплінарних команд. В умовах воєнного стану та масового переміщення населення особливого значення набуває дистанційна психологічна підтримка, зокрема телемедичне консультування, яке дозволяє забезпечити рівний доступ до допомоги незалежно від географічного розташування особи. Такий формат вимагає від фахівців дотримання протоколів цифрової безпеки, конфіденційності та етичних норм онлайн-взаємодії.

У структурі Міністерства внутрішніх справ психологічна діяльність має оперативно-забезпечувальний характер і включає кризове реагування, постізоляційну реабілітацію, підтримку особового складу та інтеграцію психологічного аналізу в службові процедури. Формалізація протоколів, таких як декомпресія та дебрифінг, свідчить про інституціоналізацію психологічного супроводу в межах безпекового сектору. Впровадження трирівневої моделі психологічної допомоги, що включає самопомогу, спеціалізовану підтримку та реабілітацію, дозволяє забезпечити гнучкість і доступність втручань у складних оперативних умовах.

У сфері державної служби психологи виконують функції, пов'язані з організаційним розвитком, управлінням персоналом, профілактикою професійного вигорання та формуванням сприятливого соціально-психологічного клімату. Підвищення кваліфікації, супервізії та впровадження етичних стандартів є ключовими механізмами забезпечення якості психологічної роботи та адміністративному секторі. Незалежно від сфери діяльності, професійна практика психолога базується на дотриманні Етичного кодексу, використанні уніфікованих стандартів та постійному аналізі ефективності втручань, що гарантує сталість функціонування психологічної служби на національному рівні.

У межах професійної діяльності психолога в державному секторі, зокрема в системі охорони здоров'я та структурах Міністерства внутрішніх справ, документальна робота є невід'ємною складовою професійної відповідальності. Ведення медичної та службової документації не лише забезпечує нормативну відповідність, а й виконує функцію контролю якості, дозволяючи здійснювати системний аналіз ефективності психологічних втручань. Психолог зобов'язаний планувати та рефлексивно оцінювати власну діяльність, фіксуючи її результати у відповідних формах –журналах консультацій, протоколах обстежень, звітах про роботу, картах психологічного спостереження.

Оформлення психодіагностичних висновків та надання рекомендацій є важливими етапами у процесі надання допомоги, оскільки вони забезпечують обґрунтованість подальших дій, узгодженість міжвідомчої взаємодії та можливість моніторингу динаміки стану особи. Така документація виконує не лише клінічну чи службову функцію, а й слугує інструментом професійного самоконтролю, дозволяючи фахівцеві оцінювати результативність застосованих методів, коригувати підходи та забезпечувати відповідність етичним стандартам. У контексті кризових умов, підвищеного навантаження та міжвідомчої інтеграції, системна документальна діяльність психолога є запорукою стабільності, прозорості та ефективності всієї системи психосоціального забезпечення.

Надання психологічної допомоги в Україні під час широкомасштабної агресії вимагає не лише оперативних, а й глибоко стандартизованих підходів. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України заклало нормативно-правову основу, яка відображає прагнення до інтеграції в європейський та євроатлантичний медичний простір, особливо в частині психологічного забезпечення та реабілітації.

Система надання психологічної допомоги покликана забезпечити отримувача комплексними, інтегрованими та науково обґрунтованими послугами, які мають бути всебічними, безперервними та орієнтованими на особу. Основною метою такої системи є відновлення та підтримка психічного здоров'я, профілактика розвитку психічних і поведінкових розладів, зниження потреби в госпіталізації та підвищення якості життя. Такий підхід відображає сучасні тенденції інституційної політики, що акцентує увагу на превентивних заходах і міждисциплінарній інтеграції.

Організація та реалізація психологічної допомоги базується на принципах, які відповідають міжнародним стандартам якості, зокрема тим, що прийняті в Європейському Союзі та країнах-членах НАТО. Одним із ключових принципів є доступність, що передбачає мінімізацію часових витрат для отримання необхідної допомоги, що особливо важливо в умовах кризових ситуацій або загострення психоемоційного стану. Іншим важливим принципом є безпечність, яка полягає в наданні послуг таким чином, щоб

мінімізувати ризики заподіяння шкоди, включаючи запобігання фаховим помилкам та недотриманню етичних норм. Не менш значущим є принцип результативності, що вимагає використання виключно науково обґрунтованих підходів, методів і втручань, які відповідають принципам доказової медицини та психології. Такий підхід забезпечує не лише ефективність допомоги, а й підвищує довіру до системи психічного здоров'я загалом.

Принцип результативності, що ґрунтується на доказовій медицині (Evidence-Based Practice, ЕВР), виступає не лише нормативною декларацією, а й юридично закріпленим зобов'язанням для всіх суб'єктів, які надають психологічну допомогу. Його імплементація є фундаментом для впровадження ефективних, науково обґрунтованих клінічних протоколів, зокрема травмо-фокусованих підходів, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та десенсибілізація і репроцесуалізація рухом очей (EMDR). Ці методи офіційно затверджені в українському нормативному полі, зокрема в Наказі МОЗ № 2118.1, що підкреслює їхню відповідність міжнародним стандартам. Вимога застосування ЕВР є визначальною умовою для інтеграції української системи психічного здоров'я в європейський та євроатлантичний простір, оскільки директиви НАТО та Європейського Союзу передбачають використання виключно науково доведених методів у лікуванні психічних розладів, з особливим акцентом на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Таким чином, дотримання принципу результативності не лише підвищує якість надання допомоги, а й забезпечує стратегічну сумісність з міжнародними партнерами та сприяє підвищенню довіри до національної системи охорони психічного здоров'я.

Система психологічної допомоги, затверджена Міністерством охорони здоров'я України, реалізує модель ступеневої допомоги (Step-Care), яка дозволяє забезпечити раціональний розподіл ресурсів, своєчасність втручань та адаптацію до потреб отримувача. Такий підхід є особливо актуальним для сектору Міністерства внутрішніх справ, де навантаження на психіку персоналу часто перевищує середні показники, а ризики розвитку посттравматичних розладів є системними. Ступенева модель дозволяє гнучко реагувати на запити, починаючи з базових форм підтримки та завершуючи спеціалізованими видами терапії.

Допомога в межах цієї системи класифікується за шістьма основними формами, що охоплюють увесь спектр психологічних потреб – від екстреної стабілізації до тривалої реабілітації. Кожна форма має чітко визначений обсяг і тривалість, що дозволяє уникнути перевантаження системи та забезпечити ефективність втручань. Наприклад, Перша психологічна допомога та кризові втручання спрямовані на негайну стабілізацію стану особи та тривають від кількох хвилин до кількох годин. Це особливо важливо в умовах надзвичайних ситуацій, з якими регулярно

стикаються працівники МВС. Психологічне консультування, як наступний рівень втручання, передбачає до п'яти зустрічей тривалістю 45–60 хвилин, що дозволяє глибше опрацювати індивідуальні запити без переходу до довготривалої терапії.

Імплементація ступеневої моделі в системі МВС є не лише інструментом підвищення ефективності, а й засобом забезпечення психологічної стійкості персоналу, зниження ризиків професійного вигорання та формування культури звернення по допомогу. Це відповідає сучасним європейським стандартам та сприяє інтеграції українських безпекових структур у міжнародний контекст.

Найбільш структуровано регламентованим компонентом системи психологічної допомоги є психотерапія, яка передбачає мінімальний обсяг у чотири сесії тривалістю 45–60 хвилин кожна. Кількість зустрічей визначається відповідно до тяжкості психічного розладу та рекомендацій обраного доказового методу, що забезпечує індивідуалізований підхід до лікування. Для осіб із помірними розладами зазвичай передбачено від шести до дванадцяти сесій, тоді як у випадках важких клінічних станів кількість зустрічей може сягати сорока. Така стандартизація дозволяє забезпечити ефективність втручань, зберігаючи при цьому гнучкість у плануванні терапевтичного процесу.

У контексті війни, що спричинила значне зростання попиту на психологічну допомогу, впровадження ступеневої моделі набуває особливої актуальності. Вона дозволяє раціонально розподіляти ресурси, спрямовуючи осіб зі складними Життєвими Обставинами (СЖО) або легкими симптомами на короткотермінові втручання, такі як психологічне консультування чи втручання низької інтенсивності. Водночас, тривала та високоінтенсивна психотерапія резервується для пацієнтів із верифікованими клінічними розладами, що відповідає принципу пріоритетності потреб. Така диференціація сприяє своєчасному наданню допомоги, знижує ризик перевантаження системи та мінімізує неефективні витрати, підвищуючи загальну економічну ефективність. При цьому система передбачає можливість коригування обсягу допомоги на підставі результатів моніторингу стану пацієнта, що забезпечує адаптивність та відповідність реальним потребам отримувача.

Деталізація клінічних протоколів: доказові методи психотерапії (наказ МОЗ № 2118). Перелік психотерапевтичних методів, затверджений Наказом МОЗ України № 2118 від 13 грудня 2023 року, є вичерпним доказом того, що клінічна система в Україні керується міжнародними настановами, зокрема щодо лікування травми. У переліку налічується 24 методи, однак найбільший акцент зроблено на травмо-фокусованих підходах.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) визнана в Україні як універсальний метод психологічного втручання, що має найширший спектр

застосування серед усіх науково обґрунтованих підходів. Її ефективність підтверджена при роботі з практично всіма категоріями психічних та поведінкових розладів, включаючи шизофренію (F20–F29), афективні розлади (F30–F39), а також розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (F10–F19). Така широта застосування робить КПТ ключовим інструментом у системі охорони психічного здоров'я, особливо в умовах підвищеного навантаження, спричиненого війною.

Для роботи з наслідками психологічної травми Міністерство охорони здоров'я України окремо виділяє травмо-фокусовані варіації КПТ, які мають найвищий рівень доказовості. До них належать травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT), пролонгована експозиція (PE) та когнітивно-процесуальна терапія (CPT). Ці методи визнані золотим стандартом лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у міжнародній клінічній практиці, що підтверджується рекомендаціями провідних професійних асоціацій та медичних директив НАТО і ЄС.

Застосування КПТ також інтегровано у військово-медичний контекст, зокрема для лікування постконтузійного синдрому (F07.2), який виникає внаслідок черепно-мозкових травм. Така інтеграція дозволяє забезпечити системну підтримку військовослужбовців та працівників сектору безпеки, де ризики розвитку ПТСР та нейропсихологічних порушень є особливо високими. КПТ у цьому контексті виконує не лише терапевтичну, а й реабілітаційну функцію, сприяючи відновленню когнітивної та емоційної регуляції, що є критично важливим для повернення до професійної діяльності та соціального функціонування.

Десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR) є другим провідним методом з високим рівнем доказовості, офіційно затвердженим Міністерством охорони здоров'я України для лікування психологічної травми. Його застосування охоплює широкий спектр психічних розладів, зокрема реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації (F43), депресивні стани, фобійні розлади (F40), obsесивно-компульсивний розлад (F42) та дисоціативні розлади (F44). Така широта показань свідчить про універсальність методу та його адаптивність до різних клінічних сценаріїв.

В українській практиці застосовуються модифіковані протоколи EMDR, зокрема невідкладний протокол, розроблений Френсін Шапіро, який є найбільш ефективним у роботі з нещодавніми травматичними подіями. Цей протокол рекомендований як для амбулаторного, так і для стаціонарного використання, що забезпечує його гнучке впровадження в різних умовах надання допомоги. Особливу увагу приділено клінічній специфіці EMDR у контексті гострої стресової реакції: фахівці фокусуються на так званих «гарячих точках» – пікових моментах травматичного досвіду, які часто зберігаються у фрагментованій формі в пам'яті пацієнта. Робота з цими елементами дозволяє запобігти патологічній реконсолідації пам'яті, що є

ключовим механізмом у формуванні хронічного посттравматичного стресового розладу.

Система EMDR передбачає обов'язкове повторне психологічне тестування після завершення терапевтичного курсу для об'єктивної оцінки динаміки симптомів та підтвердження ефективності втручання. Такий підхід забезпечує не лише клінічну точність, а й прозорість у прийнятті рішень щодо подальшої підтримки пацієнта. Акцент на невідкладному протоколі EMDR відображає стратегічну орієнтацію системи на раннє втручання у випадках гострої травми, що дозволяє суттєво скоротити тривалість хвороби та знизити ризик хронізації симптомів.

Третя хвиля КПТ та спеціалізовані методи. Українські клінічні протоколи у сфері психологічної допомоги охоплюють не лише класичні методи, а й сучасні терапевтичні підходи, що належать до так званої «третьої хвилі» когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та інших високоспеціалізованих моделей. Така інтеграція відображає прагнення до наукової актуальності та адаптації до складних соціальних умов, зокрема тих, що виникли внаслідок війни. Одним із таких підходів є терапія прийняття та зобов'язання (АСТ), яка рекомендована для роботи з неклінічними запитами, зокрема у випадках Складних Життєвих Обставин (СЖО), де симптоматика не відповідає критеріям психічного розладу, але потребує психологічної підтримки.

Для роботи з комплексними випадками, особливо з розладами зрілої особистості та поведінковими порушеннями (F60–F69), протоколи включають терапію, базовану на менталізації (МВТ), та схема-терапію. Ці методи є критично важливими для лікування Комплексного посттравматичного стресового розладу (К-ПТСР), діагностика якого передбачена в рамках впровадження Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). Їх застосування дозволяє глибоко опрацювати порушення емоційної регуляції, міжособистісних зв'язків та ідентичності, що характерні для складних травматичних досвідів.

Окрему увагу в протоколах приділено реконсолідації травматичної пам'яті – вузькоспеціалізованому методу, який використовується для лікування реакцій на тяжкий стрес (F43) та постконтузійного синдрому (F07.2). Його включення свідчить про залучення передових наукових розробок, що виходять за межі традиційних терапевтичних рамок, і демонструє прагнення МОЗ до інноваційності та відповідності міжнародним стандартам.

Система охорони психічного здоров'я, затверджена МОЗ, передбачає чітку диференціацію методів залежно від характеру запиту. Для лікування верифікованих клінічних розладів, позначених F-кодами, застосовуються методи з найвищим рівнем доказовості – КПТ, EMDR, МВТ. Водночас, для великої кількості неклінічних запитів, що виникли внаслідок війни,

дозволено використання ширшого спектра терапевтичних підходів, таких як нарративна терапія та символдрама. Це забезпечує гнучкість системи, дозволяючи адаптувати втручання до індивідуальних потреб пацієнтів, при збереженні високої якості лікування для найтяжчих випадків. Такий підхід сприяє формуванню стійкої, адаптивної та науково обґрунтованої моделі психологічної допомоги в Україні.

Аналіз нормативно-правової бази, клінічних протоколів та стратегічних документів Міністерства охорони здоров'я України свідчить про високий рівень інституційної зрілості системи психологічної допомоги та її активну інтеграцію в міжнародні медичні стандарти, що відповідають вимогам НАТО та Європейського Союзу. Одним із ключових показників цієї відповідності є нормативне закріплення принципу результативності, що базується на доказовій медицині (Evidence-Based Practice, EBP). Це забезпечує впровадження протоколів лікування, які відповідають міжнародним «золотим стандартам», зокрема когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), десенсибілізації та репроцесуалізації рухом очей (EMDR) та їхніх травмо-фокусованих варіацій, що рекомендовані для лікування посттравматичного стресового розладу та інших психічних порушень.

Важливим елементом інституційної інтеграції є впровадження клінічних протоколів, заснованих на Joint Trauma System Clinical Practice Guidelines (JTS CPG), для лікування бойових ампутацій. Це свідчить про пряму інтегрованість української військово-медичної системи з медичними структурами НАТО, що має стратегічне значення в умовах війни. Крім того, стратегічне планування переходу на Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) до 2027 року, включаючи впровадження діагнозу Комплексного посттравматичного стресового розладу (К-ПТСР), забезпечує уніфікацію діагностичних підходів, статистичних моделей та механізмів фінансування, що є критично важливим для міжнародної співпраці та дослідницької діяльності.

Попри досягнення, реалізація цих амбітних планів стикається з низкою системних викликів. Одним із них є масштабування кваліфікації та якості надання допомоги: необхідно забезпечити достатню кількість фахівців, здатних ефективно застосовувати травмо-фокусовані методи ЕВР, що потребує значних інвестицій у навчання, супервізію та сертифікацію. Особливої уваги потребує формування критичної маси вузькоспеціалізованих нейропсихологів, які здатні здійснювати реабілітацію осіб з черепно-мозковими травмами, що є поширеним наслідком бойових дій.

Другим викликом є технічна інтеграція МКХ-11 в Електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ). Успішне впровадження нової класифікації до I кварталу 2026 року та повний перехід до 2027 року є необхідною умовою для забезпечення точності діагностики, ефективного збору статистичних даних та прозорого фінансування. Будь-яка затримка на цьому етапі може

суттєво підірвати переваги, які надає МКХ-11, та знизити ефективність реформи в цілому. Таким чином, подальший розвиток системи психологічної допомоги в Україні залежить від здатності подолати ці виклики та зберегти темп інтеграції в міжнародний медичний простір.

На основі проведеного аналізу нормативної бази, клінічних протоколів та стратегічних документів Міністерства охорони здоров'я України, визначено низку пріоритетних напрямів, реалізація яких є критично важливою для забезпечення стійкості, якості та міжнародної відповідності системи психологічної допомоги. Одним із ключових завдань є пріоритизація нейропсихологічної освіти та кадрового забезпечення. Це передбачає термінову розробку та впровадження прискорених, акредитованих програм підготовки нейропсихологів, які мають бути повністю синхронізовані з мультидисциплінарними протоколами реабілітації черепно-мозкових травм. Такий підхід дозволить сформувати професійне ядро фахівців, здатних ефективно працювати з наслідками бойових ушкоджень та нейропсихологічними порушеннями.

Другим стратегічним напрямом є запровадження обов'язкового зовнішнього клінічного аудиту застосування травмо-фокусованих методів, зокрема КПТ та EMDR, у державних реабілітаційних центрах. Аудит має забезпечити дотримання нормативного обсягу терапії – від 12 до 40 сесій для важких розладів – та гарантувати якість реалізації специфічних протоколів, таких як невідкладний протокол Ф. Шапіро. Це дозволить не лише стандартизувати практику, а й підвищити довіру до системи з боку пацієнтів та міжнародних партнерів.

Важливим компонентом стратегії є забезпечення узгодженості між відомчими протоколами Збройних Сил України та Міністерства внутрішніх справ із клінічними протоколами МОЗ. Така методологічна інтеграція є необхідною для досягнення повної інтегрованості системи, особливо на етапах переходу пацієнта від кризового втручання на фронті до довгострокової реабілітації в системі охорони здоров'я. Вона дозволяє уникнути фрагментації допомоги та забезпечити безперервність терапевтичного процесу.

Останнім, але не менш важливим напрямом є постійний моніторинг технічної готовності до впровадження МКХ-11 в Електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ). Успішне виконання цього завдання до I кварталу 2026 року є фундаментальною передумовою для ефективного моніторингу, статистичного аналізу та фінансового забезпечення психологічних послуг на національному рівні після 2027 року. Будь-яка затримка на цьому етапі може суттєво підірвати переваги реформи та знизити ефективність інтеграції України в міжнародний медичний простір.

Діяльність психологів у структурі МВС, включаючи підрозділи Національної гвардії України (НГУ), має специфічний характер, оскільки

орієнтована на оперативне забезпечення боєздатності та психологічної стійкості особового складу. Ця діяльність регламентується відомчими документами, зокрема Наказом МВС № 616 від 09.09.2024 р. Психологічне забезпечення в системі Національної гвардії України охоплює низку ключових завдань, спрямованих на підтримку психічного здоров'я військовослужбовців та оптимізацію соціально-психологічного функціонування військових колективів. Одним із пріоритетних напрямів є психопрофілактика, яка передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на запобігання розвитку дезадаптивних станів, професійних деформацій та емоційного вигорання. Ці заходи включають раннє виявлення ознак психологічної нестабільності, формування навичок саморегуляції, а також створення умов для збереження психоемоційного балансу в умовах службової діяльності.

Психологічна допомога реалізується через індивідуальні та групові консультації, кризові втручання, підтримку в ситуаціях втрати, травми, міжособистісних конфліктів або інших життєвих труднощів. Вона спрямована на стабілізацію емоційного стану, розвиток адаптивних механізмів реагування та підвищення рівня психологічної стійкості особового складу.

Психологічна реабілітація охоплює заходи, що сприяють відновленню психічного здоров'я після перенесених травматичних подій, бойових дій, тривалого стресу або медичних втручань. Реабілітаційна робота здійснюється у співпраці з медичними фахівцями, соціальними працівниками та командуванням, з урахуванням індивідуальних потреб військовослужбовця.

Соціально-психологічні дослідження є важливою складовою аналітичної діяльності психолога. Вони передбачають вивчення окремих елементів соціально-психологічного клімату у військових колективах підрозділів НГУ з використанням стандартизованих методик, анкетування, спостереження та інтерв'ювання. Результати таких досліджень дозволяють виявити чинники, що впливають на згуртованість, мотивацію, рівень конфліктності та ефективність взаємодії в підрозділах, а також формувати обґрунтовані рекомендації для командного складу щодо оптимізації управлінських рішень у сфері людського ресурсу.

Система психологічної допомоги військовослужбовцям Національної гвардії України, що функціонує в межах Міністерства внутрішніх справ, побудована за трирівневою моделлю, яка забезпечує послідовність та логіку психологічних втручань відповідно до рівня потреби та доступності ресурсів. Перший рівень становить первинна психологічна допомога, або самопомога, яка передбачає здатність особи самостійно здійснювати базову емоційну стабілізацію, використовуючи набуті навички саморегуляції, стрес-

менеджменту та психологічної гігієни. Такий підхід акцентує увагу на розвитку внутрішніх ресурсів військовослужбовців і формуванні психологічної готовності до дій в умовах підвищеного ризику, що є особливо актуальним у бойових ситуаціях, де доступ до фахової допомоги може бути обмеженим або тимчасово недоступним.

Другий рівень охоплює спеціалізовану психологічну допомогу, яка надається кваліфікованими фахівцями-психологами. Вона включає індивідуальні та групові консультації, кризові втручання, психокорекційні заходи, а також підтримку в подоланні наслідків психотравмуючих подій. Така допомога спрямована на стабілізацію психоемоційного стану, зниження рівня тривожності, профілактику розвитку посттравматичних розладів і підтримку адаптаційних механізмів.

Третій рівень становить психологічна реабілітація, яка передбачає комплекс заходів, спрямованих на повне або часткове відновлення функціональності особи після пережитих психотравм, тривалого стресу або бойових дій. Реабілітаційні програми розробляються з урахуванням індивідуальних потреб військовослужбовця та реалізуються у взаємодії з медичними, соціальними та командними структурами. Вони можуть включати психотерапевтичні сесії, фізичну реабілітацію, соціальну адаптацію та супровід у процесі повернення до служби або цивільного життя.

Формалізація самопомоги як першого рівня психологічного втручання підкреслює стратегічну орієнтацію служби на превентивну підготовку особового складу. Психосвітні заходи, тренінги з розвитку стресостійкості та формування навичок самопомоги набувають критичного значення в системі бойової готовності, дозволяючи військовослужбовцям зберігати функціональність і психологічну стійкість до моменту отримання професійної підтримки. Такий підхід забезпечує гнучкість, оперативність і ефективність психологічного забезпечення в умовах сучасних викликів.

У контексті збройної агресії та масового порушення прав людини, психологічна реабілітація осіб, звільнених з місць несвободи, набуває особливого значення як складова реінтеграційної політики держави. Цей процес є обов'язковим елементом міжвідомчої взаємодії, що реалізується за участі Міністерства внутрішніх справ, Міністерства оборони, Служби безпеки України (за згодою) та інших уповноважених структур. Для забезпечення ефективної допомоги створюються спеціалізовані центри реінтеграції, де надається комплексна медична, психологічна та соціальна підтримка. Психологічна допомога в межах постізоляційного супроводу виконує ключову роль у стабілізації психоемоційного стану звільнених осіб, сприяє їх адаптації до мирного життя та інтеграції в соціальне середовище.

У випадках, коли особа не проходить повний реінтеграційний курс, психологічна допомога надається як частина загальних заходів з відновлення, що дозволяє забезпечити базову підтримку та мінімізувати ризики розвитку

посттравматичних розладів. Робота з цією категорією осіб здійснюється відповідно до чітко структурованих протоколів, які інтегрують психологічне втручання в оперативну процедуру. Основними формами постізоляційної реабілітації є декомпресія та дебрифінг.

Декомпресія є первинною формою психологічного втручання, що проводиться одразу після повернення особи з місць несвободи. Її мета полягає у нормалізації фізичних та емоційних реакцій, відновленні почуття контролю над власним життям, а також у створенні безпечного простору для індивідуального згадування досвіду ізоляції. Важливими елементами декомпресії є багаторазове переосмислення власної історії у позитивному ключі, формування прогнозованого оточення, розроблення плану подальших дій, включаючи взаємодію з медіа, інтеграцію в родину або повернення до військової служби. Цей протокол сприяє швидкому відновленню внутрішньої стабільності та прийняттю життєвих рішень.

Дебрифінг, на відміну від декомпресії, має аналітичний характер і передбачає структуроване обговорення умов та обставин пережитої ізоляції. Його основними завданнями є узагальнення набутого досвіду, ідентифікація причин стресу, усвідомлення необхідних дій для їх усунення та зниження ризику розвитку посттравматичного стресового розладу. Дебрифінг дозволяє не лише здійснити терапевтичне втручання, але й виконує оперативно-забезпечувальну функцію, оскільки сприяє виявленню системних прогалин у процедурі звільнення та реінтеграції, а також формуванню рекомендацій для вдосконалення міжвідомчої взаємодії.

Нормативне розмежування між стабілізаційною декомпресією та аналітичним дебрифінгом свідчить про високий рівень інституціоналізації кризового менеджменту в структурах МВС та сектору безпеки. Обидва протоколи закріплені відповідними регуляторними документами, зокрема постановами Кабінету Міністрів України, що забезпечує їх правову легітимність та уніфіковане застосування в межах державної системи психологічної підтримки.

У структурі органів державної влади професійна діяльність психолога здебільшого набуває ознак організаційної психології та управління людськими ресурсами, що зумовлено специфікою функціонування державного апарату. Основний акцент у роботі психолога зміщується з клінічної діагностики на оптимізацію функціональності персоналу, підвищення ефективності управлінських процесів та забезпечення стабільності соціально-психологічного середовища в державних установах. Психологи виконують завдання, пов'язані з підтримкою сприятливого соціально-психологічного клімату, формуванням мотиваційних механізмів, управлінням внутрішньоорганізаційними конфліктами та розвитком комунікативної компетентності працівників.

У своїй діяльності фахівці застосовують методи соціально-психологічних досліджень, що дозволяє здійснювати емпіричне оцінювання стану колективу, виявляти чинники напруженості, демотивації або дезадаптації, а також формувати обґрунтовані рекомендації для керівництва щодо покращення умов праці, стилю управління та ефективності службової взаємодії. Такий підхід сприяє підвищенню продуктивності державних службовців, зниженню рівня конфліктності та формуванню позитивного іміджу державної служби.

Окремим напрямом роботи є психопрофілактика професійного вигорання, що має особливу актуальність для працівників, які перебувають у постійній взаємодії з вразливими категоріями населення, виконують емоційно навантажені функції або працюють в умовах підвищеної відповідальності. Профілактичні заходи включають тренінги з емоційної саморегуляції, розвиток навичок стресостійкості, формування ресурсного мислення та підтримку балансу між професійним і особистим життям. Ефективне запобігання вигоранню забезпечує стабільність кадрового складу, збереження професійної компетентності та високу якість надання публічних послуг, що є критично важливим для функціонування державних інституцій.

Державна служба, як особлива форма професійної діяльності, вирізняється високим ступенем публічності, ієрархічності та підзвітності, що створює специфічні етико-психологічні виклики для її учасників. У цьому контексті роль психолога полягає не лише в забезпеченні психоемоційної підтримки, а й у формуванні здатності державних службовців ефективно функціонувати в умовах постійного зовнішнього контролю, критики та високих очікувань з боку суспільства. Психологічна допомога в цьому середовищі спрямована на розвиток професійної стійкості, адаптаційних механізмів та навичок конструктивного реагування на стресові фактори, що супроводжують публічну діяльність.

Одним із важливих завдань психолога є навчання державних службовців прийомам управління кризовими ситуаціями, а також формування навичок адекватного сприйняття критики, яка є невід'ємною складовою їхньої професійної реальності. Рекомендовані психологічні стратегії включають збереження емоційної рівноваги, уникнення захисних реакцій у вигляді жартів або зміни теми, з'ясування суті нечітких зауважень, а також демонстрацію відкритості до зворотного зв'язку. Такий підхід сприяє не лише індивідуальному розвитку службовця, а й зміцненню репутації державної установи як професійного та етично відповідального суб'єкта публічного управління.

У межах професійної етики працівник психологічної служби має право на захист власної честі та гідності, що включає можливість ознайомлення з документами, скаргами або оцінками, які містять інформацію про його діяльність, а також надання відповідних роз'яснень. Це положення

забезпечує необхідний рівень прозорості, об'єктивності та справедливості в оцінці роботи фахівця, сприяє підтримці професійного статусу психолога та формуванню довіри до його діяльності з боку колег, керівництва та громадськості.

Система підвищення кваліфікації психологів у державній службі є чітко регламентованою та структурованою, що підкреслює прямий зв'язок між професійним розвитком фахівця і якістю виконання службових завдань. Такий підхід забезпечує не лише відповідність діяльності психолога сучасним вимогам державного управління, а й сприяє інтеграції психологічної компетентності в управлінські процеси. Працівники психологічної служби мають право самостійно обирати освітні програми, форми навчання, а також заклади освіти чи установи, що здійснюють підвищення кваліфікації та перепідготовку. Крім того, вони мають право на отримання методичної допомоги, що дозволяє підтримувати актуальність знань і навичок відповідно до змін у нормативно-правовому полі та соціальному контексті.

Для державних службовців, зокрема тих, хто вперше призначений на посади категорії «В», Національне агентство України з питань державної служби затверджує спеціалізовані програми підвищення кваліфікації. Ці програми орієнтовані на розвиток ключових компетенцій, які мають безпосередній вплив на ефективність державного управління. Серед них - здатність виконувати поставлені завдання на високому рівні, знання законодавства, командна робота, професійні знання та цифрова грамотність. Включення таких компетенцій, як «командна робота» та «взаємодія», до обов'язкових навчальних модулів свідчить про стратегічний перехід у розумінні ролі психолога в державній службі: від вузько орієнтованого кризового реагування до системного організаційного розвитку, коучингу та оптимізації функціональності управлінського апарату.

Таким чином, професійне навчання психологів у державному секторі не лише забезпечує відповідність їхньої діяльності сучасним викликам, а й формує основу для впровадження інноваційних підходів до управління персоналом, розвитку лідерських якостей та формування здорового соціально-психологічного клімату в державних установах.

В умовах підвищеного стресового навантаження, спричиненого збройною агресією, масовим переміщенням населення та постійною взаємодією з травмованими клієнтами, професійна підтримка фахівців, які надають соціальні та психологічні послуги, набуває критичного значення. Одним із найбільш ефективних механізмів такої підтримки є супервізія, яка виконує функцію професійного супроводу, розвитку та стабілізації діяльності спеціалістів, особливо в умовах територіальних громад, де навантаження на психологічні служби є особливо високим.

Робота супервізора є багатогранною і охоплює кілька ключових напрямів. По-перше, це допомога у подоланні професійних труднощів, аналіз недоліків у роботі та пошук шляхів їх корекції. По-друге, супервізія сприяє стимулюванню мотивації фахівців, вдосконаленню організації їхньої діяльності та формуванню ефективних моделей професійної поведінки. Важливим аспектом є забезпечення емоційної підтримки, що дозволяє запобігати розвитку професійного вигорання - явища, яке часто спостерігається серед спеціалістів, що працюють з високим рівнем емоційного навантаження. Крім того, супервізія виконує функцію контролю за дотриманням етичних норм та професійних стандартів у процесі надання психологічної допомоги, що є необхідною умовою збереження довіри до фахівця та якості послуг.

Постійне вдосконалення кваліфікації через супервізійні сесії розглядається не як факультативна рекомендація, а як обов'язкова складова професійного розвитку. Такий підхід дозволяє зберігати ресурсність фахівців, підтримувати їхню професійну ідентичність та забезпечувати сталість і якість психологічної допомоги в умовах соціальних криз, гуманітарних викликів та системного навантаження на сферу психосоціальної підтримки.

У системі Міністерства внутрішніх справ України управління якістю психологічної діяльності є критично важливим елементом забезпечення ефективності службових процесів, стабільності особового складу та захисту прав осіб, які отримують психологічну допомогу. Цей процес базується на поєднанні нормативно-правових регламентів, етичних стандартів професії та систематичного аналізу результативності психологічних втручань. Психологи МВС несуть професійну відповідальність за планування, реалізацію та оцінку власної діяльності, зокрема за ефективність психокорекційних заходів, які застосовуються в роботі з працівниками правоохоронних органів, ветеранами служби, потерпілими та іншими категоріями осіб.

Контроль якості психологічної роботи в МВС здійснюється через дотримання Етичного кодексу психолога, що регламентує принципи конфіденційності, професійної компетентності, відповідальності та поваги до гідності клієнта. У структурі МВС також впроваджуються цифрові інструменти, зокрема Електронна система безперервного професійного розвитку, яка дозволяє фіксувати освітні траєкторії фахівців, відстежувати підвищення кваліфікації та забезпечувати прозорість професійного зростання. Це особливо важливо в умовах динамічної зміни викликів, з якими стикаються працівники системи МВС, зокрема в контексті збройної агресії, надзвичайних ситуацій та роботи з травмованими особами.

У випадках, коли психолог МВС з об'єктивних причин не може продовжувати виконання своїх функцій, професійна етика вимагає передачі відповідальності іншому компетентному фахівцеві. Такий механізм гарантує

безперервність надання допомоги, захист інтересів клієнта та стабільність психологічного супроводу в умовах підвищеної оперативної готовності. У структурі МВС це має особливе значення, оскільки психологічна підтримка часто є частиною кризового реагування, реабілітаційних програм та службової адаптації, а її якість безпосередньо впливає на функціональність системи безпеки загалом.

У системі Міністерства внутрішніх справ України ефективність психологічного забезпечення досягається через стратегічну міжвідомчу координацію, яка є частиною загальнонаціонального підходу до розвитку сфери ментального здоров'я. Центральну роль у цьому процесі відіграє Міністерство охорони здоров'я, яке здійснює організаційне, інформаційне та матеріально-технічне забезпечення діяльності Міжвідомчої координаційної ради. Така координація дозволяє узгодити дії центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також силових структур, включаючи МВС, з метою оперативного впровадження Всеукраїнської програми ментального здоров'я.

Для системи МВС це означає інтеграцію психологічної допомоги в загальнодержавну модель, що базується на уніфікованих стандартах, єдиній нормативній базі та спільних механізмах контролю. Зокрема, впровадження електронного кейс-менеджменту в роботу психологічних служб МВС сприяє стандартизації документообігу, забезпечує прозорість процесів надання допомоги та дозволяє відстежувати історію психологічного супроводу незалежно від відомчої належності. Це особливо важливо в умовах багатовекторної діяльності МВС, де психологічна підтримка може надаватися як співробітникам, так і цивільним особам, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій або збройного конфлікту.

Централізація координації через МОЗ, а також обов'язковість супервізії для фахівців, які працюють у структурі МВС, є інституційною відповіддю на історичну фрагментацію психологічних послуг у державному секторі. Використання єдиних стандартів, зокрема положень Наказу МОЗ № 2118, та впровадження регулярної супервізії гарантує дотримання високих етичних норм, професійної відповідальності та стабільної якості психологічної допомоги. Це дозволяє забезпечити єдність підходів у роботі психологів - від медичних закладів до силових структур - і формує основу для сталого розвитку системи психосоціальної підтримки в Україні.

У структурі Міністерства внутрішніх справ України психологи щоденно працюють у складних умовах, що супроводжуються високим рівнем стресу, емоційного навантаження та необхідністю оперативного реагування на кризові ситуації. Військові дії, надзвичайні події, робота з травмованими особами та підтримка особового складу вимагають не лише професійної компетентності, а й постійного збереження власного психологічного ресурсу.

Практичні вправи, наведені нижче, є інструментами самопідтримки та професійної роботи, які рекомендовано інтегрувати в щоденну діяльність психолога МВС. Вони спрямовані на стабілізацію емоційного стану, профілактику професійного вигорання, підвищення ефективності комунікації та підтримку функціональності в умовах підвищеної оперативної готовності. Частина з них може застосовуватися як у роботі з особовим складом, так і для саморегуляції самого фахівця.

Використання таких вправ не лише підвищує якість психологічної допомоги, а й сприяє формуванню культури турботи про психічне здоров'я у силових структурах. Це відповідає сучасним стандартам психологічного забезпечення, де підтримка фахівця є запорукою стабільності всієї системи.

**1. Вправа «Точка стабільності»** (для самопомоги та роботи з особовим складом)

Мета: швидке відновлення внутрішнього контролю в умовах стресу.

Методика: запропонувати людині згадати ситуацію, в якій вона почувалася максимально впевненою та спокійною. Деталізувати цю ситуацію (звуки, запахи, образи) і «закріпити» її як внутрішній ресурс, до якого можна повернутися у складні моменти.

**2. Вправа «Психологічне розвантаження через тілесну активність»**

Мета: зниження рівня соматизованої напруги.

Методика: короткі комплекси дихальних вправ, розтягування, ізометричні напруження м'язів з наступним розслабленням. Рекомендується проводити після складних виїздів, чергувань або роботи з травмованими особами.

**3. Вправа «Контейнеризація»** (для роботи з травматичними спогадами)

Мета: тимчасове «відкладання» важких думок для збереження функціональності.

Методика: уявити міцний контейнер, в який можна «помістити» травматичні образи або думки. Вправа не усуває проблему, але дозволяє знизити її емоційну інтенсивність у моменті.

**4. Вправа «Психологічний брифінг»** (для командної роботи)

Мета: зниження напруги після спільного виконання завдання.

Методика: коротке колективне обговорення - що вдалося, що було складно, які емоції виникали. Важливо зберігати нейтральний тон і не переходити до оцінок. Сприяє згуртуванню та профілактиці вигорання.

**5. Вправа «Ресурсна карта»** (для індивідуальної роботи з працівниками)

Мета: актуалізація внутрішніх та зовнішніх ресурсів.

Методика: складання карти, де позначаються джерела підтримки - люди, навички, місця, дії, які дають енергію. Вправа допомагає у формуванні плану самопідтримки.

У державному секторі діяльність психолога має чітко виражену спеціалізацію, яка визначається функціональними потребами конкретного відомства, проте водночас ґрунтується на спільних етичних принципах та загальнодержавних стандартах якості. Такий підхід забезпечує єдність професійної практики, дозволяючи адаптувати психологічні інструменти до специфіки середовища - медичного, силового чи адміністративного - без втрати нормативної узгодженості.

У системі охорони здоров'я (МОЗ) психологічна діяльність зосереджена переважно на клінічній діагностиці, психотерапевтичній корекції та реабілітації пацієнтів. Нормативну основу цієї роботи становлять Наказ МОЗ № 138 та Наказ МОЗ № 2118, які регламентують стандарти надання психосоціальної допомоги, включаючи багаторівневу модель втручання. Якість забезпечується через супервізію та участь психологів у мультидисциплінарних командах, що дозволяє інтегрувати психологічну підтримку в загальний процес лікування.

У структурах Міністерства внутрішніх справ та сектору безпеки психологи виконують завдання оперативного психологічного забезпечення, кризового реагування та постізоляційного супроводу. Їхня діяльність регламентується відповідними постановами Кабінету Міністрів щодо реінтеграції звільнених осіб, а також наказами МВС, які визначають порядок психологічного забезпечення особового складу. Ключовими протоколами є декомпресія та дебрифінг, що застосовуються для стабілізації психоемоційного стану після травматичних подій. Якість психологічної допомоги в МВС підтримується через внутрішню трирівневу систему, яка включає самопомогу, спеціалізовану підтримку та реабілітацію, а також регулярну супервізію.

У сфері державної служби психологи працюють переважно в межах організаційної психології, зосереджуючись на формуванні сприятливого соціально-психологічного клімату, розвитку професійної мотивації та управлінні конфліктами. Нормативну основу становлять програми Національного агентства України з питань державної служби (НАДС) та Етичний кодекс державного службовця. Основними формами роботи є тренінги з етичної поведінки, розвитку стійкості та підвищення кваліфікації, що супроводжуються супервізійною підтримкою.

Таким чином, попри відомчу специфіку, діяльність психолога в державному секторі інтегрується в єдину систему професійних стандартів, що забезпечує стабільність, етичність та ефективність психологічної допомоги на національному рівні.

**Висновки.** Організація діяльності психолога в системі органів державної влади, Міністерства внутрішніх справ та охорони здоров'я України демонструє високий рівень інституційної зрілості, що дозволяє ефективно реагувати на виклики кризового часу. Психологічна служба є глибоко інтегрованою в державні механізми забезпечення безпеки, соціального захисту та стабільності, виконуючи функції, що виходять далеко за межі традиційної терапевтичної практики.

Стратегічна інтеграція психологічної допомоги реалізується через Всеукраїнську програму ментального здоров'я, координація якої централізована в межах Міністерства охорони здоров'я. Такий підхід дозволяє подолати історичну фрагментацію міжвідомчих служб, забезпечити уніфікацію стандартів надання психосоціальної допомоги та створити єдину нормативну базу для всіх секторів - від медичних установ до силових структур. Це особливо важливо в умовах масового переміщення населення, зростання рівня травматизації та загального підвищення соціального стресу.

У структурах МВС та сектору безпеки психологічна допомога набула оперативного-забезпечувального характеру, що відображає її роль у кризовому реагуванні та підтримці службової функціональності. Формалізація протоколів постізоляційної реабілітації, зокрема декомпресії та дебрифінгу, свідчить про інституціоналізацію психологічного супроводу звільнених осіб та інтеграцію психологічного аналізу в оперативні процедури. Це дозволяє не лише стабілізувати психоемоційний стан постраждалих, а й отримати аналітичні дані для вдосконалення службових процесів.

Етична та професійна відповідальність психолога, незалежно від його відомчої належності, базується на дотриманні Етичного кодексу, зокрема принципів конфіденційності, захисту методик та поваги до гідності клієнта. Ці норми є фундаментом професійної практики, забезпечують довіру до психологічної служби та гарантують її цілісність у складних соціальних умовах.

У сфері державної служби діяльність психолога дедалі більше орієнтується на організаційний розвиток, коучинг та профілактику професійного вигорання. Це відображено в програмах підвищення кваліфікації, затверджених Національним агентством України з питань державної служби, які акцентують увагу на командній роботі, етичній поведінці та ефективному виконанні завдань. Такий підхід сприяє формуванню стійких управлінських команд та підвищенню продуктивності державного апарату.

Обов'язкова супервізія виступає як ключовий інструмент контролю якості, професійної підтримки та запобігання виснаженню фахівців, які працюють у надзвичайно складних умовах. Вона дозволяє зберігати ресурсність психологів, підтримувати їхню професійну компетентність та забезпечувати сталість функціонування всієї системи психологічного

забезпечення держави. У структурі МВС супервізія має особливе значення, оскільки психологи часто працюють у режимі підвищеної готовності, виконуючи завдання, що мають прямий вплив на безпеку та стабільність суспільства.

#### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. Когут Я. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І. та ін. Професійно-психологічна підготовка поліцейського : навч. посіб. / за ред. Я. М. Когута. Львів : ЛДУВС, 2022. 312 с.
2. Консультування в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій / авт. кол ; заг. ред. В. Г. Панок, І. І. Ткачук. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2019. 144 с.
3. Психологічна служба в закладах освіти : навч.-метод. посів, для студ. пед. вузів / уклад. Т. М. Дука. Умань : ВП Ц «Візаві», 2018. 192 с.
4. Тимофієва М. П., Слободська О. В. Психологія здоров'я : навч. посіб. Київ : Всеосвіта, 2025. 248 с.
5. Marks D. F., Murray M., Evans B. Health Psychology: Theory, Research and Practice : textbook. 6th ed. London : SAGE Publications, 2022. 512 p.



**Ісаєнко Максим Миколайович**  
кандидат педагогічних наук,  
доцент кафедри психології та  
педагогіки Одеського  
державного університету  
внутрішніх справ

## **МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД І СУЧАСНІ ПРАКТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

**Анотація.** У підрозділі розкрито теоретичні засади та практичні алгоритми надання психологічної допомоги особам, які перебувають у кризових ситуаціях, з урахуванням сучасних поведінкових і гуманістичних моделей кризового втручання. Матеріал акцентує увагу на комплексному розумінні кризи як явища, що може мати як деструктивний, так і конструктивний потенціал, виступаючи не лише фактором емоційної дезорганізації, але й джерелом особистісного зростання, розвитку самосвідомості та адаптаційних ресурсів. Детально описано етапи роботи психолога в ситуації гострої кризи: встановлення емпатичного контакту, оцінка ризиків і потреб клієнта, стабілізація емоційного стану, осмислення значення травматичних подій, спільне моделювання можливих шляхів подолання ситуації та мобілізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів людини. Представлено професійні орієнтири та етичні вимоги до діяльності психолога: тактовність, відкритість, прийняття, вміння уникати захисних реакцій, чутливість до індивідуальних потреб клієнта. Підкреслено, що успішність кризової допомоги значною мірою залежить від здатності фахівця створити атмосферу безпеки та довіри. Розкрито роль сучасних форматів психологічної підтримки, онлайн-консультування, віртуальних груп взаємодопомоги, служб телефонної довіри, які забезпечують доступність, анонімність та оперативність отримання допомоги, що є критично важливим для людей у стані гострої емоційної нестабільності. Описано мережевий принцип соціально-психологічної підтримки, який поєднує ресурси різних державних, громадських і медичних структур з метою забезпечення безперервності допомоги від моменту кризової події до повної соціальної реінтеграції особи.

**Ключові слова:** криза, кризова ситуація, психологічна допомога, емпатична взаємодія, надзвичайна ситуація, екстремальна ситуація, психосоціальна підтримка, травматичні події, внутрішні ресурси, соціальні ресурси, онлайн-підтримка.

Розглядаючи питання сучасних практик психологічної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій, важливо мати чітке уявлення про сутність самої надзвичайної ситуації, а також про психологічні та соціальні фактори, які зумовлюють її сприйняття людиною як такої, що перевищує межі звичних адаптаційних можливостей. Надзвичайна ситуація – це не лише об'єктивний збіг обставин, що загрожують життю чи безпеці, але й суб'єктивне переживання людиною стану невизначеності, безпорадності та втрати контролю. У таких умовах порушується звичний алгоритм дії та реагування, виникає дефіцит часу для прийняття рішень, а також емоційна дезорганізація, що ускладнює раціональне мислення й поведінку. Саме тому ефективність психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях залежить від розуміння природи кризи, усвідомлення меж людських ресурсів і здатності фахівця швидко адаптувати методи впливу до конкретного контексту події.

У теорії психології поняття «надзвичайна ситуація» й «екстремальна ситуація» використовуються як синоніми. Одну й ту ж ситуацію можна охарактеризувати і як екстремальну (коли підкреслюється унікальність переживання її особистістю), і як надзвичайну (коли йдеться про якісь об'єктивні параметри, спеціально не передбачені звичайним перебігом справ, коли вказується на невідповідність очікуваням). Екстремальна ситуація (від лат. *extremus* – крайній, критичний) виникає раптово, виходячи за рамки звичайного людського досвіду і загрожує або суб'єктивно сприймається особою як загроза життю, здоров'ю, особистісній цілісності, благополуччю людини або групи людей. Надзвичайна (екстремальна) ситуація стає для людини кризовою в тому випадку, коли повністю виключається можливість збереження звичного способу життя, цінностей та способу світосприйняття, а умови характеризуються присутністю реальної вітальної загрози. Такі ситуації безпосередньо пов'язані із загрозою втрати здоров'я або життя, порушують базове почуття фізичної, психологічної та соціальної безпеки людини, підривають віру в системність і впорядкованість життя та можливість його контролювання, що може призводити до зміни фізичного і психічного здоров'я, формування психотравматичних реакцій, невротичних і психічних розладів.

Водночас зарубіжними психологами, психіатрами, педагогами, соціологами, фахівцями із соціальної роботи та дослідниками в галузі наук про безпеку для означення надзвичайної ситуації використовуються переважно терміни «кризова ситуація» та «криза».

Кризова ситуація (від грец. *krisis* – рішення, поворотний пункт, різкий, крутий перелом, складний перехідний стан, результат) – це ситуація, що вимагає від людини значної зміни уявлень про світ і себе за короткий проміжок часу. Зокрема в психології вказується на те, що кризову ситуацію можна визначити як причину і наслідок, а також як частину фази події. Ураховуючи, що визначення кризової ситуації неодноразово розглядалося в літературі, можна узагальнюючи вказати, що психологи зосереджуються на сприйнятті людиною кризової ситуації та факторах, що визначають відновлення після кризи. Дослідники в галузі наук про безпеку пропонують власні визначення кризової ситуації та описують можливі дії, які зазвичай вживаються в конкретних випадках. У свою чергу, дослідники, пов'язані із соціальною політикою, цікавляться соціальними кризами та кризовими подіями, зосереджуючись на причинах і наслідках кризових ситуацій та необхідності прийняття системою державних інституцій відповідних стратегій. Дослідження безпеки загалом визначають кризу та кризові ситуації з групової, організаційної та інституційної точки зору, а також аналізують перебіг випадкових та катастрофічних подій у контексті процедур дій, призначених для конкретних інституцій, що керують кризою.

Отже, слово «криза» дедалі частіше трапляється сьогодні в зарубіжному публічному дискурсі. Воно використовується для опису загроз різного походження і характеру (політичного, економічного, екологічного тощо), а також ситуацій, що загрожують життю та здоров'ю людини. Термін також використовується для опису культурних, етнічних, соціальних та релігійних проблем. Водночас слід зауважити, що етимологічно криза не має виключно негативних конотацій. У повсякденній мові вона асоціюється з проблемами, труднощами або перешкодами в житті.

У соціально-психологічному плані криза є нагромадженням напруженості та конфліктів, які мають конкретні наслідки для суспільства й особистості. У медичних науках термін використовується для опису кризового стану, після якого симптоми починають згасати. Психологи вважають, що криза – це складне явище, яке часто асоціюється з ситуацією, що становить загрозу, але також створює можливість для саморозвитку. Криза може стосуватися не лише окремих осіб, але й сімей, соціальних груп, організацій, країн та цілого світу. Люди живуть у мінливому середовищі, де, окрім сприятливих обставин, виникають негативні, складні ситуації, які порушують їхню внутрішню рівновагу, що зрештою може призвести до кризи.

Тому слід визнати, що кризи неможливо виключити з людського життя, адже вони є природною й невід'ємною складовою індивідуального розвитку. Кожна людина рано чи пізно опиняється в кризовій ситуації, яка порушує звичний хід подій, змушує переглядати власні цінності, життєві орієнтири та стратегії поведінки. Це впливає з того факту, що криза є закономірною частиною життєвого шляху, супроводжуючи перехід від одного етапу до

іншого, сприяючи особистісному зростанню, формуванню нових смислів і переорієнтації життєвого досвіду.

Криза може мати як деструктивний, так і конструктивний потенціал. У першому випадку вона супроводжується емоційними розладами, дезорганізацією поведінки, втратою відчуття контролю; у другому стає стимулом для внутрішніх змін, розвитку самосвідомості, активізації адаптаційних і креативних ресурсів особистості. Саме тому в сучасній психології криза розглядається не лише як випробування, а й як можливість для оновлення та самореалізації людини.

Отже, як надається підтримка окремим особам, сім'ям чи громадам, які переживають складні ситуації, пов'язані з надзвичайними ситуаціями?

Для відповіді на це запитання необхідно більш детально розглянути поняття кризи та психологічних аспектів допомоги людині в кризовій ситуації. Психологічна допомога охоплює різноманітні види діяльності, такі як консультування, кризове втручання та психотерапія. Однак, незалежно від форми, його метою залишається вирішення проблеми або подолання кризи.

Форми психологічної допомоги, яка сьогодні є в арсеналі зарубіжних фахівців, включають кризове втручання, консультування, профілактичні та превентивні програми, соціотерапевтичні, психотерапевтичні, медіаційні, психоосвітні та інші допоміжні заходи. Ці підходи спрямовані не лише на подолання гострих емоційних реакцій, а й на відновлення адаптаційного потенціалу, формування навичок саморегуляції, підвищення рівня стресостійкості та зміцнення соціальних зв'язків.

Водночас не існує єдиної когнітивної чи поведінкової методики, яка б допомагала всім без винятку. Так само немає універсального алгоритму, призначеного для певного типу кризи. Кожна ситуація є унікальною, а ефективність психологічної допомоги залежить від індивідуальних особливостей особистості, її емоційного стану, рівня усвідомлення проблеми, наявності підтримуючого соціального середовища та ресурсів для відновлення.

Саме тому у практиці кризової психології дедалі більшого значення набуває інтегративний підхід, який поєднує різні методи –когнітивно-поведінкові, гуманістичні, екзистенційні, психодинамічні, арттерапевтичні, тілесноорієнтовані, наративні тощо. Такий підхід дозволяє адаптувати форми та техніки допомоги до конкретних потреб клієнта, забезпечуючи гнучкість, емпатійність і ефективність психологічного супроводу.

Психологічне консультування спрямоване на сприяння розвитку людини та зосереджується на вирішенні проблеми, про яку повідомляє клієнт. Психотерапія, окрім спроби вирішити труднощі, про які повідомляє клієнт, також призводить до дослідження їх причин, а кризове втручання є формою підтримки для людей, які переживають складні життєві ситуації, пов'язані зокрема з екстремальними ситуаціями. Метою кризового втручання є

відновлення почуття безпеки людини та підтримання її у відновленні здатності впоратися з проблемою, з якою вона стикається, використовуючи наявні ресурси. Незалежно від того, чи надається підтримка конкретній особі чи групі людей, втручання повинні зосереджуватися на наданні негайної допомоги, захисті життя та (або) здоров'я, оцінюванні та розпізнаванні кризи, а потім – на впровадженні відповідної стратегії реагування. Для окремих осіб та соціальних груп у кризових ситуаціях ці дії можуть набувати однієї або кількох форм, таких як психологічна допомога, медична підтримка, юридичний захист чи надання тимчасового притулку. Залежно від характеру події, ступеня травматичності та ресурсів постраждалих, допомога може здійснюватися індивідуально, групою або на рівні спільнот.

Психологічна допомога спрямована на зменшення емоційного напруження, відновлення почуття безпеки та контрольованості ситуації, тоді як медична допомога зосереджується на подоланні фізичних наслідків стресу чи травми. Юридична підтримка забезпечує захист прав постраждалих, а соціальні служби або волонтерські організації можуть надавати притулок, гуманітарну чи матеріальну підтримку, що є важливими чинниками стабілізації психологічного стану людини.

Усі ці форми допомоги взаємопов'язані та мають комплексний характер, адже лише інтеграція психологічних, медичних, соціальних і правових ресурсів дозволяє ефективно реагувати на наслідки кризових подій і сприяти поступовому відновленню особистісної рівноваги, соціального функціонування та життєвих перспектив.

Багатопроблемний характер кризових ситуацій робить цю сферу однією з найскладніших у соціально-психологічній роботі, адже кожен випадок потребує індивідуального підходу та комплексного розуміння контексту події. Запропонована допомога, навіть якщо вона здійснюється професійно й оперативно, залишається певною мірою обмеженою, оскільки не завжди може повністю відповідати внутрішнім потребам і ресурсним можливостям людини.

Це зумовлює необхідність системного підходу до організації психологічної підтримки, який передбачає: координацію зусиль різних служб і спеціалістів; послідовність і безперервність допомоги – від кризового втручання до етапу реабілітації; гнучкість і адаптивність методів з урахуванням віку, соціального статусу та культурного контексту постраждалих; підготовку фахівців до дій в умовах високого ризику та емоційного напруження.

Тільки така інтегрована модель психологічної допомоги здатна забезпечити ефективне реагування на наслідки надзвичайних ситуацій та сприяти поступовому відновленню психічної рівноваги, соціальної активності й життєвої мотивації особистості.

Оскільки криза є раптовою подією, що загрожує здоров'ю, вона вимагає негайних дій. Психологічна допомога, що надається у формі кризового втручання, є одним із методів реагування на складні ситуації. Кризове втручання вважається формою допомоги, спрямованою на осіб, які переживають кризу та потребують підтримки. До таких ситуацій належать, зокрема війни та катастрофи, дорожньо-транспортні пригоди, проблеми зі здоров'ям та психічним здоров'ям, насильство та залежність. Безпосереднім наслідком кризи є переживання психологічної кризи, з якою людині часто важко впоратися.

Визначення поняття «кризове втручання (або кризова інтервенція)» можна знайти в деяких законодавчих актах. Наприклад польський закон про соціальну допомогу від 12 березня 2000 року визначає, що «кризова інтервенція» – це комплекс заходів, які вживаються щодо осіб та сімей, які перебувають у кризовій ситуації. Метою кризової інтервенції є відновлення психічної рівноваги та здатності самостійно справлятися з труднощами, тим самим запобігаючи переростанню кризи у стан хронічної психосоціальної неадекватності (до речі, можна порівняти із визначенням, наданим у ст. 27 Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні»: «це психологічна допомога людині, яка перебуває у стані кризи. Кризове психологічне втручання базується на принципах короткостроковості, реалістичності кризової допомоги та необхідності відновлення відчуття контролю над ситуацією. Основним методом кризового втручання є кризове психологічне консультування, крім того, в кризове втручання може бути включена перша психологічна допомога безпосередньо після екстремальної, кризової або травмивної ситуації», або з таким: «термінове втручання в кризову ситуацію з метою негайного усунення або мінімізації наслідків такої ситуації, надання допомоги та підтримки, спрямованої на її подолання», що надано в Державному стандарті соціальної послуги кризового та екстреного втручання, затвердженому наказом Міністерства соціальної політики України від 01.07.2016 № 716).

Тому відповідно до європейської традиції, інтервенційні дії охоплюють не лише окремих осіб, але й сім'ї та соціальні групи. Цей міждисциплінарний підхід проявляється у формах дій щодо осіб, які перебувають у кризовій ситуації. Окрім психологічної підтримки, залежно від характеру труднощів, що виникають, за потреби надається соціальна, правова або медична підтримка.

Річард К. Джеймс та Берл Е. Гілліланд [1] спробували систематизувати та описати кризові ситуації. Згідно з їхньою пропозицією, упродовж свого життя людина може пережити:

- кризу розвитку, яка є реакцією на подію, що відбувається в процесі нормального розвитку, але спричиняє раптову зміну або поворот у житті; прикладами такої ситуації є народження дитини або вихід на пенсію;

- ситуаційну кризу, яка є реакцією на неочікувану подію, яку неможливо було передбачити або контролювати. До таких обставин належать надзвичайні ситуації різного характеру, втрата роботи або раптова смерть близької людини. Ситуаційна криза характеризується випадковістю, раптовим початком і часто катастрофічними масштабами;

- екзистенційна криза, пов'язана з відчуттям внутрішнього конфлікту та (або) тривоги, пов'язаної з важливими для людини аспектами життя, такими як віра, бачення майбутнього або оцінка власного життя;

- екологічна криза, що виникає внаслідок подій, спричинених катастрофою. Джерелом цієї кризи можуть бути наслідки: природних явищ, таких як повені чи землетруси, біологічних явищ (наприклад, епідемії) або явищ політичного (війна) чи економічного (фінансова криза) походження.

У своїй типології автори вказали на значну різноманітність потенційних подій, які можуть призвести до кризи. Деякі з цих подій неможливо передбачити, що унеможливило підготовку до них (наприклад, автомобільна аварія).

Однак у випадку криз розвитку, завдяки усвідомленню того, що вони неминуче будуть подолані, можна вжити заходів для кращої підготовки до їх настання. Прикладом таких дій є державна освіта.

Лоуренс М. Браммер [2] ототожнює емоційну кризу зі станом дезінтеграції, обставиною, коли людина стикається з нездатністю досягти важливих життєвих цілей або значним порушенням свого типового життєвого циклу, включаючи подолання стресових факторів. Джерард Каплан [3] наголошує, що криза виникає, коли людина стикається з низкою труднощів у досягненні важливих життєвих цілей. Ці перешкоди здаються нездоланими через типовий вибір моделі поведінки.

Складність явищ, що викликають кризові реакції, та їх індивідуальний характер унеможливають визначення єдиної універсальної моделі для опису та характеристики сутності кризи. Однак можна визначити загальні характеристики, типові для переживання криз. До них належать:

- переживання високого рівня напруження (відчуття тривоги);

- відчуття хаосу, яке перешкоджає подальшому виконанню типових соціальних ролей;

- імпульсивне прагнення вирішити кризову ситуацію тут і зараз, незалежно від пов'язаних із цим витрат;

- суб'єктивне переконання людини, яка переживає кризу, що вона перебуває на переломному етапі, який змінить її життєвий шлях.

Зіткнення зі складною (кризовою) ситуацією – це процес, що має власну динаміку. У своїй теорії кризи Джерард Каплан та Еріх Ліндемманн [4] представили фазову концепцію динаміки розвитку психічної кризи, яка полягає в такому:

- фаза конфронтації з подією, що спричинила кризу, під час якої людина неефективно використовує існуючі методи подолання, відчуває, що її ресурсів недостатньо для подолання ситуації, та усвідомлює, що зовнішні джерела допомоги виявилися неефективними. Це призводить до сильної емоційної реакції, що характеризується підвищеним напруженням та наявністю страху й тривоги;

- фаза раптової втрати рівноваги, під час якої виникає відчуття нездатності впоратися зі складною ситуацією. Це призводить до переконання в поразці та відчуття втрати контролю над своїм життям, подальше напруження та зниження самооцінки;

- фаза мобілізації, під час якої людина активізує всі доступні ресурси та психічні сили, що може призвести до подолання кризи та відновлення психічної рівноваги, або ж до її позірною подолання шляхом активації захисних механізмів, таких як заперечення, що іноді призводить до того, що криза стає хронічною;

- фаза декомпенсації, коли критичне зростання напруження досягає критичної точки, що призводить до відчуття хаосу та спотвореного сприйняття дійсності. Ця стадія може включати поведінку, яка забезпечує тимчасове полегшення, але не сприяє ефективній адаптації до ситуації (приклади включають агресивну або самоагресивну поведінку), уникнення міжособистісних взаємин або зловживання речовинами, що змінюють настрої і сприйняття дійсності.

Щодо фаз розвитку кризи, визначених різними авторами, слід зауважити, що процес її подолання не є лінійним і може мати кілька можливих варіантів розв'язання. Реакції людини на кризу залежать від глибини травматичного досвіду, рівня стресостійкості, особистісних ресурсів і наявності соціальної підтримки. Для одних осіб цей процес завершується успішною адаптацією та особистісним зростанням, тоді як для інших – затяжними негативними наслідками або розвитком хронічного стану дезадаптації.

Саме тому важливим і виправданим є надання спеціалізованої психологічної підтримки особам, які перебувають у кризі. Така допомога має бути спрямована не лише на зменшення емоційного напруження й стабілізацію психічного стану, а й на відновлення здатності до саморегуляції, формування нових життєвих стратегій і смислів.

Завдання фахівця полягає у тому, щоб допомогти людині усвідомити кризу як тимчасовий, але потенційно продуктивний етап розвитку, запобігти формуванню деструктивних механізмів подолання (уникнення, заперечення, агресії, залежностей) і мінімізувати ризик переходу гострої кризи в хронічну. Результатом ефективного кризового втручання є підвищення якості життя особистості, її психологічна стійкість, зміцнення віри у власні ресурси та відновлення почуття контролю над життям.

Кризове втручання зосереджено на наданні багатогранної допомоги особам, які переживають психологічні кризи та інші серйозні проблеми. Лі Енн Хофф [5] представляє кризове втручання як сферу допомоги людям у кризі та особам, які не встигають за темпами соціально-економічних змін. Кризове втручання, що розуміється як сукупність переважно психологічних заходів, передбачає певні основні припущення, на основі яких потім вживаються дії.

- криза – це нормальна реакція, що виникає внаслідок критичної події;
- власні ресурси особи відіграють ключову роль у процесі подолання кризи;
- особа зазнає багатогранного впливу, що охоплює не лише психологічні, але й медичні, екологічні та матеріально-життєві аспекти;
- ужиті дії мають еkleктичний характер, тобто вони підібрані відповідно до характеру кризи;
- кризове втручання базується на підтримуючих стосунках, що виникають між особою в кризовій ситуації в особою, яка її підтримує;
- ініційовані процеси змін повинні відбуватися на індивідуальному та суспільному рівнях.

Ураховуючи викладене, можна зробити висновок, що кризове втручання базується на переконанні, що криза є універсальним явищем, здатним торкнутися будь-якої людини незалежно від її віку, професії, соціального статусу чи життєвого досвіду. Вона розглядається не як патологія, а як нормальна реакція психіки на ненормальні, загрозливі обставини, що виходять за межі звичайного людського досвіду.

Кризове втручання передбачає оперативне, комплексне й міждисциплінарне реагування на потреби людини, яка опинилася у стані дезорганізації чи втрати психологічної рівноваги. Підкреслюється, що ефективність допомоги значною мірою залежить від координації дій фахівців різних галузей – психологів, психіатрів, медиків, соціальних працівників, педагогів, юристів, представників служб екстреного реагування.

Таким чином, втручання в кризовій ситуації передбачає не лише надання психологічної підтримки, але й, за потреби, медичної, соціальної, юридичної або матеріальної допомоги, спрямованої на стабілізацію фізичного та емоційного стану особи, відновлення її відчуття безпеки та здатності діяти конструктивно. Комплексний підхід дозволяє мінімізувати наслідки травматичного досвіду, сприяє відновленню життєвої активності та створює підґрунтя для посттравматичного зростання.

Основною метою кризового втручання є запобігання втраті психологічної рівноваги, здатності діяти та особистісної автономії людини в умовах надзвичайних або травматичних подій. Завдання фахівця полягає в тому, щоб допомогти людині зберегти контроль над власними емоціями,

поведінкою та мисленням, не допустити дезорганізації її життєдіяльності та руйнування системи соціальних зв'язків.

Якщо ж рівновага, автономія чи функціональна активність уже порушені, метою кризового втручання стає поступове відновлення цих здатностей – через стабілізацію емоційного стану, підтримку базового відчуття безпеки, активізацію внутрішніх ресурсів і пошук реалістичних шляхів вирішення проблеми.

Кризове втручання спрямоване не лише на зменшення інтенсивності страждання, а й на мобілізацію адаптаційних механізмів, що дозволяють людині повернутися до ефективного функціонування, переосмислити пережитий досвід і перетворити кризу на поштовх до особистісного зростання. Саме тому воно є короткочасним, цілеспрямованим і ресурсно орієнтованим видом допомоги, який має забезпечити відновлення психологічного балансу й життєвої компетентності особистості. Щоб краще зрозуміти суть цієї мети, варто детальніше розглянути твердження, що містяться в ній:

- рівновага означає стан емоційної та психічної стабільності;
- здатність діяти пов'язана зі здатністю самостійно керувати почуттями, потребами та впливами, а також зі здатністю виконувати свої завдання;
- автономія стосується усвідомлення власної індивідуальності та здатності контролювати власні межі, як фізичні, так і психічні.

Ідеї та цілі, що лежать в основі надання психологічної допомоги у вигляді втручання, багато в чому відрізняють його від інших форм психологічної підтримки й допомоги (наприклад консультування та психотерапія). Ці відмінності проявляються насамперед у специфіці підходу до роботи з людиною, яка перебуває у кризовому стані, коли необхідна швидка, цілеспрямована та гнучка реакція фахівця. Кризове втручання, на відміну від тривалих форм психологічної роботи, має виражений оперативний і стабілізуючий характер, що проявляється у таких ключових ознаках [6]:

- негайним ініціюванням;
- швидкою діагностикою труднощів;
- обмеженою в часі допомогою;
- активним, навіть директивним, втручанням;
- зосередженістю на основній проблемі;
- гнучкістю у втручанні.

Таким чином, кризове втручання можна розглядати як екстрену форму психологічної допомоги, яка не лише попереджає розвиток деструктивних наслідків кризи, а й створює підґрунтя для подальшого консультування, психотерапії чи реабілітації. Його головне завдання забезпечити безпеку, стабілізувати емоційний стан і повернути людині здатність до самоконтролю та конструктивної діяльності.

Система підтримки кризового втручання повинна базуватися на конкретних принципах та діяти відповідно до певних стандартів. Згідно з дослідженням стандартів кризового втручання, існує понад десяток форм психологічної допомоги, що застосовуються під час втручань.

Викладені вище чинники вказують на те, що сутність кризового втручання полягає в діях, спрямованих на вирішення проблеми. Крім того, підкреслюється необхідність негайних дій з використанням різноманітних та гнучких стратегій. Від інших форм психологічної допомоги кризове втручання також відрізняє принцип, який організовує виконання окремих дій. Такі дії в першу чергу спрямовані на вирішення проблеми безпеки особи, яка переживає кризу, та ґрунтуються на знанні процесу реагування на кризу.

Розрізняють такі типи втручання:

- екстрене втручання, яке проводиться в ситуації, коли втручання має бути здійснене негайно після отримання повідомлення про загрозу життю чи здоров'ю. Воно характеризується швидким оцінюванням загрози та негайним прийняттям рішення про надання допомоги. Після стабілізації ситуації можливе подальше втручання або терапевтичні заходи;

- одноразове втручання, яке проводиться з розумінням того, що зустріч з особою, яка перебуває в кризовій ситуації, може бути першою та єдиною можливістю надати допомогу. Під час сеансу слід продемонструвати навички управління часом, щоб забезпечити під час контакту виконання найважливіших елементів, пов'язаних із наданням екстреної допомоги;

- багаторазове втручання, яке передбачає підтримання контакту з особою, яка перебуває в кризовій ситуації, упродовж тривалого періоду (зазвичай триває від 6 до 8 сеансів) та підтримку її у подоланні кризи. Його основні цілі – допомогти відновити рівновагу та підтримати розвиток нової життєвої концепції. Якщо криза не вирішується протягом кількох сеансів кризового втручання або її гострі прояви зберігаються, особу необхідно направити на подальшу терапію – індивідуальне чи групове психологічне консультування, психотерапію або реабілітаційні програми. Такий перехід є важливою складовою системи безперервної допомоги, оскільки дозволяє забезпечити глибше опрацювання психологічних наслідків травми, формування адаптивних механізмів подолання та відновлення особистісної цілісності.

Подальша терапевтична робота спрямована на інтеграцію пережитого досвіду, переосмислення події, зміцнення внутрішніх ресурсів і запобігання повторному загостренню кризового стану. Саме такий підхід від оперативної стабілізації до тривалої підтримки забезпечує комплексність психологічної допомоги та підвищує її ефективність у контексті відновлення психічного здоров'я і якості життя особистості.

Надання спеціалізованої підтримки особі, яка перебуває в кризовій ситуації, може набувати різних форм, залежно від типу кризи, індивідуальної

реакції людини на складну ситуацію та обставин, що визначають курс дій. Припускаючи, що зустріч з особою, яка перебуває в кризовій ситуації, буде одноразовою подією, тобто вона буде проведена в рамках одного сеансу, шестистапна модель кризового втручання, [7] пропонує цікавий підхід до проведення такого контакту. Ця модель передбачає, що під час однієї зустрічі з особою, яка бореться з кризою, слід виконати такі кроки:

- крок 1, що передбачає побудову та підтримку емпатичних стосунків з особою;

- крок 2, що включає оцінювання кризи особи та, як наслідок, вжиття відповідних заходів для гарантування безпеки в середовищі, вирішення та задоволення нагальних потреб особи, а також стабілізацію та зменшення тяжкості емоційного дисбалансу;

- крок 3, що включає вивчення, оцінювання та визнання значення, яке особа надає критичним подіям, а також визначення ступеня тяжкості її реакції на ці події;

- крок 4, що включає дослідження та спільне розроблення альтернативних сценаріїв вирішення кризи;

- крок 5, що включає підтримку клієнта в мобілізації власних і соціальних ресурсів та пошуку додаткових соціальних ресурсів і підтримки, якщо це необхідно;

- крок 6, що включає спробу передбачити майбутнє та створити можливості для моніторингу того, як особа справляється після втручання.

Хоча більшість практиків та авторів поведінкових моделей базують свої підходи на принципах, запропонованих Каплан, [8] існують також інші моделі, засновані на досвіді інших дослідників. Модель, розроблена Альбертом Р. Робертсом, є особливо цікавою. Ця модель передбачає шестистапний підхід:

- 1) визначення потреб та оцінка ризику;

- 2) установлення взаєморозуміння та вияв поваги, підтримання нейтралітету;

- 3) визначення проблем та викликів, з якими стикається людина в кризовій ситуації;

- 4) заохочення до вираження емоцій через активне слухання;

- 5) вивчення позитивних стратегій та розгляд людини як такої, що має багато альтернатив та ресурсів;

- 6) розроблення плану дій та визначення прихильників;

- 7) установлення плану дій на майбутнє. [9]

Більшість відомих моделей кризового втручання підкреслює необхідність співпраці між службами кризового втручання та визнають важливість зниження ризику передчасного втручання, яке може витратити цінні ресурси втручання та порушувати природні механізми підтримки жертв кризи.[10]

Кризове втручання як метод інституційного та багатогранного впливу на особу, що перебуває у кризовій ситуації, реалізується через міжвідомчі служби підтримки, діяльність яких виходить за межі суто психологічної допомоги [11]. Такий підхід передбачає координацію зусиль різних структур – психологічних, медичних, соціальних, освітніх, правових, адміністративних, громадських – для забезпечення цілісного супроводу постраждалої особи чи групи.

Втручання, розглянуте у цьому контексті, включає поєднання екстенсивних і інтенсивних заходів підтримки. Екстенсивні дії охоплюють організаційні, інформаційні та соціальні ресурси, спрямовані на стабілізацію зовнішніх умов життя людини, тоді як інтенсивні заходи стосуються поглибленої психологічної та психотерапевтичної роботи, що активізує внутрішні ресурси й сприяє особистісній адаптації. У більшості випадків ці заходи поєднуються з програмами активної зміни поведінки, розвитку навичок подолання стресу та формування конструктивних моделей реагування.

Кризове втручання, зрозуміле у такий спосіб, реалізується командами спеціалістів та через взаємодію кількох установ, кожна з яких здійснює свій вплив на певному етапі й у відповідній послідовності. Важливо, що підтримка, яка виникає у межах професійних допоміжних стосунків, тісно переплітається з ресурсами громади, створюючи мережу взаємодії, де індивідуальна допомога підсилюється соціальною підтримкою, емпатійним середовищем і почуттям колективної безпеки.

Кризові служби відіграють ключову роль у системі психологічної підтримки, оскільки вони співпрацюють з іншими закладами психічного здоров'я, соціальними службами, медичними установами та громадськими організаціями, щоб забезпечити доступні, скоординовані та ефективні послуги, які відповідають реальним потребам населення. Така міжвідомча взаємодія дозволяє уникати дублювання функцій, оптимізує ресурси та створює єдину систему реагування на кризові ситуації.

Кризові служби повинні забезпечувати доступні, адекватні та оперативні форми втручання, спрямовані на запобігання, зменшення та подолання наслідків кризи. Їх діяльність орієнтована на негайну допомогу особам, які перебувають у стані дезорганізації, шляхом стабілізації емоційного стану, оцінки ризику та направлення до відповідних спеціалістів або установ.

Особливу увагу приділяють принципу своєчасності, адже швидкість реагування часто визначає ефективність усього втручання. Допомога має надаватися саме тоді, коли людина найбільше її потребує, у момент гострого переживання чи загрози життю. Саме тому кризові служби повинні працювати у режимі цілодобового чергування –7 днів на тиждень,

забезпечуючи щонайменше телефонну або онлайн-доступність, а за можливості – виїзні та стаціонарні форми підтримки.

Наявність кризових служб втручання або альтернативних форм допомоги має бути гарантованою та надійною, що передбачає належне забезпечення транспортом як для служб екстреного реагування, так і для осіб, які потребують допомоги. Це дозволяє оперативно реагувати на критичні ситуації, скорочуючи час між зверненням і фактичним отриманням підтримки.

Кризові служби становлять невід’ємну частину місцевої системи соціально-психологічного обслуговування, забезпечуючи особам безперешкодний доступ до відповідних послуг і сприяючи їх покращенню через взаємодію між інституціями. Спільна робота з медичними, соціальними, освітніми, правоохоронними, волонтерськими та громадськими структурами сприяє ефективному обміну досвідом, знаннями та навичками між надавачами послуг.

Така міжвідомча співпраця спрямована на раціональне використання місцевих ресурсів, створення єдиного інформаційного простору допомоги та посилення стійкості громади до кризових подій. Завдяки цьому формується інтегрована система підтримки, здатна забезпечити оперативну, компетентну та всебічну допомогу людям у найскладніші моменти життя.

Багатостороння та міждисциплінарна модель кризового втручання передбачає співпрацю широкого кола залучених асоціацій, організацій і установ, які спільно формують мережу психосоціальної підтримки [12]. Така мережа функціонує як інтегрована система реагування, що об’єднує професійні ресурси різних галузей для надання скоординованої, своєчасної та ефективної допомоги особам у кризових ситуаціях.

Мережа психосоціальної підтримки, як правило, включає два основні типи служб – кризові служби та служби соціальної підтримки. Кризові служби забезпечують негайне реагування на надзвичайні події, надають екстрену психологічну допомогу, проводять оцінку ризику та здійснюють координацію подальших дій. Служби соціальної підтримки виконують функції довготривалого супроводу, реабілітації та відновлення соціального функціонування осіб, які пережили кризу.

Хоча ці служби зазвичай працюють у межах різних установ – державних, комунальних, медичних, освітніх чи громадських, – вони пов’язані між собою системою угод і протоколів взаємодії, які визначають порядок спільних дій, розподіл повноважень і відповідальності. Така інституційна співпраця забезпечує узгодженість і послідовність втручань, спрямованих на допомогу, стабілізацію та підтримку громадян у кризових обставинах.

Отже, мережевий принцип взаємодії становить сутність системи соціально-психологічної підтримки, оскільки він дозволяє поєднати ресурси

різних відомств, створити єдиний інформаційний простір допомоги, забезпечити безперервність і комплексність супроводу особи від моменту гострої кризи до етапу повної соціальної реінтеграції.

Кризові служби охоплюють широкий спектр спеціалізованих підрозділів і форм організації допомоги, які відрізняються за своїми функціями, тривалістю та форматом взаємодії з клієнтами. До їхнього складу входять стаціонарні інтервенційні центри, що забезпечують індивідуальне консультування, групову підтримку, короткострокову терапію та реабілітаційні заходи.

Важливе місце посідають цілодобові чергові служби та телефонні центри, які здійснюють екстрене реагування через різні типи *«гарячих ліній»* кризові, суїцидальні, для жертв насильства, осіб із посттравматичними проявами тощо. Вони є найшвидшим каналом доступу до фахівця, що дозволяє знизити рівень гострого стресу і запобігти тяжким наслідкам.

До системи кризового втручання також належать служби, що активують природні системи підтримки - родину, сусідів, громаду. Їхнє завдання полягає у мобілізації соціальних ресурсів навколо особи, яка перебуває у кризі, та відновленні відчуття безпеки й приналежності до спільноти.

Окремий напрям становлять *«мобільні служби»*, які виїжджають безпосередньо до клієнтів за місцем проживання, навчання, роботи або на заплановану зустріч. Такі служби особливо ефективні у випадках, коли людина не здатна самостійно звернутися по допомогу через емоційний стан, обмежену мобільність або соціальні бар'єри.

Деякі кризові служби функціонують у межах єдиного розгалуженого інтервенційного центру, який поєднує кілька напрямів роботи (психологічний, медичний, соціальний, правовий). Проте на практиці кризове втручання найчастіше реалізується завдяки співпраці кількох установ, що дозволяє забезпечити комплексність, наступність і безперервність допомоги від першого контакту до етапу стабілізації та соціальної адаптації клієнта.

Роль Інтернету та електронної підтримки у сфері кризового втручання та психосоціальної допомоги постійно зростає. Сучасні цифрові технології відкривають нові можливості для надання оперативної, доступної та персоналізованої допомоги особам, які переживають кризу.

Більшість організацій, центрів психологічної підтримки та асоціацій самопомоги мають власні вебсайти, онлайн-платформи чи соціальні сторінки, що сприяє не лише поширенню інформації про їхню діяльність, а й полегшує безпосередній контакт із тими, хто потребує підтримки. З'являються також групи самопомоги, які функціонують виключно в онлайн-просторі, об'єднуючи людей із подібними життєвими проблемами, досвідом чи психоемоційними труднощами.

Можна стверджувати, що віртуальна підтримка, незважаючи на певні обмеження (нестачу невербальної комунікації, можливі ризики некоректного консультування), має низку беззаперечних переваг, зокрема:

- отримання допомоги «на вимогу» будь-де (наприклад, на місці аварії) та в будь-який час,
- можливість зв'язку з людьми, які борються з тими ж проблемами,
- забезпечення більшої анонімності та відчуття безпеки, а також можливість пасивної участі. [13]

Служби підтримки кризового втручання, зокрема телефонні лінії довіри, нині активно розширюють спектр своєї діяльності, поєднуючи традиційні форми допомоги з новими цифровими форматами взаємодії. Поряд із індивідуальним консультуванням вони все частіше організовують онлайн-зустрічі груп підтримки, що дозволяє забезпечити більш широкий охоплення аудиторії та підвищити доступність психологічної допомоги. Такі онлайн-групи створюють безпечний простір для емоційного обміну, взаємної підтримки та спільного осмислення пережитого досвіду, особливо для осіб, які з різних причин (географічних, фізичних, соціальних або психологічних) не можуть скористатися очними формами допомоги. Формат онлайн-комунікації також сприяє зниженню тривожності перед зверненням, підвищенню чуття анонімності та прийняття, що є критично важливими чинниками для людей у кризі.

Служби соціально-психологічної підтримки охоплюють широкий спектр послуг, спрямованих на допомогу особам, які потребують підтримки у повсякденному функціонуванні, соціальній адаптації та відновленні життєвих навичок. Їхня діяльність не обмежується лише роботою з клієнтами, що перебувають у гострій кризі, а має профілактичний і реабілітаційний характер, сприяючи інтеграції в громаду, підвищенню соціальної активності та покращенню якості життя.

До системи таких служб належать також підрозділи, що надають спеціалізовану допомогу людям у кризових або ризикованих ситуаціях. Їхня діяльність включає: служби пошуку осіб, які зникли або опинилися у небезпечних умовах; послуги фінансової та житлової підтримки, що допомагають забезпечити базові потреби людини у період втрати стабільності; медичні та психіатричні служби, які надають допомогу при фізичних і психічних розладах, спричинених стресом або травмою; освітні та консультаційні програми, спрямовані на формування навичок адаптації, управління стресом, вирішення конфліктів; юридичні служби, що забезпечують правовий захист, супровід у справах щодо насильства, дискримінації, біженства тощо; організації соціального догляду, які керують притулками, гуртожитками для біженців, кризовими центрами, будинками для людей похилого віку, закладами тривалого догляду та соціальної реабілітації.

Отже, служби соціально-психологічної підтримки становлять важливу ланку між кризовим втручанням і довготривалою соціальною опікою, забезпечуючи комплексний підхід до допомоги людині – від подолання гострої кризи до поступового відновлення психологічної рівноваги, соціального статусу та життєвої самостійності.

Водночас ефективність системи кризової психологічної допомоги наразі не є цілком задовільною, головним чином через обмежений доступ населення до центрів кризового втручання. У багатьох регіонах така допомога представлена неповною мережею установ, що ускладнює своєчасне реагування на запити громадян і знижує ефективність комплексної підтримки.

Проблеми також пов'язані з нерівномірним територіальним розподілом кризових центрів, нестачею кваліфікованих кадрів, недостатнім фінансуванням та низьким рівнем інформованості населення про наявні можливості отримання допомоги. У результаті значна кількість осіб, які переживають кризу, залишаються поза системою професійної підтримки, обмежуючись неформальними джерелами допомоги – родиною, знайомими або релігійними громадами.

Для підвищення ефективності системи кризового втручання необхідно розширювати мережу спеціалізованих центрів, зміцнювати міжвідомчу взаємодію, забезпечувати цілодобову доступність допомоги, а також проводити просвітницьку роботу серед населення щодо важливості своєчасного звернення по психологічну підтримку.

У ситуаціях, коли є можливість підтримувати контакт з особою, яка перебуває у кризовій ситуації протягом тривалого часу, доцільно планувати багатосесансові втручання, що передбачають поетапну роботу з клієнтом. Такий формат дозволяє поступово розширювати межі психологічної допомоги, переходячи від стабілізації емоційного стану до глибшого опрацювання внутрішніх конфліктів, переосмислення досвіду та формування нових життєвих стратегій.

Багатосесансове втручання забезпечує можливість реалізації ширшого спектра цілей, ніж короткострокові кризові контакти: воно сприяє підвищенню рівня саморефлексії, зміцненню ресурсів особистості, розвитку навичок саморегуляції, а також покращенню міжособистісної комунікації. Завдяки повторним зустрічам фахівець може оцінювати динаміку стану клієнта, коригувати програму допомоги та забезпечувати безперервність психологічного супроводу.

Зі змінами у соціально-політичній сфері з'являються нові виклики та обставини, які вимагають переосмислення сутності кризового втручання та розроблення інноваційних форм і стратегій психологічної допомоги. Сучасні кризи набувають комплексного, багатовимірного характеру, поєднуючи соціальні, економічні, політичні й гуманітарні чинники, що безпосередньо впливають на психічне здоров'я населення.

Особливої уваги потребують біженці та вимушено переміщені особи, які тікають від війни, насильства та переслідувань, опиняючись у стані глибокого стресу, невизначеності та втрати базового відчуття безпеки. Їхні психологічні труднощі формуються на різних етапах міграційної подорожі *до, під час і після* переселення. До травмуючих чинників належать: фізичне та психологічне насильство, недоїдання, виснаження, нестача медичної допомоги, ув'язнення або тортури, втрата житла, майна, засобів до існування, розлука з рідними, смерть близьких, соціальна ізоляція та стрес адаптації в новому середовищі.

Такі обставини призводять до глибоких психотравматичних наслідків, зокрема розвитку посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожних і соматоформних реакцій, а також порушення соціальної ідентичності. У цих умовах традиційні підходи до кризового втручання потребують адаптації до мультикультурного контексту, врахування міграційних, культурних і мовних особливостей, а також комплексної міжвідомчої координації між психологічними, соціальними, медичними та гуманітарними структурами.

Самотність і втрата соціальних зв'язків є потужними психотравмуючими чинниками, що негативно впливають на психічне здоров'я людини, посилюють почуття безпорадності, ізоляції та відчуження. Для осіб, які пережили вимушене переміщення, втрату близьких або розлуку з родиною, відсутність емоційної підтримки стає додатковим джерелом хронічного стресу і може призводити до розвитку депресивних, тривожних і посттравматичних симптомів.

Особливо гострою є проблема сексуального насильства під час війни, яка завдає глибокої психологічної травми та порушує базові уявлення людини про безпеку, гідність і контроль над власним тілом. Повідомлення про зґвалтування російськими військовими українських жінок і дівчат свідчать про масштабність цієї трагедії та підкреслюють необхідність системної психологічної, медичної, соціальної й юридичної підтримки постраждалих, а також створення ефективних механізмів захисту від подальших випадків сексуального насильства.

Надання допомоги жертвам таких злочинів має здійснюватися з урахуванням принципів конфіденційності, безпеки, поваги до гідності та добровільності участі, у поєднанні з міждисциплінарним підходом – психологічним, медичним, соціальним і правовим. Надзвичайно важливо забезпечити доступ до кваліфікованої кризової допомоги, створити спеціалізовані центри підтримки і розвивати програми психологічної реабілітації та ресоціалізації жінок, які пережили насильство.

Травми, пов'язані з війною, та стрес біженців пов'язані зі збільшенням рівня як фізичних, так і психічних проблем зі здоров'ям, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривогу,

психоз, гіпертонію, діабет та серцево-судинні захворювання. Дослідження показують, що 22% людей, які переживають війну, у разі відсутності належної психологічної підтримки, можуть страждати від депресивних розладів, тривожних розладів, ПТСР, біполярного розладу або шизофренії в подальші роки. Депресивні та тривожні розлади корелюють з віком, а депресивні розлади частіше діагностуються у жінок. [15]

Слід зауважити на додаткові джерела стресу – труднощі, з якими стикаються українці, які шукають допомоги й притулку в Європі. Найбільш поширені проблеми пов'язані з повсякденним життям та соціальними взаєминами. Зокрема ключовими аспектами інтеграції біженців у Європі є житлове питання, проблема працевлаштування, адаптація дітей (за даними ЄС, станом на жовтень 2025 року понад 915 тисяч українських дітей інтегровані у шкільні системи європейських країн). [16] Підтримку та допомогу надають центри для біженців, проте вони не є місцями, де українці хочуть залишатися зі своїми сім'ями впродовж тривалого часу, оскільки це зазвичай тимчасові місця проживання. Ці заклади не дуже добре підготовлені до тривалого перебування, оскільки вони переповнені та часто їм бракує приватності.

У деяких випадках біженці не можуть розраховувати на тривалу гостинність у будинках або квартирах європейців, які їх прихистили. Тимчасовий характер проживання, невизначеність щодо майбутнього та відсутність відчуття стабільності створюють додатковий соціально-психологічний тиск, що негативно впливає на емоційний стан і психічне здоров'я переселенців.

Такі соціальні труднощі часто стають джерелом вторинного стресу, який проявляється у виснаженні, тривожності, дратівливості й апатії. Зокрема, одним із найпоширеніших наслідків є порушення сну. Спостерігаються дві характерні крайнощі: з одного боку, біженці скаржаться на труднощі зі сном через умови проживання – переповнені центри, нестачу приватного простору, шум, постійний рух; з іншого – деякі проводять більшу частину дня в ліжку, чергуючи сон із переглядом новин чи повідомлень на мобільних пристроях, що порушує природний режим сну та відпочинку. В обох випадках страждає якість сну, а разом із нею – психологічна стійкість і фізичне відновлення, які є життєво необхідними для подолання наслідків травматичного досвіду. Хронічне недосипання або гіперсомнія можуть призводити до підвищеної емоційної реактивності, зниження когнітивної продуктивності, погіршення настрою та загального ослаблення психічного ресурсу, що потребує уваги фахівців кризового втручання й організації відповідних програм підтримки та психогієни сну.

Як уже зазначалося, більшість біженців становлять жінки з дітьми, які перебувають у вимушеній розлуці з членами родини, що залишилися в Україні. Така ситуація є потужним стресогенним фактором, оскільки розлука з близькими людьми, зокрема з чоловіками, батьками чи іншими родичами,

порушує відчуття сімейної єдності та безпеки. Причинами цієї розлуки здебільшого є об'єктивні обставини, пов'язані зі станом здоров'я, віком або правовими обмеженнями. Літні батьки часто не мають фізичної можливості подолати великі відстані чи адаптуватися до нових умов життя, тоді як чоловіки призовного віку зобов'язані залишатися в країні відповідно до законодавства, беручи участь у її захисті. Унаслідок цього на жінок покладається подвійне навантаження вони водночас виконують ролі матері, опікуна, організатора побуту та основного джерела емоційної підтримки для дітей. Такий стан емоційного перенапруження та відповідальності за родину у поєднанні з невизначеністю майбутнього створює високий ризик розвитку тривожних і депресивних розладів, емоційного виснаження та психологічного вигорання.

Життя в безпечних умовах країн ЄС, коли близькі перебувають під постійною загрозою для життя, є дуже важким досвідом. Часто спостерігається т. зв. «синдром уцілілого», [17] який характеризується, зокрема, емоційним пригніченням, що виникає в людей, які пережили катастрофу, та відчувається у вигляді сорому, провини та жалю за те, що врятований отримує можливість існувати, а інші в цей час наражаються на небезпеку або гинуть. Найбільший стрес при цьому пов'язаний із втратою близьких чи усвідомленням їхніх страждань. Українці, які тікають від війни, говорять про страх за своїх близьких. Вони висловлюють невпевненість у майбутньому, сумніви в можливості отримання допомоги та підтримки, дедалі частіше діляться емоціями, пов'язаними зі своїм воєнним досвідом, таким як переживання обстрілів, переховування в укриттях, смерть близьких і незнайомих. Часто біженці не мали можливості попрощатися, оскільки близькі гинули на полі бою або через російські військові атаки на цивільні об'єкти. Часто траплялися ситуації неможливості бути присутнім на похоронах або навіть поховати померлого. Багато людей зникли безвісти, а їхні тіла досі не знайдено, що є додатковим джерелом стресу.

Слід також звернути увагу на таку категорію біженців, як молоді люди віком 16-17 років, які є особливо вразливими. Самотність, брак мовних навичок та відсутність нагляду з боку більш досвідчених дорослих можуть призвести до відчуття розгубленості. Зрештою, вони часто хочуть повернутися до України, де, незважаючи на небезпечну ситуацію, почуваються краще. На батьківщині вони мають друзів, заняття та інтереси, а в європейських країнах вони зазвичай почуваються відірваними від свого коріння, місць та людей, яких вони знають, що спричиняє невпевненість у майбутньому. Втрати, які переживають біженці, включають втрату стосунків, а також попереднього способу життя, роботи, соціального статусу та майна.

У надзвичайно складному становищі опинилися люди з хронічними захворюваннями як психічними, так і фізичними, яким довелося перервати лікування через війну та вимушене переміщення. Втрата доступу до

медичних послуг, звичних лікарів і необхідних препаратів суттєво ускладнює їхнє повсякденне життя та створює додаткове психоемоційне навантаження.

Особливо вразливими є пацієнти, що потребують безперервного медичного спостереження люди на діалізі, онкохворі, а також пацієнти з інтелектуальними або руховими порушеннями, які регулярно потребують спеціалізованої терапії, реабілітаційних заходів і фармакологічної підтримки. У багатьох випадках негайна або належна терапія недоступна, що призводить не лише до погіршення фізичного стану, але й до зростання психологічного дистресу, страху, безсилля та тривожності.

Більшість описаних психосоціальних труднощів є типовими для людей, які переживають тривалий стрес, пов'язаний із війною, вимушеною міграцією, втратою контролю над власним життям і невизначеністю майбутнього. Тому надзвичайно важливо забезпечити належний захист психічного здоров'я біженців, створивши доступну систему кризової, медико-психологічної та соціальної підтримки, що дозволить мінімізувати наслідки травматичного досвіду, стабілізувати емоційний стан і сприяти адаптації в новому середовищі.

Відповідно до Директиви Ради ЄС про тимчасовий захист, який наразі продовжено до 4 березня 2026 року, українці в ЄС мають доступ до базового медичного обслуговування. ЄС активно співпрацює з міжнародними організаціями, такими як ВООЗ, у межах ініціативи EU4Health для забезпечення розширеного доступу до медичних послуг. Прибуття великої кількості біженців та переміщених осіб створило значне навантаження на національні системи охорони здоров'я багатьох європейських країн, що приймають біженців. Щоб допомогти цим країнам впоратися з ситуацією, ВООЗ за фінансування ЄС співпрацює з національними органами охорони здоров'я для підтримання та зміцнення їхніх систем охорони здоров'я. Зокрема проєкт «Покращення доступу до медичного обслуговування для біженців та осіб, переміщених з України, які користуються тимчасовим захистом у державах-членах» реалізується в 10 європейських країнах.

Надання допомоги біженцям у галузі психічного здоров'я, зокрема високоспеціалізованої психологічної та психіатричної допомоги, є запорукою формування базового відчуття безпеки. Водночас доцільно впроваджувати поетапні моделі психологічної допомоги, які дозволяють здійснювати профілактику психічних розладів через своєчасне виявлення та лікування емоційного дистресу на рівні громади. Такі моделі передбачають багаторівневу систему втручання від базових форм підтримки до спеціалізованої психіатричної допомоги. На початковому етапі важливу роль відіграють групи самопомоги, психоосвітні ініціативи та цілеспрямовані психосоціальні втручання, які сприяють стабілізації емоційного стану, активізації внутрішніх ресурсів і формуванню навичок адаптації.

Паралельно необхідно забезпечити чітко налагоджені маршрути доступу до спеціалізованої психіатричної та психотерапевтичної допомоги

для тих, хто потребує більш глибокого лікування чи тривалої підтримки. Ефективна координація між первинними, вторинними та спеціалізованими службами дозволяє зменшити ризик хронізації психічних розладів і підвищити загальну ефективність системи допомоги.

Не менш важливим напрямом є інформаційно-просвітницька діяльність серед біженців і переміщених осіб. Варто поширювати доступну інформацію про психічне здоров'я, а також про існуючі матеріали, онлайн-ресурси та інструменти самопомоги, які допомагають зміцнювати комунікативні навички, уміння керувати емоціями, долати стрес і практикувати турботу про себе (*self-care*). Формування таких навичок має вирішальне значення не лише для підтримання власного психічного добробуту, а й для надання допомоги іншим, зокрема дітям, літнім людям і тим, хто перебуває у стані психологічної вразливості.

Ці приклади демонструють, що кризове втручання відбувається також у межах певного соціокультурного контексту. Це призводить до визнання того, що деякі кризи виникають у дисфункціональних соціокультурних відносинах. Ця ідея призвела до розроблення моделі втручання, відомої як «втручання третього потоку», яка зосереджена на особах, які не мають соціальної підтримки, тих, хто зазнає дискримінації, та жертвах несприятливих змін. [18]

Європейські науковці визначають низку завдань, які слід виконувати відповідно до моделі втручання третього потоку. До них належать:

- проведення втручань у сімейному середовищі особи, її районі, на робочому місці та в інших установах, зокрема з державними службовцями;
- установлення зв'язку між особами, які перебувають у кризових ситуаціях, та особами, що перебувають у групі ризику, і місцевими мережами соціальної підтримки та ресурсами, доступними в їхніх громадах, для покращення їхньої здатності адаптуватися до соціального середовища;
- надання підтримки у задоволенні потреб осіб;
- проведення заходів для зміцнення психосоціального здоров'я громади;
- створення новаторських рішень на рівні громади, що враховують благополуччя жертв кризи або екстремальної ситуації;
- сприяння корисним системним рішенням, що відповідають потребам місцевої громади.

Завдання кризового втручання третього потоку може бути досягнуто лише завдяки співпраці спеціалістів з різних галузей. Метою цих завдань є покращення якості життя та запобігання ізоляції та соціальним патологіям. Заходи втручання, що розуміються таким чином, мають різні форми, починаючи від психологічної освіти та роботи спеціалізованих груп підтримки до впровадження й підтримки соціальних змін та зміцнення соціальної справедливості та толерантності. Незалежно від соціально-

культурних умов чи обраної стратегії, особисте ставлення та відкритість спеціаліста до особи, яка перебуває в кризовій ситуації, залишаються важливим елементом, що впливає на якість наданої психологічної допомоги.

Тому слід ще раз нагадати про універсальні рекомендації щодо проведення фахівцями психологічної підтримки для осіб, які перебувають у кризовому стані: [19] не слід переоцінювати свою роль як професійного психолога; необхідно розвивати здатність вільно приймати критику та водночас відкрито та чесно приймати негативну критику; варто реагувати спонтанно, але тактовно, і ставитися до особи з належною повагою; слід уникати захисних реакцій; психолог має бути відкритим і вільним, щоб належним чином співпрацювати з особою, не маючи прихованих мотивів. Дотримуючись цих ідей, психолог, який надає психологічну допомогу людині, яка перебуває в кризовій ситуації буде чутливим до потреб такої людини, та присвятить свою повну увагу підтриманню її в подоланні кризи, таким чином виконуючи основну мету кризового втручання або, ширше кажучи, будь-якої форми психологічної допомоги тим, хто її потребує.

**Висновки.** Підсумовуючи, можна стверджувати, що життєву кризу можливо подолати, якщо людина своєчасно отримує професійну психологічну підтримку у найкритичніший момент. Саме адекватне розуміння серйозності проблеми, її психологічних і соціальних наслідків є ключовим чинником ефективності кризового втручання, адже від нього залежить здатність фахівця правильно оцінити потреби клієнта та надати допомогу, спрямовану на відновлення внутрішніх сил і розширення можливостей особистості. З огляду на множинність і складність причин кризових станів, допомога має бути швидкою, цілеспрямованою та адекватною ситуації, але водночас гуманною, науково обґрунтованою та стандартизованою. Важливо, щоб система кризового втручання функціонувала безперервно, мала ресурсну готовність до реагування на надзвичайні ситуації та забезпечувала індивідуалізований підхід до кожної особи, з урахуванням її життєвого досвіду, психічного стану та соціального контексту. Отже, ефективна модель кризової допомоги поєднує професійність, оперативність і емпатійність, спрямовані на збереження людської гідності, відновлення психологічної рівноваги та підтримку особистісного зростання, що є необхідною умовою для повернення людини до активного й повноцінного життя.

#### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. James, R. K., & Gilliland, B. E. Crisis intervention strategies (7th ed.). Belmont, CA: Brooks/ Cole. 2012
2. Brammer, L.M. The Helping Relationship: Process and skills (3rd ed.). New Jersey: Prentice-Hall. 1985 s. 94
3. Caplan, G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books. 1964 s. 40

4. Caplan, G., Lindemann, E. Crisis Theory. W: Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy. Wiley. 1999
5. Hoff L.A. People in Crisis: Understanding and Helping. San Francisco: Jossey-Bass. 1995
6. Jacobson G.F., Strickler M., Morley W. Generic and Individual Approaches to Crisis Intervention. American Journal of Public Health. 1968.
7. Collins B.G., Collins T.M. Crisis and Trauma. Developmental-Ecological Intervention. Boston, New York: Lahasha Press, Houghton Mifflin Company, 2005.
8. Caplan G. An approach to community mental health. New York: Grune & Stratton. 1961; Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
9. Roberts A. R. Crisis intervention handbook: Research, theory, and practice (3rd ed.). New York: Oxford University Press, 2005
10. Everly G.S., Jr, & Mitchell J.T. The debriefing „Controversy” and crisis intervention: A review of lexical and substantive issues. International Journal of Emergency Mental Health, 20002(4), P.211–225
11. Hoff L.A. People in Crisis: Understanding and Helping, San Francisco, 1995
12. Stroul B.A. Crisis Residential Services in Community Support System, Maryland 1989.
13. Cierpiałkowska L., Sęk H., Psychologia kliniczna, Warszawa, 2016.
14. Collins B.G., Collins T.M. Crisis and Trauma. Developmental-Ecological Intervention. Boston, New York: Lahasha Press, Houghton Mifflin Company, 2005.
15. Charlson F., Ommeren van M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H., Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. Lancet. 2019. Vol. 394. P. 240–248.
16. Регулювання міграції: прийом переміщених осіб з України. Migration and Home Affairs. [https://home-affairs.ec.europa.eu/policies/migration-and-asylum/migration-management/migration-management-welcoming-displaced-people-ukraine\\_uk](https://home-affairs.ec.europa.eu/policies/migration-and-asylum/migration-management/migration-management-welcoming-displaced-people-ukraine_uk).
17. Appelbaum S., Delage C., Labib N., Gault G. The survivor syndrome: aftermath of downsizing. Career Development International. 1997. № 2/6. P. 278–286.
18. Kubacka-Jasiecka D. Interwencja kryzysowa dnia dzisiejszego i przeszłości. Perspektywa aksjologiczno-społeczna. W: K. Wojtanowicz, M. Duda, J. Bursová (red.), Interwencja kryzysowa – implikacje badawcze i praktyczne. Kraków: Wydawnictwo „Scriptum”. 2023 s. 36-38
19. Egan G. The Skilled Helper: A Problem-Management Approach to Helping (s. 55-56). Pacific Grove, Brooks/Cole. 1994.

Навчальне видання

*Бабчук Олена Григоріївна*  
*Краснопольська Світлана Михайлівна*  
*Жук Наталія Тарасівна*  
*Дмитрук Зоя Анатоліївна*  
*Бужина Ірина Вячеславівна*  
*Ісаєнко Максим Миколайович*

**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА  
В УМОВАХ ДІЇ ПРАВОВОГО РЕЖИМУ  
ВОЄННОГО АБО НАДЗВИЧАЙНОГО СТАНУ**

Навчальний посібник

Підп. до друку 25.11.2025. Формат 60x84/8.  
Друк цифровий. Папір офсетний. Гарнітура Times.  
Ум.-друк. арк. 9,53. Обл.-вид. арк. 10,43.  
Наклад 30 прим.

Надруковано з готового оригінал-макета.  
Видавництво Одеського державного університету внутрішніх справ  
м. Одеса, вул. Успенська, 1,  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДП № 3507 від 25.06.2009