

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

Кафедра психології та педагогіки

О.М. Пасько, Л.М. Прудка, Т.В. Матієнко

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА
ОСОБАМ,
ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД
ВІЙНИ**



МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Кафедра психології та педагогіки

О.М. Пасько, Л.М. Прудка, Т.В. Матієнко

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

ПСИХОЛОГІЧНА
ДОПОМОГА ОСОБАМ, ЯКІ
ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ

Одеса - 2025

УДК 159.944.4

П 86

*Рекомендовано до друку засіданням Вченої ради
Одеського державного університету внутрішніх справ
(протокол від 25 листопада 2025 року № 15)*

Автори:

Пасько О.М., доктор юридичних наук, професор, професор кафедри психології та педагогіки Одеського державного університету внутрішніх справ (*розділи 1, 4*).

Прудка Л.М., кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології та педагогіки Одеського державного університету внутрішніх справ (*розділ 3*).

Матієнко Т.В., кандидат юридичних наук, доцент, доцент кафедри психології та педагогіки Одеського державного університету внутрішніх справ (*розділ 2, 5*).

Рецензенти:

Асеева Ю.О. завідувач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки Одеського національного економічного університету, академік НАН ВО України, доктор психологічних наук, професор

Лебедева Н.В. доцент кафедри педагогіки та психології Міжнародного гуманітарного університету, к.психол.н.

П 86 Пасько О.М., Прудка Л.М., Матієнко Т.В. Психологічна допомога особам, які постраждали від війни: навчальний посібник. — Одеса: ОДУВС, 2025. — 176 с.

УДК 159.944.4

© Пасько О.М., Прудка Л.М.,
Матієнко Т.В., 2025

ПЕРЕДМОВА

Війна – це надзвичайна подія, яка кардинально змінює життя суспільства, руйнує звичні системи безпеки, соціальні зв'язки та базові відчуття стабільності. Її наслідки виходять далеко за межі фізичних втрат, глибоко вражаючи психіку людини. Тривале перебування в умовах небезпеки, досвід втрат, насильства, вимушеного переселення чи полону формують глибокі психотравматичні переживання, які суттєво впливають на особистісний розвиток, поведінку та ментальне здоров'я. У цьому контексті психологічна допомога постає не лише гуманітарною потребою, а й невід'ємною складовою відновлення людського потенціалу та суспільної стійкості. Тому роль фахівців, які надають психологічну допомогу, набуває особливого значення – їхня кваліфікована діяльність є фундаментом для майбутнього відновлення суспільства.

На сучасному етапі розвитку психологічної науки і практики все більшого значення набуває інтегрований підхід до подолання наслідків психотравматичних подій. Ефективна психологічна підтримка передбачає взаємодію з медичною, соціальною, правовою та освітньою допомогою, що забезпечує відновлення особистості на різних рівнях її функціонування. Особливої актуальності набуває розвиток спеціалізованих методів психокорекції й психотерапії, адаптованих до умов воєнного часу, а також підготовка фахівців, здатних надавати кризову підтримку різним категоріям постраждалих.

Метою навчального посібника є систематизація сучасних знань про психологічні наслідки війни, представлення ефективних методів надання допомоги та окреслення особливостей роботи з уразливими групами населення.

Посібник узагальнює теоретичні положення, результати наукових досліджень і практичний досвід фахівців, що працюють у сфері реабілітації та кризової інтервенції.

Основними завданнями посібника є:

1. Розкрити фізіологічні та психологічні механізми розвитку стресових і травматичних реакцій в умовах війни.
2. Представити науково обґрунтовані методи психотерапії та консультування, адаптовані до роботи з військовою травмою.

3. Обґрунтувати необхідність диференційованого підходу до психологічної допомоги різним категоріям постраждалих.

4. Визначити роль і структуру міждисциплінарної допомоги (медичної, соціально, правової, освітньої).

5. Наголосити на проблемі вторинної травматизації та важливості профілактики емоційного вигорання фахівців, що допомагають особам, які постраждали від війни.

Навчальний посібник «Психологічна допомога особам, які постраждали від війни» покликаний об'єднати сучасні теоретичні знання та практичні навички, необхідні для роботи з наслідками військової травми. Видання є результатом спроби систематизувати науково верифіковані підходи до надання психологічної допомоги в умовах воєнних дій та їхніх довготривалих наслідків. Посібник має стати універсальним методичним інструментом, спрямованим на підвищення професійної компетентності психологів, забезпечення комплексного і гуманістичного орієнтованого підходу до підтримки осіб, які пережили травматичний досвід війни.

Структура посібника відображає логіку розгортання проблематики: від розуміння фізіологічних і психологічних механізмів травми – до аналізу методів допомоги, специфіки роботи з різними групами постраждалих, інтеграції міждисциплінарної підтримки та профілактики професійного вигорання фахівців.

Розділ 1. Психологічні наслідки війни присвячений теоретичному аналізу феномену військової травми. Розглядаються фізіологічні основи реакції на стрес, типологія психологічних травм залежно від тривалості їхнього впливу, а також довготривалі наслідки для ментального здоров'я.

Розділ 2. «Методи психологічної допомоги» містить огляд провідних, доказово обґрунтованих методів психологічних інтервенцій. Особливу увагу приділено застосуванню когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), методики десенсибілізації та переробки рухом очей (ДПО), психоедукації, арт-терапії, групової психотерапії, а також протоколам кризового консультування.

Розділ 3. Диференційований підхід до надання психологічної допомоги в умовах війни: робота з уразливими групами – дітьми, ветеранами та учасниками бойових дій, внутрішньо переміщеними особами, особами, які пережили полон, тортури або сексуальне насильство, пов'язане з війною.

Розділ 4. «Мульти модальні підхід допомоги особам, які постраждали від війни» підкреслює, що ефективна підтримка неможлива без взаємодії психологічних, медичних, соціальних, освітніх і правових компонентів, що забезпечують комплексне відновлення особистості.

Розділ 5. «Профілактика емоційного вигорання у фахівців, що допомагають особам, які постраждали від війни» висвітлює сутність професійного вигорання (зокрема, в контексті МКХ-11), механізми його розвитку та сучасні програми профілактики серед фахівців, які працюють із постраждалими від війни.

Посібник адресовано практичним психологам, психотерапевтам, психіатрам, соціальним працівникам, волонтерам, фахівцям центрів соціально-психологічної підтримки, а також студентам магістратури психологічних спеціальностей.

Цей посібник є не просто збіркою теоретичних положень, а практичним орієнтиром у сфері психологічної допомоги. Автори сподіваються, що викладений матеріал стане надійною основою у професійній діяльності фахівців, спрямованій на відновлення психологічного здоров'я осіб, постраждалих від війни, і зробить внесок у формування стійкої та психологічно здорової української спільноти.

РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВІЙНИ

Війна як екстремальний соціально-психологічний феномен має глибокий і багаторівневий вплив на психіку людини, зумовлюючи значні зміни у сфері її емоційного, когнітивного, вольового та поведінкового функціонування. У сучасних умовах воєнного стану в Україні психіка громадян перебуває у стані постійного напруження, що активізує адаптаційні механізми, але водночас виснажує психофізіологічні ресурси організму. Тому вивчення психологічних наслідків війни є важливим для розуміння не лише індивідуальної, а й колективної психічної динаміки суспільства, яке переживає воєнну агресію.

Важливо зазначити, що реакція на воєнні події має комплексний характер і проявляється на різних рівнях психічної організації людини. На первинному рівні формується фізіологічна реакція на стрес, яка є біологічною основою подальших психологічних змін. Аналіз фізіологічних механізмів стресу дозволяє зрозуміти, як організм реагує на постійну загрозу, небезпеку та дефіцит безпеки, а також як відбувається перехід від гострої стресової реакції до хронічного стану психоемоційного виснаження.

Зосереджено увагу на психологічних травмах, які виникають унаслідок тривалого перебування в умовах війни. Важливим аспектом є їх класифікація відповідно до тривалості та інтенсивності стресового впливу. Зокрема, досліджуються відмінності між гострими, відстроченими та хронічними травматичними станами, що формують різні клініко-психологічні прояви.

Представлений розділ має на меті комплексно проаналізувати психологічні наслідки війни через призму фізіологічних, індивідуально-психологічних і соціально-психологічних змін. Таке дослідження сприяє глибшому розумінню механізмів психічної адаптації людини в умовах воєнного стану та визначенню напрямів психологічної допомоги і реабілітації постраждалих від воєнних дій.

1.1. Фізіологічна інтерпретація реакцій на стрес в умовах воєнного стану

Сучасний стан розбудови української сучасної незалежності відбувається в умовах воєнного стану, який охоплює всі сфери розвитку життєдіяльності нашого суспільства. Особливої уваги привертає на себе пріоритетний напрямок: забезпечення ментального здоров'я, що суттєво впливає на витримку українців та спроможності чинити опір країні агресору.

Саме спроможність українського народу витримувати хронічний стрес та вміння бути резильєнтними до фізичних та психічних атак з боку росії, визначає здатність вистояти і перемогти. Тому питання забезпечення та збереження ментального здоров'я в Україні є основним, і відповідно, керівні органи державної влади та перша леді України Олена Зеленська підтримують впровадження великої кількості програм як на національному, так і міжнародному рівні, з метою звертання уваги на важливість збереження не тільки фізичного здоров'я, але й ментального.

Стрес є невід'ємною частиною нашого життя і уникнення та попередження даного явища для конкретної особи майже не можливо, особливо в умовах воєнного стану. Коли громадяни України на собі випробують різні негативні психічні стани, тривоги та стрес-фактори. Ізолювати від стресу не можливо, оскільки це нормальна природня реакція організму на різні подразники, які сприймаються як загроза або виклик. У відповідь на це наш організм починає запускати цілу низку певних фізіологічних процесів, які мобілізуються до певних реакцій. Проте, слід враховувати, що хронічний стрес може призвести до зношування організму та розвитку різних захворювань, зокрема серцево-судинних, імунних та психологічних порушень¹.

Тому людина у будь-якому разі реагує на стресову ситуації, проте, реакції можуть бути абсолютно різними. Оскільки разом із цим помічаємо взаємозв'язок центральної нервової системи і тіла, як єдиної цілої загальної системи.

¹ Пасько О.М. Фізіологічна складова як важливий чинник розуміння природи стресу в умовах воєнного стану. *Наукові інновації та передові технології. Серія «Психологія». № 2 (45). 2025. С. 2110-2122.* [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2\(42\)](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2(42))

Актуальність дослідження обумовлене тим, що війна в Україні триває з 2014 року та повномасштабне вторгнення з лютого 2022 року, такий пролонгований період у часі спричинив значне психофізіологічне навантаження на українців. Тому і питання ментального здоров'я є пріоритетними у нашій країні.

Сам стрес є нормальною реакцією організму на ненормальну подію, проте, психіка людини налаштована так, що людина здатна до відновлення. І тоді, коли стрес є тривалим або хронічним, то там виникають труднощі із спроможністю хронічного відновлення. Тому важливо розглянути питання які саме фізіологічні процеси в організмі людини відбуваються під час стресу і який існує взаємозв'язок між автономною нервовою системою і нашим фізіологічним станом у відповідь на стрес і безпеку.

Історичні нариси вивчення поняття та сутності дефініції «стрес» завжди супроводжувались взаємозв'язок тіла і нервової системи. Проте, саме фізіологічні реакції на стрес вперше були оприлюднені S. Porges у його «Полівагальній теорії».

Так, на думку S. Porges існує проблема у медичній та нейробіологічній системах, які засновані саме на симптомах, і це виступає пріоритетним у полегшенню симптомів, а не усуненню основних механізмів захворювання, залишаючи корінні причини без уваги. Наприклад, знеболювальні засоби можуть тимчасово полегшити хронічний біль, але не справляються із запальними станами, порушеннями нейронної регуляції або структурними проблемами як потенційними першопричинами. Крім того, модель на основі симптомів сприяє фрагментації системи охорони здоров'я, де фахівці зосереджуються на ізольованих симптомах, нехтуючи нейронною регуляцією пацієнта всієї вегетативної нервової системи. Ця відсутність координації може призвести до розрізненого підходу до охорони здоров'я, що призводить до неправильних діагнозів, неправильного маркування загального вегетативного порушення за участю кількох органів-мішеней як супутніх захворювань, взаємодії з лікуванням, затримок у відповідному лікуванні та неоптимальних результатів. Клінічно цей підхід увічнеює контроль симптомів замість вирішення

захворювання, що призводить до довгострокових схем лікування без усунення основного захворювання.²

Оскільки саме «Полівагальна теорія» S. Porges підкреслює, що саме людська фізіологія є ключовим елементом у регулюванні рівня стресу та тривоги. Відповідно тіло може спроможне регулювати емоційні реакції на стрес, якщо навчитися виявляти та контролювати сигнали тіла. Все це можливо за рахунок блукаючого нерву, який з'єднує мозок з тілом і впливає на наш серцевий ритм, травлення та імунну систему

Тому у своїй науковій роботі S. Porges пояснює, що блукаючий нерв – це черепний нерв, який містить первинні парасимпатичні шляхи практично до всіх вісцеральних органів і від них. Вагусні шляхи підтримують гомеостатичні функції вісцеральних органів, включаючи серце та кишківник, шляхом більш ефективного травлення та потоку насиченої киснем крові через організм. На противагу цьому, симпатична нервова система може розглядатися як така, що порушує гомеостаз, підтримуючи при цьому метаболічно дорогі процеси мобілізації, які можуть виражатися у формі «бий або біжи» та інших більш широких захисних реакцій на хижака та патоген, які включатимуть запалення, лихоманку та гастропарез. Ця спрощена дихотомія в цілому є корисною моделлю, що пояснює зміни вегетативного стану, коли організм знаходиться в безпечному середовищі або тимчасово стикається з такими викликами, як загроза, яка вимагає збільшення метаболічного викиду для боротьби або втечі. Ця модель привела до концепції вегетативного балансу та узагальненого припущення, що парасимпатична (включаючи блукаючу) частина вегетативної нервової системи підтримує гомеостатичні потреби, тоді як симпатична нервова система підтримує захисні потреби, включаючи реагування на сигнали стресу та загрози³.

² Porges S.W. Disorders of gut–brain interaction through the lens of polyvagal theory. *Neurogastroenterology and Motility*. 2024. № 1. <https://doi.org/10.1111/nmo.14926>

³ Porges, S.W. Disorders of gut-brain interaction through the lens of polyvagal theory. *Neurogastroenterology and Motility*. 2024. № 1. <https://doi.org/10.1111/nmo.14926>

В іншій науковій роботі S. Porges надає пояснення про те, що ми зазвичай зосереджуємося на рухових функціях блукаючого нерву та на тому, як рухові шляхи регулюють серце та кишківник, вагус – це насамперед сенсорний нерв, приблизно 80% його волокон надсилають інформацію від нутрошів до мозку. Решта 20% утворюють рухові шляхи, які дозволяють мозковим ланцюгам динамічно і, часом, різко змінювати нашу фізіологію, причому деякі з цих змін відбуваються за лічені секунди. Наприклад, вагусні рухові шляхи можуть змусити наше серце битися повільніше і можуть стимулювати наш кишечник. З цих 20% лише невеликий відсоток є мієлінізованим. Цікаво, що рухові волокна домінують в обговоренні ролі вагуса в регуляції серця в біоповедінкових і біомедичних науках.⁴

Виходячи із вище зазначеного встановлено, що автономна нервова система складається з двох частин та трьох режимів функціонування чи виживання. Дві частини: *парасимпатична* (яка нерухома) і *симпатична* (яка рухлива). Три режими роботи автономної нервової системи: *парасимпатична – вентральна частина блукаючого нерву* (безпека), *парасимпатична – дорсальна частина блукаючого нерву* (небезпека) та *симпатична* (загроза життю). Відбувається постійний автоматичний моніторинг себе, інших та ситуації на предмет безпеки чи небезпеки та передача цього моніторингу в мозок та нервову систему.

Стрес являється універсальною біологічною реакцією на стресові фактори, які сприймаються як загроза організму. У звичайній стадії безпеки в організмі відбувається гомеостаз (тобто динамічний процес, за допомогою якого біологічні системи регулюють і стабілізують внутрішнє середовище для нормального функціонування клітин, органів і організму загалом), а в результаті стресу відбувається гомеостатичний дисбаланс. Класичні стресові відповіді «бий», «біжи» і «завмири» сформовані у процесі еволюції як типові механізми, які забезпечують виживання в умовах небезпеки. Ці реакції активуються в умовах гострої загрози, є результатом інтеграції сенсорної, нейронної та гормональної

⁴ Porges, S.W. The vagal paradox: A polyvagal solution. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*. 2023. № 16. <https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2023.100200>

інформації, і залежать від контексту та індивідуальних особливостей суб'єкта.

Так, колектив авторів K. Kozłowska, P. Walker, L. McLean та P. Carrive визначають, що еволюція наділила всіх людей континуумом вроджених, жорстко вбудованих, автоматично активованих захисних форм поведінки, які називають захисним каскадом. Збудження є першим кроком в активації захисного каскаду; втеча або бій є активною захисною реакцією для боротьби із загрозою; завмирання – це реакція «біжи або бийся», яку ставлять на паузу; тонічна нерухомість і згорнута нерухомість є реакціями останньої інстанції на неминучу загрозу, коли активні захисні реакції не дали результату; А нерухомість – це стан спокою, який сприяє відпочинку та зціленню. Кожна з цих захисних реакцій має характерний нейронний патерн, опосередкований загальним нейронним шляхом: активацією та інгібуванням певних функціональних компонентів у мигдалеподібному тілі, гіпоталамусі, періакведуктальному сірому, а також симпатичних та вагусних ядрах. На відміну від тварин, які, як правило, здатні відновити свій стандартний режим функціонування після того, як небезпека минула, люди часто такими не є, і вони можуть виявитися замкненими в одній і тій самій, повторюваній моделі реагування, пов'язаній з початковою небезпекою або травмою. Розуміння характерних патернів цих вроджених реакцій – конкретних компонентів, які в сукупності дають задану схему захисту – є важливим для розробки лікувальних втручань⁵.

Відповідно саме три режими роботи автономної нервової системи забезпечують базовими реакціями на стрес. Розглянемо їх детальніше.

1. **Реакція «Бий».** Ця реакція супроводжується агресивною поведінкою та намаганням усунути джерело загрози. Вона асоціюється з підвищеною активацією симпатичної нервової системи, збільшенням притоку крові до м'язів та активізацією фронтальної кори, що координує цілеспрямовані дії.. Це

⁵ Kozłowska K., Walker P., Carrive M. Fear and the defense cascade: clinical implications and management. *Harvard Review of Psychiatry*. 2015. № 23(4). P. 263-287 <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000065>

еволюційно сформована адаптивна стратегія, яка мобілізує фізичні та психічні ресурси для агресивної оборони або нападу.

Нейрофізіологічні механізми реакції «бий» відбуваються за рахунок ролі амігдали. Саме ця частина мозку є ключовим мозковим центром розпізнавання загроз. Амігдала активується після надходження сенсорної інформації з таламуса і кори головного мозку і відповідно подає сигнали до гіпоталамуса, що запускає стресову відповідь. Це стимулює гіпофіз до секреції адренокортикотропного гормону (надалі – АКТГ). АКТГ діє на кору наднирників, стимулюючи вивільнення кортизолу. Гормон кортизол (один із відомих гормонів стресу) забезпечує метаболічну підтримку (глюкоза, ліполіз, пригнічення неважливих функцій – травлення, імунна відповідь). Паралельно активується симпатична нервова система. Відповідно наднирники вивільняють наступні гормони стресу: адреналін та норадреналін. У результаті таких нейрофізіологічних процесів відбуваються зміни у: серцевому ритмі, артеріальному тискові; тонусі м'язів; потовиділенні; постачанні кисню до м'язів та ін.

Поведінкові характеристики реакції «бий»:

- фізична агресія або спроба миттєво нейтралізувати загрозу;
- напруження м'язів (особливо верхніх кінцівок, щелепи);
- вербальна агресія або конфліктна поведінка;
- зниження болісної чутливості (через β -ендорфіни);
- зосередженість на джерелі загрози (тунельний зір) та ін.

Отже, реакція «бий» є складною, біологічно обумовленою формою реагування на стрес, яка базується на інтегрованій роботі нейронних структур (амігдала, гіпоталамус), гормональних систем (наднирники) та поведінкових механізмів адаптації.

2. **Реакція «Біжи».** У разі, коли загроза є надто великою для прямого протистояння, виникає реакція втечі. Фізіологічно подібна до реакції «бий», але пов'язана з уникненням та мобілізацією ресурсів для швидкого пересування. Вона формується на основі еволюційного досвіду виживання і є ефективною стратегією, коли пряме протистояння (реакція «бий») оцінюється як занадто ризиковане або безрезультатне.

Нейрофізіологічні механізми реакції «біжи» відбуваються за рахунок обробки загрози в головному мозку амігдали, яка швидко обробляє сенсорну інформацію, що свідчить про потенційну

небезпеку. Сигнали надходять до гіпоталамуса, який координує реакцію тіла через вегетативну (автономну) нервову систему та гормональну систему. Гіпоталамус активує симпатичну нервову систему → стимулюється наднирникова медула. Наднирники вивільняють гормони адреналін і норадреналін, що спричиняють зміни: частоти серцевих скорочень; артеріального тиску; потоку крові до скелетних м'язів (особливо нижніх кінцівок, за допомогою яких фізично можна втікати); вентиляції легень; призупинення систем травлення, репродукції, імунітету (тимчасово не пріоритетні).

Поведінкові характеристики реакції «біжи»:

- швидке фізичне уникнення джерела загрози (втеча, ховання та ін.);
- рефлекторна оцінка шляху втечі (навіть у тварин миттєво активуються маршрути відступу);
- зниження імпульсивної агресії – перевага мобілізації до втечі та ін.

Отже, реакція «біжи» це швидкий, інстинктивний механізм, який активує всі системи організму для втечі від небезпеки. Вона є енергетично ефективною та еволюційно доцільною, проте в умовах хронічного або психологічного стресу може трансформуватись у патологічне уникання або постійне відчуття тривоги. Розуміння нейрофізіології цієї реакції дає змогу краще планувати інтервенції у психотерапії, когнітивно-поведінковому консультуванні та профілактиці психічних захворювань.

3. **Реакція «Завмри».** Ця реакція характеризується короткочасною нерухомістю, зниженням серцевого ритму та зменшенням м'язової активності. Активується, коли обидва варіанти: бій або втеча вважаються неможливими або неефективними. Деякі дослідники також виділяють реакцію «тонічного завмирання» (tonic immobility), що спостерігається у тварин і людей як крайній захисний механізм. Реакція «завмри» - це початкова або кінцева форма захисної реакції на стресову або травматичну ситуацію, яка полягає у різкому зниженні рухової активності, зосередженні уваги та емоційній «паузі». З еволюційної точки зору вона служила для виявлення джерела загрози без привернення уваги або, у крайніх випадках, імітації смерті, щоби збити хижака з пантелику.

Нейрофізіологічні механізми дії реакції «завмири» відбуваються за рахунок сенсорно обробка і запуск реакції через амігдалу, яка активує парасимпатичну частину автономної нервової системи, одночасно з короткочасною симпатичною активацією. Ключова роль належить regiaqueductal gray (PAG) ділянці середнього мозку, відповідальній за модуляцію захисної поведінки. Нейровегетативна відповідь включає в себе зміни: ритму серця; зниження частоти дихання. Таке «замороження» дає змогу організму завмерти без руху, часто – без дихальних чи голосових реакцій.

У цій реакції також відбуваються гормональні зміни, в яких приймає участь гормон стресу кортизол, який забезпечує мобілізацію енергетичних ресурсів. Відбувається потенційне підвищення β-ендорфінів для знеболання при травмі. Також у стійкому замороженому стані знижений рівень адреналіну після піку.

Поведінкові характеристики реакції «завмири»:

- нерухомість або повільні, мінімальні рухи;
- широко відкриті очі, фіксація на джерелі загрози;
- м'язове напруження або навпаки: раптова слабкість

(тонічне завмирання);

- відсутність мовлення, зниження міміки;
- відчуття «відключеності», втрата контролю над

тілом (у крайніх формах – дисоціація) та ін.

Отже, реакція «завмири» це складна, багаторівнева відповідь на стрес, яка виконує функцію психофізіологічного захисту в умовах, коли агресія або втеча є неможливими. Її глибока вкоріненість у структурі мозку свідчить про її адаптивну цінність, однак у людей вона може мати негативні наслідки, особливо при повторній травматизації. Розуміння цього механізму є критично важливим для клінічної психотерапії, роботи з травмою, а також профілактики розладів адаптації.

Проте, у разі стресового стану відбувається сукупність фізичних, емоційних, когнітивних і поведінкових відповідей організму на стресову ситуацію. Вони виникають як захисний механізм і спрямовані на адаптацію до змін або загроз у середовищі. Розповсюджені три моделі реакції: «бий», «біжи»,

«замри», а також з лютого 2022 року в Україні з'явилися дві додаткові реакції – «допомога ближньому» та «експертний стрес»⁶.

Реакція «допомога ближньому» полягає в необхідності бути корисним для когось у результаті якоїсь ситуації, пошуку підтримки та допомоги іншим під час загрози (наприклад, під час прильоту, обстрілу) і цим також людина приносить користь і собі, що не думає про проблеми, а допомагає іншим. Залучення до допомоги іншим може мати позитивний вплив на психічний стан, знижуючи рівень стресу і покращуючи відчуття благополуччя⁷

Щодо **«експертного стресу»** для українців, то прикладом може бути надання грошової допомоги (донати) або інших ресурсів для збройних сил України і тим самим відчувається позитивні сили та емоції щодо наближення до перемоги. Тобто експертний стрес може підвищити концентрацію та мотивацію, стимулюючи досягнення високих результатів⁸.

Таким чином, реакції «бий», «біжи», «завмри» є фундаментальними механізмами адаптації до загрози. Вони мають глибокі нейрофізіологічні корені і залишаються актуальними в контексті сучасного життя українців в умовах воєнного стану, коли кожен зміг на собі відчути певні реакції під час повітряної тривоги, вибухів та ін. загроз фізичної небезпеки. Розуміння цих механізмів дозволяє краще оцінювати поведінку людини в умовах стресу та сприяти розробці ефективних методів психологічної підтримки й інтервенції.

⁶Пасько О.М. Фізіологічна складова як важливий чинник розуміння природи стресу в умовах воєнного стану. *Наукові інновації та передові технології. Серія «Психологія.* № 2 (45). 2025. С. 2110-2122. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2\(42\)](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2(42))

⁷ Пасько О.М. Фізіологічна складова як важливий чинник розуміння природи стресу в умовах воєнного стану. *Наукові інновації та передові технології. Серія «Психологія.* № 2 (45). 2025. С. 2110-2122. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2\(42\)](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2(42))

⁸ Пасько О.М. Фізіологічна складова як важливий чинник розуміння природи стресу в умовах воєнного стану. *Наукові інновації та передові технології. Серія «Психологія.* № 2 (45). 2025. С. 2110-2122. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2\(42\)](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2(42))

1.1. Види психологічних травм в умовах воєнного стану в залежності від терміну його протікання.

В умовах воєнного стану українці на собі випробували різні етапи стресу: тривога, адаптація (опір). Проте, важливим показником являється бути ментально резильєнтним і не дійти до останньої фази – виснаження. Кожен із зазначених етапів стресу проходить певні фізіологічні та емоційні стани і відповідає видам психологічних травм в залежності від терміну протікання.

Колектив авторів M. Palace, O. Zamazii, S. Terbeck, A. Bokszczanin, T. Berezovski, D. Gurbisz, L. Szwejka визначають, що теорія стресу збереження ресурсів передбачає, що основні життєві події, включаючи травму та досвід війни, де існує загроза виживанню, можуть суттєво вплинути на психічне здоров'я, потенційно призводячи до посттравматичного стресового розладу, особливо коли люди відчувають втрату ресурсів для подолання труднощів. Кілька досліджень підтвердили зв'язок між війною та досвідом травми та проблемами психічного здоров'я⁹.

Гострий стрес (acute stress) – це нормальна адаптивна відповідь на сильний стрес, зазвичай минає самостійно без втручання.

Гострий стрес – це короткотривала реакція організму на конкретну загрозу або подразник. Він виникає раптово й триває від кількох хвилин до кількох годин. Його мета спрямована на мобілізацію власних ресурсів для негайного реагування (реакції «бий», «біжи» або «завми»).

Гострий стрес супроводжується біологічним механізмом активації симпато-адреналової системи таких гормонів: адреналін, норадреналін. Які призводять до фізіологічних зміни: підвищення частоти серцебиття, тиску, частоти дихання, підвищення рівня глюкози

Тіло реагує такими реакціями:

- напруження, дратівливість, занепокоєння;
- потовиділення, тремтіння, головний біль;

⁹ Palace M., Zamazi O., Terbeck S., Bokszczanin A, Berezovski T., Gurbisz D., Szwejka L. Mapping the factors behind ongoing war stress in Ukraine-based young civilian adults. *Health ana well-being*. 2024. № 16. <https://doi.org/10.1111/aphw.12493>.

- тимчасові проблеми з концентрацією

Зазвичай гострий стрес безпечний і корисний у помірних дозах (наприклад, іспит, спортивне змагання, публічний виступ) і може посилити увагу, реакцію, продуктивність.

Гострий стресовий розлад – це клінічна форма порушення, яка вимагає діагностики й терапії, щоб не трансформувалась у посттравматичний стресовий розлад (надалі – ПТСР).

Гострий стресовий розлад був введений до таксономії *Діагностичного та статистичного посібника (DSM)* у 1994 році для вирішення проблеми відсутності специфічного діагнозу гострих патологічних реакцій на травму та ролі, яку дисоціативні явища відіграють як у короткострокових, так і в довгострокових реакціях на травму¹⁰.

Колектив авторів D. Garfin, R. Thompson, E. Holman визначають, що травматичні події можуть викликати різноманітні психологічні та фізіологічні реакції, які з часом можуть вплинути на самопочуття. Одноразові травми (наприклад, землетруси) також були пов'язані з негайними, небезпечними для життя стресовими реакціями, такими як серцеві напади, інсульти та підвищення артеріального тиску. Після цих травм високий рівень психологічного стресу є поширеним явищем і може сигналізувати про рівень фізіологічного збудження, який допомагає пояснити зв'язок між травмою та довгостроковими проблемами зі здоров'ям. Хоча гострий стрес має низьку чутливість для прогнозування подальшого посттравматичного стресового розладу, дані науковців D. Garfin, R. Thompson, E. Holman свідчать про те, що при включенні ширшого спектру результатів, оцінка гострого стресу після травматичних подій дійсно може виявити тих, хто з більшою ймовірністю зазнає довгострокових проблем із психічним та фізичним здоров'ям протягом років після впливу травми. Хоча багато з тих, хто спочатку відчуває стрес, з часом одужують,

¹⁰ Carden E., Carlson E. Acute Stress Disorder Revisited. *Annual review of clinical psychology*. 2011. № 7. P. 234-246. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104502>.

інформація про тих, хто схильний до ризику подальших проблем, може допомогти клініцистам, персоналу лікарень¹¹.

Так, науковці S. Baziliansky та W. Sowan вказують, що симптоми гострого стресу визначаються як інтенсивна, неприємна та дисфункціональна реакція, що починається невдовзі після важкої травматичної події (від 3 днів до 4 тижнів) та є фактором ризику розвитку ПТСР. Діагностика гострого стресу також вимагає наявності дев'яти або більше симптомів будь-якої з п'яти категорій¹²:

- вторгнення (тобто повторювані думки, спогади, сни або флешбеки);

- зміни в думках і настрої (наприклад, самозвинувачення, ізоляція, негативний настрій, труднощі із запам'ятовуванням деталей травматичної події);

- дисоціативні симптоми (тобто відстороненість від оточення або заціпеніння емоцій, дереалізація, деперсоналізація та дисоціативна амнезія);

- уникнення подразників, пов'язаних із травмою (тобто навмисне утримання подалі від нагадувань про травму);

- реактивність і збудження (тобто гіперпильність, легко лякаються, часто дратівливі, проявляються гнівом або агресією, проблеми з концентрацією уваги і сном;

Порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування і не може бути пов'язане з фізіологічними ефектами речовини або іншим медичним станом або психотичним розладом¹³.

¹¹ Garfin D., Thompson R., Holman E Acute stress and subsequent health outcomes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2018. № 112. P. 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.017>

¹² Baziliansky S., Sowan W. Exposure to warfare and demoralization: acute stress symptoms and disengaged coping as mediators. *European Journal of Psychotraumatology*. 2025. № 16. P. 1123-1131. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2449308>.

¹³ Baziliansky S., Sowan W. Exposure to warfare and demoralization: acute stress symptoms and disengaged coping as mediators. *European Journal of Psychotraumatology*. 2025. № 16. P. 1123-1131. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2449308>.

ПТСР – це тривалий розлад адаптації після травми, що суттєво знижує якість життя. Є серйозним психічним розладом, що виникає внаслідок переживання або свідчення травматичної події. ПТСР є психіатричним станом, який розвивається після експозиції до загрозливих для життя чи цілісності подій, зокрема бойових дій, катастроф, сексуального або фізичного насильства, серйозних нещасних випадків.

Так, колектив авторів R Yehuda, C. Hoge, A. McFarlane, E. Vermetten, R. Lanius, C. Nievergelt, S. Hobfoll, K. Koenen, T. Neylan, S. Hyman у науковій роботі визначають, що ПТСР впливає на кілька біологічних систем, таких як мозкові схеми та нейрохімія, а також на клітинну, імунну, ендокринну та метаболічну функції. Підходи до лікування включають комбінацію медикаментів і психотерапії, при цьому психотерапія в цілому показує найбільшу ефективність. Дослідження патофізіології ПТСР спочатку були зосереджені на психофізіології та нейробіології стресових реакцій, а також на набутті та згасанні спогадів страху. Однак, все більший акцент робиться на виявленні факторів, які пояснюють індивідуальні відмінності в реакціях на травму та сприянні стійкості, таких як генетичні та соціальні фактори, процеси розвитку мозку, кумулятивні біологічні та психологічні ефекти раннього дитинства та інші стресові події протягом життя. Сфера ПТСР в даний час стикається з коливаннями діагностичних критеріїв, які мають значення для епідеміологічних, біологічних, генетичних та лікувальних досліджень. Проте, поява нових біологічних методик відкриває можливість широкомасштабних підходів до гетерогенних і генетично складних захворювань мозку і вселяє оптимізм в тому, що будуть відкриті індивідуалізовані підходи до діагностики та лікування¹⁴.

Також R. Yehuda¹⁵ у науковій роботі з'ясувала біологічні зміни, які пов'язані із ПТСР, і зазначила чому деякі люди відновлюються після

¹⁴ Yehuda R, Hoge C., McFarlane A., Vermetten E., Lanius R., Nievergelt C., Hobfoll S., Koenen K., Neylan T., Hyman S. Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015. № 1. P. 1123-1129. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>.

¹⁵ Yehuda R, Hoge C., McFarlane A., Vermetten E., Lanius R., Nievergelt C., Hobfoll S., Koenen K., Neylan T., Hyman S. Post-traumatic stress disorder.

травматичних подій, а інші – ні. Пацієнти з хронічним ПТСР мають підвищений циркулюючий рівень норадреналіну і підвищення реактивності $\alpha 2$ -адренергічні рецептори. Ці зміни в тандемі з висновком про те, що рівень гормонів щитовидної залози підвищений у пацієнтів з ПТСР, може допомогти пояснити деякі соматичні симптоми розладу. R. Yehuda встановила, що нещодавні нейроанатомічні дослідження виявили зміни у двох основних структурах мозку – мигдалеподібному тілі та гіпокампі – у пацієнтів із ПТСР. Позитронно-емісійна томографія та функціональна магнітно-резонансна томографія показали, що реактивність мигдалеподібного тіла та передньої паралімбічної області до подразників, пов'язаних із травмою, підвищена, а реактивність передньої поясної та орбітофронтальної областей знижена. Ці ділянки мозку беруть участь у реакціях страху. Відмінності у функції гіпокаму і в пам'яті були виявлені процеси, які, як вважається, залежать від гіпокаму, що свідчить про нейроанатомічний субстрат для нав'язливих спогадів та інших когнітивних проблем які характеризують ПТСР.

Наслідки симптомів ПТСР часто спостерігаються невдовзі після травматичних подій, а більшість випадків хронічного посттравматичного стресового розладу супроводжуються раннім появою симптомів. Відстрочений прояв посттравматичного стресового розладу, який найчастіше спостерігається серед військовослужбовців, становить 25% хронічних випадків. У більшості осіб, які зазнали травм (наприклад, 78% тих, хто контактував з бойовими діями), ПТСР після опромінення не розвивається. У тих, у кого розлад розвивається, тяжкість симптомів коливається з часом, причому періоди більшої тяжкості, ймовірно, відображають чутливість до супутніх стресових факторів, хвороб і життєвих змін¹⁶.

Ключовими факторами ризику ПТСР є інтенсивність травматичної події, повторюваність травм, відсутність соціальної підтримки,

Nature Reviews Disease Primers. 2015. № 1. P. 1123-1129.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>.

¹⁶ Shalev A., Liberzon I., Marmar C. Post-Traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine.* 2017. № 25. P. 2459-2469.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>

попередні психічні розлади, а також генетична схильність. Патогенез ПТСР пов'язаний з дисфункцією осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, зниженням активності префронтальної кори та гіпокампу, а також гіперактивністю мигдалеподібного тіла, що відповідає за обробку страху. Зменшення рівня кортизолу та підвищення катехоламінів спричиняє тривалі фізіологічні реакції на стрес.

Згідно з DSM-5, симптоми ПТСР поділяються на чотири основні кластери:

1. Інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки, кошмари)
2. Уникання (місць, людей або розмов, пов'язаних із травмою)
3. Негативні зміни у когніції та настрої (відчуття відчуження, провини, амнезія)
4. Підвищене збудження (гіпернастороженість, дратівливість, порушення сну).

ПТСР – це складний багатофакторний розлад, який має чітку біопсихосоціальну основу. Сучасні методи лікування, зокрема когнітивно-поведінкова терапія та фармакологія, демонструють високу ефективність, особливо при ранньому початку терапії. Необхідно продовжувати розвиток мультидисциплінарних підходів до діагностики та реабілітації, особливо в контексті воєнних подій та масової травматизації населення в Україні.

Не лише війна, а будь-яка подія, що несе в собі загрозу смерті або цілісності, може стати передумовою для розвитку ПТСР. При цьому досвід переживання воєнних дій не обов'язково призводить до такого діагнозу. Це залежить від стійкості людини, обставин, наявної підтримки та інших факторів. Але, беззаперечно, повномасштабна війна значною мірою вплинула на життя і психічний стан українців. За різними оцінками, ПТСР може розвиватися у 12–20% людей, які пережили травматичну подію або були свідками такої¹⁷.

¹⁷ Кількість пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР в Україні зростає. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. URL: https://moz.gov.ua/uk/killist-pacientiv-zi-vstanovlenim-diagnozom-ptsr-v-ukraini-zrostaє-scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 10.07.2025).

Протягом останніх двох років в електронній системі охорони здоров'я фіксується значне збільшення пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР. Так, у 2023 році кількість пацієнтів з ПТСР зросла майже в чотири рази в порівнянні з 2021 роком, а за перші два місяці 2024 року діагноз встановлено фактично такій же кількості пацієнтів, як за весь 2021 рік.

За статистичними даними, які визначені на сайті Національної служби здоров'я України наступні показники ПТСР за періоди 2021 по 2024 роки¹⁸ (дивись Таблицю 1):

Таблиця 1. Статистичні данні показників ПТСР, які визначені на сайті Національної служби здоров'я України

Статистичні данні показників ПТСР, які визначені на сайті Національної служби здоров'я України	
Роки	Кількість пацієнтів
2021 рік	3167 пацієнтів
2022 рік	7051 пацієнт
2023 рік	12494 пацієнти
2024 рік	3292 пацієнти

Відстрочений ПТСР – коли симптоми вперше виникають через кілька місяців або років після події (часто - після нової подібної ситуації чи тригера). Відстрочений ПТСР є формою психічного розладу, який виникає через значний проміжок часу після пережитої психотравматичної події. Він є реакцією на екстремальні стресові події, такі як військові дії, насильство, стихійні лиха тощо. У більшості випадків симптоми ПТСР з'являються протягом першого місяця після події. Проте, в деяких пацієнтів симптоми виникають через місяці або навіть роки після травматичного досвіду – такий тип ПТСР називають відстроченим. Відповідно до МКД-11 та DSM-5 відстрочений ПТСР (delayed expression PTSD) діагностується, якщо симптоми не проявляються або проявляються

¹⁸ В ЕСОЗ протягом останніх двох років фіксується значне збільшення пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР URL: <https://nszu.gov.ua/novini/v-esoz-protyagom-ostannih-dvoh-rokiv-fiksuyetsya-znachne-zbi-1203> (дата звернення: 10.07.2025).

частково протягом шести місяців після травматичної події, але потім розвиваються у повному обсязі.

Проте, наразі в Україні жодне дослідження не висвітлює саме відстрочений ПТСР серед постраждалих від війни. Більшість досліджень мають менші терміни: вони аналізують стан «через X місяців» без відслідковування динаміки зародження симптомів із субклінічних стадій у відстрочений період. І така ситуація є негативною у перспективі, оскільки без фокусу уваги саме на відстроченому ПТСР багато постраждалих можуть не отримати вчасну допомогу. Виникає ризик «відкладеного вибуху» симптомів (флешбеку) актуальний серед переселенців, військових, батьків із підлітками та ін. Це особливо важливо для планування медичних програм і психосоціальної підтримки.

Також ігнорування саме відстроченого ПТСР обумовлено в державі через постійний стрес, госпіталізаційну кризу та брак психіатрів, оскільки більшість зусиль спрямована на «гострі» випадки, а не на відкладання розвитку симптомів.

Основні чинники, що сприяють розвитку відстроченого ПТСР:

- наявність попередніх психічних розладів;
- високий рівень стресу після події (вторинна травматизація);
- відсутність соціальної підтримки;
- тривале перебування в умовах небезпеки (наприклад, військові конфлікти);
- особливості обробки травматичної інформації (дисоціація, заперечення).

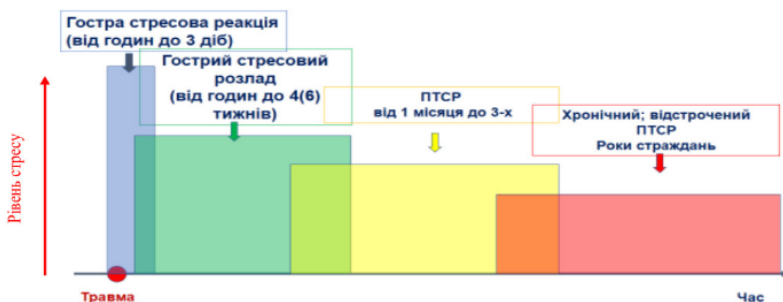
Клінічні прояви не відрізняються від типового ПТСР:

- нав'язливі спогади або флеш беки;
- уникнення нагадувань про травму;
- підвищена збудливість (гіперреакція);
- емоційне оціпеніння, депресія.

Незважаючи на велику кількість даних по ПТСР, спеціальних досліджень щодо відстроченого ПТСР в режимі воєнного стану України у відкритих джерелах майже немає. Немає перспективних досліджень з пролонгованою появою симптомів через ≥ 6 місяців після події під час бойових дій, як у загальному ПТСР (дивись Рисунок 1).

Тому важливим являється дослідити наступні показники:

1. Компетентна діагностика – без оцінки відстроченого ПТСР частина пацієнтів може лишитися без медичної допомоги багато років і не розуміючи, що потрібно звернутись до лікаря, не визнаючи пріоритетність ментального здоров'я для власного якісного та повноцінного життя та здоров'я.
2. Тривалість лікування. Слід розуміти, що відстрочений ПТСР потребує відповідно певного тривалого часу лікування. Тому рання терапія може запобігти пізньому прояву – важливо вести моніторинг понад півроку, це ключовий момент.
3. Цільові групи ризику. Слід розуміти, що різні категорії громадян (студенти, батьки, діти, ВПО, цивільні та військові) можуть мати



гострим стресовим розладом, ПТСР та відстроченим ПТСР за певними показниками (дивись Таблицю 2):

Таблиця 2. Відмінності між гострою стресовою реакцією, гострим стресовим розладом, ПТСР та відстроченим ПТСР за певними показниками

Показник	гостра стресова реакція	гострий стресовий розлад	ПТСР	відстрочений ПТСР
Час виникнення	протягом хвилин / годин після травми	упродовж 3 днів – 1 місяця після травми	через > 1 місяць після події	через 6 місяців або більше після травми
Тривалість	до 48-72 годин	Від 3 днів до 4	>1 місяць (іноді роки)	> 6 місяців

симптомів		тижнів		від події
Прояви симптомів	Тривога, сплутаність, дезорієнтація, вегетативні реакції	Інтрузії, дисоціація, уникання, гіперзбудливість	Інтрузії, уникання, негативні зміни у мисленні, гіперзбудливість, спогади, флешбеки	Ті ж, що і при ПТСР, але починаються пізніше
Можливість самостійного відновлення	Висока (звичай без лікування)	Частково (може прогресувати до ПТСР)	Низька без терапії	Низька без терапії

Отже, розглянуто психологічні травми в умовах воєнного стану: гостра стресова реакція, гострий стресовий розлад, ПТСР, відстрочений ПТСР. Всі вони являються певним психічним негативним станом для особи, проте, різняться термінами протікання та відповідним наслідками та відбитками на ментальному здоров'ї.

1.3. Психологічний стан людини в умовах війни та його наслідки для ментального здоров'я

Психологічний стан людини в умовах війни це складний і багатогранний процес, який залежить від великої кількості чинників: ступеня залучення в бойові дії, втрат, вимушеного переселення, соціальної підтримки, особистісних рис та психологічної стійкості та резильєнтності. Такий стан може мати як короткотривалі, так і довготривалі наслідки, у попередньому питанні за термінами розглянуто види психічних травм. Умови воєнного стану створюють надзвичайне психоемоційне

навантаження, що на собі відчули українці і це значно впливає на психічне здоров'я.

Психічний стан в умовах війни відзначається фізичними, емоційними, когнітивними, поведінковими реакціями. Розглянемо детально кожну із них.

1. Фізичні реакції. В умовах воєнного стану організм реагує на постійну загрозу, активуючи механізми виживання гострий і хронічний стрес, з довгостроковими наслідками для здоров'я. Відповідно, тіло мобілізує потужні адаптивні реакції, однак без «вимкнення» ці механізми призводять до серцево-судинних, імунних, метаболічних, імунних, репродуктивних, системи травлення та психічних порушень.

У підрозділі 1.1 детально описано фізіологічний аспект протікання стресу в організмі людини. Тепер детально звернемо увагу які саме реакції проявляє тіло у результаті стресового стану.

У результаті стресової ситуації настає гомеостатичний дисбаланс, який ставить на «паузу» певні системи організму, що впливає не тільки на фізичний стан здоров'я, а як наслідок і на ментальне здоров'я.

Порушення серцево-судинної системи проявляються наступними фізичними реакціями:

- потовиділення, почервоніння, відчуття жару, відчуття холоду та озноб;
- прискорене серцебиття (тахікардія);
- підвищення артеріального тиску;
- задишка навіть у стані спокою;
- біль або дискомфорт у грудях (нерідко як прояв псевдокардіального болю) та ін.

Порушення дихальної системи проявляються наступними фізичними реакціями:

- прискорене, поверхневе дихання (гіпервентиляція);
- відчуття браку повітря, не вистачає повітря;
- напади паніки з задишкою;
- ком у горлі та стиснення в грудях;
- ускладнене дихання та ін.

Порушення системи травлення проявляються наступними фізичними реакціями:

- нудота, біль у шлунку;

- діарея або запор;
- втрата апетиту або навпаки – компульсивне переїдання;

- печія, синдром подразненого кишківника;
- розлад травлення та ін.

Порушення м'язово-скелетної системи проявляються наступними фізичними реакціями:

- напруження в шиї, плечах, спині;
- судоми, тремтіння м'язів;
- хронічний біль (особливо в попереку, шиї);
- слабкість або швидка втомлюваність;
- тремтіння, похитування та посмикування;
- запаморочення, холодні руки та ноги;
- позиви до сечовипускання та ін.

Шкірні прояви визначаються наступними фізичними реакціями:

- пітливість (особливо в долонях, пахвах);
- почервоніння, свербіж, висипання;
- загострення дерматитів, екземи, псоріазу та ін.

Порушення ендокринної та репродуктивної системи проявляються наступними фізичними реакціями:

- порушення менструального циклу;
- зниження лібідо;
- надмірна втома;
- зниження ваги або її неконтрольований набір;
- «гусяча шкіра», «вставання волосся дибки» та ін.

Порушення імунної системи проявляються наступними фізичними реакціями:

- часті застуди, інфекції;
- загострення хронічних захворювань;
- повільне загоєння ран та ін.

Отже, фізичні реакції на стресовий стан в умовах воєнного стану супроводжується порушеннями в серцево-судинній, дихальній, м'язово-скелетній, ендокринній, репродуктивній, імунній системі, також шкірних проявах та системі травлення, які проявляються у відповідних реакціях, що вище зазначено.

2. Емоційні реакції.

В умовах війни психіка людини стикається з надзвичайними викликами. Воєнний стан супроводжується не лише фізичними

загрозами, але й масивним емоційним навантаженням, що викликає широкий спектр емоційних реакцій. Ці реакції можуть мати як адаптивний, так і дезадаптивний характер – від мобілізації ресурсів до розвитку стійких психологічних порушень.

Так, колектив авторів A. Chatterjee, M. Kovalishina, K. William та C. Zhang описують емоційну складову наслідків воєнного стану. Війна породжує мішанину заплутаних емоційних реакцій. Крім безпосередньої фізичної небезпеки, існує більш неминучий страх втратити сім'ю. Відчуття цієї втрати перевершує розуміння, досягнуте за допомогою діагностичної психології, до більш переконливого усвідомлення того, що одного разу доведеться зіткнутися з такими жахами. Для людей, які живуть у ситуації, коли втрата неминуча, це почуття стає все більш непереборним. Ті, хто вижив після війни, оплакують не лише муки смерті та насильства, але й не можуть врятувати тих, хто їм найдорожчий. Ці складні емоції проявляються в різних випадках, підкреслюючи глибоко вкорінений вплив війни¹⁹.

Емоційні реакції в умовах воєнного стану:

- **Відчуття страху.** Страх це одна із базових емоцій, яка виникає у відповідь на загрозу. В умовах воєнного стану страх стає не епізодичним, а хронічним станом, який суттєво впливає на психічне, фізичне та соціальне функціонування людини. В Україні під час воєнного стану для українців існує велика кількість об'єктивних джерел небезпеки: повірянні тривоги, балістичні загрози, окупація, бойові дії, вимушене переміщення, втрата житла чи рідних, втрата звичного режиму життя та ін. Організм сприймає це як постійну загрозу, і страх не минає після одного епізоду, а перетворюється на тривожний фон, що порушує регуляцію емоцій.

- **Відчуття «оніміння»** – це психологічна реакція, яка характеризується відсутністю або приглушенням емоцій, втратою здатності відчувати радість, страх, біль чи співпереживання. В умовах воєнного стану така реакція часто виникає як захисний механізм психіки у відповідь на надмірний стрес, травму або шок.

¹⁹ Guo X., Wang Y., Kan Y., Zhang J., Ball L., Duan H/ How does stress shape creativity? The mediating effect of stress hormones and cognitive flexibility. *Thinking Skills and Creativity*. 2024. № 52. P. 134-164. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2024.101521>.

Воно проявляється як: внутрішня порожнеча, відчуження від інших, втрата інтересу до життя, байдужість до подій навколо. Це реакція «завмри» – одна з трьох базових відповідей нервової системи на небезпеку: бий – біжи – завмри (у підрозділі 1.1 детально описано дані реакції). Коли дія або втеча неможливі, психіка обирає третій варіант – емоційне відключення. Прояви емоційного оніміння: байдужість до втрат; відчуття відокремленості; втрата емпатії; нездатність відчувати позитив та ін.

- Відчуття безнадії та безпорадності – це глибокі деструктивні емоційні стани, що часто виникають у людей, які пережили тривалий або надмірний стрес, зокрема в умовах війни, особливо пролонгований період воєнного стану в Україні з лютого 2022 року. Ці відчуття супроводжуються втратою контролю над життям, зниженням віри в майбутнє, власні сили та можливість впливати на події.

Безнадія пов'язана із суб'єктивним переконанням, що ситуація ніколи не покращиться, перспективи не визначені.

Безпорадність обумовлюється відчуттям, що будь-які зусилля марні, немає можливості змінити події або вплинути на своє життя.

Прояви безнадії та безпорадності: відчуття втрати сенсу; відмова від активності; депресивний настрій; соціальна ізоляція; невіра у майбутнє; ігнорування можливостей допомоги; втрата мотивації; пасивність; апатія та ін.

- Тривога та депресія (тривога та депресія зазвичай вражають близько 40-50% населення, яке переживає війну, причому тривога часто зустрічається частіше, ніж депресія. Ця статистика значно зменшується в популяціях лише через кілька місяців після закінчення війни, і з часом вона продовжує поступово зменшуватися; тривожність та/або депресія протягом життя частіше зустрічаються серед ветеранів війни порівняно з цивільним населенням).

- Відчуття жаху – це надзвичайно сильне, неконтрольоване відчуття страху, яке супроводжується втратою емоційного та тілесного контролю. В умовах воєнного стану у нашій державі жах виникає як реакція на пряме зіткнення з реальною або уявною загрозою смерті, каліцтва, катастрофи чи насильства, коли психіка не встигає адаптуватися або

«захиститись». Жах – це не просто посилений страх, а глибока емоційна дезорганізація, яка часто супроводжується: дереалізація (відчуття нереальності); розгубленість; повне «завмирання»; панічна активність та ін.

- Фобічні реакції в умовах воєнного стану є прогнозованими, частими та потенційно виснажливими. Фобічні реакції пов'язані із надмірним, ірраціональним страхом перед певною загрозою, ситуацією або дією, які викликають сильний психоемоційний та фізіологічний дискомфорт, навіть якщо реальна загроза відсутня. У контексті війни фобії часто формуються як наслідок гострої або тривалої психологічної травми. Вони можуть обмежувати повсякденне функціонування, соціальну адаптацію та відновлення після травм.

Тип фобії, які можуть бути в умовах війни: фонофобія (страх звуків) - звук сирен, вибухи, гучні голоси; агорафобія – перебування на відкритому просторі; соціофобія – перебування у натовпі, страх паніки; автофобія (страх самотності) - переживання розлуки, втрати близьких; панічний розлад – напади неконтрольованого страху без явного тригера та ін.

- Агресія та дратівливість – може бути реакцією на безсилля, втрати, фрустрацію. Часто проявляється в побуті: конфлікти, спалахи гніву, імпульсивність.

- Низька самооцінка в умовах воєнного стану – це глибока психологічна проблема, яка загострюється через тривалу невизначеність, стрес і небезпеку. Тому людина може почуватися безпорадною, недостатньо сильною або важливою, що призводить до зниження впевненості в собі. Прояви низької самооцінки: відчуття меншовартості; сумніви у власних силах і рішеннях; самозвинувачення, навіть без об'єктивних підстав; соціальна ізоляція; песимістичне бачення майбутнього;

Отже, емоційні реакції в умовах воєнного стану – це нормальна відповідь на ненормальні обставини. Вони охоплюють весь спектр емоцій від руйнівних до рятівних. Розуміння їх природи є ключовим для надання ефективної психологічної допомоги, профілактики ПТСР, суїциду та соціального розпаду.

3. Когнітивні реакції – це психічні процеси, які пов'язані з мисленням, сприйняттям, увагою, пам'яттю та прийняттям рішень. В умовах воєнного стану, коли людина опиняється в тривалому

стресі, її когнітивне функціонування може суттєво змінюватися. Це має як адаптивні, так і патологічні прояви, особливо при тривалому впливі бойового чи хронічного стресу.

Основні когнітивні прояви в умовах стресового стану:

- порушення концентрації уваги, зниження уваги – проявляється у неспроможності зосередитися на завданні, постійне «відволікання» на тривожні думки чи зовнішні подразники, зниженні здатності утримувати увагу на чомусь більше кількох хвилин; звуження поля уваги; підвищене відволікання та ін.;

- проблеми із пам'яттю – проявляється у забуванні простих речей (імен, дат, подій); проблеми згадати, що було зроблено навіть недавно; значне зниження короткочасної та оперативної пам'яті та ін.;

- проблеми із прийняттям рішень – проявляється у відчутті «паралічу вибору», неспроможністю прогнозувати варіанти або прийняти навіть просте рішення; імпульсивність або, навпаки, нерішучість; знижена здатність до вирішення проблем; спантеличеність та ін.;

- деформація мислення – проявляється у гіперболізації або катастрофізації очікування найгіршого; підвищена підозрілість, гіперпильність; нав'язливі думки; відчуття небезпеки та настороженість та ін.;

- нав'язливі думки – проявляється у постійному поверненні до травматичних подій; неможливості «вимкнути» негативні спогади чи уявлення; переживання «мов на повторі»; флешбеки та ін.

- дереалізація та деперсоналізація – проявляється у відчутті, що світ нереальний або «наче у сні»; відстороненості від власного тіла чи думок; втраті відчуття часу, простору, реальності та ін.

- зміни у мовленні та мисленні – проявляються в уповільненні або сплутаності мовлення; повторення однакових думок або слів; обмеженні словникового запасу, труднощі з формулюванням думок; гучному пришвидженні мовлення або навпаки бормотінні чи нездатності говорити; заїканні або нервовому покашлюванню та ін.;

- порушення сприймання – проявляються у перебільшеному чи надмірно яскравому зорі, слуху або навпаки погіршення чи втрата зору, слуху або відчуттів та ін.

Проте, слід зауважити, що у результаті стресового фактору когнітивні здібності можуть не тільки порушуватись, а навпаки, за

рахунок мобілізаційних систем організму підвищуватись. Так, наприклад, науковці Республіки Китай X. Guo, Y. Wang, Y. Kan, J. Zhang, L. Ball, H. Duan провели цікаве дослідження, в якому визначали зміну когнітивних здібностей та творчості у результаті стресової ситуації. Науковці випадковим чином розподілені шістдесят здорових дорослих для проходження тестів когнітивної гнучкості та креативності в умовах стресу або контролю, при цьому рівень кортизолу в слині оцінювався за допомогою імуносорбентного аналізу, пов'язаного з ферментами. Під час експерименту відстежували зміни в частоті серцевих скорочень учасників, тривожному стані, негативному афекті та позитивному афекті, щоб відобразити наслідки стресу. Результати продемонстрували, що гострий стрес негативно впливає на творчу продуктивність і опосередковано впливає на індивідуальну креативність через опосередковану роль рівня кортизолу та когнітивної гнучкості. Дане дослідження дає теоретичну основу для посилення творчих здібностей в стресових ситуаціях²⁰.

Таким чином, і травма мирного часу, і бойова травма в гострому періоді викликають порушення роботи центральної нервової системи, які виявляються у вигляді когнітивних дисфункцій, і ці порушення можуть тривати принаймні 3 місяці. Водночас з когнітивними дисфункціями травма викликає і реакцію на стрес, який є наслідком обставин отримання травми. Відтак, бойова травма викликає більш виражену реакцію та обставини, в яких вона була отримана, ніж травма мирного часу.²¹

Отже, когнітивні реакції в умовах воєнного стану є природними проявами психіки, яка намагається вижити в умовах постійної загрози. Їх не слід ігнорувати чи соромитися. Вчасна

²⁰Guo X., Wang Y., Kan Y., Zhang J., Ball L., Duan H/ How does stress shape creativity? The mediating effect of stress hormones and cognitive flexibility. *Thinking Skills and Creativity*. 2024. № 52. P. 134-164. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2024.101521>.

²¹Кріштафор А.А. Посткритичні когнітивні розлади при бойовій травмі та вплив на них реакції на стрес під час бойових дій. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2018. Том 3, № 2 (11). С. 89-82. <https://doi.org/10.26693/jmbs03.02.089>

підтримка, відновлення та психотерапія здатні повернути ясність мислення й контроль над собою.

4. Поведінкові реакції.

Умови воєнного стану створюють постійний або періодичний сильний стрес, що пов'язаний із загрозою життю, втратами, невизначеністю та нестачею ресурсів. У таких умовах поведінкові реакції на стрес можуть бути як природною захисною реакцією, так і проявом психологічного виснаження.

Ось як поведінкові реакції можуть проявлятися в умовах воєнного стану:

- дратівливість, гнів та агресія (проявлення злості на рідних, волонтерів, незнайомих; зростання конфліктності в укриттях або тимчасовому житлі);

- втеча в залежності (пошук алкоголю, заспокійливих, інших речовин; надмірне занурення в соціальні мережі або неперевірені та офіційно не підтверджені новини; переїдання або відмова від їжі);

- психоемоційне виснаження (хронічна фізична втома, порушення сну, погана працездатність);

- уникнення реальності (нехтуваннями правил під час повітряних тривоги; самоізоляція; уникання людей, об'єктів чи певних ситуацій; відмова евакуюватися або шукати безпечне місце; втрата сенсу дій, байдужість до подій).

Отже, поведінкові реакції на стрес характеризуються зовнішнім проявом на стресовий фактор.

Наслідки воєнного стану на ментальне здоров'я українців це глибокі й часто довготривалі зміни у психоемоційному стані наших громадян, які виникають через пережите насильство, втрати, руйнування, невизначеність та постійне відчуття небезпеки. Війна впливає як на цивільне населення, так і на військових, незалежно від віку, статі чи соціального статусу.

Основні наслідки війни для психічного здоров'я:

- 1.** ПТСР. Повторне переживання травматичних подій (спогади, сни, флешбеки); надмірна тривожність, дратівливість та ін. колектив авторів A. Chatterjee, M. Kovalishina, K. Rawlins та C. Zhang у науковій й статті зазначають, що ПТСР вважається одним із найпоширеніших та найвідоміших наслідків війни, як у

військовослужбовців, так і у цивільного населення. Близько 9-25% ветеранів війни розвивають посттравматичний стресовий розлад у перші два роки після травматичного досвіду. Причини посттравматичного стресового розладу різняться від безпосереднього свідка смерті до чутки про травматичний досвід від тісного контакту. ПТСР впливає на повсякденне життя тих, хто постраждав від нього²².

2. Депресія, яка проявляється у почутті безнадії, апатія та втрати інтересу до життя, до майбутнього; зниженні активності, втомі, порушенні сну; суїцидальних думках (у важких випадках).

3. Хронічна тривожність та панічні розлади, які проявляються у постійному очікуванні небезпеки та готовності до критичних ситуацій; підвищена чутливість до звуків (тривога, вибухи); безсонні, гіпертривожність за безпеку рідних та близьких; напади паніки.

4. Порушення соціального функціонування, яке проявляється у замкнутості, ізоляція від інших, втраті здатності до праці або навчання; асоціальній поведінці або емоційному вигоранні.

5. Прояви провини вцілілого, тобто люди, які вижили під час війни, яких часто вважають живими героями за те, що вони пережили речі, які, здається, не піддаються розумінню, часто самі не виражають почуттів як герої. Навіть коли активний конфлікт припиняється, потерпілі повідомляють, що відчувають почуття провини за обірвані життя. Наслідки війни ніколи не можна посправжньому охопити лише статистичними даними, оскільки вони не відображають справжніх страждань жертв або тих, хто вижив. Суспільство повинно визнати глибоко вкорінені наслідки війни для тих, хто вижив, посилюючи потребу у фізичній, емоційній,

²² Chatterjee A., Kovalishina M., Rawlins K., Zhang C. Chronicles of conflict: a psychological overview of the impacts of war. *Ox-Journal*. 2024. P. 345-362. № 2. https://www.oxjournal.org/chronicles-of-conflict-a-psychological-overview-of-the-impacts-of-war/?utm_source=chatgpt.com

фінансовій та соціальній підтримці з метою допомоги у зціленні та відновленні²³.

6. Травма між поколіннями, також відома як міжпоколінна або трансгенераційна травма, – це циклічний ефект травматичного досвіду, який передається зазвичай від батьків до дітей, впливаючи на життя тих, хто сам не зазнав безпосереднього впливу травматичного досвіду. Для всебічного розуміння наслідків травми між поколіннями необхідні додаткові дослідження, однак численні дослідження показують, що реакції батьків на травму можуть негативно впливати на дітей у майбутньому²⁴.

7. Криза віри – для багатьох груп, які переживають насильство і конфлікти, релігія стає основним механізмом подолання труднощів; вона дає розраду і почуття надії тим, хто пережив звірства війни, і допомагає їм знайти сенс у своєму досвіді. Війна має глибокий вплив на окремих людей і спільноти до, під час і після конфлікту. Це формує їхню ідентичність, їхні стосунки та загальне благополуччя. Втручання, які визнають важливість релігії та духовності в житті тих, хто пережив війну, можуть бути корисними для їхнього психічного здоров'я та загальної стійкості). Зіткнувшись із таким конфліктом, часто надходять розділені повідомлення про відчуття більшого зв'язку або відірваності від релігії²⁵.

8. Вплив на нове покоління: якість освіти (із-за повітряних тривог, недосипання), особистісний розвиток, мотивація

²³ Chatterjee A., Kovalishina M., Rawlins K., Zhang C. Chronicles of conflict: a psychological overview of the impacts of war. *Ox-Journal*. 2024. P. 345-362. № 2. https://www.oxjournal.org/chronicles-of-conflict-a-psychological-overview-of-the-impacts-of-war/?utm_source=chatgpt.com

²⁴ Chatterjee A., Kovalishina M., Rawlins K., Zhang C. Chronicles of conflict: a psychological overview of the impacts of war. *Ox-Journal*. 2024. P. 345-362. № 2. https://www.oxjournal.org/chronicles-of-conflict-a-psychological-overview-of-the-impacts-of-war/?utm_source=chatgpt.com

²⁵ Chatterjee A., Kovalishina M., Rawlins K., Zhang C. Chronicles of conflict: a psychological overview of the impacts of war. *Ox-Journal*. 2024. P. 345-362. № 2. https://www.oxjournal.org/chronicles-of-conflict-a-psychological-overview-of-the-impacts-of-war/?utm_source=chatgpt.com

9. Високий рівень суїцидів, насильства в родинях

10. Проблеми адаптації ветеранів та переселенців.

Війна в Україні спричинила кризу психічного здоров'я, яка охоплює всі вікові та соціальні групи населення. Найбільш поширеними наслідками є ПТСР, депресія, хронічна тривожність, порушення сну, а також емоційне та когнітивне виснаження. Особливо вразливими є діти, підлітки, ветерани, внутрішньо переміщені особи та медичні працівники. Війна залишає тривалий психічний слід, який може відчуватися роками навіть після завершення бойових дій.

Проте, поряд із означеними проблемами, в Україні спостерігається потужна хвиля солідарності та волонтерської підтримки, що на високому компенсує недоступність системної психосоціальної допомоги. Військовий стан зміг мобілізувати українців та об'єднати для єдиної мети – нашої перемоги.

Психологічна підтримка та забезпечення високого рівня ментального здоров'я українців повинна бути на державному, регіональному та громадському рівні: розвиток програм реабілітації для військових, дітей, родин; забезпечити доступність послуг у прифронтових громадах, для переміщених осіб та груп високого ризику; доступ до якісної психотерапії (безкоштовної або пільгової); освітні кампанії про важливість психічного здоров'я; спільноти підтримки, арттерапія, нейрографіка, волонтерство та ін.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

1. Що таке саморегуляція негативних психічних станів?
2. Самоконтроль стану і поведінки.
3. Психогігієна і збереження здоров'я в умовах воєнного часу.
4. Вплив саморегуляції та самоконтролю на ментальне здоров'я.
5. Основи психологічної підготовки в період війни.
6. Психогігієнічні основи профілактики групових дисгармоній.
7. Загальні принципи психологічної реабілітації постраждалих у надзвичайних та екстремальних ситуаціях.
8. Професійне здоров'я як показник якості професійного життя.

9. Психологічні стани людини в екстремальних ситуаціях.
10. Заходи першої психологічної допомоги при гострій травмі.
11. Методи виховання особистої психологічної стійкості для фахівців професій, які належать до екстремальних .
12. Екстрена психологічна допомога в екстремальних ситуаціях.
13. Надайте визначення емоціям.
14. Що означає дефініція «стрес»?
15. Які стадії стресу ви знаєте?
16. Назвіть методи самопомоги під час стресової ситуації.
17. Які вправи слід використовувати для підготовки до адекватного реагування на стресову ситуацію?
18. Які методи релаксації ви знаєте?
19. Надайте визначення страху.
20. Що є причинами страху?
21. Які методи самопомоги для подолання відчуття страху ви знаєте?
22. Які види страху ви знаєте?
23. Чим відрізняється страх від фобій?
24. Охарактеризуйте фізіологічні реакції на стрес.
25. З яких двох частин складається автономна нервова система?
26. Охарактеризуйте три режими роботи автономної нервової системи.
27. Охарактеризуйте реакцію на стрес «біжи».
28. Охарактеризуйте реакцію на стрес «бий».
29. Охарактеризуйте реакцію на стрес «замри».
30. Охарактеризуйте реакцію на стрес «допомога ближньому».
31. Охарактеризуйте реакцію на стрес «експертний стрес».
32. Що таке гострий стрес?
33. Що таке гострий стресовий розлад?
34. Що таке ПТСР?
35. Що таке відстрочений ПТСР?
36. Як за терміном виникнення та часом протіканням відрізняються між собою гострий стрес, гострий стресовий розлад, ПТСР та відстрочений ПТСР?
37. Охарактеризуйте фізичні реакції на стрес.
38. Охарактеризуйте емоційні реакції на стрес.
39. Охарактеризуйте когнітивні реакції на стрес.

40. Охарактеризуйте поведінкові реакції на стрес.

41. Визначте основні наслідки війни для психічного здоров'я:

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ

Завдання 1.

Вас викликали на автомобільну трощу. По приїзду ви бачите, карету швидкої допомоги в якій оказують першу медичну допомогу чоловіку років 45. Підійшовши ближче для оформлення ДТП ви побачили за розбитою автівкою жінку, яка сиділа на землі, розхитувалася із сторони в сторону і бурмотіла «він помер, він помер». Ви її спробували окликнути, але жодним чином жінка не зреагувала.

Ваші дії?

Завдання 2.

Ви йдете після роботи по парку. Починається гроза. Ви бачите, що справа від вас падає на землю чоловік у військовій формі. Він починається кататися по землі, схопивши себе за голову і монотонно кричить «АААААА, ми всі помremo. Приліт, приліт.

Ваші дії?

Завдання 3.

Ви їдете в патрульній машині. На червоному світлі до вас в машину починає рватися молода дівчина. Вона сильно перелякана. Ви зупиняєте автомобіль, виходите, дівчина починає бігати навколо вашого автомобіля, кричати, розмахувати руками. Що з нею сталося ви зрозуміти не можете, бо мова її дуже швидка і не зрозуміла.

Що будете робити в першу чергу?

Завдання 4.

Вас викликають на виклик. Згідно отриманої інформації, молодий хлопець, військовий, зателефонував на гарячу лінію допомоги і сказав, що він в оточенні під Бахмутом. Навколо чує російську мову, розуміє, що його оточити, живим не дасться і буде вбивати всіх, хто підійде. В процесі телефонної розмови стало зрозуміло, що хлопець приїхав на ВЛК в Харків, зараз знаходиться посеред парку і намагається викопати ножем окоп. Хлопець плаче, боїться, чекає евакуаційну бригаду, яка його врятує.

Ваші дії?

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Baziliansky S., Sowan W. Exposure to warfare and demoralization: acute stress symptoms and disengaged coping as mediators. *European Journal of Psychotraumatology*. 2025. № 16. P. 1123-1131. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2449308>.
2. Carden E., Carlson E. Acute Stress Disorder Revisited. *Annual review of clinical psychology*. 2011. № 7. P. 234-246. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104502>.
3. Chatterjee A., Kovalishina M., Rawlins K., Zhang C. Chronicles of conflict: a psychological overview of the impacts of war. *Ox-Journal*. 2024. P. 345-362. № 2. https://www.oxjournal.org/chronicles-of-conflict-a-psychological-overview-of-the-impacts-of-war/?utm_source=chatgpt.com
4. Garfin D., Thompson R., Holman E. Acute stress and subsequent health outcomes: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2018. № 112. P. 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.017>.
5. Kozłowska K., Walker P., Carrive M. Fear and the defense cascade: clinical implications and management. *Harvard Review of Psychiatry*. 2015. № 23(4). P. 263-287 <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000065>
6. Palace M., Zamazi O., Terbeck S., Bokszczanin A, Berezovski T., Gurbisz D., Szwejka L. Mapping the factors behind ongoing war stress in Ukraine-based young civilian adults. *Health ana well-being*. 2024. № 16. <https://doi.org/10.1111/aphw.12493>.
7. Porges S.W. Disorders of gut–brain interaction through the lens of polyvagal theory. *Neurogastroenterology and Motility*. 2024. № 1. <https://doi.org/10.1111/nmo.14926>.
8. Porges S.W. The vagal paradox: A polyvagal solution. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*. 2023. № 16. <https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2023.100200>.
9. Shalev A., Liberzon I., Marmar C. Post-Traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2017. № 25. P. 2459-2469. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>

10. Guo X., Wang Y., Kan Y., Zhang J., Ball L., Duan H/ How does stress shape creativity? The mediating effect of stress hormones and cognitive flexibility. *Thinking Skills and Creativity*. 2024. № 52. P. 134-164. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2024.101521>.

11. Yehuda R., Hoge C., McFarlane A., Vermetten E., Lanius R., Nievergelt C., Hobfoll S., Koenen K., Neylan T., Hyman S. Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015. № 1. P. 1123-1129. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>.

12. Yehuda R. Post-Traumatic Stress Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2002. № 2. P. 345-352. <https://doi.org/10.1056/NEJMra012941>

13. В ЕСОЗ протягом останніх двох років фіксується значне збільшення пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР URL: [https://nszu.gov.ua/novini/v-esoz-protyagom-ostannih-dvoh-rokiv-fiksuyetsya-znachne-zbi-1203](https://nszu.gov.ua/novini/v-esoz-protyagom-ostannih-dvoh-rokiv-fiksuyetsya-znachne-zbilshennya-pacientiv-zi-vstanovlenim-diaгнозом-ptsr)

14. Кількість пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР в Україні зростає. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. URL: https://moz.gov.ua/uk/kilkist-pacientiv-zi-vstanovlenim-diaгнозом-ptsr-v-ukraini-zrostaе-scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 10.09.2025).

15. Криштафор А.А. Посткритичні когнітивні розлади при бойовій травмі та вплив на них реакції на стрес під час бойових дій. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2018. Том 3, № 2 (11). С. 89-82. <https://doi.org/10.26693/jmbs03.02.089>

16. Пасько О.М. Фізіологічна складова як важливий чинник розуміння природи стресу в умовах воєнного стану. *Наукові інновації та передові технології. Серія «Психологія*. № 2 (45). 2025. С. 2110-2122. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2\(42\)](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2(42)).

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Методи психологічної допомоги особам, які постраждали від війни, включають в себе широкий спектр підходів, спрямованих на підтримку та відновлення психічного здоров'я. Важливим є поєднання різних методів, таких як когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та переробка рухів очей (EMDR), психоедукація або психоосвіта, арт-терапія, групова терапія та індивідуальне консультування. Важливу роль відіграє перша психологічна допомога, яка надається на місці подій та спрямована на стабілізацію емоційного стану та надання підтримки.

2.1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є психотерапевтичним напрямом, що зосереджується на виявленні та зміні деструктивних думок і поведінкових шаблонів, які можуть провокувати психологічні розлади та негативно впливати на загальне самопочуття й якість життя.

Історія розвитку КПТ сягає початку ХХ століття. Однією з теорій виникнення когнітивно-поведінкової терапії є дослідження поведінкових реакцій у напрямі біхевіоризму. Засновник біхевіоризму Джон Вотсон розглядав поведінку людини, як реакцію організму на зовнішні фактори у певному середовищі.

У середині ХХ століття когнітивно-поведінкова терапія почала формуватися як окремий напрям завдяки працям Аарона Бека та Альберта Елліса. Саме вони надали цьому підходу чітке теоретичне підґрунтя: Бек розробив концепцію когнітивних спотворень, згідно з якою нав'язливі та негативні думки можуть стати причиною психічних розладів, тоді як Елліс у своїй раціонально-емоційній терапії наголошував на ролі деструктивних і нерациональних переконань у виникненні та підтриманні психологічних проблем²⁶.

²⁶ Альберт Елліс. Як зберегти емоційне здоров'я за будь яких обставин : Київ : ВД «Сварог», 2023. 284с.

З 1970-х років КПТ остаточно утвердилася як самостійний психотерапевтичний підхід. У своїй праці «Когнітивна терапія емоційних порушень» Аарон Бек уперше ввів термін «когнітивна терапія» та описав її основні принципи²⁷. Сьогодні когнітивно-поведінкова терапія вважається одним із найефективніших методів психотерапії, оскільки робота з фахівцем над ідентифікацією та зміною деструктивних думок дає відчутні результати вже на початкових етапах і забезпечує стійкий довготривалий ефект.

Когнітивно-поведінкова терапія орієнтована на трансформацію автоматичних думок і глибинних переконань, що сформувалися під впливом життєвого досвіду та з часом стали стійкими, спричиняючи негативний вплив на емоційний стан людини і, як наслідок, на загальну якість її життя.

До прикладу, кожна людина має як позитивні, так і негативні переконання про себе: «Я молодець», «Я добре ладнаю з людьми», «Я здоровий» та «Я зайвий», «Я маю бути ідеальним», «Я постійно все псую». Внаслідок стресу, конфлікту, негативних емоцій чи наявності ментального розладу на кшталт депресії, негативні думки про себе можуть ставати єдиними переконаннями про себе. Це псує сприйняття реального себе та життя в цілому.

Головна мета когнітивно-поведінкової терапії полягає в тому, щоб змінити спосіб сприйняття людиною подій та її емоційні реакції на них, адже саме ці реакції часто провокують тривожність, страх, невпевненість чи підвищену вразливість. У процесі роботи з психотерапевтом пацієнт аналізує власні когнітивні спотворення – такі як перебільшення, внутрішні деструктивні діалоги, нав'язливі думки або чорно-біле мислення – і разом із фахівцем поступово формує більш реалістичні та конструктивні альтернативи цим негативним переконанням і уявленням.

Робота над зміною думок включає зміну поведінки, виконання домашніх завдань та поступову експозицію – прямий контакт з об'єктами та ситуаціями, які викликають страх та інші складні почуття. Всі зміни відбуваються послідовно та згідно з

²⁷ Бек, Аарон. Когнітивна терапія депресії: теоретична рефлексія та особисті роздуми. *Психологія і суспільство*, no. 1, July 2019, pp. 90-100.

прогресом на попередніх етапах – людина поступово йде на ризик, який має призвести до виправлення когнітивного викривлення.

Для зміни поведінки та негативних думок є різноманітні вправи та техніки когнітивно-поведінкової терапії. Окремі вправи можна виконувати й самостійно для покращення ментального стану.

Ведення щоденника – це ефективна техніка самоспостереження, яка може набувати різних форм, зокрема щоденника вдячності, записів ситуацій, що спричинили тривожність, або фіксації нав'язливих думок. Така практика допомагає людині встановити глибший контакт із собою, усвідомити власні емоційні реакції на різні події й тригери та поступово навчитися коригувати їх у майбутньому.

Вправи з декатастрофізації мають на меті поставити під сумнів перебільшені або песимістичні очікування, які супроводжують тривожні думки. Під час виконання таких завдань людина аналізує найгірші можливі сценарії та приходиться до висновку, що її страхи часто є перебільшеними або відірваними від реальності. Це сприяє психологічній готовності до можливих труднощів без надмірного емоційного напруження.

Експозиція до тригерних ситуацій чи об'єктів використовується у випадках роботи з фобіями, підвищеною тривожністю або посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Суть методу полягає у поступовому й контрольованому зіткненні людини з об'єктами чи обставинами, які викликають страх або дискомфорт. Завдяки цьому психіка вчиться сприймати тригери без надмірної тривоги, а відчуття загрози з часом знижується.

Експозиція є поступовою і сприяє зменшенню тривоги з часом.

Однак є загальні стандарти, які характеризують консультації КПТ:

- *Оцінка проблеми, планування та графік:*

Підхід КПТ є чи не єдиною психотерапевтичною методикою, яка дозволяє спрогнозувати, коли варто чекати на результат і яким він може бути. В залежності від регулярності відвідування психотерапевта, найбільший ефект від КПТ можна очікувати вже за декілька тижнів сесій, а в середньому терапія може тривати від кількох тижнів до кількох місяців.

• *Робота з переконаннями та розвиток навичок самодопомоги:*

У КПТ-підході формування позитивних думок та опори в собі розвивається з допомогою спеціальних вправ. У довгостроковій перспективі виконання вправ сприяє зниженню симптомів, наприклад, депресивного та тривожного розладів, і в перспективі – виконання певних дій спрямованих на самопідтримку допомагає розвинути здатність допомагати собі самостійно за стресових обставин.

Когнітивно-поведінкова терапія дає відчутно швидший результат у порівнянні з іншими психотерапевтичними методиками. Пропрацювання одного запиту в КПТ зазвичай триває 2-3 місяці, коли в інших методах може тривати роками.

Часто люди починають психотерапію саме для швидкого полегшення своїх хвилювань і метод КПТ стає найвдалішим варіантом, щоб прибрати негативні переконання та деструктивну поведінку і вже потім заглибитися у корені проблеми. Наприклад, людям з депресією, сильною тривожністю, панічними атаками та іншими ментальними розладами та симптомами, КПТ допомагає подолати найнеприємніші прояви негативних переконань, віднайти опору в собі та рухатися далі. Коли швидкі хвилювання полегшено, травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія може допомогти із більш глибоким пропрацюванням проблеми.

Отже, когнітивно-поведінкова терапія є підходом, який підійде кожному чи то у форматі окремих вправ, чи у її цілісному вигляді. Завдяки КПТ можна самостійно відстежувати свій прогрес та підтримувати себе конкретними вправами та навичками додатково з психотерапією або самостійно.

2.2. Метод десенсибілізація (ДПДГ)

Десенсибілізація – переробки травмуючих переживань за допомогою руху очей (коротко – ДПДГ).

Метод запропонований американським психотерапевтом Френсис Шапіро²⁸.

²⁸ Френсис Шапіро. Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей (EMDR). Том 1. Основні принципи. Київ : Видавництво «Науковий світ – Київ». 2025, 336с.

Заснована на тому, що, виявляється, у стані гострої тривоги, розгубленості і страху у людей «пливуть» очі. Очі не концентруються, іноді ніби застигли, погляд блукає, пливе... Так от: якщо відновити нормальний рух і концентрацію очей, виявляється, йде або принаймні знижується і тривога!

Допомагає при тривожних спогадах, страхи, розладах, психотравмах, фобіях, зменшує неврози.

*Техніка десенсибілізації і переробки
травмуючих переживань за
допомогою руху очей (*
Ф. Шапіро).

Інформація для ведучого:

1. *Оцінка безпеки.* На початковому етапі важливо визначити, наскільки клієнт здатний впоратися з інтенсивним занепокоєнням, яке може виникнути під час роботи з травматичними спогадами. Щоб знизити рівень напруги перед початком, у процесі та після сеансів, клієнта навчають техніці «Безпечне місце». Вона полягає в тому, щоб відтворити у свідомості ситуацію чи простір, де людина відчувала себе спокійно та захищено. Під час вправи клієнт зосереджується на образі цього місця, занурюючись у приємні емоції та тілесні відчуття, що допомагає стабілізувати його емоційний стан.

Пояснення суті ДПДГ. Наступним кроком є коротке ознайомлення клієнта з принципами десенсибілізації та переробки рухами очей (ДПДГ) і перевірка його здатності виконувати рухи очима. Психолог використовує навіювальні техніки для посилення образів комфорту й внутрішнього спокою. Ефект поглиблюється, коли клієнт у стані емоційного занурення виконує 4–6 серій рухів очима. Додатково можна запропонувати людині підібрати ключові слова, які асоціюються з безпечним місцем (наприклад: ліс, озеро, спокій, запах трави) та повторювати їх подумки, поєднуючи із зоровими, слуховими й тілесними відчуттями.

2. *Визначення предмета впливу.* На цьому етапі психолог разом із клієнтом окреслює конкретну мету терапії – це можуть бути травматичні події, пов'язані з бойовими діями,

нав'язливі думки, болісні спогади, кошмари чи інші фактори, що активізують негативні переживання минулого.

Після того як визначено конкретний травматичний спогад, з яким планується робота, людині пропонують обрати образ, що найточніше відображає найболючіший або найнеприємніший аспект цієї події. Далі терапевт допомагає виявити негативні переконання, пов'язані з пережитим досвідом, які знижують самооцінку та підтримують емоційний біль. Клієнта заохочують озвучити власні деструктивні уявлення про себе, що виникають під час згадування травматичної ситуації, наприклад: *«Я не заслуговую поваги», «Я не можу довіряти собі», «Я зробив щось погане», «Я нікчемний»* тощо.

3. Наступним етапом є формування *позитивного самоуявлення* – альтернативного, більш реалістичного й підтримувального переконання, яке клієнт прагне прийняти замість попереднього негативного. Це може бути, наприклад: *«Я заслуговую на повагу», «Я можу довіряти собі», «Я зробив усе можливе»* або *«Я здатний впоратися з цією ситуацією»*. Така трансформація мислення сприяє поступовому відновленню внутрішньої рівноваги та підвищенню відчуття власної цінності.

Позитивне самоуявлення, сформоване на попередніх етапах, використовується під час п'ятої стадії – інсталяції, коли воно поступово замінює негативні переконання, пов'язані з травматичною подією. Цей процес сприяє когнітивному реструктуруванню – переосмисленню людиною свого досвіду та формуванню більш збалансованого, здорового ставлення до пережитого.

Після того як клієнт описав емоції, пов'язані з травмою, психотерапевт пропонує оцінити рівень суб'єктивного занепокоєння за Шкалою суб'єктивного занепокоєння (ШСЗ), де показник 0 відповідає стану повного спокою, а 10 – максимально інтенсивному емоційному напруженню. Також фахівець звертає увагу на локалізацію та інтенсивність тілесних відчуттів, що супроводжують спогади. Подальші зміни у цих відчуттях слугують важливими маркерами переробки травматичного матеріалу.

4. *Десенсибілізація*. На цьому етапі клієнта просять зосередитися на образі травматичної події або її найбільш болісному фрагменті. Психолог супроводжує процес, виконуючи

рухи пальцями, за якими клієнт стежить очима, утримуючи у свідомості негативне самоуявлення (наприклад: «Я погана людина») та відзначаючи тілесні відчуття, що виникають. Якщо людині важко уявити подію, дозволяється просто думати про неї, продовжуючи серії рухів очей.

Після кожного циклу терапевт пропонує зробити паузу для відпочинку, глибоко вдихнути й видихнути, а потім запитує: «Що ви зараз відчуваєте?», «Які думки або образи з'являються?», «Що відчуває ваше тіло?». Таке усвідомлення допомагає фіксувати зміни у внутрішніх образах, емоціях і фізичних реакціях, що є ознакою ефективної переробки травматичного досвіду.

Під час роботи іноді може спостерігатися тимчасове посилення емоцій або реакція відреагування, коли переживання виходять на поверхню з підвищеною інтенсивністю. У таких випадках кількість рухів очей збільшується до 36 циклів і більше, щоб завершити процес у межах одного сеансу. Зазвичай це відбувається швидко, адже у форматі ДПДГ відреагування проходить у 4–5 разів інтенсивніше, ніж під час трансових технік. Після завершення цієї фази терапія триває у звичайному режимі, поступово повертаючи клієнта до стану емоційної стабільності.

5. *Інсталяція.* Мета цього етапу полягає у поступовій інтеграції позитивного самоуявлення з травматичним спогадом, що допомагає підвищити самооцінку та сформувати більш конструктивне й адаптивне ставлення до себе. Після завершення десенсибілізації клієнта просять повторно оцінити актуальність свого позитивного самоуявлення: «Чи залишаються доречними слова (повторити позитивне самоуявлення), чи зараз більш відповідним є інше позитивне висловлювання?».

Далі людину запрошують зосередитися на первісній травмуючій події та одночасно утримувати в свідомості позитивне самоуявлення, повторюючи обране висловлювання. Після цього клієнт оцінює його достовірність за шкалою від 1 до 7, де 1 означає повну недостовірність, а 7 – повну відповідність дійсності. У разі появи додаткових спогадів під час сеансу роботу з ними відкладають на наступну сесію, а процедуру ДПДГ продовжують до завершення, минаючи етап сканування тіла. Такий підхід забезпечує поступову інтеграцію позитивного самоуявлення без надмірного емоційного навантаження та дозволяє фокусуватися на основних

травматичних образах, що обробляються під час конкретного сеансу.

6. *Сканування тіла.* Цей етап присвячений усуненню залишкової напруги та дискомфортичних відчуттів, які можуть залишитися в тілі після роботи з травматичним спогадом. Коли позитивне самоуявлення досягає 7 балів за Шкалою суб'єктивної правдивості (ШСП) або 6 балів, якщо це більш екологічно для конкретного клієнта, починають процедуру сканування. Клієнт закриває очі, утримує в свідомості травматичний спогад та позитивне самоуявлення, і подумки «проглядає» різні частини свого тіла, рухаючись від голови до ніг.

Під час цього процесу військовослужбовець озвучує будь-які зони напруження, скутості чи дискомфорту. Якщо неприємних відчуттів немає, проводиться серія рухів очей для закріплення позитивного ефекту; якщо виникають приємні відчуття, виконують додаткові серії для посилення позитивних переживань. У випадку появи напруги або дискомфорту їх опрацьовують за допомогою чергових серій ДПДГ до зменшення негативних тілесних відчуттів. Іноді під час сканування тіла може проявитися новий ланцюг негативних асоціацій, який потребує додаткового часу для переробки. Такий підхід забезпечує комплексну роботу з тілесними та емоційними проявами травматичного досвіду, дозволяючи поступово стабілізувати емоційний стан та закріпити результати терапії.

7. *Завершення.* Ця стадія має на меті повернути клієнта в стан емоційної рівноваги наприкінці кожного сеансу, незалежно від того, чи повністю завершена переробка травматичного матеріалу. Якщо обробка дизфункціональних спогадів залишилася неповною, існує висока ймовірність того, що процес продовжиться після закінчення сеансу. Важливо попередити клієнта про можливість виникнення тривоги або інших емоційних реакцій у період після сеансу, щоб забезпечити психологічну безпеку та підготовку до подальшої роботи.

8. *Переоцінка.* Цей етап проводиться на початку кожного нового сеансу ДПДГ. Психотерапевт знову повертає клієнта до цілей та спогадів, які були оброблені під час попередніх сеансів, і оцінює його реакцію для визначення стійкості ефекту терапії. Новий травматичний або дизфункціональний матеріал піддають

опрацюванню тільки після того, як попередньо оброблені психічні травми повністю інтегровані. Такий підхід дозволяє поступово закріплювати результати попередньої роботи та забезпечує стабільність терапевтичного ефекту, запобігаючи перевантаженню клієнта емоційно та фізично.

Якщо клієнт заявляє про конкретному страху, слід запропонувати йому цей страх згадати, зануритися в нього і розповісти, де і що він відчуває (тілесні відчуття).

Психотерапевт починає виконувати широкі рухи прямою рукою, спрямованою у бік клієнта, при цьому два пальці руки орієнтовані на клієнта, а відстань до нього становить приблизно 30 см. Клієнт уважно слідкує за рухом пальців і, спостерігаючи їхній політ, починає переміщати очі від одного краю свого візуального поля до іншого, здійснюючи повні двосторонні рухи очей.

Руки очей виконуються у різних напрямках: спочатку по горизонталі, потім – по діагоналі, вертикалі, по колу та у подальших комбінаціях, при цьому психотерапевт постійно цікавиться самопочуттям клієнта. Початково рухи проводяться повільно, поступово прискорюючись, доки не досягають енергійного, бадьорого темпу. Така динаміка дозволяє енергії психотерапевта передаватися клієнту, підтримуючи його активність. Важливим обмеженням є те, що клієнт не повинен відставати від темпу і не має відчувати дискомфорт під час вправи.

Якщо людина, незважаючи на власні переживання чи хвилювання, зрозуміла суть цієї методики, вона здатна повторювати всі ці рухи самостійно. При цьому ефект від вправ буде таким же, а іноді навіть кращим, ніж під час безпосередньої роботи з психотерапевтом.

2.3. Психоедукація або психоосвіта

Психоедукація або психоосвіта, нині є одним із ключових компонентів психіатрично-психотерапевтичного лікування. Цей термін позначає систематичні, дидактично-психотерапевтичні втручання, спрямовані на надання пацієнтам і їхнім близьким інформації про хворобу та методи її лікування, а також на підтримку більшої самостійності та допомогу у разі захворювання.

Психоедукація охоплює ту частину терапії, яка зосереджена на активному поширенні знань і обміні досвідом серед пацієнтів²⁹.

Спочатку психоедукація була створена у 1950-х роках у США для надання підтримки пацієнтам із шизофренією та їхнім родинам. У той період дослідники помітили позитивний вплив нейрорептиків на стан людей із шизофренічними розладами. Водночас часто траплялося, що пацієнти не дотримувалися регулярного прийому призначених препаратів через недостатнє усвідомлення власної хвороби та неповне роз'яснення необхідності медикаментозного лікування. Дослідження показали, що значна частина хворих не знала свого діагнозу або не розуміла його в повній мірі.

Саме тому у 1970–1980-х роках у США було впроваджено спеціально спрямовану психоосвіту для людей із шизофренією та їхніх родин. Вона передбачала пояснення симптоматики, можливих побічних ефектів лікарських препаратів, варіантів лікування та прогнозів розвитку хвороби. Нині психоосвітні заходи застосовуються у лікуванні численних психіатричних розладів, серед яких афективні розлади, розлади особистості, порушення харчової поведінки, обсесивно-компульсивний розлад, психози та інші захворювання.

Однак страждають не лише самі пацієнти – психічні захворювання зачіпають також їхніх родичів, партнерів та близьких друзів. Часто вони відчують тривогу та побоювання через стан близької людини. Саме тому психоедукація має велике значення й для сімей, адже вони відіграють ключову роль у підтримці пацієнта. Цей принцип «трилогічної співпраці», тобто взаємодії хворого, його родини та лікаря, формує основу для швидкого одужання або стабілізації стану пацієнта.

Психоедукація надає оточенню пацієнта не лише важливу інформацію про захворювання, методи лікування та ефективні способи підтримки, а й емоційне полегшення. Гнів, страх чи

²⁹ Гончарук О.В. Психоосвіта як складник психологічної підтримки осіб із психічними розладами під час війни // Віртуальний освітній простір: психологічні проблеми : матеріали X Міжнар.Інтернет-конференції, (м. Київ,05.10.2022 р.). Київ,2022. С.14-15. (<https://www.newlearning.org.ua>)

відсторонення, які переживають родичі, є природними механізмами захисту і не повинні викликати сорому чи тривоги. Висловлення внутрішньої кривди та почуття безсилля є критично важливими для зменшення напруженості у сімейному середовищі. Це змінює ставлення рідних і покращує їхні взаємини з хворою людиною.

Особливо важливим є навчання родичів правильній поведінці у кризових ситуаціях, коли вони дізнаються, що близька людина могла намагатися покінчити життя самогубством, страждає на манію переслідування або чує голоси. Школи та інші заклади зазвичай не готують людей до таких випадків, тому інструктаж родичів стає ключовим заходом для запобігання суїцидам та рецидивам психічних розладів.

У центрі уваги як індивідуальної, так і групової або родинної психоедукації знаходиться обмін досвідом між пацієнтами та терапевтом. Це передбачає доступне й зрозуміле пояснення природи хвороби, її причин і передумов, факторів ризику, епідеміології, перебігу та наслідків. Детально розглядаються різні методи лікування, включно з медикаментозною терапією, психотерапією, арт-терапією, ерготерапією, світлотерапією та іншими підходами. Також обговорюються можливості самодопомоги, такі як розвиток соціальних навичок, освоєння технік релаксації, організація правильного розпорядку дня, участь у групах самодопомоги тощо, а також стратегії подолання кризових ситуацій і раннє виявлення попереджувальних сигналів. Пацієнти мають навчитися самостійно помічати ознаки наближення рецидиву та пом'якшувати їхні наслідки за допомогою відповідних вправ, навичок і технік.

Одне з ключових завдань психоедукації полягає в тому, щоб пацієнти усвідомили наявність надії на покращення. Часто люди з психічними розладами втрачають контроль над своїм станом і через це стають заручниками «обов'язкової» поведінки, наприклад: «я мушу приймати ліки», «я повинен змінити сприйняття світу», «мені треба більше рухатися», «я маю взяти себе в руки». Значну роль у цьому відіграє перенасичення інформаційного простору та хибні уявлення, які поширюють засоби масової інформації.

Психоедукація спрямована на те, щоб пацієнт перестав відчувати себе жертвою і взяв відповідальність за власну терапію, трансформуючи «я повинен» у «я хочу». Терапевт у цьому процесі

створює атмосферу так званого терапевтичного оптимізму, де його зауваження знижують тривожність і допомагають врівноважити пацієнта та його оточення. При цьому мова не йде про сприйняття світу «через рожеві окуляри». Питання ризику рецидиву або суїциду вирішуються відкрито, що забезпечує належні умови для лікування. Правильна психоедукація допомагає пацієнтам усвідомлено опрацювати інформацію про захворювання та адекватно реагувати на неї.

Існують різні форми психоедукації. На сьогодні найпоширенішою є індивідуальна психоосвітня бесіда, під час якої терапевт намагається чітко й доступно інформувати пацієнта та/або його родичів про перебіг захворювання та необхідне лікування. Особливо ефективною є психоосвіта у груповому форматі – наприклад, психоедукативні групи для людей із біполярним розладом або групи підтримки при клінічній депресії. Тут пацієнти можуть відкрито обговорювати свої проблеми без страху стигматизації чи упереджень. Обмін досвідом з іншими допомагає легше справлятися з кризовими ситуаціями та сприяє оздоровленню. Родичі також отримують користь від участі у психоосвітніх групах та можливості спілкуватися з іншими сім'ями.

Німецькі психологи Грольман та Лінден у своєму огляді «Бібліотерапія» описують терапевтичне використання літературних творів. Ще з середини XVIII століття читання інтегрувалося в стаціонарне лікування, а з 1960-х років почали активно з'являтися видання, присвячені методам самопомоги, які відносять до психоедукативних³⁰. Бібліотерапія не є універсальним засобом лікування, проте вже існують емпіричні дані про її позитивний вплив на розвиток інтелектуальних, психосоціальних, емоційних та міжособистісних навичок.

Вигадані тексти здатні виявляти симптоми психосоціальної дисфункції або дезадаптації. Бібліотерапія показала ефективність також у роботі з депресивними та біполярними розладами. Водночас не слід применшувати первинний профілактичний ефект від пропаганди здорового способу життя, що включає достатній

³⁰ Pehrsson D. E., McMillen P. Bibliotherapy: Overview and Implications for Counselors // Professional Counseling Digest. Alexandria : American Counseling

відпочинок, фізичну активність, свідоме харчування та відмову від шкідливих звичок³¹.

Психоедукативні сеанси не можуть замінити психотерапію або медикаментозне лікування. Проте вони позитивно впливають на готовність пацієнтів до співпраці з лікарем і сприяють тому, щоб родичі ефективніше справлялися з ситуацією, посилюючи власну терапевтичну роль.

На одній із перших презентацій своєї книги «По той бік сонця», де був присутній і мій батько, я зазначила, що свого часу мені та моїй родині бракувало інформації про психічне здоров'я – це могло б допомогти уникнути багатьох проблем. Англійський філософ Френсіс Бекон стверджував: «Знання – це сила» та шукав правильні методи дослідження природи. Сьогодні ця сила знань застосовується і в психіатрії.

Вступні слова німецького вченого ХХІ століття Ганса Ферстля у передмові до книги Пітчеля та Вальца «Психоедукація депресії» підкреслюють: «Добре поінформований пацієнт швидше одужує і довше зберігає здоров'я». Цей принцип лежить в основі сучасної психоедукації³².

2.4. Метод Арт-терапія

Внутрішнє «Я» кожної людини яскраво проявляється в зорових образах, коли вона малює, пише картину або ліпить скульптуру.

Арт-терапія (від англ. Art – мистецтво) є напрямом психотерапії та психологічної допомоги, що передбачає використання мистецтва і творчості.

Основна цінність і мета цього підходу полягає у розвитку здатності людини до самовираження та самопізнання, що сприяє гармонізації її психічного стану. Завдяки мистецтву можна на

³¹ Brandell J. R. Of Mice and Metaphors: the Rapeutic Storytelling with Children. 2nd ed. Thousand Oaks : Sage Publications, 2016. 176 p.

³² Фукс Ксенія. Інструкція для постраждалих. Український тиждень. №46(626).2019.

символічному рівні висловлювати та досліджувати широкий спектр почуттів і емоцій, таких як любов, ненависть, образа, гнів, страх, радість та інші.

Арт-терапія допомагає клієнту усвідомити власний внутрішній стан шляхом створення візуальних образів, метафор і символів – так званого арт-терапевтичного продукту. Водночас вона виконує як діагностичні, так і терапевтичні завдання, спрямовані на покращення психологічного стану пацієнта. Дуже популярні на сьогодні методи арт-терапії широко застосовують дитячі та сімейні психологи, психотерапевти, арт-терапевти як з дітьми, так і з дорослими.

Висока ефективність, легкість застосування, різноманіття вправ та позитивні емоції, які отримують клієнти під час занять, зробили методи арт-терапії надзвичайно популярними серед фахівців. Використання різних матеріалів – фарб, кольорових олівців, крейди, тіста, пластиліну, піску, кінетичного та кварцового кольорового піску, а також інших природних матеріалів – відкриває широкі можливості для терапевтичного процесу.

Нагадаємо, що арт-терапія дослівно означає «лікування мистецтвом». Методи цього напрямку допомагають на підсвідомому рівні виявляти, усвідомлювати та переносити проблеми з підсвідомості у свідоме поле, матеріалізуючи їх на папері, піску чи інших середовищах. Після цього за допомогою спеціаліста можна працювати з проблемою, яка отримала матеріальне втілення, застосовуючи спеціальні методики для пошуку шляхів її вирішення.

Арт-терапія одночасно сприяє розвитку особистості, підвищенню самооцінки та застосовується у корекції тривожності, агресивності, гіперактивності, гіпоактивності та інших психологічних проблем.

Терапія творчістю тісно пов'язана з психотерапією та аналітичним напрямом у психології.

Використання арт-терапевтичних методів у роботі з різними віковими групами має свої особливості. Для кожного вікового етапу існують специфічні техніки, проте є й універсальні підходи, які можна застосовувати для більшості категорій.

Основна мета арт-терапії полягає в тому, щоб допомогти клієнту усвідомлювати значення своєї творчості, виражати його

словами та розуміти зв'язок між створеним образом і власним внутрішнім світом.

Сеанси арт-терапії повинні проводитися у безпечному середовищі, наприклад у кабінеті психолога або художній студії, із використанням різноманітних образотворчих матеріалів – фарб, крейди, глини, пластиліну, тканин, природних матеріалів та інших. Спеціалісти арт-терапії виконують роль посередників між клієнтом і арт-терапевтичним продуктом. Вони володіють знаннями про можливість художньої творчості, мають професійні навички невербальної та символічної комунікації, а також здатні оцінювати зміст створених образів та поведінку клієнта. Арт-терапія може проводитися як в індивідуальній, так і в груповій формах.

Правильне виконання вправ і техніки арт-терапії сприяє:

- розвитку самоаналізу, кращому розумінню клієнтом власних мотивів, цінностей та стратегій поведінки

- гармонізації емоційного стану

- вирішенню внутрішніх конфліктів

- розвитку емоційно-вольової сфери, емоційного інтелекту, розумінню власних емоційних станів та почуттів

- розкриттю особистісного потенціалу особистості³³.

Існує велика кількість видів арт-терапії:

- Ізотерапія;

- Казкотерапія;

- Лялькотерапія;

- Музична терапія;

- Робота з пластичними матеріалами (глина, пластилін);

- Системна-сімейна арт-терапія;

- Пісочна терапія;

- Анімаційна терапія;

- Танцювальна терапія;

- Фототерапія;

- Тілесно-орієнтована терапія тощо.

Методики арт терапії стануть корисними особам з:

- ПТСР;

³³ Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. Львів :ЛьвДУВС, 2020.232 с.

- залежною поведінкою;
- психічними розладами;
- затримкою психоемоційного розвитку;
- поведінковими порушеннями.

Таким чином, арт-терапія сприяє зниженню психічної напруги та стресу, допомагає подолати тривожність і страхи, агресію та імпульсивність, а також гармонізує внутрішній стан людини на різних етапах життя.

2.5. Групова психотерапія

Групова психотерапія є формою психотерапевтичної роботи, де учасники взаємодіють у присутності психотерапевта в груповому форматі.

Види групової психотерапії за метою: Залежно від типу групи, зустріч може мати конкретну тему або бути загальною, під час якої учасники обговорюють свої емоційні та поведінкові труднощі, отримують та надають підтримку, а також зворотний зв'язок. Це сприяє особистісному розвитку, подоланню складнощів і кращому розумінню власних реакцій³⁴.

- Когнітивно-поведінкові групи – спрямовані на виявлення та зміну негативних або викривлених моделей мислення, поведінки та емоційних реакцій.

- Групи для розвитку міжособистісних навичок – орієнтовані на покращення соціальних взаємодій та ефективності спілкування.

- Психоедукаційні групи – допомагають учасникам засвоїти особливості певних психічних розладів або явищ, навчитися способам їх подолання та ефективного управління ними; саме в цих групах реалізується групова психокорекція.

- Навчальні групи – спрямовані на набуття конкретних навичок, наприклад, екологічного спілкування з людьми, які мають психічні розлади або порушення розвитку.

³⁴ Craig, S.L., Eaton, A.D., Leung, V.W.Y. *et al.* (2021). Efficacy of affirmative cognitive behavioural group therapy for sexual and gender minority adolescents and young adults in community settings in Ontario, Canada.

- Психотерапевтичні групи підтримки – стають осередком допомоги та підтримки для осіб з психічними розладами та їхніх близьких³⁵.

Зазвичай терапевтичні групи складаються з 6–12 учасників, які збираються один або два рази на тиждень. Закриті терапевтичні групи тривають до шести місяців. Відкриті групи, такі як психоедукаційні або групи підтримки для людей з психічними розладами та їхніх близьких, де учасники можуть приходити та йти за власним бажанням, зазвичай не мають фіксованих часових обмежень.

Іноді люди побоюються, що слухання проблем інших учасників під час групової психотерапії може ще більше пригнічувати їхній стан. Проте суть групової психотерапії полягає в протилежному: обговорення труднощів інших створює відчуття солідарності та підтримки, зменшує почуття самотності у власних переживаннях і допомагає зрозуміти, що вони не одні. Крім того, допомагаючи іншим учасникам групи, людина може відчуті власну значущість і цінність, що підвищує впевненість у собі та мотивує на позитивні зміни у житті.

- Підтримуюче та безпечне середовище:

Учасники групової психотерапії можуть отримати значну підтримку від інших членів групи та надихнутися їхнім прикладом. Історії інших людей і їхній досвід проживання схожих психічних розладів або життєвих труднощів демонструють, що власний досвід не є унікальним. Це допомагає усвідомити, що вони не йдуть цим шляхом самотужки і що існують люди, які здатні глибоко зрозуміти їхні переживання.

Рольові моделі:

Групові заняття з психологом, коли люди діляться своїм досвідом в групі, хтось може сприйняти їх за рольову модель і отримати надію на відновлення. Водночас, кожен у групі прогресує по-різному і в процесі індивідуального зростання учасники можуть ставати одне одному прикладом для наслідування.

- *Можливість покращити власні навички спілкування:*

³⁵ Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: Навчальний посібник. К: ВД «Професіонал», 2005. 656 с.

У рамках терапевтичної групи психотерапевт має можливість спостерігати за тим, як учасник взаємодіє з іншими, і надавати конкретні рекомендації щодо покращення цих взаємодій. Такий підхід дозволяє не лише коригувати соціальну поведінку в реальному часі, а й сприяє розвитку ефективних навичок спілкування та підвищенню впевненості у взаємодії з оточенням.

- *Доступність:*

Групова психотерапія зазвичай більш доступна, ніж індивідуальна, однак, вона також ефективна в своїх задачах.

- *Місце нових ідей:*

Терапія в групі може стати джерелом рішень щодо того, як впоратися з певною життєвою ситуацією або труднощами, викликами психічних розладів чи станів.

- *Відкритість до нового досвіду:*

Групова психотерапія об'єднує людей, які прагнуть розібратися з певною

проблемою або явищем. При цьому учасники можуть походити з різних соціальних, культурних чи життєвих середовищ, що дає унікальну можливість ознайомитися з іншою перспективою та досвідом. Усвідомлення того, що навіть дуже різні люди переживають схожі ситуації, може сприяти відчуттю спільності, зменшенню соціальної дистанції та підвищенню взаєморозуміння між учасниками.

У своїй книзі «Теорія і практика групової психотерапії» Ірвін Ялом виклав ключові принципи групової психотерапії³⁶.

Альтруїзм:

Учасники групи застосовують свої сильні сторони, щоб допомагати іншим членам, що сприяє зростанню їхньої самооцінки та впевненості в собі.

Катарсис:

Надається можливість пережити складні емоції або стани спільно з іншими учасниками групи, що допомагає справлятися з душевним болем, почуттям вини чи напругою.

³⁶ Rafieifar, M., & Macgowan, M. J. (2022). [A Meta-Analysis of Group Interventions for Trauma and Depression Among Immigrant and Refugee Children.](#)

Коригуюче переосмислення первинної сімейної групи:

Терапевтична група у певному сенсі функціонує як сім'я. У її межах кожен учасник аналізує вплив дитячого досвіду на власну особистість і поведінку, а також вчиться уникати шкідливих чи неефективних моделей поведінки у реальному житті.

Розвиток навичок соціальної взаємодії:

Група створює безпечне середовище для практики нових соціальних навичок, дозволяючи долати страхи та дискомфорт поступово.

Усвідомлення власної суб'єктності:

Слухаючи інших, учасники усвідомлюють власну відповідальність за своє життя, дії та вибір.

Відчуття згуртованості та єдності:

Групи підтримки формуються навколо спільної мети, що створює у учасників відчуття належності та прийняття. Вони можуть бути самими собою та відчувати себе «своїми серед своїх».

Взаємообмін інформацією:

Обмін фактами, ідеями та способами вирішення життєвих проблем допомагає учасникам підтримувати одне одного.

Знаходження рольових моделей:

Деякі учасники знаходять приклади для наслідування серед членів групи.

Віднайдене почуття надії:

Спостереження за тим, як інші долають труднощі та справляються з викликами, надає новим учасникам віру у власні сили.

Міжособистісне навчання:

Взаємодія в групі та робота з психотерапевтом допомагають учасникам краще розуміти себе, свої потреби та поведінку.

Універсальність досвіду учасників:

Бути частиною групи людей із схожим досвідом допомагає усвідомити, що їхні переживання не унікальні, а є частиною загальнолюдського досвіду.

Групова психотерапія зазвичай має структуровану форму, яка забезпечує ефективну взаємодію учасників. Конкретний формат сеансу залежить від етапу групової роботи, загальної мети та методики психотерапевта. Іноді учасники одночасно відвідують

групову та індивідуальну терапію, щоб опрацювати свої реакції під час групових занять.

Початок сеансу:

Ведучий відкриває групу, вітає учасників і налаштовує на безпечний простір для обговорення. Учасники коротко діляться своїми поточними відчуттями та озвучують теми, які хотіли б обговорити. Терапевт може навести підсумки попереднього сеансу і запитати про зміни чи висновки, зроблені учасниками між зустрічами.

Основна частина сеансу:

Група обирає тему для обговорення, ділиться досвідом, емоціями, надає підтримку один одному. Психотерапевт ставить запитання та спрямовує дискусію, щоб учасники могли глибше проаналізувати свої проблеми та порівняти досвід із іншими.

Завершення сеансу:

Учасники обговорюють, що вони усвідомили, відчули або навчилися під час зустрічі. Терапевт може запропонувати завдання для самостійної роботи, наприклад, ведення щоденника. Він підсумовує ключові моменти, дякує всім за активність і закриває групу.

Етапи групової психотерапії:

Формування.

Психотерапевт пояснює умови взаємодії, обговорюється конфіденційність, відвідуваність, часові рамки роботи групи та її завершення.

Турбулентність.

На цьому етапі учасники можуть відчувати внутрішню тривогу та невизначеність, виникають суперечки, адже вони перевіряють і демонструють власні моделі поведінки та переконуються в безпечності середовища. Цей період допомагає сформувати міжособистісний клімат, де учасники почуваються вільно і комфортно, навіть якщо не завжди погоджуються один з одним.

Нормалізація.

Терапевтична група набуває усталених форматів та правил взаємодії. Виникає терапевтичний альянс, зростає довіра до групи.

Робота в групі.

На цьому етапі учасники зазнають індивідуального розвитку, продуктивність і ефективність групи підвищується. Вони експериментують із новими ідеями та моделями поведінки.

Завершення.

Обговорюється підсумок роботи групи, оцінюються результати та досягнення кожного учасника, а також обговорюються почуття стосовно того, що спрацювало, а що ні.

Отже, групова психотерапія підходить практично будь-кому, за кількома винятками. Вона ефективна для подолання депресії, шизофренії, тривожних розладів, соціальної тривоги, панічних атак, обсесивно-компульсивного розладу, ПТСР та хронічного болю.

2.6. Психологічне консультування

Психологічне консультування є особливим видом діяльності практичного психолога. Психологічне консультування суттєво відрізняється від індивідуальної та групової психотерапії, психокорекції і водночас пов'язане з усіма видами діяльності практичного психолога.

Суть психологічного консультування полягає у наданні психологом безпосередньої допомоги, яка ґрунтується на його професійних і наукових знаннях. Це здійснюється через створення таких умов, за яких людина може відкрити для себе нові шляхи та усвідомити можливості розв'язання власних психологічних проблем.

Основна ідея психологічного консультування полягає в тому, що майже будь-яка психічно здорова особа здатна впоратися з більшістю труднощів, які виникають у її житті. Проте з різних причин клієнт не завжди усвідомлює справжню природу проблеми та способи її вирішення, і саме в цьому він потребує професійної підтримки.

За допомогою спеціально організованого процесу взаємодії та спілкування психолог може сприяти актуалізації додаткових внутрішніх психологічних ресурсів та здібностей клієнта. Це, у свою чергу, допомагає йому знаходити нові шляхи виходу з важких або складних життєвих ситуацій, ефективно розв'язувати проблеми та покращувати своє психологічне самопочуття.

Виділяють кілька складових психологічного консультування, які разом забезпечують комплексний підхід до підтримки та розвитку внутрішніх ресурсів клієнта³⁷.

- наявність готовності прийняти допомогу клієнта, що переживає якийсь психологічний дискомфорт, який визначається ним як проблема, що вимагає свого рішення;

- наявність бажання надати допомогу консультанта, який знає, як своїми цілеспрямованими діями сприяти усвідомленню клієнтом суті проблеми і способів її дозволу, як актуалізувати наявні у клієнта ресурси;

- наявність конфіденційності і сприяння встановленню і підтримці конструктивної взаємодії обстановки між клієнтом і консультантом;

- наявність ситуації взаємодії між клієнтом і консультантом.

Психологічне консультування відрізняється від інших видів діяльності практичного психолога рядом особливостей.

Психологічне консультування, як правило, має короткочасний і епізодичний характер, здійснюється через особисті контакти між психологом і клієнтом, тоді як різні методики психотерапії передбачають тривалу роботу з клієнтом протягом більш тривалого періоду.

Головна мета психологічного консультування полягає у тому, щоб допомогти клієнтові досліджувати власну особистість, усвідомлювати свої взаємини з оточуючим середовищем, оцінювати власні проблеми та знаходити альтернативні шляхи їх подолання.

Ця мета реалізовується через розв'язування таких основних завдань:

- 1.** Конкретизація проблеми клієнта. Це завдання передбачає уважне вислуховування клієнта та спостереження за ним. Використовуючи спеціальні прийоми слухання, консультант визначає суть проблеми, з якою зіткнувся клієнт.

- 2.** Інформування клієнта про проблему. Консультант не лише аргументовано пояснює, у чому полягає проблема, але й

³⁷ Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: Навчальний посібник. К: ВД «Професіонал», 2005. 656 с.

роз'яснює її причини, реальний ступінь серйозності та можливі практичні шляхи її вирішення.

3. Вивчення особистості клієнта. Психолог-консультант оцінює, наскільки глибоко клієнт усвідомлює свої проблеми та наскільки готовий до їхнього розв'язання.

4. Формулювання порад та рекомендацій. Консультант пропонує клієнту конкретні кроки для вирішення проблеми, враховуючи індивідуальні особливості та особливості сприйняття клієнтом. Рекомендації мають бути простими, зрозумілими, короткими та застосовними у реальному житті з можливістю контролю з боку клієнта.

5. Підтримка під час реалізації рекомендацій. Не завжди клієнт одразу може успішно виконати поради психолога. Через недостатній досвід чи невміння можуть виникати помилки, і тому консультант надає додаткові практичні поради під час процесу розв'язання проблеми.

6. Відповідальність психолога. Якщо клієнт з тих чи інших причин відмовляється виконувати рекомендації, психолог не несе відповідальності за практичний результат, а лише за правильність наданих порад.

7. Навчання запобіганню проблем у майбутньому. Консультування включає розвиток навичок самостійного попередження повторного виникнення подібних труднощів, що є одним із завдань психопрофілактики.

8. Психолого-просвітницьке інформування. Психолог надає клієнту базові життєво необхідні знання та навички, якими клієнт може користуватися без спеціальної психологічної підготовки, забезпечуючи правильне застосування цих знань у повсякденному житті.

Критерієм ефективності психологічного консультування є поява в іншій людині (клієнта) нових переживань з приводу своєї проблеми.

Для забезпечення результативності та ефективності психологічного консультування необхідно дотримуватися таких принципів:

- принцип доброзичливого й безоцінного ставлення до клієнта – передбачає вияв емоційної теплоти та поваги, вміння

прийняти клієнта таким, яким він є, без оцінювання чи засудження його норм і цінностей, стилю життя та поведінки.

- принцип забезпечення конфіденційності – психолог зберігає у таємниці все, що стосується клієнта, його особистих проблем і життєвих обставин, за винятком випадків, передбачених законом, про що клієнт попереджається заздалегідь.

- принцип добровільності – клієнт самостійно звертається до психолога, оскільки відчуває труднощі у своєму житті та мотивований до отримання психологічної допомоги.

- принцип професійної мотивованості консультанта – психолог захищає інтереси клієнта, а не інших осіб чи організацій, не займає сторону жодного учасника конфлікту та уникає упередженого ставлення.

- принцип відмови психолога від порад чи рецептів – завдання психолога полягає у посиленні відповідальності клієнта за своє життя та стимулюванні його до активності у аналізі проблем і пошуку виходу з кризи.

- принцип розмежування особистих і професійних відносин – психолог не може вступати з клієнтом у будь-які особисті стосунки, встановлювати дружні контакти або надавати допомогу друзям чи родичам клієнта.

Оскільки психологічного консультування потребують різні люди і звертаються за допомогою з різних проблем, то психологічне консультування можна поділити на види залежно від індивідуальних особливостей клієнтів і тих проблем, з приводу яких вони звертаються за психологічною допомогою.

Виділяють такі види психологічного консультування:

- інтимно-особистісне консультування;
- сімейне консультування;
- психолого-педагогічне,
- психолого-управлінське консультування;
- ділове консультування.

Інтимно-особистісне консультування проводиться з метою опрацювання проблем психологічного або поведінкового характеру, від яких клієнт прагне позбутися, а також труднощів у особистісних взаєминах із значимими для нього людьми. Воно охоплює роботу з різними страхами, невдачами, глибоким невдоволенням собою та проблемами, що стосуються інтимних відносин.

Сімейне консультування застосовується у різних ситуаціях, зокрема під час вибору партнера для шлюбу, для попередження та розв'язання конфліктів у сімейних взаєминах, а також у стосунках членів сім'ї з родичами. Воно спрямоване на опрацювання поточних внутрішньосімейних проблем, таких як розподіл обов'язків або фінансові питання, і може проводитися як до, так і після розлучення.

Психолого-педагогічне консультування передбачає взаємне обговорення консультантом і клієнтом питань, що стосуються навчання та виховання дітей, підвищення педагогічної кваліфікації дорослих, вдосконалення педагогічного керівництва та ефективного управління дитячими й дорослими групами.

За тривалістю співпраці психолога і клієнта розрізняють:

Разова консультація. Тривалість такої консультації становить 45–60 хвилин. Вона проводиться у випадках, коли клієнт звертається до психолога щодо проблеми, що потребує насамперед допомоги інших фахівців; коли психолог надає інформацію в межах своєї компетенції; коли клієнт шукає підтримку у прийнятті рішення щодо певної життєвої ситуації; або коли повторний візит клієнта неможливий.

Короткотермінове консультування. Здійснюється протягом 3–4 зустрічей і найчастіше застосовується для консультацій просвітницько-рекомендаційного характеру або з метою проведення діагностики.

Середньотермінове консультування. Передбачає 10–15 зустрічей і включає значну психокорекційну роботу з клієнтом.

Тривале консультування. Психолог працює з клієнтом протягом року, забезпечуючи системну підтримку та супровід.

Таким чином, основною метою психологічного консультування є підтримка особистості, допомога у вирішенні проблем, підвищення психологічної обізнаності щодо певних тем, а також стимулювання рефлексії над собою для кращого усвідомлення власної поведінки та розвитку більш адаптивних способів реагування.

2.7. Кризова психологічна допомога

Кризова психологічна допомога - це від психологічної допомоги який допомагає у сприянні постраждалим знайти ресурси для мобілізації, зібратися, відновити душевну рівновагу, зменшити рівень стресу, взятися до планування майбутнього тощо.

Форми психодопомоги під час криз бувають:

1. Перша психологічна допомога;
2. Перша допсихологічна допомога;
3. Кризова інтервенція;
4. Кризове консультування;
5. Кризова психотерапія;
6. Психологічна післякризова реабілітація;

В останні роки у сфері анти-кризової психологічної допомоги дедалі частіше використовується поняття «кризова інтервенція», яке позначає оперативне надання допомоги людям, що опинилися в кризових станах через різні життєві обставини чи обмеження³⁸.

Кризова інтервенція може знадобитися в різних життєвих обставинах – від періодів особистісних змін до несподіваних трагедій або втрати близьких людей.

Як і анти-кризова психологічна допомога, вона ґрунтується на принципах короткостроковості, реалістичності, особистісного залучення фахівця та фокусі на симптомах.

Основна мета кризової інтервенції полягає в тому, щоб надати дієву підтримку особистості в кризовому стані, відновити її адаптивні функції та, зокрема, пом'якшити шоковий ефект негативних емоцій.

Практичний досвід показує, що антикризовий ефект цієї допомоги може бути значним, оскільки люди в стані кризи особливо сприйнятливі до зовнішнього психологічного впливу.

³⁸ Романенко О. В. Роль кризової інтервенції в системі психологічної допомоги учасникам бойових дій. Юридична психологія. 2016. №1 (18).С.19-30.

URL:<https://psychped.naiu.kiev.ua/index.php/psychped/article/view/447/449>

В умовах воєнного часу кризові інтервенції надають стабілізаційні засоби для подолання негативних емоційних станів, що виникають унаслідок бойових дій, ракетних обстрілів, тимчасової окупації, артилерійських ударів та інших наслідків війни.

Одним із ключових методів анти-кризової інтервенції в умовах воєнного часу є «психологічний дебрифінг». Його суть полягає в проведенні групових обговорень подій для людей, які пережили травматичні ситуації спільно, що дозволяє усвідомити пережите та знизити психологічне напруження.

Принципи кризової психологічної допомоги:

- професійна компетентність, відповідальність та етика;
- повага до гідності, прав та конфіденційності постраждалих;
- добровільність, ненав'язливість та, в ідеалі, інформована згода постраждалих;
- міждисциплінарна співпраця з фахівцями, організаціями та/або громадськістю;
- позитивно-оптимістичний підхід, що спрямований на розвиток внутрішніх ресурсів і розкриття потенціалу самопомоги;
- по можливості, профілактика та раннє виявлення.

Психологічні кризи можуть бути різними за своєю формою, причиною, тривалістю та наслідками – відрізняються і деякі особливості процесу її надання.

Ситуативними кризами можна назвати більшість криз, адже вони, як правило, пов'язані з раптовими та/або непередбачуваними подіями, інтенсивність сприйняття чи протікання яких – істотно і одразу порушує звичний ритм життєдіяльності та психічну рівновагу постраждалих.

Найчастіше серед таких трапляються:

- нещасні випадки;
- смерть близьких;
- інфекційні недуги;
- насилля;
- аварії, трагедії;
- стихійні лиха тощо.

Ефективність роботи фахівців у разі ситуативних криз залежить від двох ключових чинників: по-перше, від рівня професійної підготовки та самовладання спеціаліста; по-друге, від

швидкості та точності експертної оцінки характеру конкретної ситуації.

Системні кризи пов'язані зі змінами базових принципів соціальних систем, до яких належить людина, наприклад, сім'я, група, організація чи суспільство.

Особливо актуальними системні кризи є для населення України в період екзистенційної боротьби проти російських загарбників і тимчасової окупації територій на Сході та Півдні.

Надання психологічної допомоги під час системних криз вимагає від фахівців високої майстерності та вміння ефективно сприяти адаптації постраждалих до нових умов, правил, соціальних відносин, цілей і завдань.

Екзистенційні кризи охоплюють несвідомі, підсвідомі та свідомі рівні особистості й характеризуються певними особливостями:

- до екзистенційних належать лише ті кризи, що пов'язані з пошуком смислу життя, визначенням базових цінностей, формуванням власної ідентичності та процесом самоактуалізації;

- вони найчастіше проявляються у юності та середньому віці, коли особистість переживає переламні моменти, що змушують переосмислювати минуле, теперішнє та майбутнє;

- ефективність психологічної підтримки у таких кризах значною мірою залежить від глибокої філософсько-психологічної підготовки фахівців.

Таким чином, кризова психологічна допомога є однією з найскладніших форм професійної підтримки, яка потребує оперативної реакції, точної оцінки ситуації, повного самовладання та конструктивної емпатії.

Отже, до основних методів психологічної допомоги відноситься:

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): допомагає особам змінювати негативні патерни мислення та поведінки, що виникли внаслідок травматичного досвіду.

Десенсибілізація та переробка рухів очей (EMDR): метод, що допомагає обробляти травматичні спогади за допомогою певних рухів очей.

Психоедукація або психоосвіта: надання інформації про наслідки травми, механізми подолання та доступні ресурси підтримки.

Арт-терапія: використання творчих методів (малювання, ліплення, музика тощо) для вираження емоцій та переживань.

Групова терапія: об'єднання постраждалих у групи для обміну досвідом, взаємної підтримки та подолання наслідків травми.

Індивідуальне консультування та психотерапія: надання професійної допомоги психологом або психотерапевтом для опрацювання індивідуальних травматичних переживань.

Кризова психологічна допомога: надання підтримки у гострий період травматичної події, спрямована на стабілізацію та зменшення ризику довготривалих наслідків.

Також релаксаційні техніки та фізична активність, що допомагають знизити рівень тривоги та стресу, покращити психоемоційний стан.

Важливою є і соціальна підтримка, а саме підтримка з боку сім'ї, друзів, волонтерів, соціальних служб.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАНЬ

1. На що орієнтована когнітивно-поведінкова терапія?
2. Вправи та техніки когнітивно-поведінкової терапії.
3. Стандарти, які характеризують консультації КПП.
4. Техніка десенсибілізації і переробки травмуючих переживань за допомогою руху очей.
5. Визначення психоедукації.
6. На що спрямована психоедукація?
7. Які є форми психоедукації?
8. Який принцип лежить в основі сучасної психоедукації?
9. Основна мета Арт-терапії?
10. Чому сприяє виконання вправ і технік арт-терапії?
11. Види арт-терапії?
12. Методики арт терапії стануть корисними особам з...?

13. Види групової психотерапії?
14. Ключові принципи групової психотерапії?
15. Етапи групової психотерапії.
16. Суть психологічного консультування?
17. Складові психологічного консультування?
18. Головна мета психологічного консультування?
19. Що є критерієм ефективності психологічного консультування?
20. Принципи психологічного консультування?
21. Види психологічного консультування?
22. Форми психологічної допомоги під час кризи?
23. Основна мета кризової інтервенції?
24. Принципи кризової психологічної допомоги?
25. Ситуативними кризами називають....
26. З чим пов'язані системні кризи?
27. Що охоплюють екзистенційні кризи?

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Альберт Елліс. Як зберегти емоційне здоров'я за будь яких обставин : Київ : ВД «Сварог», 2023. 284с.
2. Бек, Аарон. Когнітивна терапія депресії: теоретична рефлексія та особисті роздуми. *Психологія і суспільство*, no. 1, July 2019, pp. 90-100.
3. Гончарук О.В. Психосвіта як складник психологічної підтримки осіб із психічними розладами під час війни // Віртуальний освітній простір: психологічні проблеми : матеріали X Міжнар.Інтернет-конференції, (м. Київ,05.10.2022 р.). Київ,2022. С.14-15. (<https://www.newlearning.org.ua>)
4. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. Львів :ЛьвДУВС, 2020.232 с.
5. Медико-психологічне консультування : навч.-метод. посіб. / Людмила Іванівна Магдисюк, Раїса Петрівна Федоренко. Луцьк : Вежа-Друк, 2020. 332 с.

6. Основи психоконсультаування : навч. посіб. / упоряд. і ред. Т. Л. Надвнична. Тернопіль : ТНЕУ, 2019. 200 с.

7. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Злиркова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, Книга 2. 2017. 540 с.

8. Романенко О. В. Роль кризової інтервенції в системі психологічної допомоги учасникам бойових дій. Юридична психологія. 2016. №1 (18).С.19-30.

URL:<https://psychped.naiu.kiev.ua/index.php/psychped/article/view/447/449>

9. Френсіс Шапіро. Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей (EMDR). Том 1. Основні принципи. Київ : Видавництво «Науковий світ – Київ». 2025, 336с.

10. Фукс Ксенія. Інструкція для постраждалих. Український тиждень. №46(626).2019.

11. Цимбалюк І. М. Психологічне консультаування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: Навчальний посібник. К: ВД «Професіонал», 2005. 656 с.

12. Чабан О.С. Практикум з підвищення стресостійкості та розширення адаптаційних можливостей організму / під ред. проф., д-ра мед. наук О.С. Чабана. К: ТОВ «Доктор-Медіа-Груп», 2017.

13. Brandell J. R. Of Mice and Metaphors: the Rapeutic Storytelling with Children. 2nd ed. Thousand Oaks : Sage Publications, 2016. 176 p.

14. Craig, S.L., Eaton, A.D., Leung, V.W.Y. *et al.* (2021). Efficacy of affirmative cognitive behavioural group therapy for sexual and gender minority adolescents and young adults in community settings in Ontario, Canada.

15. Pehrsson D. E., McMillen P. Bibliotherapy: Overview and Implications for Counselors // Professional Counseling Digest. Alexandria : American Counseling Association, 2007. P. 1–2. URL: <https://www.counseling.org/resources/library/ACA%20Digests/ACAPCD-02.pdf>

16. Rafieifar, M., & Macgowan, M. J. (2022). A Meta-Analysis of Group Interventions for Trauma and Depression Among Immigrant and Refugee Children.

РОЗДІЛ 3. ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ: РОБОТА З УРАЗЛИВИМИ ГРУПАМИ

Війна створює багаторівневу систему психотравмуючих впливів, які по-різному проявляються у представників різних соціальних та вікових груп. Тому ефективність психологічної допомоги значною мірою залежить від її диференційованості – здатності фахівця враховувати специфіку переживань, ресурсів та потреб кожної категорії постраждалих. Цей розділ присвячено системному аналізу підходів до надання допомоги найбільш уразливим групам населення, для яких наслідки війни мають особливо глибокий і тривалий характер.

Розділ спрямований на формування у майбутніх психологів здатності розпізнавати індивідуальні потреби клієнтів різних категорій, обирати адекватні методи психокорекції, дотримуючись принципів безпеки, гуманності та професійної етики. Він поєднує науково-теоретичні засади та практичні рекомендації, що забезпечують цілісне розуміння процесу психологічної допомоги у контексті воєнних викликів.

- 3.1. Психологічна допомога дітям, які постраждали від війни
- Мова дитини, яка пережила травму, – це не завжди слова. Це мова гри, малюнка, мовчання та раптових сліз. Завдання психолога – розшифрувати цю мову, дати дитині мовний місток між хаосом її внутрішнього світу та реальністю, де можна відчувати безпеку, надію та радість.*

Проблема впливу екстремального досвіду на психіку дітей є однією з найактуальніших у психології розвитку. Військові дії,

вимушене переселення, втрата близьких, загроза життю та руйнування звичного середовища створюють потужний травмівний фон, який суттєво впливає на психоемоційний, когнітивний і соціальний розвиток дитини.

Події повномасштабної війни, розв'язаної Російською Федерацією проти України, спричинили різке зростання кількості дітей, які пережили або продовжують переживати глибокі психічні травми. Значна частина з них стали свідками бойових дій, ракетних обстрілів, руйнувань, загибелі людей або втратили рідних. Деякі діти зазнали поранень чи були змушені покинути свої домівки. Подібний досвід має довготривалий вплив на психіку, емоційну стабільність, поведінку та здатність налагоджувати соціальні стосунки.

Дитяча психіка, що перебуває на етапі формування, не має достатніх ресурсів для ефективного опанування травмівних подій, що робить дітей особливо вразливою категорією в умовах війни.

Дослідники теоретичних і практичних аспектів надання психологічної допомоги дітям війни, найчастіше оперують таким поняттями як психічна травма, гострий стрес, посттравматичний стресовий розлад (далі ПТСР), порушення адаптації, горе (скорбота, пролонгована реакція горя), травмівна втрата³⁹.

Психічна травма у дітей – це відповідь нервової системи на подію або серію подій, які перевищують адаптивні можливості дитини та порушують її базове відчуття безпеки, довіри до світу й емоційної стабільності. Таке переживання негативно впливає на розвиток особистості та формування адаптивних механізмів^{40, 41}.

У психологічній науці поняття «травма», «психічна травма», «травматичний стрес» часто використовуються як синоніми. Вони позначають переживання, що викликають інтенсивні душевні

³⁹ Зливков В., Лукомська С. Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги. Київ-Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2022. С. 9.

⁴⁰ Perry B. D. The neurodevelopmental impact of trauma in childhood. *The Clinical Power of Psychoanalysis*. New York: The Guilford Press, 2006. P. 7-18.

⁴¹ Van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Penguin Books, 2015. 464 p.

страждання та переживання невідповідності між реальною або уявною загрозою та індивідуальними можливостями її подолання. Типовими реакціями на травматичний стрес є гостре відчуття безпорадності, втрата контролю, фізіологічні зміни та порушення механізмів саморегуляції. Наслідками можуть бути тривалі фізичні, психічні та особистісні розлади⁴².

У дітей психічна травма порушує базове відчуття безпеки, довіри до світу та емоційну стабільність, що негативно позначається на особистісному становленні. Реакції дітей на травму залежить від віку, індивідуальних особливостей, соціального контексту, а також поведінки дорослих, які їх оточують⁴³.

Реакція дітей та підлітків на стресові і психотравмівні події мають виразну вікову детермінованість, що зумовлює специфіку їхніх емоційних, поведінкових та когнітивних проявів. На відміну від дорослих, діти часто не здатні усвідомлено вербалізувати свій стан, тому симптоматика виявляється переважно у поведінці та соматичних реакціях. Своєчасне виявлення цих ознак є важливою умовою ефективного психологічного втручання.

З огляду на це, особливого значення набуває систематизація типових реакції на психотравмівні події з урахуванням вікових етапів розвитку дитини. У наведеній нижче *таблиці 1* представлено узагальнені вікові особливості реакцій дітей і підлітків на стрес та травму, їхні поведінкові та психоемоційні прояви, а також потенційні ризики для подальшого розвитку. Ця інформація може бути використана як орієнтир у процесі психологічного супроводу та планування інтервенційних заходів у різних освітніх і соціальних контекстах.

⁴² Пророк Н. В., Бойко С. Т., Гнатюк О. В. та ін. Психологічна допомога дітям в умовах воєнного стану: довідник вихователів дошкільних навчальних закладів і вчителів загальноосвітніх навчальних закладів / за ред. Н. В. Пророк. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. С. 16.

⁴³ Scheeringa M. S., Zeanah C. H. A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2001. Vol. 14(4). P. 799-815.

Таблиця 1.

Вікові індикатори психотравми: поведінкові та емоційні

прояви

Вікова група	Типові реакції на стрес / травму	Поведінкові прояви	Психоемоційні особливості	Ризики для розвитку
0-3 роки (ранній вік)	- порушення сну та апетиту; - регрес у розвитку (енурез, відмова від мови); - посилена прив'язаність	- плаксивість; - млявість або гіперактивність; - істерики	- страх залишення; - нездатність до самозаспокоєння	- порушення формування базової довіри; - ризик затримки розвитку
3-6 років (дошкільники)	- відтворення травматичних подій в грі; - страх темряви, смерті, монстрів; - соматичні скарги	- апатія або агресія; - стримування емоцій або нав'язливі дії	- почуття провини; - уникання нагадувань про травму	- формування тривожних розладів; - порушення образу "Я"
6-10 років (молодші школярі)	- зниження навчальної успішності; - замикаються у собі або стають дуже слухняними; - нічні	- відмова від контактів; - соматичні симптоми; - дратівливість	- відчуття небезпеки; - уникнення думок про події	- шкільна дезадаптація; - ризик ПТСР

Вікова група	Типові реакції на стрес / травму	Поведінкові прояви	Психоемоційні особливості	Ризики для розвитку
	кошмари			
11-14 років (підлітки)	- цинізм, байдужість або надмірна реактивність; - пошук "винних"; - замикання в собі	- агресія або аутоагресія; - залучення до ризикової поведінки	- емоційна нестабільність; - труднощі саморегуляції	- залежності, суїцидальні думки, порушення ідентичності
15-18 років (старші підлітки)	- деструктивна поведінка; - заперечення травматичного досвіду; - переоцінка цінностей	- відмова від підтримки; - конфлікти з дорослими; - ізоляція	- внутрішній вакуум, апатія; - хронічна тривога	- формування депресивних або особистісних розладів

Переживанням психічної травми властива певна етапність, розуміння якої є критичним для планування психологічного втручання. Дитячий психолог А. Венгер у співавторстві з О.І. Морозовою (2005) виокремлюють типові для постраждалих від травматичних ситуацій фази:

Шоковий етап: фаза гострої реакції, яка характеризується фізіологічними та емоційним заціпенінням або, навпаки, гіперзбудженням.

Етап стабілізації: поступове зниження гостроти симптомів та відновлення механізмів саморегуляції, робота над відновленням почуття безпеки.

Етап відновлення: період безпосереднього опрацювання травматичного досвіду та зниження його емоційного заряду.

Етап особистісної та соціальної та грації: включення досвіду травми в особистісно структуру без її деструктивного впливу та відновлення соціального функціонування.

Розуміння цієї етапності ускладнюється когнітивною специфікою дитячого віку. Дітям, які пережили психічну травму, досить важко усвідомити зміст та наслідки того, що з ними сталося. Це пов'язано насамперед з їхньої віковою незрілістю, зокрема недостатнім рівнем соціальної, фізіологічної та психологічної готовності до інтеграції подібного досвіду.

Дитина не в змозі повністю усвідомити зміст події на раціональному рівні - вона, здебільшого, запам'ятовує ситуацію на рівні інтенсивних переживань та сенсорних вражень. Це призводить до того, що її сприйняття дійсності встає хаотичним, безладним і відзначається когнітивною плутаниною, що фактично призводить до руйнування базової «структури світу», у якому дитина функціонує⁴⁴.

Гострий стрес – це негайна реакція організму на ситуацію (наприклад, загроза і переляк), яка виникає безпосередньо у відповідь на травматичну ситуацію. Характеризується нетривалістю. Такий стрес може виникнути, коли людина дізнається про смерть коханої людини або стає свідком смерті. Симптоми гострого стресу можуть бути: нудота, головний біль, прискорене серцебиття, біль у грудях, різка агресія. Гострий стресовий розлад виникає протягом 1 місяця з моменту травми і продовжується від 2 днів до 4 тижнів, посттравматичний - не менше, ніж через 1 місяць після травми і має тривалість більше 4 тижнів. У ситуації гострого стресу підкреслюється не просто дисбаланс між об'єктивними вимогами і потенціалом реагування на них, а й сприйняття людиною тих чи інших стресових факторів. При цьому, загострюючись до критичної межі і викликаючи деструктивні зміни в особистості, стресова ситуація може мати характер критичної, що сприяє нервово-психічним і соматичним

⁴⁴ Пророк Н. В., Бойко С. Т., Гнатюк О. В. та ін. Психологічна допомога дітям в умовах воєнного стану: довідник вихователів дошкільних навчальних закладів і вчителів загальноосвітніх навчальних закладів / за ред. Н. В. Пророк. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 155 с.

розладам і домінуванню установки на життєві складності, як на нездоланні⁴⁵.

Посттравматичний стресовий розлад (далі ПТСР) є одним із найпоширеніших психічних наслідків пережиття військового насильства та вимушеного переміщення серед дітей і підлітків^{46, 47}.

ПТСР виникає як відтермінована або затяжна реакція на подію або ситуацію загрозливого або катастрофічного характеру, яка може спричинити травматичний стрес у будь-якої людини, а тим більше у дитини.

У дитячому віці розлад має свою специфіку. Незрілість психічних функцій у дітей призводить до того, що травматичний досвід сприймається фрагментарно та хаотично, руйнуючи базове відчуття безпеки.

Симптоми в дитини спостерігаються довше, ніж у дорослого. У важких випадках (особливо за відсутності вчасно наданої психологічної допомоги) вони можуть тривати протягом не тільки кількох місяців, а й багатьох років⁴⁸.

Типові симптоми ПТСР у дітей включають психосоматичні прояви, емоційно-поведінкові реакції, уникнення травматичних нагадувань та відтворення травматичних подій у грі чи малюнках. Їхні прояви варіюються з віком:

⁴⁵ Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. С. 90.

⁴⁶ Karam E. G., Fayyad J. A., Farhat C., Pluess M., Haddad Y. C., Tabet C. C., ... Kessler R. C. Role of childhood adversities and environmental sensitivity in the development of post-traumatic stress disorder in war-exposed Syrian refugee children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 214(6). P. 354-360.

⁴⁷ Dyregrov A., Yule W. A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*. 2006. Vol. 11(4). P. 176-184.

⁴⁸ Пророк Н. В., Бойко С. Т., Гнатюк О. В. та ін. Психологічна допомога дітям в умовах воєнного стану: довідник вихователів дошкільних навчальних закладів і вчителів загальноосвітніх навчальних закладів / за ред. Н. В. Пророк. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. С. 21.

Таблиця 2.

Ознаки постравматичного стресового розладу у дітей різного віку

□ Вікова група	□ Ключові характеристики	□ □ Основні ознаки та прояви
 <p>Немовлята (0-12 місяців)</p>	<p>Немає усвідомлення події, але є «тілесна пам'ять». Не можна діагностувати ПТСР, але є реакція на стрес.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Сильний страх сепарації: постійна потреба у фізичному контакті з матір'ю. ● Реакція на стан батьків: «перехоплення» тривоги, страху. ● Плач, м'язове напруження, судоми при віддалені близької людини.
 <p>Діти 1-3 років</p>	<p>Обмежена мовна здатність. Виражають стрес через поведінку та фізіологічні реакції.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Надмірна збудливість або загальмованість: бігання, крики, агресія або замикання, байдужість. ● Клінгуюча поведінка: «прилипання» до дорослого, не бажання залишатися самому. ● Регрес: повернення до поведінки, властивої молодшому віку (смоктання пальця).
 <p>Діти 3-4,5 років</p>	<p>З'являються усвідомленні спогади. Травма відтворюється у грі та страхах</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Страх розлуки з дорослим-захисником. ● Нічні страхи та кошмари. ● Регресивна поведінка: енурез, енкопрез. ● Відтворення травми в іграх (війна, втрата, переселення).

 <p>Діти 4,5-6,5 років</p>	<p>Здатність не лише пам'ятати, але й осмислювати травму. Можливе діагностування ПТСР.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Нав'язливі ігрові сюжети, пов'язані з травмою. ● Сильна тривожність та надмірна пильність навіть у безпечному середовищі. Реакція на тригери (звуки, образи, запахи). ● Проблеми зі сном (страх засинання, кошмари). ● Регрес та соматичні скарги (біль у животі, голови).
 <p>Молодший шкільний вік 6,5-10,5 років</p>	<p>Зміна у проявах: зменшення регресу, поява соціальних та навчальних труднощів</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Погіршення уваги та шкільної успішності. ● Соціальна ізоляція або агресія. ● Нав'язливе малювання травмуючих сюжетів. ● Спалахи гніву, дратівливість. ● Фізіологічні реакції на стресові подразники.
 <p>Діти 10,5-12 років</p>	<p>Усвідомлення наслідків травми. З'являються складніші емоційні та поведінкові реакції.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Конкретизовані страхи за безпеку родини. ● Бажання помсти. ● Поглиблення навчальних проблем. ● Соціальна відчуженість. ● «Емоційне заціпеніння» або делінквентна поведінка. ● Інтенсифікація соматичних скарг.

Ймовірність розвитку та вираженість ПТСР залежать від низки факторів:

1. *Характер травми*: тип травми (насильницька смерть, свідчення тортур), її тяжкість, тривалість, близькість дитини до події є чинниками високого ризику⁴⁹.

2. *Сімейне середовище*: сімейна згуртованість та емоційна стабільність дорослих є ключовим протективним фактором. Навпаки, батьківська тривога або неспроможність впоратися зі стресом може призводити до повторної травматизації дитини через механізми емоційного «перехоплення»⁵⁰.

3. *Індивідуальні особливості*: висока самооцінка, життєва стійкість та гарний стан здоров'я знижують ризик, тоді як індивідуальний досвід і темперамент впливають на перебіг розладу⁵¹.

4. *Соціальний контекст*: соціальна підтримка поза сім'єю знижує ризик психопатології, тоді як постміграційні стреси (невизначений статус, матеріальні труднощі та адаптаційні проблеми) можуть поглиблювати симптоматику ПТСР⁵².

Особливу увагу приділяють феномену *кумулятивної травми* – сукупності численних травмивних подій за короткий проміжок часу⁵³, що особливо характерно для умов війни. Чим більше травм пережила дитина, тим ширший спектр психологічних порушень і

⁴⁹ Heptinstall E., Sethna V., Taylor E. PTSD and depression in refugee children. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 13(6). P. 373-380.

⁵⁰ Paryente B. Parenting Experiences under Ongoing Life-threatening Conditions of Missile Attacks. *Journal of Child and Family Studies*. 2021. Vol. 30(7). P. 1685-1696.

⁵¹ Elbedour S., Ten Binsel R., Bastien D. T. Ecological integrated model of children of war: Individual and social psychology. *Child Abuse & Neglect*. 1993. Vol. 17(6). P. 805-819.

⁵² Alsayed A., Wildes V. J. Syrian refugee children: A study of strengths and difficulties. *Journal of Human Rights and Social Work*, 2018. Vol. 3(2). P. 81-88.

⁵³ Hodges M., Godbout N., Briere J., Lanktree C., Gilbert A., Kletzka N. Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child abuse & neglect*. 2013. Vol. 37(11). P. 891-898.

вищий ризик розвитку ПТСР⁵⁴. Кумулятивні ефекти підсилюють тривогу, гнів і часто призводять до неадаптивних стратегій подолання, таких як дисоціація⁵⁵.

Системна психологічна діагностика дітей із досвідом військової травми має охоплювати поліморфність клінічних проявів, виходячи за межі класичної симптоматики ПТСР. Пріоритетним завданням є виявлення коморбідних розладів, зокрема тривожних, депресивних та адаптаційних порушень, а також характеристик емоційної дисрегуляції, властивих пролонгованому травматичному впливу.

Клінічна практика свідчить, що опосередкований вплив травмогенних факторів може спричиняти психопатологічні симптоми, ідентичні проявам ПТСР, через механізми кумулятивного стресу. Це зумовлює необхідність діагностичного скринінгу навіть серед дітей, що не зазнали прямого впливу бойових дій.

Поліморфізм психічних порушень у постраждалих дітей проявляється високою частотою коморбідності ПТСР із тривожними, депресивними та дісоціативними розладами. Ця клінічна гетерогенність суттєво ускладнює як діагностичний процес, так і розробку цілісних реабілітаційних програм, що потребує інтеграції різних терапевтичних підходів.

Порушення адаптації у дітей – це стан вираженого психоемоційного дистресу, який істотно ускладнює повсякденне функціонування, соціальні контакти та навчальну діяльність дитини. Він виникає як реакція на значні зміни життєвих обставин або травмівні події, пов'язані з воєнними діями, зокрема вимушене переміщення, втрата близьких, руйнування житла, розлука з родиною, життя в умовах небезпеки чи соціальної нестабільності.

У дітей порушення адаптації може проявлятися як через

⁵⁴ Breslau N., Chilcoat H. D., Kessler R. C., Peterson E. L., Lucia V. C. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*. 1999. Vol. 29(4). P. 813-821.

⁵⁵ Hamby S., Elm J. H., Howell K. H., Merrick M. T. Recognizing the cumulative burden of childhood adversities transforms science and practice for trauma and resilience. *American Psychologist*. 2021. Vol. 76(2). P. 230-245.

дестабілізацію емоційної сфери (підвищена тривожність, страхи, пригнічений настрій), так і через поведінкові зміни – агресивність, замкнутість, регресивну поведінку або труднощі в соціальній взаємодії. Часто спостерігаються труднощі концентрації уваги, зниження навчальної мотивації, соматичні скарги без органічного підґрунтя.

Особистісні ресурси, рівень психологічної стійкості та наявність соціальної підтримки (з боку сім'ї, педагогів, громади) істотно впливають на характер перебігу та інтенсивність симптомів. Однак виникнення адаптаційних розладів у цьому контексті завжди пов'язане з дією травмівних або стресових факторів, в нашому випадку, воєнного середовища.

У дітей та підлітків цей стан часто супроводжується поведінковими порушеннями, труднощами емоційної регуляції, підвищеною вразливістю до подальших стресів і може вимагати комплексної психологічної підтримки та педагогічного супроводу.

Процес переживання горя у дітей має специфічні особливості, що залежить від віку, обставин втрати та наявності травматичного досвіду.

У науковій літературі виокремлюють три основні типи горювання: *нормальне*, *ускладнене* та *травмівне* горе.

Нормальне гостре горе проявляється протягом перших 6-12 місяців після втрати і включає повторювані переживання туги, бажання воз'єднатися з померлою людиною, епізоди плачу, суму та протесту проти факту смерті. Часто спостерігаються соматичні симптоми (порушення сну, апетиту, виснаження) та почуття відчуженості від інших. Ці реакції поступово трансформуються в інтегроване горе – збереження емоційного зв'язку з померлим, адаптацію до реальності втрати та відновлення здатності до продуктивного життя.

Ускладнене горе характеризується тривалим збереженням інтенсивних симптомів гострого горя, що супроводжується надмірною зосередженістю на обставинах смерті. Таке горе може суттєво порушувати щоденне функціонування дитини та блокувати процеси психологічної адаптації.

Травмівне горе у дітей виникає, коли смерть близької людини сприймається як жахлива подія, незалежно від її об'єктивних причин. Симптоми травми перешкоджають

природному процесу опрацювання втрати. Дитина може мати нав'язливі спогади, відчуття провини, уникати нагадувань про подію, демонструвати заціпеніння чи емоційну відстороненість. Часто спостерігаються соматичні та емоційні прояви гіперзбудження: дратівливість, гнів, тривожність, порушення сну, проблеми з концентрацією, зниження навчальної успішності⁵⁶.

Особливо гостро травмівне горе проявляється у дітей, які стали свідками насильницької смерті близьких. У них формується відчуття втрати безпеки, руйнується базова довіра до світу та інших людей, змінюється образ себе і оточення.

Залежно від віку діти по-різному розуміють і справляються з насильницькими подіями та смертю. На певних етапах когнітивного розвитку діти дошкільного віку часто мають труднощі з усвідомленням остаточної смерті, однак їхня гра часто відтворює травмівні події.

Хоча вони визнають, що людина, яка померла, не повернеться, діти шкільного віку, часто неправильно тлумачать причину смерті, зокрема, можуть звинувачувати себе в смерті близьких, особливо якщо обставинами втрати передували конфлікти, навіть несуттєві на перший погляд. Найголовніше, що втрачають як дорослі так і діти – відчуття безпеки і здатності долати складні ситуації, безпорадність ще більше посилює відчуття провини, а отже й травмівний стрес⁵⁷.

⁵⁶ Greeson J. K., Briggs E. C., Layne C. M., Belcher H. M., Ostrowski S. A., Kim S., ... Fairbank J. A. Traumatic childhood experiences in the 21st century: Broadening and building on the ACE studies with data from the National Child Traumatic Stress Network. *Journal of Interpersonal Violence*. 2014. Vol. 29(3). P. 536-556.

⁵⁷ Heptinstall E., Sethna V., Taylor E. PTSD and depression in refugee children. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 13(6). P. 373-380.

Таблиця 3.

*Особливості розуміння смерті та реакції на втрату
у дітей різного віку*

Вікова група	Розуміння смерті	Типові реакції на втрату
0-3 роки (ранній вік)	Не мають усвідомленого розуміння смерті.	Можуть відчувати стрес (плач, проблеми зі сном, зміни апетиту). Регресія (наприклад, втрата набутих навичок). Можуть шукати або звати померлу людину.
3-5 років (дошкільники)	Сприймають смерть як тимчасове, зворотне або не остаточне явище (як сон або від'їзд). Можуть вірити що смерть спричинена їхніми думками чи діями (магічне мислення).	Гра на тему смерті або пошук померлої людини. Тривога розлуки і підвищена примхливість. Проблеми зі сном, нічні жахи, регресія (наприклад, нічне нетримання). Можуть ставити повторювані питання про те, коли померлий повернеться.
6-9 років (діти молодшого шкільного віку)	Починають розуміти, що смерть є остаточною та незворотною, але можуть персоналізувати її (наприклад, уявляти Смерть як фігуру, що забирає людей). Можуть вірити, що смерть може бути «запобіжна» (наприклад, якщо поводитися добре).	Соматичні скарги (головний біль, біль у животі). Можуть виявляти гнів та агресію. Проблеми з концентрацією та навчанням у школі. Можлива відстороненість або надмірна активність.
10-12 років (старший шкільний вік)	Розуміють що смерть є остаточною, незворотною та універсальною (смертність).	Можуть заперечувати горе або приховувати свої почуття. Зміни у поведінці (наприклад, ризикована поведінка, вживання речовин). Ізоляція від сім'ї та

Вікова група	Розуміння смерті	Типові реакції на втрату
		друзів. Проблеми з навчанням. Депресивні стани або надмірна дратівливість/гнів.
13-18 років (підлітки)	Розуміють смерть як доросла людина може філософствувати про сенс життя та смерті.	<p>Переживають горе дуже інтенсивно, але часто намагаються це приховати через бажання бути незалежними. Їхні реакції можуть бути суперечливими і коливатися між дорослою поведінкою дитячим реакціями.</p> <p>Прояв гніва, який буде спрямований на різні цілі: на померлу людину («залишив мене»), на Бога, на лікарів, на сім'ю або навіть на самих себе. Звинувачення себе в тому, що сталося.</p> <p>«Відключення» емоцій, щоб захиститись від болю, що зовні може виглядати як байдужість.</p> <p>Уникнення спілкування з сім'єю, шукаючи підтримку виключно у друзях або, навпаки, замикання в собі.</p> <p>Прояв ризикованої поведінки (вживання алкоголю чи наркотиків; небезпечне керування автомобілем; небезпечні статеві зв'язки; прогулювати заняття).</p>

P.S.: На основі інформаційного бюлетеня «Traumatic grief in military children: Information for educators / NCTSN» узагальнено особливості розуміння смерті та реакції на втрату у дітей різного віку.

На відміну від дорослих, у дітей травмівна втрата часто домінує над горюванням, тому першочерговим завданням психологічної допомоги є відновлення нетравматичного образу померлого та формування позитивних спогадів які дають змогу інтегрувати досвід втрати без руйнівних наслідків для психічного розвитку.

Психологічна допомога дітям і підліткам, які пережили військову травму, потребує від фахівця не лише високого рівня професійної компетентності, а й посиленої уваги до етичних норм та власного психоемоційного стану. Порушення цих принципів може спричинити ретравматизацію дитини, зниження ефективності терапевтичного процесу та підвищення ризику професійного вигорання спеціаліста.

Ключові етичні засади психологічної роботи з дитячою військовою травмою

Інформована згода. Отримання згоди від законних представників є необхідною умовою початку роботи з дитиною. У випадку роботи з підлітками важливо забезпечити їхню активну участь у прийнятті рішень щодо терапії. Фахівець має пояснити мету, тривалість та методи роботи доступною для розуміння мовою, що сприяє формуванню довіри та терапевтичного альянсу.

Конфіденційність. Дотримання професійної таємниці – базова етична вимога психологічної практики. Винятки становлять ситуації, коли існує реальна загроза життю чи здоров'ю дитини або інших осіб. У таких випадках діє правило «обов'язкового повідомлення» відповідних служб чи органів опіки. Важливо заздалегідь проінформувати дитину та її законних представників про ці межі конфіденційності.

Ненашкодження. Основним завданням фахівця є уникнення ретравматизації. Категорична заборона на форсування або нав'язування розповіді про травматичні події. Процеси експозиції та опрацювання травматичного досвіду мають відбуватися виключно у фазі емоційної стабілізації та за згодою дитини. Повага до особистих меж клієнта є ключовим компонентом безпечного терапевтичного процесу.

Дотримання прав дитини. Реалізація права дитини на участь у прийнятті рішень, що стосується її психологічного благополуччя, здійснюється через повагу до автономії та гідності

особистості, незалежно від віку та стану.

Самопідкування. Робота з військової травмою є емоційно виснажливою та підвищує ризик професійного вигорання й вторинної травматизації. Регулярна супервізія, інтервізіяна підтримка, психогігієна та формування власних ресурсів фахівця, який працює з травмою, є не просто бажаними, а обов'язковими складовими професійної етики.

Надання психологічної допомоги дітям, які пережили травматичний досвід війни, вимагає від фахівця ґрунтовної підготовки та дотримання специфічних принципів, оскільки йдеться про роботу з високочутливою категорією клієнтів із потенційно деструктивними наслідками для їхнього розвитку.

Ключова мета психологічної допомоги полягає у сприяттві відновленню базового відчуття безпеки, нормалізації психофізіологічних реакцій, інтеграції травматичного досвіду та реінтеграції дитини у соціально-адаптивне середовище.

Базові принципи надання психологічної допомоги дітям, які пережили травматичний досвід війни:

1. Принцип безпеки – створення безпечного фізичного та емоційного простору, де дитина може відчувати себе захищеною, що є фундаментом будь-якого втручання. Це критично важливо, оскільки травма руйнує базову довіру до світу.

2. *Принцип етапності* – послідовне проходження основних трьох етапів: стабілізація та встановлення безпечного контакту; відпрацювання травматичного досвіду; реінтеграція та розвиток адаптаційних ресурсів. Першочерговим завданням є стабілізація гострих симптомів (гіперзбудження, дисоціація, панічні атаки, проблеми зі сном) перед роботою безпосередньо з травматичними спогадами.

3. *Принцип індивідуального підходу* – врахування віку, стадії розвитку (методи та інструменти мають бути суворо адаптовані до рівня когнітивного та емоційного розвитку дитини), особливостей травматичного досвіду (необхідність дотримання поваги до темпу дитини, робота має здійснюватися з урахуванням індивідуальних реакції можливостей дитини інтегрувати травматичний досвід) та культурного контексту кожної дитини (передбачає адаптацію методів роботи до соціальних реалій дитини, з повагою до її ідентичності, вірувань та традицій сімейної системи).

4. *Принцип системності* – робота з дитиною не може бути ізольованою, необхідність залучення до процесу реабілітації батьків, опікунів, педагогічного колективу.

5. *Використання ресурсно-орієнтованих підходів* – допомога має бути спрямована не лише на зниження симптоматики, а й на розвиток адаптивних механізмів, відновлення почуття контролю над власним життям.

Загальна структура протоколу психологічної допомоги дитині:

1. Оцінка стану (діагностика/скринінг).
2. Створення безпечного простору.
3. Психоедукація (пояснення того, що відбувається з дитиною).
4. Стабілізація (зниження емоційного напруження).
5. Короткострокова інтервенція (відповідно до проявів).
6. План подальшого супроводу (за потреби – перенаправлення).
7. Робота з батьками/ опікунами.

Таблиця 4.

Робочий приклад алгоритму надання психологічної допомоги дітям при різних проявах

Типові прояви психотравматичних реакцій	Сильна тривожність і страх панічні реакції	Депресивні (апатія, відчуження, почуття провини)	Агресивна або імпульсивна поведінка
Первинна оцінка	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Визначити рівень інтенсивності страху (міміка, жести, дихання, мова). ✓ Уточнити тригери: що викликало реакцію. ✓ Перевірити 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Визначити тривалість симптомів. ✓ Оцінити рівень ризику аутоагресії. ✓ З'ясувати контекст (втрата, розлука, травма). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Визначити характер агресії: оборонна, фрустрації на чи імпульсивна. ✓ З'ясувати тригери (ситуації, люди, звуки).

Типові прояви психотравматичних реакцій	Сильна тривожність і страх панічні реакції	Депресивні (апатія, відчуження, почуття провини)	Агресивна або імпульсивна поведінка
	ити наявність соматичних симптомів (задишка, тремтіння, запаморочення).		
Створення безпечного простору	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Забезпечити фізичну безпеку, мінімізувати подразники (гучні звуки, натовп). ✓ Сісти поруч, зберігати спокійний тон, уникати різких рухів. ✓ Дати дитині вибір. Наприклад: «Ти хочеш сісти чи залишитись стояти?» 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ М'який голос, без тиску. Поважати мовчання. Забезпечити відчуття прийняття. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Забезпечити відсутність загрози для інших дітей. ✓ Не кричати, не карати. ✓ Зберігати чіткі, спокійні межі.
Психоедукація	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Простими словами пояснити, що тривога – це реакція тіла на небезпеку, навіть коли її 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Пояснити, що відчуття смутку – нормальна реакція на важкі події. Підкреслити, що 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Пояснити, що гнів – це сигнал, який показує, що потреба у захисті, контролі або

Типові прояви психотравматичних реакцій	Сильна тривожність і страх панічні реакції	Депресивні (апатія, відчуження, почуття провини)	Агресивна або імпульсивна поведінка
	<p>зараз немає.</p> <p>✓ Нормалізувати відчуття: «Багато дітей відчувають щось подібне під час війни».</p>	<p>ці почуття не є «поганими» і можуть змінюватися.</p>	<p>справедливості не задоволена, або особисті межі порушено.</p> <p>✓ Навчити альтернативним способам вираження гніву.</p>
Стабілізація	<p>✓ Дихальні і вправи (наприклад, «дихаємо як хвиля»: вдих – 4 секунди, видих – 6).</p> <p>✓ Техніка «5-4-3-2-1» для заземлення (назвати 5 речей, які бачиш, 4 - чуєш тощо).</p> <p>✓ Контакт через безпечний предмет (наприклад, іграшку).</p>	<p>✓ Розробка щоденного ритуалу стабільності (малювання, спільна прогулянка).</p> <p>✓ Робота з тілом: легка фізична активність.</p> <p>✓ Використання щоденника емоцій (якщо дитина підліткового віку).</p>	<p>✓ Дихальні і техніки «паровозик» або «надуй кульку».</p> <p>✓ Фізичний розряд: стиснути м'яку іграшку, побити боксерську грушу.</p> <p>✓ Вправа «стоп-пауза-дія».</p>
Інтервенція	<p>✓ Використання методу «емоційного контейнера» –</p>	<p>✓ Техніка «малих кроків» – поступове повернення до</p>	<p>✓ Виявлення прихованої емоції за агресією (страх,</p>

Типові прояви психотравматичних реакцій	Сильна тривожність і страх панічні реакції	Депресивні (апатія, відчуження, почуття провини)	Агресивна або імпульсивна поведінка
	<p>дитина малює або описує свій страх, психолог допомагає «покласти» його в уявну коробку.</p> <p>✓ Робота з тілом: зняття напруги через рух (ходьба, легка гімнастика).</p>	<p>активностей.</p> <p>✓ Підкріплення відчуття контролю: «Що ти можеш обрати сьогодні?»</p> <p>✓ Арт – терапія: вираження емоцій через колір, образ.</p>	<p>безсилля, сором).</p> <p>✓ Моделювання соціально прийнятних реакцій.</p> <p>✓ Гра з ролями: «Як сказати про свою злість словами».</p>
Подальший супровід	<p>✓ Спостереження у динаміці.</p> <p>✓ За потреби – перенаправлення до психіатра.</p>	<p>✓ При затяжних симптомах – консультація психіатра.</p> <p>✓ Включення в групи підтримки.</p>	<p>✓ Повторні сесії стабілізації.</p> <p>✓ За потреби – індивідуальна або групова терапія.</p>
Робота з батьками/опікунами	<p>✓ Пояснити, що страх – нормальна реакція.</p> <p>✓ Навчити технікам підтримки (дихання разом, стабілізація рутиною).</p>	<p>✓ Навчання розпізнаванню «мовчазних сигналів» (втеча в себе, втома).</p> <p>✓ Заохочення емоційного контакту без тиску.</p>	<p>✓ Навчання конструктивні реакції на спалахи (не карати – стабілізувати).</p> <p>✓ Встановлення чітких меж без насильства.</p>

Ефективність терапевтичних втручань безпосередньо залежить від врахування вікових особливостей психофізіологічного розвитку, що детермінує специфіку сприйняття травми, способи її переживання та механізми психологічного захисту.

Віковий фактор визначає не лише характер психотравматичних симптомів, але й вибір адекватних методів комунікації, терапевтичних стратегій та критеріїв оцінки ефективності допомоги. Від ступеня відповідності психологічного втручання етапу розвитку дитини залежить можливість уникнення явища ретравматизації та досягнення стійких позитивних змін.

Системне розуміння вікових особливостей дозволяє психологу не лише коректно діагностувати наслідки травми, але й будувати індивідуальну траєкторію відновлення, що максимально враховує ресурси та потреби кожної дитини в контексті її розвиткового потенціалу.

Представлена нижче таблиця детально розкриває специфіку підходів до кожної вікової категорії.

Таблиця 5.

Вікові особливості підходів до надання психологічної допомоги

Вікова група	Особливості реагування на травму	Основні напрями допомоги	Методи та техніки
0-3 роки	порушення сну, регрес у розвитку, страх залишення	забезпечення базового відчуття безпеки, стабільності та емоційного контакту	сенсорна стимуляція, тілесно-орієнтована підтримка, залучення батьків
4-6 років	ігрове відтворення травми, соматичні скарги, тривожність	допомога у вербалізації почуттів, стабілізація емоційного стану	арт- і казкотерапія, ігрова терапія, робота з піском, безпечна символізація

Вікова група	Особливості реагування на травму	Основні напрями допомоги	Методи та техніки
7-10 років	уникнення контактів, нічні кошмари, шкільна дезадаптація	відновлення відчуття контролю, розвиток навичок саморегуляції	проективні техніки, когнітивно-поведінкові інтервенції, техніки релаксації
11-14 років	емоційна нестабільність, агресія або аутоагресія	робота з почуттями, розвиток конструктивних стратегій подолання	групова терапія, арт-терапія та наративні методи, стабілізаційні техніки
15-18 років	відчуження, деструктивна поведінка, апатія	розвиток рефлексивності, ідентичності та довіри	травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія, наративна терапія, мотиваційні інтервенції

Таким чином, врахування вікових особливостей створює концептуальну основу для вибору конкретних терапевтичних підходів. Як демонструє таблиця 5, для дітей молодшого шкільного віку пріоритетними напрямиами допомоги є відновлення відчуття контролю та розвиток навичок саморегуляції, а серед ключових методів виокремлюються проективні техніки та когнітивно-поведінкові інтервенції. Саме в цьому контексті найбільш ефективним інструментом психологічної роботи виступає групова ігрова терапія, що природним чином поєднує у собі обидва ці напрями.

Вибір форм і методів психологічної роботи з дітьми молодшого шкільного віку (провідні види діяльності: навчання та

гра) детермінований необхідністю використання ігрових технологій. Групова ігрова терапія є дієвим інструментом, що сприяє відреагуванню емоційних станів, розвитку усвідомленості, вираженості у прийнятті рішень, аналізу соціальних ситуацій та підвищенню когнітивних здібностей, що позитивно впливає на адаптацію та навчальну успішність. Феномен відреагування емоцій через гру має фундаментальне значення й був відзначений у класичних психоаналітичних працях (зокрема, Анни Фрейд, яка описувала гру дітей, травмованих війною).

Теоретичні підходи до ігрової терапії класифікуються за кількома критеріями:

За теоретичним підходом: психоаналітична, клієнт-центрована (центрована на дитині), відреагування, побудови взаємовідносин і примітивна ігрова терапія.

За участю дорослого: директивна та недирективна.

За формою організації: індивідуальна та групова.

За структурою матеріалу: з неструктурованим і структурованим ігровим матеріалом.

Психологічна допомога часто починається з індивідуальної роботи (наприклад, терапія, центрована на дитині, за Г. Лендретом), яка з часом може переходити в групову форму.

Клієнт-центрований підхід передбачає створення спеціально організованого безпечного простору, де дитина має можливість вільно виражати себе. Роль психолога полягає до емпатичному відображенні дій, почуттів і слів дитини без оцінки чи нав'язування поведінкових моделей, що сприяє катарсису. Основна мета – фасилітація відреагування накопичених емоцій (зокрема, гніву, страху, провини).

Ігрова терапія відреагування (Д. Леві) орієнтована на структуроване використання іграшок для реконструкції травматичного досвіду з метою зниження тривоги. Вона дозволяє дитині відтворити й безпечно прожити тривожну подію, що має стабілізуючий ефект.

Методика Вайолет Оклендер («Вікна у світ дитини») сфокусована на активному вираженні емоцій і включає проєктивні методи (малювання, ліплення, рухову активність) для стимуляції усвідомлення витіснених почуттів.

Підхід на основі теорії соціального навчання (5-12 років)

використовується переважно для адаптації дітей до нових життєвих обставин (наприклад, переїзду). Основне завдання – формування гнучких моделей поведінки та розвиток навичок саморегуляції.

Групова ігрова терапія за А. Захаровим передбачає послідовність корекційних методик (бесіда, спонтанна гра, спрямована гра, навчання). Процес включає чотири взаємопов'язані етапи: об'єднання дітей у групу, розповідь, гру та обговорення. Гра в цьому контексті виконує діагностичну, терапевтичну та навчальну функції, а завдання психолога полягає у врахуванні актуального рівня розвитку гри для оптимального підбору методів.

Перехід до роботи з підлітками вимагає зміни терапевтичних стратегій. На думку багатьох вітчизняних дослідників (Г.В. Католик, І.О. Корнієнко, К.Б. Левченко, М.І. Мушкевич, О.М. Паламарчук, В.Г. Панок, І.І. Ткачук, І.В. Сазонова, К.Л. Чухрій та ін.), одним з найбільш ефективних методів є групова корекційно-відновлювальна робота, психотерапевтична, психореабілітаційна робота, що поєднує в собі методи і способи роботи різних психотерапевтичних підходів, в залежності від актуального стану, глибини та інтенсивності переживань, вікових, психофізіологічних та когнітивних особливостей учасників групи, та інших чинників. Такий комплексний, інтегрований підхід дає змогу якомога більше актуалізувати емоційні реакції, що виникли та «застрягли» в тілі та психіці невідреагованими, та надати можливість їх відпрацювати в безпечній, доброзичливій атмосфері групової роботи. Крім того, сама група та групова динаміка також має психотерапевтичний, лікувальний та відновлювальний для травмованої особистості ефект. Участь у групі дозволяє кожному учаснику в умовах безпеки та доброзичливої атмосфери отримати зворотний зв'язок від інших учасників задля адекватного та поглибленого розуміння себе, на тілесному рівні відчувати та відновити довіру до світу, отримати та надати підтримку, що сприятиме відновленню порушених базових ілюзій та базової довіри до світу в цілому⁵⁸.

⁵⁸ Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок

Отже, надання психологічної допомоги дітям, які постраждали від війни, є комплексним завданням, що потребує від фахівця глибоких знань про клінічні прояви, вікову специфіку реагування, а також володіння чітким алгоритмом дій та ресурсно-орієнтованими підходами. Такі підходи спрямовані на відновлення життєвої стійкості, довіри до світу та забезпечення успішної соціальної інтеграції.

3.2. Психологічна допомога ветеранам та учасникам бойових дій

Шлях ветерана – це шлях воїна, який навчається жити зі своїми демонами та знаходити мир. Роль психолога – бути провідником, який не судить, а розуміє, не жаліє, а надає інструменти для самопомоги та відновлення цілісності.

Психологічна допомога ветеранам та учасникам бойових дій є одним із ключових напрямів державної політики у сфері національної безпеки, охорони психічного здоров'я та соціальної підтримки. В умовах триваючої війни та післявоєнного відновлення вона набуває стратегічного значення, оскільки впливає не лише на благополуччя окремих осіб, а й на стійкість суспільства загалом.

Тривале перебування в бойових умовах, зіткнення зі екзистенційними загрозами, втрата побратимів та переживання морально складних ситуацій призводить до формування у ветеранів унікального комплексу психотравматичних наслідків. Вони часто маніфестуються у формі постравматичного стресового розладу (ПТСР), комплексного травматичного розладу, моральної травми, депресивних та тривожних станів, а також суттєвих труднощів соціальної реінтеграції.

Психологічний досвід учасників бойових дій має багатозаровий і комплексний характер. Він включає поєднання

військових дій (досвід упровадження) / В. В. Байдик, Ю. С. Бондарук, Ю. П. Гопкало та ін. Київ: Ніка-Центр, 2020. С. 61.

гострих та хронічних стресових чинників, моральних дилем, втрат та зміненого сприйняття реальності.

На відміну від цивільної травматизації, військова травма формується в специфічному середовищі, де домінують установки на витривалість, стриманість та емоційне оніміння (так звану «культуру стійкості»), що формує заборону на прояв «слабкості» та ускладнює звернення за психологічною допомогою. Нерідко такі особи звертаються до фахівців лише після серйозних криз.

Травматичний досвід у ветеранів часто має кумулятивний характер: накопичення численних травматичних епізодів протягом служби (постійний високий рівень напруги, хронічний дефіцит сну та відпочинку, загроза життю, втрата побратимів, участь у бойових діях, вимушене прийняття морально складних рішень; життя в умовах високої невизначеності та гіпермобілізації) призводить до комплексного травматичного стресового розладу та хронічної психофізіологічної дисрегуляції.

Однією з центральних відмінностей військової травми є її моральний вимір. Моральна травма виникає внаслідок участі або свідчення дій, які суперечать глибоким моральним переконанням особистості. Це може бути втрата товаришів, прийняття рішень, що призвели до загибелі інших, чи неможливість діяти згідно з власними етичними принципами. Основними емоційними проявами моральної травми є почуття провини, сорому, гніву, зради (з боку командування, побратимів чи суспільства). Вони руйнують систему цінностей і створюють глибокі екзистенційні кризи.

На відміну від класичного ПТСР, зумовленого страхом і відчуттям небезпеки, моральна травма торкається ядра особистісної ідентичності. Людина переживає порушення внутрішнього морального порядку, що проявляється у фразах типу: «Я вижив – а інші ні», «Я не зробив достатньо».

Важливим чинником психологічного стану ветерана є *військова ідентичність* – система цінностей, норм і переконань, сформованих у процесі служби. Вона визначає специфічний спосіб мислення, реагування на травматичні події і сприйняття навколишнього світу.

Після демобілізації багато ветеранів стикаються з феноменом ідентичнісного розриву – необхідністю переосмислити себе поза роллю воїна. Втрата спільноти побратимів, відсутність

чіткого соціального статусу, байдужість або нерозуміння з боку цивільного суспільства породжують почуття виключеності та ізоляції. Те, що в бойових умовах було джерелом сили й згуртованості, у мирному житті може перетворитися на бар'єр до соціальної інтеграції, якщо військова ідентичність не зазнає адаптивної трансформації. Оптимальною стратегією є перехід від ролі «захисника на війні» до ролі «громадянина, що служить суспільству в мирний спосіб» – через навчання, волонтерство, громадську діяльність. Така трансформація дозволяє зберегти почуття місії та життєвої мети.

Важливу роль у підтриманні або поглибленні травматичного стану відіграють соціальні умови. Соціальна ізоляція, стигматизація, бюрократичні труднощі, нестача реабілітаційних програм і підтримки сімей ветеранів часто призводять до вторинної травматизації. Відсутність адекватної реакції суспільства на потреби ветеранів посилює їхнє почуття непотрібності, втрати сенсу та недовіри до соціальних інститутів. Тому психологічна допомога має охоплювати не лише індивідуальний, а й системний рівень – роботу з родинами, громадянами, ветеранськими спільнотами та соціальними структурами.

Згідно з концепцією Джудіт Герман, одужання після травматичного досвіду є глибоко реляційним процесом, який неможливий у стані соціальної ізоляції⁵⁹.

Основними етапами подолання травми є:

1. Відновлення безпеки – фізичної, емоційної та соціальної;
2. Реконструкція наративу досвіду – надання сенсу подіям через їх усвідомлення та інтеграцію;
3. Реінтеграція у соціальний контекст – відновлення здатності до довіри, побудови нових міжособистісних зав'язків і повернення до активної участі в суспільному житті.

Таким чином, ефективна психологічна допомога ветеранам потребує поєднання індивідуальної психотерапії, сімейного консультування та соціальної підтримки, спрямованої на відновлення

Ключовою умовою ефективної психологічної допомоги

⁵⁹ Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.

ветеранам є формування атмосфери безпеки й довіри між психологом і клієнтом. Ветерани часто демонструють підвищену настороженість та обережність, що пов'язано з пережитим бойовим досвідом і зниженням базової довіри до світу. Без формування відчуття захищеності та психологічного контакту застосування будь-яких психотехнік не матиме бажаного результату.

Важливим є раціональне розташування співрозмовників під час консультації. Оптимальною вважається посадка під невеликим кутом (приблизно 120°), що забезпечує можливість підтримувати зоровий контакт, не створюючи при цьому відчуття тиску. Клієнт повинен мати можливість сидіти спиною до стіни, маючи у полі зору двері та вікна. Таке розташування сприяє зниженню тривожності та формуванню відчуття контролю над простором.

Контакт очей має залишатися помірним (орієнтовно 25-30 % часу бесіди), оскільки його надлишок може провокувати дискомфорт, роздратування або агресивну реакцію.

Дистанція між психологом і клієнтом відображає феномен «особистого простору», відомий у соціальній психології. Її оптимальний вибір залежить від характеру взаємин, тематики бесіди та культурних чинників. Порушення комфортної дистанції може ускладнити обговорення чутливих питань або викликати замкненість клієнта. Якщо ж консультант і клієнт розміщуються по різні боки столу, між ними зберігається офіційна соціальна дистанція, що може бути доцільним при роботі з емоційно нестабільними або напруженими клієнтами.

Проблема фізичного дотику тісно пов'язана з питанням оптимальної дистанції та рівня довіри між фахівцем і клієнтом. Дотик завжди має інтимний, емоційно насичений зміст, тому його застосування потребує особливої обережності. Він може бути доречним у роботі з клієнтами, які характеризуються емоційною чи соціальною незрілістю, перебувають у стані гострої психологічної кризи або втрати, а також у ситуаціях, коли психолог прагне м'яко продемонструвати підтримку й співпереживання.

Водночас у роботі з учасниками бойових дій фізичний дотик може сприйматися неоднозначно – як порушення особистих меж, спроба контролю чи навіть загроза. Це може спричинити миттєво оборонну або агресивну реакцію. Тому перед будь-яким доторком доцільно отримати явну згоду клієнта.

Надзвичайно важливо зберігати професійні межі у використанні дотику, уникаючи будь-яких ситуацій, коли він може набути еротичного підтексту або сприйматися як маніпулятивних вплив. Фізичний контакт у консультативній практиці не повинен бути спеціальною технікою чи заміною широко емоційного залучення. Лише спонтанний, природний і доброзичливий дотик, заснований на емпатії, може сприяти створенню безпечної атмосфери та підтримці довірливого контакту між психологом і клієнтом.

Особливе значення має уважне спостереження за емоційними реакціями клієнта – як спонтанними, так і тими, що змінюються залежно від змісту обговорюваних тем. Психолог має звертати увагу не лише на вербальні висловлювання, а й на невербальні прояви – пози, рухи, вираз обличчя, напруження м'язів, реакція «завмирання», прояви тривоги чи неспокою. Важливо вміти розпізнавати захисні механізми клієнта, які можуть маскувати його справжні переживання.

Розуміння індивідуальних особливостей особистості, закономірностей її поведінки у нормі та при психічній дезадаптації є необхідною умовою ефективної взаємодії. Опір і захисні реакції клієнта слід сприймати як природний феномен, спрямований на збереження внутрішньої рівноваги та уникнення болісних емоцій – тривоги, сорому, провини, відчуття безпорадності чи флешбеків. Ознаками опору можуть бути мовчання, уникання погляду, невідповідність емоцій змісту висловлювань (неконгруетність), забування домовленостей, пропуск сеансів, надмірна активність або, навпаки, емоційна скутість.

Учасники бойових дій тривалий час перебувають у стані підвищеної мобілізації нервової системи, звикають діяти швидко та рішуче в умовах загрози. Після повернення в цивільне життя цей режим не зникає автоматично – зберігаються гіперпильність, імпульсивність, різкі реакції на зовнішні подразники, емоційна нестабільність і труднощі з адаптацією. Це відображає наслідки психотравматичного досвіду, що формує постійну внутрішню настороженість і відчуття потенційної небезпеки. Раптові звуки, запахи чи ситуації можуть активізувати травматичні спогади, викликаючи сильні емоційні реакції.

Тому, під час взаємодії з учасниками бойових дій можлива

поява неадекватних або парадоксальних реакцій у процесі взаємодії – як із навколишніми, так і безпосередньо з психологом.

Поведінка може бути більш агресивною, у спілкуванні з'являється роздратованість та підвищується рівень конфліктності. Реакції перенесення часто мають надзвичайно інтенсивний характер із виявленням агресії та намаганням тримати психолога під контролем. Неконтрольований гнів та роздратованість, труднощі у взаєминах з оточуючими можуть з часом посилюватися поряд зі зростанням відчуття, що «ніхто не може мене зрозуміти, усвідомити через що я пройшов та відчуті мої страждання». Може з'являтися невмотивована настороженість, підозрілість, тривожність, несприйняття вказівок психолога та порад оточуючих, виправдування деструктивних дій, спалахи гніву, труднощі з концентрацією уваги, надмірна пильність та реакція на раптові подразники, бажання швидко все змінити, але без чіткого усвідомлення, як саме та з якою метою, тощо. Крім того, травматичне перенесення відображує переживання безпорадності й покинутості клієнта в момент травми та пов'язану з цими почуттями потребу в рятівникові. Роль рятівника часто делегується психологу, який унаслідок ідеалізації уявляється досконалим, всемогутнім, таким, що може напевно захистити від повторних травмувань. У випадку проявів невідповідності психолога цим фантазіям і очікуванням, клієнта охоплює сильний розпач і гнів, бажання помститися, довести психолога до стану жаху й безпорадності, які він сам пережив під час травми⁶⁰.

Такі реакції не слід трактувати виключно як прояви ворожості чи не бажання співпраці – вони можуть бути вираженням внутрішньої напруги, тривоги, недовіри або гіпернастороженості, що сформувалися як наслідок перебування в умовах бойових дій.

Нормалізація емоційних реакцій ветерана є ключовим чинником у формуванні довірливих відносин між психологом та ним. Усвідомлення фахівцем того, що прояви агресії, тривоги або емоційного оніміння є типовими для травматичного досвіду, сприяє зниженню стигми та почуття провини у клієнта. Така позиція

⁶⁰ Особливості стосунків «психотерапевт - клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія / З. Г. Кісарчук та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.

психолога допомагає клієнтові прийняти власні переживання як природну реакцію на надзвичайні обставини, що, у свою чергу, зменшує внутрішню напругу та полегшує процес адаптації.

У роботі з учасниками бойових дій психолог повинен демонструвати емоційну стійкість, професійну дистанційованість і толерантність до можливих коливань емоційного стану клієнта. Важливо не лише швидко реагувати на прояви дистресу, але й забезпечувати стабілізуючу присутність, яка підтримує відчуття безпеки. Створення безпечного терапевтичного простору сприяє поступовому зниженню напруженості, відновленню базової довіри до міжособистісних контактів та формуванню основи для подальшої психологічної реабілітації.

На початку взаємодії психолог має поінформувати клієнта про принцип конфіденційності. Це передбачає збереження в таємниці всіх відомостей, що стосуються особистого життя, переживань і проблем клієнта, а також недопущення фіксації чи використання інформації, розголошення якої може становити ризик для національної безпеки.

Початок бесіди має бути максимально доброзичливим і спрямованим на створення атмосфери довіри. Доцільно розпочати спілкування з нейтральних або позитивних тем. Це допомагає зняти напруження, налаштувати клієнта на відкритість і поступовий перехід до обговорення складніших тем. Варто уникати формулювань, які можуть викликати оборонну реакцію або знецінити досвід клієнта.

Особливості спілкування з учасником бойових дій

1. Не примушуйте його розповідати про війну.
2. Не переривайте, не зупиняйте його, коли він говорить.
3. Слухайте його уважно.
4. Не давайте оцінок почасти тому від нього.
5. Не використовуйте під час спілкування висловів на зразок: «Війна – це пекло», «Так, я розумію» тощо.
6. Не давайте йому порад, попередньо не вислухавши його уважно.
7. Перед тим, як надати пораду чи рекомендацію,

переконайтеся, що він не проти її вислухати ⁶¹.

Висловлювання-поради Ф. Бурнарда практикуючому психологу

- не читати настанов;
- не давати порад та рецептів;
- не порівнювати досвід клієнта з власним досвідом;
- не говорити клієнту, що він щось не відчуває;
- не оцінювати;
- не засуджувати;
- не нав'язувати клієнту свою власну мету;
- не обговорювати проблему клієнта з сторонніми людьми;
- не бути одноманітним в реакціях на проблему;
- не приділяти багато уваги другорядним питанням;
- не використовувати в роботі лише свій досвід;
- не викликати у клієнта песимізм і невпевненість;
- не придушувати переживань клієнта, а скеровувати їх у вірне русло.

Ураховуючи, що багато ветеранів розглядають зустріч із психологом як одноразову, головним завданням психолога є не глибока реконструкція особистісних структур, а створення підтримувального простору, який стимулює саморефлексію й відкритість до подальшої роботи.

Завершення має бути позитивним. Психолог може підкреслити значущість проведеної роботи, подякувати клієнту за довіру і запропонувати можливість подальшого контакту, наприклад: *«Ми сьогодні продуктивно попрацювали. Якщо відчуєте потребу продовжити розмову або обговорити інші питання – я завжди готовий(-а) зустрітися з вами знову.»*

У процесі психологічного консультування може з'ясуватися, що клієнт потребує допомоги фахівців іншого профілю – юриста, психіатра, соціального працівника чи медика, у таких випадках психологу доцільно не лише рекомендувати звернення до відповідного експерта, а й надати конкретну інформацію про

⁶¹ Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. С. 26.

фахівця, графік його прийому або можливі шляхи звернення. Такий підхід підвищує ймовірність того, що клієнт дійсно скористається необхідною допомогою, знижує рівень його тривожності та сприяє ефективній міжвідомчій взаємодії.

Важливим аспектом консультативної діяльності є раціональне використання часу. Ефективна організація консультаційного процесу дозволяє забезпечити необхідний часовий резерв, оптимізувати роботу мультидисциплінарної команди фахівців і досягти запланованих результатів у найкоротші терміни, не знижуючи при цьому якості психологічної допомоги.

У процесі роботи психолог завжди повинен іти за клієнтом, не форсуючи подій і не прискорюючи темп терапії. Психологічна допомога учасникам бойових дій – процес нерівномірний і суперечливий. Тут, як на війні, є просування вперед і відступи. Консультант повинен бути готовим до цього⁶².

Якість стосунків між клієнтом і психологом часто визначає успіх терапії навіть більше, ніж конкретні техніки. У процесі побудови терапевтичного альянсу психолог має: демонструвати стабільність, професіоналізм і передбачуваність поведінки; уникати оцінювальних суджень, моралізаторства та примусу до розкриття травматичних спогадів; чітко окреслювати межі конфіденційності та пояснювати умови винятків (загроза життю та здоров'ю клієнта чи інших осіб).

Ветерани надзвичайно чутливі до фальші, тому психолог має бути щирим та емоційно стабільним. Допустимим і навіть важливим є відкрито визнати власні межі: «Я не був на війні, але я тут, щоб зрозуміти і допомогти вам упоратися з цим досвідом».

Необхідно чітко пояснювати кожен крок, процедури, межі терапії, що створює передбачуваність і безпеку, яких бракує після хаосу війни. Клієнт повинен мати владу в процесі терапії – вирішувати, про що говорити, коли робити паузу, чи готовий він до певних технік. Це допомагає відновити відчуття автономії, втрачене під час бойових дій.

⁶² Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. С. 17.

Контакт з травмованими клієнтами може викликати у спеціаліста негативні емоційні реакції, спричинити травматичне контрперенесення, найгострішим проявом якого є реакція за типом «провина свідка», призвести до віктимізації, професійного вигорання тощо⁶³.

Що стосується травматичного контрперенесення, тобто спектру «емоційних реакцій психолога на постраждалого та на саму травматичну подію», то серед них вирізняють, по-перше, явище «непрямої травматизації», коли психолог під впливом вислуханої історії клієнта переживає негативні емоції, подібні до тих, що відчував сам потерпілий під час травмування; по-друге, можливість проявів у спеціаліста симптомів ПТСР, що пов'язані з повторним переживанням у процесі допомоги постраждалому власного травматичного досвіду, що мав місце в минулому; по-третє, емоційні реакції психолога на саму травмівну подію, що присутні тінню в стосунках між психологом і клієнтом і виводить почуття контрперенесення за межі діадної взаємодії, надаючи їм особливої інтенсивності.

У спектрі контртрансферних реакцій психолога відзначають також:

а) переживання, пов'язані із порушеннями стосунків зі світом, подібні до переживань військовослужбовця, – зростання недовірливості, песимістичності, цинічності;

б) почуття безпорадності як наслідок емпатійного контакту з постраждалим, що може викликати, з одного боку, знецінення своєї роботи, переживання некомпетентності, розчарування, з іншого – як захист від цих почуттів – прийняття на себе ролі всемогутнього рятувальника клієнта, порушуючи при цьому рамки терапії та закріплюючи цією позицією травматичне перенесення й безпорадність клієнта;

в) емоційну ідентифікацію з такими переживаннями постраждалого, як лють, гнів до агресора та до інших людей, які не захистили під час травмування або не розуміють зараз. Унаслідок

⁶³ Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : Логос, 2015. 207 с.

такої ідентифікації, усвідомлюючи силу й глибину агресивних почуттів клієнта, психолог може відчувати страх стосовно нього та упереджувати вияв його почуттів власним гнівом або бути занадто терпимим до проявів його агресії;

г) ідентифікацію з переживанням клієнтом глибокого горя, коли психолог через контакт із постраждалим починає відчувати таку тугу й відчай, ніби сам перебуває в жалобі. Піддавшись таким почуттям, психолог унеможлиблює для себе виконання функцій супроводу та підтримання психотерапевтичного альянсу;

д) ідентифікацію з почуттями «зловмисника», яка може проявлятися в таких формах: скепсис щодо історії клієнта; засудження його дій, які не відповідають позиції «хорошого» постраждалого; зневага до безпорадності клієнта, страх перед його люттям, відроза, бажання його позбутися. Через такі реакції психолог дізнається про особливості своєї здатності до зла, а отже, про симптоми власної проблеми, увага до якої особливо необхідна при допомозі травмованим людям;

є) емоційні реакції, що пов'язані з переживанням ролі «неушкодженого спостерігача», зокрема, універсальна реакція «провина свідка», коли психолог відчуває вину просто за те, що його минули страждання, яких зазнав клієнт. Це почуття може, поперше, примушувати психолога нехтувати своїми потребами та інтересами, по-друге, спонукати його до особливого завзяття й відповідальності в роботі з травмованою людиною, надмірної опіки стосовно неї, що позбавляє клієнта необхідності докладати власних зусиль для відновлення своїх життєвих функцій⁶⁴.

Отже, для психологів, які працюють із військовими, доцільно проводити додаткову підготовку та інтерв'язійні групи. Це дасть можливість запобігти вигоранню та накопичити досвід⁶⁵.

⁶⁴ Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. С. 18-19.

⁶⁵ Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. С. 25.

Робота психологів з військовою травмою базується на трифазній моделі терапії (Дж. Герман, П. Фінк), що передбачає поступове відновлення контролю, інтеграцію травматичного досвіду та формування нової ідентичності^{66, 67}.

Фаза 1. Стабілізація та відновлення контролю.

Мета – відновити відчуття безпеки, стабільності та базової саморегуляції. Це є необхідною умовою для переходу до опрацювання травми.

Застовуються такі методи:

Психоедукація: пояснення нейропсихологічних механізмів травми, нормалізація симптомів («те, що ви відчуваєте – нормальна реакція на ненормальні події»).

Техніки заземлення: використання сенсорних вправ для повернення клієнта у «тут і зараз» під час флешбеків або дисоціативних станів (наприклад, техніка «5-4-3-2-1», фокусування на зовнішніх об'єктах, самоконтакт).

Навчання навичкам регуляції: оволодіння дихальними вправами, прогресивною м'язовою релаксацією та візуалізацією безпечного місця.

«Контейнерування»: навичка відкладати важкі спогади для запобігання емоційному перенавантаженню.

На цьому етапі не допускаються форсування розмов про травматичні події.

Фаза 2. Опрацювання та інтеграція травматичного досвіду

Мета – поступова контрольована робота з травматичними спогадами в умовах безпеки. Виконується лише після стабілізації психоемоційного стану.

Можуть застосовуватися методи:

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ): адаптовані методи, спрямовані на зміну дезадаптивних когнітивних установок, пов'язаних із травмою (провина, небезпека світу) та поступову експозицію до спогадів або тригерів.

⁶⁶ Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror*. New York : Basic Books. 1992. 416 p.

⁶⁷ Fink P. The trauma model: A useful conceptual framework for the treatment of patients with functional somatic symptoms. *The American Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 157(6). P. 1017-1023.

Десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR): використовується для зниження емоційного заряду травматичних спогадів та їхньої інтеграції у більш адаптивну нейромережу.

Наративна терапія: допомога клієнту у створенні нової, когерентної та осмисленої розповіді про свій досвід, де травма стає частиною історії, а не визначає особистість.

Фаза 3 . Реінтеграція та відновлення життєвої траєкторії.

Мета – допомогти клієнту знайти новий сенс, інтегрувати травматичний досвід і відбудувати цивільне життя.

Ця фаза фокусується на поверненні ветерана до соціального, професійного та сімейного життя, включаючи роботу над моральною травмою.

Робота з моральною травмою: використання наративних та когнітивних інтервенцій для опрацювання почуття провини та сорому, сприяння самопрощенню та пошуку шляхів виправлення морального дисбалансу через громадську діяльність або служіння.

Побудова нової ідентичності: пошук відповіді на питання «Хто я поза війною?» – інтеграція досвіду у новий життєвий наратив, допомога у переході від військової ідентичності до цивільної.

Відновлення соціальних навичок: тренінги комунікації, управління гнівом, відновлення довіри до соціальних інститутів та формування нових здорових соціальних зв'язків.

На сьогодні в практиці психологічної допомоги нараховується декілька сотень підходів і шкіл, які розроблені й використовуються психологами різних країн у роботі з клієнтами. Серед цих підходів немає специфічних «військових» психологічних технологій допомоги. Психологічна проблематика пов'язана й визначається не ситуацією, а тим, як людина сприймає, інтерпретує й ставиться до своєї життєвої ситуації⁶⁸.

Психологічна допомога особам, які пережили бойові дії, традиційно зосереджується на подоланні наслідків психотравми, стабілізації емоційного стану та зниження проявів

⁶⁸ Коқун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. С. 20.

постравматичного стресового розладу. Водночас сучасна наукова парадигма розширює розуміння травматичного досвіду, розглядаючи його не лише як джерело деструкції, але й як можливість внутрішньої трансформації. Досвід війни, попри свій руйнівний потенціал, може стати поштовхом до глибокого переосмислення життєвих цінностей, відкриття нових сенсів і зміцнення особистісної стійкості.

Саме в цьому контексті особливого значення набуває концепція посттравматичного зростання (далі ПТЗ) – феномена, що відображає позитивні зміни у світогляді, цінностях і самоусвідомленні особистості після пережитих травматичних подій.

Дослідження ПТЗ активно розвиваються з початку 1990-х років, коли Р. Тедеші та Л. Калгун запропонували перший науково обґрунтований інструмент для оцінки як негативних, так і позитивних наслідків травматичного досвіду – «Шкалу посттравматичного зростання». Цей підхід змінив парадигму розуміння травми: від сприйняття її виключно як руйнівного чинника – до усвідомлення її потенціалу як поштовху до особистісного розвитку.

Посттравматичне зростання не заперечує болю чи втрат, пов'язаних із травмою, але передбачає, що завдяки рефлексії, підтримці та переосмисленню досвіду особа може досягти вищого рівня саморозуміння, життєвої мудрості та ціннісної зрілості. Для ветеранів це може означати:

- глибше усвідомлення сенсу життя та пріоритетів;
- посилення відчуття власної стійкості та сили;
- формування нових, більш автентичних міжособистісних зв'язків;
- зростання духовності або екзистенційного прийняття;
- розвиток здатності допомагати іншим, використовуючи власний досвід.

У психотерапевтичній роботі з ветеранами акцент на посттравматичному зростанні допомагає змінити фокус із виключно патологічного сприйняття травми на потенціал розвитку, сприяє формуванню позитивної самоідентичності та відновленню почуття гідності. Такий підхід не применшує страждання, але допомагає інтегрувати його у життєвий досвід як джерело нових смислів.

Отже, психологічна допомога ветеранам та учасникам

бойових дій є багатовимірним процесом, спрямованим не лише на подолання наслідків травми, а й на відновлення особистісної цілісності, пошук смислів та інтеграцію пережитого досвіду у власну життєву історію. Йдеться не про лікування травми як «дефекту», а про підтримку сильної особистості, яка пройшла через екстремальні випробування і потребує умов для внутрішньої стабілізації, осмислення та розвитку.

Складність цієї роботи визначається поєднанням глибоких психотравматичних переживань, впливу військової субкультури, соціальних труднощів адаптації та високого емоційного навантаження як для клієнта, так і для фахівця. Тому сучасна модель психологічної допомоги ветеранам ґрунтується на принципах поетапності, довіри, стабільності, гуманізму та наукової обґрунтованості, поєднуючи професійні стандарти з глибокою емпатією і повагою до людської гідності.

3.3. Психологічна допомога ВПО (внутрішньо переміщеним особам)

Травма ВПО – це подвійна рана: втрата домівки та втрата опори у власному майбутньому. Психологічна допомога – це не просто підтримка в стресовій ситуації; це допомога у будівництві нового фундаменту життя на незнайомому ґрунті, коли старий залишився десь далеко і, можливо, вже не існує.

Повномасштабна військова агресія Російської Федерації проти України спричинила безпрецедентні за масштабами міграційні процеси. Мільйони громадян України набули статусу внутрішньо переміщених осіб (ВПО). За даними Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України, станом на серпень 2025 року чисельність цієї категорії населення сягає 4,4 млн офіційно зареєстрованих осіб, що підкреслює критичну

актуальність проблеми їхньої психологічної підтримки ⁶⁹.

ВПО – це особи, які були змушені покинути своє постійне місце проживання, не перетинаючи державного кордону, внаслідок збройного конфлікту, окупації або загрозу життю. Ця велика соціальна група об'єднана спільним травматичним досвідом, який характеризується як екстремальна кризова ситуація. Вимушене переселення зумовлює пролонговану психологічну кризу, що призводить до глибокої трансформації внутрішньої структури особистості, змінюючи її ціннісні орієнтації, мотиваційну, когнітивну, емоційну та поведінкову сфери ⁷⁰.

Проблема збереження психічного здоров'я та соціальної адаптації ВПО є ключовою передумовою для післявоєнного відновлення українського суспільства. Такі умови формують специфічний комплекс психологічних труднощів, які вимагають системної, професійної та диференційованої психологічної допомоги.

Дослідження вітчизняних і зарубіжних науковців свідчать, що вимушене переселення є багатовимірним травматичним чинником, що руйнує базове відчуття безпеки, стабільності та довіри. Одним із найбільш глибоких наслідків є *криза ідентичності*, що проявляється у втраті відчуття себе, своїх соціальних ролей, у зниженні самооцінки та дезорієнтації у визначенні життєвих цілей. Подолання цієї кризи є вирішальним чинником успішної довгострокової адаптації.

Згідно з узагальненими результатами досліджень (В. Кердивар ⁷¹, О. Котух ⁷², В. Педоренко ⁷³, О. Солдатова ⁷⁴,

⁶⁹ В Мінсоцполітики назвали кількість ВПО в Україні: які програми для них діють <https://finteco.com.ua/article/22146-v-minsotspolityky-nazvaly-kilkist-vpo-v-ukraini-iaki-prohramy-dlia-nykh-diiut/> (дата звернення: 09.09.2025).

⁷⁰ Михлюк Е., Логовський І. Психологічні особливості життєстійкості внутрішньо переміщених осіб. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2024. № 1(7). С. 105-117.

⁷¹ Кердивар В. В., Христенко В. Є. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту : монографія. Харків, 2021. С. 65.

З. Спринська⁷⁵ та ін.), у внутрішньо переміщених осіб простежуються наступні основні симптомокомплекси:

Сфера	Ключові прояви та порушення
Емоційна	Тривожність (реактивна, пролонгована), депресивність (аж до суїцидальних намірів), невротичність, апатія, агресивність, фрустрація, відчуття безвиході, сором і провина. Ці стани є найбільш поширеними.
Когнітивна	Погіршення пізнавальних процесів (увага, пам'ять, мислення). Когнітивні викривлення: песимістична оцінка перспектив, очікування негативної оцінки від оточення, почуття власної неповноцінності.
Мотиваційна	Зниження рівня домагань і самооцінки (нестабільна), втрата інтересу до життя, виникнення екзистенційних проблем (втрата сенсу).
Поведінкова	Унікаюча поведінка (прагнення до захисту, перекидання відповідальності, уникнення реальних проблем), труднощі соціальної адаптації, пасивність, схильність до імпульсивної поведінки та егоцентричності.

⁷² Котух О. В. Психологічне благополуччя внутрішньо переміщеної особи: адаптація та інтеграція в нову громаду. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2023. Вип. 1. С. 56-61.

⁷³ Педоренко В. М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 5. С. 6.

⁷⁴ Солдатова О. С. Соціально-психологічні особливості адаптації внутрішньо переміщених осіб. *Матеріали III міждисциплінарної наук.-практ. конф., 6 жовтня 2017 р.* Одеса : Національний університет «Одеська юридична академія», 2017. С. 80-83.

⁷⁵ Спринська З. В. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 6. С. 56.

Такі зміни нерідко супроводжуються соматизацією, загостренням хронічних захворювань, розвитком ПТСР і поглибленням кризових станів. Відсутність системної підтримки може провокувати девіантні форми поведінки, зокрема соціальну ізоляцію, агресивність чи деструктивні прояви.

На тлі цих загальних проблем, у частини ВПО формується специфічний, дезадаптивний стан, визначений як «синдром жертви», який ускладнює адаптаційні процеси. Цей синдром є типом поведінки та мислення, що заснований на зовнішніх обставинах, впливі соціуму та характеризується деструктивним мисленням та провокаційними діями.

Під синдромом жертви у внутрішньо переміщених осіб розуміють наявність комплексу індивідуально-психологічних особливостей, зокрема: підвищену агресивність, що нерідко спрямовується на оточення та державні інституції; негативне ставлення до власного життєвого досвіду та соціальної дійсності; а також набутої безпорадності – переконання у власній нездатності впливати на події чи контролювати ситуацію.

Зовнішніми детермінантами формування синдрому жертви є екзистенційна загроза, невирішеність базових фізіологічних і безпекових потреб, невпевненість у близькому майбутньому, відсутність довгострокових життєвих планів. Серед внутрішніх чинників – індивідуальні особливості особистості, рівень моральної зрілості, особистий досвід, наявність або відсутність навичок емоційної саморегуляції⁷⁶.

Психологічні дослідження свідчать, що близько 8 % внутрішньо переміщених осіб (ВПО) виявляють ознаки синдрому жертви. Цей синдром формується, як правило, через шість місяців після переселення, особливо за умов невирішення базових потреб людини – у безпеці, житлі, матеріальному забезпеченні, працевлаштуванні тощо. Він виступає серйозним чинником, що ускладнює процес адаптації та соціалізації на новому місці проживання, і може проявлятися в широкому діапазоні психологічних наслідків – від емоційної дезадаптації до

⁷⁶ Кердивар В. В., Христенко В. Є. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту : монографія. Харків, 2021. 143 с.

психогенних розладів ⁷⁷.

Особливу увагу необхідно приділяти гендерно-віковим особливостям переживання травматичного досвіду.

У чоловіків частіше виявляються почуття провини за неможливість забезпечити сім'ї захист і матеріальне благополуччя, зберегти рідний дім чи знайти роботу. Для них характерні труднощі у вираженні та контролі емоцій, агресивність, зумовлена відчуттям безсилля, а також переживання через те, що не вдалося убезпечити близьких.

У жінок домінують страхи, викликані пережитими подіями, тривога за власне та дитяче майбутнє. Часто ці переживання компенсуються надмірною турботою про членів сім'ї, прагненням забезпечити стабільність і комфорт на новому місці проживання. Водночас зростає тривожність, що поєднується з почуттям самотності та підвищеною відповідальністю за добробут родини.

Діти переживають вимушене переселення особливо гостро. Травмуючий досвід війни, розлука з друзями, руйнування звичного середовища спричиняють порушення психічного розвитку. Низька стресостійкість обумовлена тим, що період дитячої соціалізації вже потребує значних психічних ресурсів, а вимушена міграція накладає додаткове навантаження. Психіка дитини може не витримати подвійного тиску, що призводить до порушень емоційної регуляції, труднощів у розумінні й вираженні власних почуттів, ізоляції та розгубленості. Втрата друзів і колективу навчання підриває базову довіру до світу, яка лише формується, а нове соціальне оточення чинить додатковий стрес. Такі перевантаження нерідко провокують порушення сну, страхи, фобії, агресивні реакції. Невпевненість та розгубленість у дітей часто проявляються через негативізм і відстороненість ⁷⁸.

Вимушене переселення, розрив соціальних зв'язків і нові виклики сприяють формуванню високого рівня самотності, що

⁷⁷ Кердивар В. В., Христенко В. Є. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту : монографія. Харків, 2021. 143 с.

⁷⁸ Кердивар В. В., Христенко В. Є. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту : монографія. Харків, 2021. 143 с.

ускладнює процес інтеграції. Додатковим ризиком є вторинна травматизація у приймаючій громаді, спричинена недовірою, упередженістю або байдужістю з боку місцевого населення. Це посилює відчуття ізоляції та безпорадності, знижуючи мотивацію до соціальної взаємодії.

Виходячи з цього, психологічна допомога ВПО має ґрунтуватися на розумінні комплексного характеру травматичних впливів і бути спрямованою на відновлення внутрішніх ресурсів особистості. *Основними завданнями психологічної підтримки* виступають:

1. Подолання гострих реакцій стресу, навчання базовим навичкам саморегуляції та відновлення базового відчуття безпеки.
2. Підтримка позитивного образу «Я», пошук нових сенсів і життєвих орієнтирів.
3. Розвиток адаптаційних механізмів – формування навичок ефективного реагування на зміни, подолання почуття безсилля.
4. Профілактика соціальної ізоляції шляхом відновлення контактів, залучення до груп підтримки, активізації соціальної участі.
5. Травма-фокусована робота – усвідомлення та переосмислення пережитого травматичного досвіду через безпечне вираження емоцій, використовуючи, наприклад, наративну або арт-терапію.

Комплексна допомога ВПО передбачає мультимодальний підхід, який поєднує індивідуальну, групову та спільнотну роботу. Найефективнішими *напрямами* є:

1. Кризове консультування (зосередження на стабілізації емоційного стану, навчання базових навичок саморегуляції).
2. Психоедукація (підвищення обізнаності про природу стресових реакцій, нормалізація почуттів, формування стратегій подолання).
3. Групи взаємопідтримки (сприяння відновленню соціальних зв'язків, зниження почуття самотності, формування спільнотної ідентичності).
4. Арт- і наративна терапія (допомога вербалізувати

травматичний досвід і знайти особистісні сенси).

5. Системна сімейна терапія (актуальна у випадках дестабілізації родинних стосунків після переселення).

6. Ресурсно-орієнтований підхід (акцент на сильних сторонах, виявлених у процесі SWOT-аналізу: здатність до адаптації, стресостійкість, потенціал особистісного зростання).

Для ефективної взаємодії з ВПО психолог повинен:

- забезпечити стабільність та передбачуваність власної поведінки;
- створити простір, де людина відчуває себе почутою, не оцінюваною та прийнятою;
- пояснювати мету, зміст та межі психологічної роботи простою та доступною мовою;
- виявляти емпатію, не форсуючи розповідей про травматичний досвід;
- підтримувати відчуття контролю над власними діями та рішеннями.

Формування довіри – це поетапний процес, особливо для осіб, які пережили руйнування соціальних зв'язків. Систематична підтримка, валідація емоцій і повага до автономії клієнта є визначальними умовами ефективної допомоги.

Завдання фахівця полягає не лише у зменшенні наслідків травми, а й у сприянні формуванню адаптивної ідентичності, розвитку резилієнтності та відновленню довіри до соціального середовища. Головним фокусом психологічної роботи є допомога людині у відмові від неадаптивних форм поведінки – пасивності, уникнення, перекладання відповідальності – та формування нових моделей взаємодії, що забезпечують інтеграцію у спільноту й реалізацію власного потенціалу.

У світовій практиці допомога внутрішньо переміщеним особам описується поняттям *МНПСС (Mental Health and Psychosocial Support)* – системи комплексних заходів, спрямованих на підтримку психічного здоров'я та відновлення психосоціального добробуту. МНПСС передбачає не лише лікування посттравматичних розладів, але й активізацію ресурсів громади для формування відчуття безпеки, довіри та належності. Ключовим елементом цієї системи є залучення місцевих громад, освітніх і волонтерських структур, що створюють середовище прийняття й підтримки ВПО. Такий підхід

допомагає запобігти соціальній ізоляції та долає поширену помилку, коли допомога обмежується лише задоволенням базових потреб (житло, харчування, одяг), ігноруючи психоемоційні аспекти.

Психологічна підтримка ВПО має бути спрямована на активізацію внутрішніх ресурсів, відновлення відчуття контролю над власним життям і мотивації до соціальної участі. Лише цілісний, системний підхід дозволяє не просто подолати наслідки вимушеного переселення, а й перетворити кризовий досвід на поштовх до особистісного та соціального зростання.

3.4. Психологічна допомога особам, які пережили окупацію або насильство

Пережити насильство – це опинитися в полоні у власних спогадах. Роль психолога – бути не рятівником, який вириває з полону, а тим, хто передає ключі, допомагаючи людині знайти в собі сміливість відкрити двері та зробити перший крок назустріч свободі.

В умовах збройного конфлікту в Україні проблема осіб, які пережили полон, тортури, сексуальне насильство чи перебування в окупації, набула надзвичайної актуальності. Ці явища мають не лише гуманітарний, а й глибокий психологічний вимір, оскільки пов'язані з грубим порушенням прав людини, руйнуванням гідності та особистісної цілісності.

Масштабне позбавлення волі, що стосується як цивільних осіб, так і військовослужбовців, залишається суворою реальністю в умовах триваючого збройного нападу Російської Федерації на Україну. Спираючись на попередні висновки УВКПЛ, ця доповідь описує поведінку з цивільними особами, позбавленими волі у

зв'язку зі збройним конфліктом з 2022 року ⁷⁹.

З початку повномасштабного вторгнення задокументували 372 випадки сексуального насильства, пов'язаного з конфліктом (СНПК): 236 із них стосуються жінок, 136 - чоловіків, 19 - неповнолітніх дівчат та один - неповнолітнього хлопця. Як зазначили в ОГП, потерпілі повідомили про зґвалтування, каліцтво або насильство над статевими органами, примусове оголення, погрози та спроби зґвалтування, примус дивитися на сексуальну наругу над близькими ⁸⁰.

Реальна кількість постраждалих значно більше через страх, стигматизацію та відсутність безпечних умов для звернення по допомогу. Так, рівень сексуального насильства стосовно чоловіків та хлопців в умовах конфлікту значно вищий, ніж прийнято вважати чи публічно визнано ⁸¹.

Також, ця статистична інформація не стосується військовослужбовців, бо такі дані до закінчення воєнного стану не підлягають розголошенню.

Злочини, які чиняться окупаційними силами, охоплюють зґвалтування, примусове роздягання, сексуалізовані тортури (електрошок, побиття по статевих органах, групові зґвалтування), каліцтва а також погрози сексуального насильства щодо дітей і родичів. Вони спрямовані не лише на фізичне приниження, а й на руйнування психічної цілісності, відчуття гідності та суб'єктності.

Травма сексуального насильства, пов'язаного з конфліктом

⁷⁹ Поводження з цивільними особами, позбавленими волі в контексті збройного нападу Російської Федерації на Україну. URL: <https://ukraine.un.org/uk/> (дата звернення: 13.10.2025).

⁸⁰ Від початку повномасштабної війни 19 окупантів отримали судові вироки за сексуальне насильство. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/skilki-rosiyan-otrimali-viroki-za-seksualne-nasilstvo-309735/> (дата звернення: 13.10.2025).

⁸¹ Сарета А., Мельниченко О., Степанюк О. Робота з постраждалими від сексуального насильства в умовах збройного конфлікту: посібник для фахівців із психологічної допомоги та екстреного реагування в Україні. Київ: Рада Європи, 2022. С. 59.

(СНПК) має комплексний характер: вона включає глибоке порушення тілесної автономії, сексуальності, довіри, відчуття безпеки, що веде до постравматичних розладів, сексуальної дисфункції, втрати здатності до близькості й репродукції.

До наслідків сексуального насильства, які були неодноразово зафіксовані, відносять⁸²:

- сильний фізичний та психологічний біль у постраждалих осіб, який може призвести до важких фізичних та психологічних травм;

- підвищений ризик низки проблем сексуального та репродуктивного здоров'я з безпосередніми та довгостроковими наслідками;

- погіршення відносин з чоловіком/дружиною та дітьми;

- дестабілізація гендерної та сексуальної ідентичності (найчастіше у постраждалих осіб чоловічої статі);

- руйнування соціальних зв'язків у цільових громадах;

- загострення існуючої релігійною, етнічної та іншої ворожнечі в суспільстві;

- у разі непропорційного вчинення стосовно жінок та дівчат – посилення гендерної нерівності, створення перешкод на шляху досягнення рівноправ'я, розвитку та миру.

Психологічна допомога таким особам є найскладнішим напрямом травматерапії. Особи, які повертаються з полону, часто не усвідомлюють масштаб пережитого насильства. Первинна реакція – відчуття полегшення від звільнення – змінюється симптомами ПТСР: безсонням, кошмарами, панічними атаками, емоційним заціпенінням, відчуженням від близьких.

Це вимагає від фахівця високого рівня професійної компетентності, глибокого розуміння природи комплексної травматизації, етичної чутливості та спеціальної підготовки. Наявний дефіцит кваліфікованих психологів, зокрема сімейних консультантів і сексологів, суттєво ускладнює процес реабілітації

⁸² Сарета А., Мельниченко О., Степанюк О. Робота з постраждалими від сексуального насильства в умовах збройного конфлікту: посібник для фахівців із психологічної допомоги та екстреного реагування в Україні. Київ: Рада Європи, 2022. С. 44-45.

осіб, які пережили насильство чи полон. Перший контакт із нефармовим спеціалістом може спричинити повторну травматизацію, що посилює стан постраждалої особи.

У зв'язку з цим особливої актуальності набуває створення мультимодальних програм відновлення, які охоплюють психологічну, сімейну, сексуальну та соціальну підтримку, забезпечуючи комплексний підхід до реабілітації. Такий підхід відповідає рекомендаціям Міжвідомчого постійного комітету ООН (IASC) щодо інтеграції психосоціальної підтримки в системи допомоги постраждалим від гендерно-зумовленого насильства (IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, 2007) та стандартам Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо роботи з особами, які пережили сексуальне насильство (WHO Clinical Management of Rape and Intimate Partner Violence, 2019).

Водночас, попри те, що жінки й дівчата є основними жертвами сексуального насильства, пов'язаного з конфліктом (СНПК), важливо визнавати, що чоловіки та хлопчики також зазнають подібних злочинів. Тому необхідно впроваджувати гендерно-нейтральну мову, розвивати чутливість фахівців до різних проявів травми та гарантувати рівний доступ до допомоги всім постраждалим – незалежно від статі. Такий підхід узгоджується з принципами ООН із запобігання сексуальному насильству в умовах конфлікту та глобальною рамкою UN Action against Sexual Violence in Conflict.

Метою комплексної реабілітації є допомога особам, що пережили тортури чи полон, відновити почуття цілісності, безпеки та здатності до повноцінного життя. Реабілітаційна програма включає⁸³:

- індивідуальну та групову психотерапію;
- фармакотерапію (за потреби);
- психоосвітню та соціальну підтримку.

Травматичний досвід пов'язаний з окупацією та насильством, часто має багатовимірний і пролонгований характер, що відрізняє його від гострої, одиничної травми. Ключовими

⁸³ Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Том 3. Київ. 2018. 236 с.

аспектами виступає:

1. Комплексний травматичний стресовий розлад (КПТСР), який виникає внаслідок тривалої повторюваної або множинної травматизації, що характеризується не лише типовими симптомами ПТСР (флешбеки, уникнення), але й глобальними порушеннями самоорганізації:

- дисрегуляції емоцій (надмірна реактивність або емоційне уміння);

- негативне самосприйняття (стійке почуття провини сорому, нікчемності);

- проблеми у стосунках (порушення довіри та соціальної інтеграції).

2. Травма зради, яка виникає, коли травматичні події скоєнні внаслідок дій або бездіяльності посадовців або інституцій, яким постраждалий мав довіряти (наприклад, представникам влади, які «захищали» територію).

3. Руйнування ідентичності та моральна травма через насильство та примус, що спрямовані на дегуманізації та знищення базових цінностей. Це призводить до гострого відчуття моральної травми, особливо коли особа була змушена діяти проти своїх переконань заради виживання.

4. Соціальна стигматизація – після звільнення постраждали можуть зіткнутися з вторинною травматизацією через недовіру, осуд або байдужість суспільства, особливо у випадках сексуального насильства (СНПК).

Повторювані травми в результаті полону та тортур перетворюють людину на жертву, і глибоку змінюють її ідентичність на фізичному, психологічному, соціальному та духовному рівні. Про те, наскільки закріпиться роль жертви, якими будуть наслідки пережитого та зміна особистості, для кожного хто пережив полон буде індивідуальним⁸⁴.

Психологічна природа катувань передбачає міжособистісну асиметрію – ситуацію, коли одна особа перебуває в позиції тотальної безпорадності, а інша – у домінантній, контролюючій

⁸⁴ Возніцина К., Сіренко Т. Особливості роботи з пацієнтами, які пережили полон та торттури, сексуальне насильство пов'язане з конфліктом. Рекомендації для фахівців медичної сфери. Київ, 2023. 54 с.

ролі. Такий досвід формує глибоку травматизацію, руйнує відчуття суб'єктності та контролю над власним життям.

Інтенсивність глибина травматичних наслідків залежить від низки чинників:

- попереднього життєвого досвіду та рівня психологічної підготовки;
- мотиваційних ресурсів та усвідомлення сенсу пережитого;
- тривалості полону, жорстокості тортур і умов утримання;
- соціальної підтримки після звільнення;
- віку та фізичного стану особи;
- впливу ситуації на сім'ю та соціальне оточення.

Від цих чинників залежить індивідуальний характер психологічних наслідків і динаміка реабілітаційного процесу.

Досвід полону і тортур руйнує базову довіру до світу. У постраждалих спостерігаються такі симптоми: емоційна нестабільність, депресія, тривожність, панічні атаки; надмірний страх смерті, порушення сну, флешбеки, нічні кошмари; постратматичний стресовий розлад; порушення пам'яті, уваги, сприйняття часу і простору; тілесні психосоматичні прояви болю та хронічна втома; схильність до самопокарання, суїцидальні думки, зловживання психоактивними речовинами.

Тривала травматизація призводить до деформації відчуття кордонів – як тілесних, так і психологічних⁸⁵. Особа може або надмірно охороняти власні межі, або не усвідомлювати їх, що ускладнює міжособистісну взаємодію. Часто зберігається відчуття крайньої вразливості, втрати цілісності і беззахисності.

Повернення з полону супроводжується серйозними труднощами адаптації до мирного життя. Виникає феномен, умовно подібний до «кесонної хвороби», коли різка зміна зовнішніх умов – від тотального контролю до свободи – призводить до дезорієнтації, відчуття нестабільності та розриву внутрішньої рівноваги.

Постраждалі особи часто стикаються з труднощами у

⁸⁵ Возніцина К., Сіренко Т. Особливості роботи з пацієнтами, які пережили полон та торттури, сексуальне насильство пов'язане з конфліктом. Рекомендації для фахівців медичної сфери. Київ, 2023. 54 с.

сімейних стосунках: рідні теж пережили стрес очікування, страху та втрат. Відбувається переосмислення ролей, порушується комунікація, зростає дистанція.

Особливо складним є питання соціальної самореалізації – повернення до професійної діяльності, служби чи навчання, що вимагає додаткової підтримки. Психологічна реінтеграції також тісно пов'язана з правовим аспектами – відновленням справедливості, документуванням злочинів і притягнення винних до відповідальності. Без цього процес зцілення залишається неповним.

У структурі поведінки осіб, які пережили полон часто формується гіперконтроль – прагнення контролювати себе, інших і навколишній простір. Ця стратегія, що допомогла вижити в полоні, стає неадаптивною у мирних умовах, викликає конфлікти та напруження.

Парадокс полягає в тому, що такі особи нетерпимі до зовнішнього контролю: будь-яке обмеження автономії може викликати спалахи гніву або уникання контакту, оскільки асоціюється з досвідом насильства.

Катування формують стійкий зв'язок між фізичним і психічним болем. Тіло стає носієм пам'яті про насильство, а спроби уникати контакту з тілесністю лише підсилюють хронічний біль і внутрішню тривогу. Ефективна допомога потребує поступового відновлення тілесної усвідомленості та безпечного контакту з власним відчуттям під супроводом фахівця.

Однієї з найглибших цілей тортур є зруйнування відчуття гідності та самоцінності людини. Тому ключовим завданням психологічної допомоги є відновлення відчуття суб'єктності, гідності, самоповаги та можливості впливати на власне життя. Психолог має акцентувати не на ролі жертви, а на ресурсі виживання, силі, що допомогла людині витримати випробування. Повага до унікальності особистісного досвіду та відмова від патерналістського або героїзуючого підходу є основними етичними орієнтирами.

Психолог, який працює з цією категорією клієнтів, має бути обізнаним із положенням Стамбульського протоколу – міжнародного стандарту розслідування та документування фактів катувань і нелюдського поводження, а також володіти знаннями про

умови утримання в місцях ізоляції, поширені методи тортур і характерні психологічні наслідки. Важливою умовою є також проходження спеціалізованої підготовки щодо роботи з травмами, спричиненими тортурами чи насильством.

Психологічна допомога повинна здійснюватися на всіх етапах – від кризової стабілізації до довготривалої терапії. При цьому необхідно дотримуватись таких принципів: повага до автономії та вибору клієнта; уникнення ретравматизації; створення безпечного простору; збереження конфіденційності; орієнтація на ресурсність і поступове відновлення довіри.

Робота з такими особами здійснюється індивідуально і може тривати від кількох місяців до кількох років. Її основна мета – допомога людині в стабілізації емоційного стану, подоланні наслідків травматизації, відновленні відчуття контролю над власним життям і формуванні довіри до міжособистісних контактів. Психолог має уникати будь-якого тиску, не змушуючи клієнта розповідати про деталі насильства, особливо якщо йдеться про сексуальні форми тортур. Такі теми можуть бути порушені лише за умов сформованої довіри і готовності клієнта.

Серед типових проявів у постраждалих – депресивні реакції, тривога, безсоння, нічні кошмари, ретроспективні спогади, ослаблення пам'яті, а також посттравматичний стресовий розлад і глибока депресія. Ці стани можуть супроводжуватися недовірою до представників влади чи медичних працівників, що ускладнює процес терапії.

Для ефективної психологічної допомоги необхідно забезпечити атмосферу безпеки, довіри та поваги до гідності клієнта, застосовуючи поетапний підхід і стабілізуючі техніки. Психологом рекомендується також отримати супервізійну підтримку для запобігання вторинній травматизації, яка може виникати внаслідок роботи з розповідями про насильство.

У роботі з особами, які пережили катування або полон, необхідно суворо дотримуватися етичних меж. Зокрема, не рекомендується ⁸⁶:

⁸⁶ Возніцина К., Сіренко Т. Особливості роботи з пацієнтами, які пережили полон та торттури, сексуальне насильство пов'язане з конфліктом. Рекомендації для фахівців медичної сфери. Київ, 2023. 54 с.

- ставити запитання про травматичний досвід без професійної потреби;
- торкатися людини або її особистих речей без згоди;
- різко змінювати домовленості чи плани взаємодії;
- демонструвати контроль або позбавляти клієнта вибору;
- підтримувати уникання болючих тем або знецінювати пережите («забудь», «нічого страшного»);
- нав'язувати нереалістичні обіцянки («час усе вилікує»);
- використовувати ярлики «жертва» чи «герой», що можуть спотворювати сприйняття власного досвіду. Замість визначення «полонений» варто вживати формулювання «особа, яка пережила полон», або «звільнений з полону», підкреслюючи її життєздатність і гідність.

Таким чином, робота з особами, які пережили окупацію, полон, тортури або сексуальне насильство, вимагає поєднання глибокого професійного знання, емпатії та етичної відповідальності, а її головна мета – поступове відновлення внутрішньої цілісності, гідності та психологічної стійкості постраждалих.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

1. У чому полягає специфіка впливу екстремального воєнного досвіду на психіку дитини?
2. Які основні психічні функції порушуються внаслідок травматичного досвіду у дітей?
3. Чому дитяча психіка є особливо вразливою до воєнних подій порівняно з дорослою?
4. Як вікові особливості впливають на характер реакції дитини на психотравмівні події?
5. Які типові симптоми ПТСР у дітей і підлітків?
6. Що означає феномен кумулятивної травми і чому він особливо характерний для умов війни?
7. Які психічні розлади найчастіше супроводжують ПТСР у дітей?

8. Як когнітивна незрілість дітей впливає на опрацювання травматичного досвіду?
9. Що таке порушення адаптації у дітей і які основні її прояви?
10. Які вікові особливості дитини впливають на процес переживання горя?
11. Назвіть ключові етичні принципи роботи психолога з дітьми, які пережили травму війни.
12. Яким чином кумулятивна травма може впливати на формування особистості в підлітковому віці?
13. Які психологічні феномени найчастіше спостерігаються у ВПО?
14. Опишіть типові емоційні, когнітивні та поведінкові прояви у клієнта, який нещодавно пережив евакуацію
15. Які чинники сприяють або, навпаки, ускладнюють процес соціально-психологічної адаптації ВПО?
16. Які техніки кризового консультування є найефективнішими в роботі з ВПО?
17. Які особистісні якості психолога є ключовими для ефективної роботи з ВПО?
18. Які етичні труднощі можуть виникнути під час консультування ВПО і як їх можна вирішити?
19. Чому психологічна допомога ветеранам набуває стратегічного значення в умовах війни та післявоєнного відновлення?
20. У чому полягає відмінність військової травми від цивільної?
21. Які основні психотравматичні наслідки можуть проявлятися у ветеранів?
22. Що таке комплексний травматичний розлад і які чинники сприяють його формуванню?
23. У чому полягає сутність моральної травми та чим вона відрізняється від класичного ПТСР?
24. Які умови необхідні для формування довірливих відносин між психологом і ветераном?
25. Які основні правила спілкування з ветераном слід дотримуватися психологу?
26. Що таке травматичне контрперенесення, і які його

основні прояви?

27. Як інтервізійні групи сприяють профілактиці професійного вигорання фахівців?

28. Як змінюється роль психолога на різних етапах роботи з ветераном?

29. Які етичні принципи є ключовими при наданні психологічної допомоги ветеранам?

30. Як ви розумієте фразу: «Психолог завжди має іти за клієнтом, не форсуючи подій»?

31. Які основні симптоми постравматичного стресового розладу спостерігаються у звільнених з полону осіб?

32. Що таке комплексний постравматичний стресовий розлад (КПТСР) і чим він відрізняється від ПТСР?

33. Які етичні принципи є обов'язковими для психолога під час роботи з особами, які пережили полон, тортури або насильство?

34. Як соціальна стигматизація впливає на психологічний стан осіб, які пережили сексуальне насильство або полон?

35. У чому полягає відмінність між гострою та пролонгованою комплексною травматизацією?

36. Які дії психолога можуть призвести до повторної травматизації клієнта?

37. У яких випадках доцільно застосувати індивідуальну, а у яких – групову терапію?

38. Як можна забезпечити гендерно-нейтральний підхід у роботі з постраждалими від сексуального насильства?

39. Чому важливо уникати ярликів «жертва» або «герой» у роботі з особами, які пережили полон?

40. Як психологу убезпечити себе від вторинної травматизації під час роботи з травматичними розповідями клієнтів?

I. СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ

Ситуація 1.

До дитячого психолога звертається мати 9-річного хлопчика, який після обстрів в їх місті став уникати ігор з

однолітками, боїться гучних звуків, відмовляється виходити на вулицю. У школі сидить окремо, не бере участі в групових завданнях, малює лише темними фарбами, часто зображує вибухи чи людей без облич. На запитання про війну каже: «Я все пам'ятаю, але не хочу говорити».

Завдання:

1. Визначте можливі психологічні симптоми, які вказують на травматичний досвід дитини.
2. Які методи первинної психологічної оцінки доцільно використати?
3. Опишіть послідовність етапів психологічної допомоги дитині.
4. Запропонуйте три конкретні ігрові або арт-терапевтичні техніки, що сприятимуть зниженню рівня тривоги.
5. Як слід організувати взаємодію психолога з батьками для підтримки стабільного емоційного стану дитини вдома?

Ситуація 2.

До психолога звертається 42-річний чоловік, колишній військовослужбовець, який після повернення з бойових дій скаржиться на безсоння, спалахи гніву, відчуття відчуженості від родини. Каже, що «вдома немає сенсу», не бачить себе у мирному житті, уникає друзів і гучних місць, різко реагує на раптові звуки. На питання про емоції відповідає: «Я нічого не відчуваю».

Завдання:

1. Опишіть емоційні, когнітивні та поведінкові прояви стану клієнта.
2. Визначте, які симптоми можуть свідчити про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).
3. Які підходи доцільно застосувати у роботі з ветераном на першому етапі консультування?
4. Назвіть щонайменше три психотехніки або інтервенції, спрямовані на стабілізацію емоційного стану.
5. Як слід враховувати сімейний контекст у роботі з клієнтом?

Ситуація 3.

До психолога звертається 35-річна жінка, яка з двома дітьми евакуювалася з прифронтової зони. Вона повідомляє, що «не відчуває себе живою», не має сил займатися дітьми, не бачить сенсу в подальшому житті. Відчуває провину, що залишила стареньких батьків.

Завдання:

1. Визначте домінуючі емоційні та когнітивні прояви клієнтки.
2. Які етапи психологічної допомоги доцільно застосувати?
3. Назвіть щонайменше три техніки, які можуть бути використані на першому етапі роботи.
4. Обґрунтуйте, чому важливою є робота з почуттям провини в даній ситуації.

Ситуація 4.

Десятирічна дівчинка, переселенка, у новій школі відмовляється відповідати на уроках, часто плаче без причини, малює руїни, військову техніку. У спілкуванні з ровесниками замкнена.

Завдання:

1. Визначте провідні психологічні симптоми.
2. Опишіть, які етапи допомоги необхідні для дитини.
3. Запропонуйте приклади ігрових чи арт-терапевтичних вправ, що сприятимуть зниженню тривожності.
4. Як має бути організована взаємодія психолога з педагогами та батьками?

Ситуація 5.

17-річний хлопець після переїзду почав уникати спілкування, відмовився вступати до університету, каже, що «немає майбутнього». На запитання реагує агресивно або іронічно.

Завдання:

1. Охарактеризуйте психологічний стан юнака (когнітивні, емоційні, поведінкові аспекти).
2. Які підходи та техніки можуть допомогти активізувати його адаптаційні ресурси?
3. Як би ви вибудували мотиваційну бесіду з ним?

(вкажіть приклади відкритих питань)?

4. Які ризики повторної травматизації можуть виникнути у процесі консультування?

Ситуація 6.

Після вимушеного переїзду подружжя часто свариться. Чоловік звинувачує дружину в «слабкості», вона – його у байдужості. Діти стають свідками конфліктів і проявляють тривожну поведінку.

Завдання:

1. Визначте психологічні чинники дестабілізації сімейних стосунків.

2. Запропонуйте напрямки роботи психолога з родиною.

3. Які методи системної сімейної терапії можуть бути застосовані?

4. Які сигнали в поведінці дітей свідчать про потребу індивідуальної допомоги?

Ситуація 7.

До кризового психолога звертається 30-річний чоловік, який кілька місяців перебував у полоні. Він говорить уривчасто, уникає зорового контакту, часто замовкає, коли згадує пережите. Скаржиться на постійне відчуття страху, тривогу, різкі коливання настрою, провину за те, що вижив. Не може спати без світла, боїться залишатися наодинці.

Завдання:

1. Визначте провідні психічні наслідки полону, що проявляються в цій ситуації.

2. Які ризики повторної травматизації можуть виникнути під час консультування?

3. Запропонуйте етичні принципи роботи психолога у взаємодії з цією категорією клієнтів.

4. Які методи стабілізації стану (дихальні, тілесно-орієнтовані та ін.) можна застосувати на початковому етапі?

Як має бути організована міжвідомча співпраця (психолог, лікар, соціальний працівник) для забезпечення комплексної допомоги?

Ситуація 8.

До психолога звертається 27-річна жінка, яка під час окупації зазнала сексуального насильства. Вона повідомляє, що відчуває сором, огиду до себе, уникає фізичних дотиків навіть близьких людей, має проблеми зі сном і панічні атаки. Каже, що «ніколи більше не зможе бути нормальною».

Завдання:

1. Визначте основні психологічні наслідки травматичного досвіду (емоційні, когнітивні, тілесні).
2. Опишіть етапи надання психологічної допомоги з урахуванням принципу «не нашкодь».
3. Які терапевтичні підходи можуть бути ефективними у даній ситуації (наприклад, травма-фокусована терапія, наративна, EMDR тощо)?
4. Які особливості етичної взаємодії слід дотримуватися у роботі з жертвами сексуального насильства?
5. Як забезпечити відчуття безпеки під час консультації?

Ситуація 9.

До шкільного психолога направлено 12-річного хлопчика, який після загибелі батька перестав виявляти інтерес до навчання, став дратівливим, конфліктує з однокласниками, уникає розмов про сім'ю. На уроках часто відсутній емоційно, малює похмурі картини, але відмовляється їх коментувати.

Завдання:

1. Визначте ознаки ускладненого горя в поведінці дитини.
2. Які техніки можна застосувати для підтримки безпечного вираження емоцій у підлітка?
3. Яку роль відіграє шкільне середовище у процесі адаптації дитини після втрати?
4. Які принципи взаємодії з опікуном (матір'ю, бабусею) слід враховувати психологу?

II. АНАЛІТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Завдання 1.

1. Проаналізуйте три підходи до психологічної допомоги (кризове консультування, наративна терапія, ресурсно-орієнтований підхід).

2. Для кожного визначте: мету; очікуваний результат; обмеження у використанні.

3. Порівняйте ефективність цих підходів у роботі з клієнтами різного віку.

Завдання 2.

1. Опишіть, які особистісні якості психолога є критичними для роботи з уразливими групами населення (діти; учасники бойових дій; внутрішньо переміщені особи; особи, які пережили полон, тортури та сексуальне насильство).

2. Які професійні ризики можуть загрожувати консультанту (вторинна травматизація, емоційне виснаження)?

3. Розробіть індивідуальний план профілактики професійного вигорання для себе як майбутнього психолога.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Alsayed A., Wildes V. J. Syrian refugee children: A study of strengths and difficulties. *Journal of Human Rights and Social Work*, 2018. Vol. 3(2). P. 81-88.

2. Breslau N., Chilcoat H. D., Kessler R. C., Peterson E. L., Lucia V. C. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*. 1999. Vol. 29(4). P. 813-821.

3. Dyregrov A., Yule W. A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*. 2006. Vol. 11(4). P. 176-184.

4. Elbedour S., Ten Benseel R., Bastien D. T. Ecological integrated model of children of war: Individual and social psychology. *Child Abuse & Neglect*. 1993. Vol. 17(6). P. 805-819.

5. Fink P. The trauma model: A useful conceptual framework for the treatment of patients with functional somatic symptoms. *The American Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 157(6). P. 1017-1023.

6. Greeson J. K., Briggs E. C., Layne C. M., Belcher H. M., Ostrowski S. A., Kim S., ... Fairbank J. A. Traumatic childhood experiences in the 21st century: Broadening and building on the ACE studies with data from the National Child Traumatic Stress Network. *Journal of Interpersonal Violence*. 2014. Vol. 29(3). P. 536-556.
7. Hamby S., Elm J. H., Howell K. H., Merrick M. T. Recognizing the cumulative burden of childhood adversities transforms science and practice for trauma and resilience. *American Psychologist*. 2021. Vol. 76(2). P. 230-245.
8. Heptinstall E., Sethna V., Taylor E. PTSD and depression in refugee children. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 13(6). P. 373-380.
9. Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror*. New York : Basic Books. 1992. 416 p.
10. Hodges M., Godbout N., Briere J., Lanktree C., Gilbert A., Kletzka N. Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child abuse & neglect*. 2013. Vol. 37(11). P. 891-898.
11. Karam E. G., Fayyad J. A., Farhat C., Pluess M., Haddad Y. C., Tabet C. C., ... Kessler R. C. Role of childhood adversities and environmental sensitivity in the development of post-traumatic stress disorder in war-exposed Syrian refugee children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 214(6). P. 354-360.
12. Paryente B. Parenting Experiences under Ongoing Life-threatening Conditions of Missile Attacks. *Journal of Child and Family Studies*. 2021. Vol. 30(7). P. 1685-1696.
13. Perry B. D. The neurodevelopmental impact of trauma in childhood. *The Clinical Power of Psychoanalysis*. New York: The Guilford Press, 2006. P. 7-18.
14. Scheeringa M. S., Zeanah C. H. A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2001. Vol. 14(4). P. 799-815.
15. Van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Penguin Books, 2015. 464 p.

16. Від початку повномасштабної війни 19 окупантів отримали судові вироки за сексуальне насильство. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/skilki-rosiyan-otrimali-viroki-za-seksualne-nasilstvo-309735/> (дата звернення: 13.10.2025).

17. Возніцина К., Сіренко Т. Особливості роботи з пацієнтами, які пережили полон та тортури, сексуальне насильство пов'язане з конфліктом. Рекомендації для фахівців медичної сфери. Київ, 2023. 54 с.

18. В Мінсоцполітики назвали кількість ВПО в Україні: які програми для них діють <https://finteco.com.ua/article/22146-v-minsotspolityku-nazvaly-kilkist-vpo-v-ukraini-iaki-prohramy-dlia-nykh-diiut/> (дата звернення: 09.09.2025).

19. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.

20. Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (досвід упровадження) / В. В. Байдик, Ю. С. Бондарук, Ю. П. Гопкало та ін. Київ: Ніка-Центр, 2020. 122 с.

21. Злишков В., Лукомська С. Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги. Київ-Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2022. 95 с.

22. Кердивар В. В., Христенко В. Є. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту : монографія. Харків, 2021. 143 с.

23. Кокур О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с.

24. Котух О. В. Психологічне благополуччя внутрішньо переміщеної особи: адаптація та інтеграція в нову громаду. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки.* 2023. Вип. 1. С. 56-61.

25. Михлюк Е., Логовський І. Психологічні особливості життєстійкості внутрішньо переміщених осіб. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2024. № 1(7). С. 105-117.

26. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія / З. Г.

Кісарчук та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.

27. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Том 3. Київ. 2018. 236 с.

28. Педоренко В. М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія.* 2022. № 5. С. 5-10.

29. Поводження з цивільними особами, позбавленими волі в контексті збройного нападу Російської Федерації на Україну. URL: <https://ukraine.un.org/uk/> (дата звернення: 13.10.2025).

30. Пророк Н. В., Бойко С. Т., Гнатюк О. В. та ін. Психологічна допомога дітям в умовах воєнного стану: довідник вихователів дошкільних навчальних закладів і вчителів загальноосвітніх навчальних закладів / за ред. Н. В. Пророк. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 155 с.

31. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : Логос, 2015. 207 с.

32. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.

33. Сарета А., Мельниченко О., Степанюк О. Робота з постраждалими від сексуального насильства в умовах збройного конфлікту : посібник для фахівців із психологічної допомоги та екстреного реагування в Україні. Київ : Рада Європи, 2022. 132 с.

34. Солдатова О. С. Соціально-психологічні особливості адаптації внутрішньо переміщених осіб. *Матеріали III міждисциплінарної наук.-практ. конф., 6 жовтня 2017 р.* Одеса : Національний університет «Одеська юридична академія», 2017. С. 80-83.

35. Спринська З. В. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології.* 2018. № 6. С. 50-56.

РОЗДІЛ 4.

МУЛЬТИМОДАЛЬНИЙ ПІДХІД ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ

В умовах воєнного стану питання комплексної підтримки осіб, які зазнали психотравмуючого впливу від війни, набуває особливої актуальності. Наслідки воєнних дій охоплюють не лише фізичні та психічні ушкодження, а й соціально-економічні, освітні та правові проблеми, що потребують системного і міждисциплінарного підходу. У цих умовах ефективним напрямом реабілітації та підтримки постраждалих виступає мультимодальний підхід, який поєднує різні види допомоги в єдину інтегративну систему.

Мультимодальна модель передбачає взаємодію фахівців різних галузей (психологів, психіатрів, лікарів, соціальних працівників, педагогів, юристів, представників громадського сектору), з метою забезпечення цілісного впливу на процес відновлення особистості. Такий підхід дозволяє не лише лікувати наслідки травми, а й створювати умови для соціальної адаптації, повернення до активного життя, відновлення особистісних і громадянських ресурсів.

Медична складова мультимодальної допомоги, яка охоплює як фізичну, так і психіатричну реабілітацію, лікування посттравматичних розладів і відновлення соматичного здоров'я. Соціальна складова забезпечує шляхи допомоги соціально вразливих громадян в умовах війни. Освітня складова – передбачає реалізацію освітніх програм, розвиток психоосвітніх ініціатив, формування навичок саморегуляції, а також соціальну підтримку і професійну реінтеграцію постраждалих осіб. Правова допомога спрямована на захист прав, відновлення справедливості, надання юридичної консультації та сприяння правовій обізнаності громадян.

Таким чином, мультимодальний підхід розглядається як цілісна система взаємопов'язаних форм допомоги, що забезпечує гармонізацію фізичного, психологічного, соціального та правового аспектів реабілітації. Його реалізація сприяє підвищенню ефективності підтримки осіб, які постраждали від війни, та формуванню комплексної стратегії національного відновлення.

4.1. Медична складова допомоги особам, які постраждали від війни

Мультимодальний підхід допомоги особам, які постраждали від війни – це комплексна модель підтримки, яка поєднує різні методи та канали надання допомоги з урахуванням фізичних, психологічних, соціальних, правових та економічних потреб постраждалих. Такий підхід визнає, що наслідки війни впливають на людину багатогранно, і для ефективного відновлення необхідно інтегрувати кілька напрямків допомоги, використовуючи допомогу різних професійних сфер.

Принципи побудови мультимодального підходу:

1. Законності (здійснюється виключно в межах нормативно-правових актів України).

2. Компетентності (надається допомога тільки фахівцями, які володіють певними компетентностями і спроможні надати якісну та ефективну допомогу).

3. Комплексності (покриває всі сфери життя людини).

4. Індивідуальності (підбирається оптимальний набір заходів під потреби конкретної особи).

5. Синергійності (взаємопідсилення різних типів допомоги: об'єднання медичної, психологічної, соціальної, освітньої та правової підтримки в єдину систему).

6. Доступність (надання допомоги без бар'єрів: географічних, фінансових, мовних, цифрових тощо. Особливо важливо для ВПО, осіб з інвалідністю, дітей та людей похилого віку, осіб, звільнених з полону та ін.)

7. Безперервності та довго тривалості (допомога має бути не разовою, а такою, що забезпечує підтримку на всіх етапах необхідності у допомозі: від гострої кризи до повноцінної реінтеграції).

8. Гнучкості (можливість адаптації до змін ситуації (наприклад, переміщення особи, зміна стану здоров'я).

9. Міжсекторальної співпраці (об'єднання зусиль у наданні допомоги у плідній співпраці між державними структурами, міжнародними організаціями, громадськими об'єднаннями, громадами, медіа та бізнесом).

10. Учасі самих постраждалих (залучення постраждалих до прийняття рішень, розробки програм, пропозицій, оцінки ефективності допомоги.

Мультимодальний підхід допомоги особам, які постраждали включає в себе допомогу від наступних напрямків і фахівців:

1. Психологічна підтримка.
2. Медична допомога.
3. Соціальна підтримка
4. Освітня та професійна реінтеграція
5. Правова допомога

Питанням психологічної підтримки детально висвітлено у розділі 2, тому зосередимось на висвітленні інших напрямків.

Медична допомога особам, які постраждали від війни. Війна має глибокий вплив на фізичне та психічне здоров'я громадян, які живуть в умовах воєнного стану, створюючи високі вимоги та виклики до системи охорони здоров'я. І це обумовлюється не лише людськими втратами, а й масовим погіршенням стану здоров'я як цивільного населення, так військовослужбовців. Пролонгованість війни в Україні у часі, що триває з 2014 року та набула формату повномасштабного вторгнення з 2022 року, спричинила масштабні зростання кількості осіб, які потребують невідкладної, спеціалізованої та тривалої медичної допомоги та реабілітації.

Воєнний стан істотно змінює звичні алгоритми функціонування системи охорони здоров'я. Збройна агресія з боку росії спричиняє масові поранення, ускладнює доступ до медичних послуг на окупованих територіях, створює загрозу життю медиків (під час обстрілів, повітряних тривог та ін.) та руйнує інфраструктуру. У таких умовах медична система повинна працювати в режимі надзвичайної ситуації та постійної готовності, забезпечуючи не лише екстрену допомогу пораненим, а й базові медичні послуги для всього населення.

Тому в Україні зараз велика увага звертається щодо питання підготовки медичних працівників до дій в умовах надзвичайної ситуації, організуються на всіх рівнях навчання населення щодо правил надання першої медичної допомоги; алгоритму дій при обстрілах; правилам евакуації поранених у стабілізаційні пункти.

До основних груп постраждалих, які потребують медичної допомоги, належать: поранені цивільні та військові; особи з

ампутаціями та іншими тяжкими травмами; ВПО; люди, які пережили обстріли, полон, катування; діти, особи похилого віку, особи з інвалідністю та ін.

Основні види медичної допомоги:

Невідкладна допомога:

- надання екстреної допомоги на полі бою або в зоні ураження, місці прильоту (зупинка кровотеч, відновлення дихання; накладання турнікетів, перев'язки, знеболення та ін.);

- евакуація до стабілізаційних медичних пунктів (як правило, на автотранспорті чи спеціальних автомобілях);

- первинна хірургічна обробка ран (первинна хірургічна обробка, ампутації, реконструктивна хірургія; лікування політравм, опіків, поранень грудної клітки, черевної порожнини, кінцівок).

Хірургічна та спеціалізована допомога

- травматологія, нейрохірургія, реконструктивна хірургія;

- лікування мінно-вибухових травм;

- реанімаційна допомога.

Реабілітація та довготривале спостереження

- фізична (відновлення рухової активності, протезування);

- соціальна (адаптація до життя з інвалідністю) - не лише про фізичне відновлення, а й про гідність, самореалізацію і включення в життя суспільства. Важливою є координація зусиль держави, громадських організацій, міжнародних партнерів і самих людей з інвалідністю для побудови інклюзивного суспільства навіть в умовах воєнного стану. Тому соціальна реабілітація спрямована на забезпечення сукупності заходів, які орієнтовані на відновлення соціального статусу особи, здатності до самостійного життя, праці, навчання, участі в житті суспільства. Вона включає: психологічну підтримку, фізичну реабілітацію, соціально-побутову адаптацію, професійну реабілітацію, доступ до освіти і зайнятості;

- логопедична, психоемоційна та нейропсихологічна реабілітація – звертає на себе увагу, з урахуванням того, що військовий стан суттєво змінює якість життя людей, особливо вразливих категорій населення: дітей, осіб з інвалідністю, з психічними розладами, постраждалих цивільних, військовослужбовців. Оскільки стрес, психічні чи фізичні травми, вимушене переміщення, втрата близьких – все це може призводити до порушень мовлення, емоційної дестабілізації, депресії та ін.

Порушення мовлення, які виникають в умовах воєнного стану: через черепно-мозкові травми, інсульти (військові, поранені цивільні); вторинні мовленнєві розлади у дітей внаслідок стресу або порушення звичних умов розвитку (тривожність, регрес мовлення, мутизм); відсутність стабільного доступу до логопедичних послуг через переміщення або руйнування інфраструктури та ін. Це робить логопедичну, психоемоційну та нейропсихологічну реабілітацію вкрай важливою складовою комплексної допомоги.).

Первинна медико-санітарна допомога:

- лікування хронічних хвороб у ВПО;
- вакцинація, контроль інфекційних захворювань;
- догляд за вразливими групами (діти, вагітні, літні люди);
- консультації терапевтів, педіатрів, гінекологів;
- Надання медикаментів для лікування хронічних хвороб (цукровий діабет, гіпертонія тощо).

Медико-психологічна допомога:

- Психологічна перша допомога (PFA). Мультиmodalний підхід обумовлюється тим, що психологи працюють безпосередньо в лікарнях, реабілітаційних центрах, а медики у свою чергу отримують базову підготовку з психологічної першої допомоги (PFA). Так, наприклад, Всеукраїнська добровільна громадська гуманітарна організація, яка допомагає державі у наданні медичної та гуманітарної допомоги під час збройних конфліктів та в мирний час – Товариство червоного хреста України ще з 2019 року розпочали навчання серед різних категорій професій, у тому числі, медичних працівників. За 3 роки діяльності напрямку було підготовлено більше 50 кваліфікованих інструкторів та тренерів з ППД, які передають свої знання іншим в усіх куточках нашої країни. До 2020 року змогу пройти навчання мали лише волонтери та співробітники. Та у зв'язку з тим, що попит на навчання серед мешканців був досить великим (найбільше серед мешканців Донецької та Луганської областей, що проживали на той час на лінії розмежування), розпочалося проведення тренінгів для різних категорій населення. Запит на тренінги з Першої психологічної допомоги значно зріс з початком ескалації збройного конфлікту в лютому 2022 року. За 2022 рік під час проведення вебінарів, онлайн тренінгів та розповсюдження відео-матеріалів про

першу психологічну допомогу було охоплено більше 16 000 людей⁸⁷.

Також завдяки спільному проєкту Українського Червоного Хреста, Європейського Союзу та Міжнародної Федерації Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця в Україні понад 5 000 людей опанували навички надання першої психологічної допомоги, серед тих, хто пройшов навчання також є медичні працівники⁸⁸.

- Діагностика та лікування ПТСР, депресій, тривожних розладів.
- Супровід осіб у кризових станах.

Неможливо ефективно лікувати людину, яка постраждала від війни, не враховуючи її психічний стан. Тільки інтегрована медична та психологічна допомога може забезпечити справжнє відновлення. Для цього необхідно запроваджувати мультимодальні підходи, формувати мультидисциплінарні команди та розвивати мережу центрів, де людина отримає допомогу «під одним дахом».

4.2. Соціальна складова допомоги особам, які постраждали від війни

Повномасштабне вторгнення росії на територію України спричинило масові людські втрати, руйнування житла, інфраструктури та масштабне переміщення населення. У зв'язку з цим постало нагальне питання забезпечення соціального захисту та підтримки осіб, які постраждали від війни. Соціальна складова допомоги є ключовим елементом стабілізації життя постраждалих верств населення та відновлення соціальної єдності.

Під час війни населення вразливе і часто стикається з серйозними соціальними та економічними викликами. Спричинені конфліктом руйнування, втрати в житті та надзвичайна гуманітарна криза роблять неможливим забезпечення основних потреб населення. У таких умовах соціальні програми стають життєво

⁸⁷ Навчання навичкам першої психологічної допомоги. URL: <https://redcross.org.ua/mhpss/pfa/> (дата звернення: 14.07.2025).

⁸⁸ 5 тисяч людей в Україні пройшли навчання з надання першої психологічної допомоги та інші тренінги завдяки проєкту eu4health URL: <https://redcross.org.ua/news/2025/07/117458/> (дата звернення: 14.07.2025).

важливими для забезпечення допомоги та підтримки тим, хто постраждав від війни⁸⁹.

У зв'язку із цим є певна категорія населення в Україні, які потребують найбільшої уваги з боку соціальних служб: особи та діти з інвалідністю та їх представники; усиновлювачі та сім'ї інших форм виховання; постраждалі внаслідок збройної агресії; особи літнього віку; сім'ї та сім'ям з дітьми; ветерани, військовослужбовці та їх сім'ї; постраждалі від насильства та торгівлі людьми.

На сайті Міністерства соціальної політики України визначена *соціальна підтримка* для наступних категорій громадян⁹⁰:

ВПО – опинившись в складних життєвих обставинах, ВПО можуть розраховувати на підтримку держави. Виплати на проживання для ВПО є частиною підтримки, яку забезпечує⁹¹.

Особам та дітям з інвалідністю та їх представникам – забезпечується дотримання прав та свобод, гарантованих особам з інвалідністю законодавством України та міжнародно-правовими актами. Міністерства соціальної політики України створює правові, економічні, політичні, соціальні, психологічні та інші умови для забезпечення суспільного середовища рівних можливостей для осіб з інвалідністю та інтеграції їх у суспільне життя. Соціальний захист осіб з інвалідністю полягає у наданні пенсії, державної допомоги, компенсаційних та інших виплат, пільг, соціальних послуг, здійсненні реабілітаційних заходів, встановленні опіки (піклування) або забезпеченні стороннього догляду⁹².

⁸⁹ Кравець Н.О., Климук Н.Я. Особливості запровадження соціальних програм в умовах військового стану в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 3 (97) С. 76-79. DOI:10.11603/1681-2786.2023.3.14226

⁹⁰ Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 14.07.2025).

⁹¹ Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 14.07.2025).

⁹² Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 14.07.2025).

Усиновлювачам та сім'ям інших форм виховання – сім'я – єдине середовище, де дитина повноцінно і гармонійно розвивається та почувається в безпеці. Є різні способи запропонувати свою родину дитині, яка назавжди або тимчасово залишилася без батьківського піклування. Соціальні виплати, послуги, та інші допомоги, які передбачені для дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, і родин, які їх виховують, чітко визначені на сайті Міністерства соціальної політики України⁹³.

Постраждалим внаслідок збройної агресії рф. Повномасштабна агресія рф проти України, розпочата 24 лютого 2022 року, призвела до масових смертей і страждань. На жаль, українці зіткнулися з випадками катувань, психологічного та сексуального насильства, домівки багатьох були зруйновані, а об'єкти критичної інфраструктури по всій країні зазнали масових атак. Допомога з боку держави для даної категорії громадян визначена на сайті Міністерства соціальної політики України⁹⁴.

Особам літнього віку доступна підтримка⁹⁵:

- Пенсія за віком.
- Пенсія по інвалідності.
- Пенсія у зв'язку з втратою годувальника.
- Фізична ідентифікація.
- Державна соціальна допомога особам, які не мають права на пенсію.
- Житлова субсидія.
- Підтримка пенсіонерів, які проживають у зоні бойових дій, і отримують низькі пенсії.
- Забезпечення допоміжними засобами реабілітації.
- Система надання соціальних послуг для людей похилого віку

Сім'ям та сім'ям з дітьми. Підтримка, що доступна сім'ям з дітьми⁹⁶:

⁹³ Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 14.07.2025).

⁹⁴ Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 14.07.2025).

⁹⁵ Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 14.07.2025).

- Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами.
- Допомога при народженні дитини.
- Допомога при усиновленні дитини.
- Допомога на дітей одиноким матерям/батькам.
- Допомога на дітей з тяжкими хворобами, яким не встановлена інвалідність.

- Тимчасова допомога дітям, батьки яких ухиляються від сплати аліментів, не мають можливості утримувати дитину або місце проживання (перебування) їх невідоме.

- Допомога на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях.

- Допомога на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування.

- Державна соціальна допомога на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, осіб з їх числа, у тому числі з інвалідністю, та грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам за надання соціальних послуг у дитячих будинках сімейного типу.

- Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям.

- Соціальні стипендії студентам (курсантам) фахової передвищої та вищої освіти.

- Пільги багатодітним сім'ям.

- Житлова субсидія.

- Соціальна підтримка сімей з дітьми від Дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ).

- Одноразова допомога від держави «Пакунок малюка»;

- Послуга по догляду за дитиною «Муніципальна няня».

Ветеранам, військовослужбовцям та їх сім'ям. Кожен Захисник чи Захисниця та члени їхніх родин можуть отримати від держави різні види підтримки, в залежності від потреб. На сайті Міністерства соціальної політики України визначено передбачені законодавством грошові виплати та пільги для військових,

⁹⁶Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 14.07.2025).

особливості пенсійного забезпечення, безоплатне протезування, яке гарантує держава для підтримки військовослужбовців і ветеранів, що захищають Україну⁹⁷:

- Пільги на житлово-комунальні послуги.
- Виплата до Дня Незалежності України.
- Пенсійне забезпечення за вислугу років.
- Пенсійне забезпечення по інвалідності.
- Пенсійне забезпечення в разі втрати годувальника.
- Пенсійне забезпечення за віком на пільгових умовах.
- Забезпечення допоміжними засобами реабілітації.

Постраждалими від насильства та торгівлі людьми. Запобігання та протидія домашньому насильству – один із пріоритетів Міністерства соціальної політики України. Зусилля відомства спрямовані на розширення доступу постраждалих від усіх форм насильства до якісної своєчасної допомоги, зокрема, через розширення мережі спеціалізованих служб підтримки постраждалих осіб, підвищення фахового рівня фахівців, які надають послуги постраждалим⁹⁸.

Серед пріоритетних питань соціальної допомоги особам, які постраждали в умовах воєнного стану є: матеріальна підтримка, житлове забезпечення; психосоціальна підтримка; медичне та реабілітаційне забезпечення; освітні та професійні програми.

Матеріальна підтримка – соціальні виплати, гуманітарна допомога, компенсації за житло та втрачене майно є основними інструментами матеріального забезпечення.

Житлове забезпечення – питання доступу до безпечного житла для ВПО є критично важливим. Реалізуються проекти тимчасового житла, субсидії на оренду, програми «Відновлення» для компенсації втрат житла.

Психосоціальна підтримка – наслідки ПТСР, депресії, тривожні розлади, вимагають залучення психологів та соціальних працівників. Діє система мобільних психологічних бригад, розвиваються програми навчання для фахівців з травматерапії.

⁹⁷ Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 14.07.2025).

⁹⁸ Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 14.07.2025).

Медична та реабілітаційна підтримка – постраждалі мають доступ до безкоштовного лікування, реабілітації, протезування.

Отже, соціальна підтримка з боку держави є пріоритетним напрямком для осіб, які постраждали від війни. Крім того, деякі країни світу також надають фінансову та гуманітарну поміч для соціального захисту українців. Наприклад, США, Канада, Німеччина, Франція та інші країни надають допомогу в рамках своїх соціальних у разі війни та будь-якого іншого лиха. Ця допомога спрямована на забезпечення базових потреб населення, надання медичної допомоги, житлової підтримки, соціальної допомоги та інших видів підтримки українському населенню, особливо тим, хто безпосередньо постраждав від війни. Важливо зазначити, що соціальні програми допомоги можуть змінюватися з часом, залежно від ситуації в Україні та інтересів країн та організацій, які надають підтримку.⁹⁹.

4.3. Розвиток та підтримка системи освіти в умовах воєнного стану

Повномасштабне вторгнення на територію України з боку росії призвело до суттєвих викликів для системи освіти і обумовило трансформацію в умовах воєнного стану. Тому порушення територіальної цілісності, евакуація населення, знищення інфраструктури, психологічні травми учнів і вчителів стало новим досвідом життя українців, в яких система освіти продовжує функціонувати та розвиватись. Водночас освіта залишається ключовим фактором соціальної стійкості, формування національної ідентичності та підготовки майбутніх поколінь до відбудови держави. Нажаль, досвід нашої країни у стані війни надав нові виклики, з якими зіштовхнулись освітні установи, учні, студенти та педагоги, а також сприяв формуванню адаптаційних стратегій, які спрямовані на забезпечення безперервності та якості освітнього процесу.

⁹⁹ Кравець Н.О., Климук Н.Я. Особливості запровадження соціальних програм в умовах військового стану в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 3 (97) С. 76-79. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.3.14226>

Так, колектив авторів I. Pinchuk, I. Feldman, V. Seleznova та V. Virchenko провели потужне дослідження про вплив військового стану на якість освіти та отримали висновок про те, що війна в Україні пов'язана не лише з прямими людськими втратами та руйнуванням житлової та соціальної інфраструктури. За допомогою регресійного аналізу науковці кількісно оцінили прихований негативний вплив війни на академічну успішність через симптоми розладів психічного здоров'я, що загрожує майбутньому нації через зниження трудового потенціалу молоді, яка не може здобути необхідні навички під час навчання через втрату продуктивності під час війни. Результати дослідження науковців I. Pinchuk, I. Feldman, V. Seleznova та V. Virchenko підтвердили, що збереження специфічних проблем психічного здоров'я негативно пов'язане зі зниженням академічної успішності студентів університетів і може створити бар'єр для розвитку людського капіталу, що є критично важливим для повоєнного відновлення України¹⁰⁰.

Результати регресійного аналізу показали, що навіть легкі або помірні симптоми депресії, тривоги, посттравматичного стресового розладу та проблем зі сном пов'язані зі зниженням академічної успішності студентів університету на 8,7%, 6,1%, 3,8% та 5,5% відповідно. Разом з тим, важкі симптоми розладів психічного здоров'я продемонстрували сильнішу негативну асоціацію з поганою успішністю студентів університету¹⁰¹.

Нові виклики та відсутність досвіду України в умовах війни призвели певних криз в освітній сфері:

- фізична небезпека та втрати інфраструктури;
- масова міграція учнів та педагогів: мільйони дітей

стали внутрішньо переміщеними особами або виїхали за кордон;

¹⁰⁰ Pinchuk I., Feldman I., Seleznov V., Virchenko V. Braving the dark: mental health challenges and academic performance of Ukrainian university students during the war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2025. № 1. <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02867-7>

¹⁰¹ Pinchuk I., Feldman I., Seleznov V., Virchenko V. Braving the dark: mental health challenges and academic performance of Ukrainian university students during the war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2025. № 1. <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02867-7>

- цифрова нестабільність: не всі учні мали доступ до пристроїв та стабільного інтернету, особливо під час відключення світла;

- емоційне вигорання та психотравми: як серед учнів, так і серед педагогів.

Тому важливість розвитку освіти в умовах воєнного стану підтримується не тільки на державному рівні, але й міжнародному. міжнародна підтримка освіти в Україні це дієвих та комплексний механізм: від інфраструктури та цифрових рішень до психологічної допомоги і політичної безпеки. Завдяки таким ініціативам навчання продовжується навіть у найскладніших умовах.

Очне навчання в Україні триває, незважаючи на виклики, завдяки рішучості уряду та фінансовій підтримці від міжнародних донорів, наданій через Світовий банк. Це також допомагає Міністерству освіти і науки залучати технічну допомогу, світовий досвід та знання. Так, Програма «Підйом доступу до освіти та стійкості в часи потреби» (LEARN) спрямована на подолання безпосередніх наслідків війни – покращення умов безпеки в школах, забезпечення безкоштовного транспорту для вразливих учнів, навчання вчителів та закупівлю підручників. Усі ці зусилля є частиною поточної модернізаційної реформи країни, відомої як «Нова українська школа». Одним із значних досягнень стало забезпечення новими підручниками 400 000 учнів по всій країні. Зміцнення освіти закладе основи для підтримки тривалого шляху України до соціально-економічного відновлення. Сьогоднішні діти шкільного віку – це людський капітал, який знадобиться Україні, щоб відбудувати та вивести свою економіку на сталий шлях до процвітання¹⁰²

Забезпечення продовження викладання та навчання в Україні підтримується також за допомогою UNESCO, яка об'єднала зусилля з Міністерством освіти та науки України та партнерами з початку війни, щоб підтримати українську освітню спільноту у реагуванні на основні виклики, включаючи пошкоджену освітню

¹⁰² Освітня та шкільна реформа в Україні тривають попри виклики війни. URL: https://www.worldbank.org/en/news/feature/2025/03/25/learning-and-school-reforms-continue-in-ukraine-despite-war-challenges?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 14.07.2025).

інфраструктуру, доступ до пристроїв для дистанційної освіти, погіршення психічного здоров'я та благополуччя суб'єктів освіти, потребу у розбудові потенціалу та професійному розвитку вчителів, а також відсутність гармонізованих та актуальних даних та інфраструктури для управління освітою, у тому числі для тих, хто перебуває за межами України¹⁰³.

Так, стратегія UNESCO щодо підтримки української освітньої спільноти зосереджена на двосторонньому підході, що взаємодоповнює: наданні комплексної допомоги у відновленні для задоволення нагальних потреб, і водночас зміцненні стійкості системи освіти до реагування на надзвичайні ситуації та відновлення¹⁰⁴.

Зокрема, підтримка освіти України з боку UNESCO має чотири пріоритети¹⁰⁵:

- Забезпечення безперервності навчання та викладання необхідним обладнанням, програмним забезпеченням, навчальними матеріалами та платформами. Цей пріоритет спрямований на вирішення нагальних потреб у продовженні навчання у гібридному або онлайн-форматі в умовах війни.

- Підвищення кваліфікації та професійного розвитку суб'єктів освіти. Цей пріоритет підтримує вчителів, шкільних психологів, адміністраторів освіти, батьків та опікунів у проведенні тренінгів для реагування на нагальні виклики, спричинені війною, а також зміцнює навички та стійкість для них як передової лінії реагування на освіту.

- Підтримка комплексної реабілітації освітньої інфраструктури для забезпечення безпечних та інклюзивних освітніх просторів. Цей пріоритет спрямований на відновлення

¹⁰³ Ensuring teaching and learning continues in Ukraine. URL: https://www.unesco.org/en/emergencies/education/ukraine?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 14.07.2025).

¹⁰⁴ Ensuring teaching and learning continues in Ukraine. URL: https://www.unesco.org/en/emergencies/education/ukraine?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 14.07.2025).

¹⁰⁵ Ensuring teaching and learning continues in Ukraine. URL: https://www.unesco.org/en/emergencies/education/ukraine?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 14.07.2025).

безпечного освітнього середовища для учнів та вчителів з відновленою інфраструктурою, а також об'єктами та послугами, які сприяють інклюзивності в освіті в довгостроковій перспективі.

- Підтримка національних систем освіти для реагування на нагальні потреби та вирішення довгострокових цілей розвитку. Цей пріоритет підтримує міністерства освіти України, а також країни, що приймають біженців, у плануванні, управлінні та навчанні освіти, що ґрунтується на фактичних даних та даних, а також розробці трансформаційних політик та рекомендацій, що ведуть до сталості та стійкості системи освіти та ширшого українського суспільства.

Серед ключових міжнародних організацій, які надають допомогу освітній системі України в умовах воєнного стану, є наступні:

- UNESCO (Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури);
- UNICEF (Дитячий фонд ООН);
- World Bank (Світовий банк);
- GPE (Global Partnership for Education);
- UNDP (Програма розвитку ООН);
- OSCE (Організація з безпеки і співробітництва в Європі);
- USAID (Агентство США з міжнародного розвитку)
- EdCamp Ukraine (за підтримки міжнародних донорів) та ін.

Так, ми згодні із думкою науковця N. Ivanenko, яка зазначає, що, незважаючи на зловісні тенденції, такі як руйнування інфраструктури, переміщення студентів та викладачів, втрата студентів та персоналу, проблеми безпеки, кіберзагрози для інформаційних систем університетів, фінансові труднощі, організаційні питання, а також психічне здоров'я та благополуччя студентів та співробітників, українські заклади вищої освіти продовжують функціонувати та надавати освітні послуги. Стійкість та рішучість студентів і викладачів у поєднанні з підтримкою світової академічної спільноти мають вирішальне значення для подолання викликів війни та відбудови стабільного та динамічного ландшафту вищої освіти в Україні. Зараз саме час зосередитися на

оцінці освітніх втрат та підтримці подальшого розвитку української системи вищої освіти¹⁰⁶.

Отже, пріоритетний напрямок забезпечення якості освітнього процесу в Україні є важливою складовою забезпечення національного розвитку та відновлення у післявоєнний період. Тому підтримка освіти в умовах війни забезпечує не лише функцію передачі знань, а й є засобом психологічної стабілізації, соціальної згуртованості та стратегічного відновлення країни. Відповідно, основою діяльності в освітній сфері на найближчі роки є створення стабільної, безперервної, стійкої, доступної, інклюзивної освітньої системи, здатної працювати в будь-яких умовах.

4.4. Правова допомога особам, які постраждали від війни

В умовах воєнного стану в Україні виникла необхідність забезпечення та захист прав людини, особливо кваліфікації воєнних злочинців. Забезпечення правової допомоги стало критично важливим в контексті відновлення правосуддя та підтримки постраждалих. Тому на рівні держави та міжнародних організацій забезпечується реалізація державної безкоштовної правової допомоги, адвокатський захист, воєнна юстиція, Міжнародні агенції Онлайн-платформи, консультації, гарячі лінії, чат-боти, відновлення документів та ін. допомоги, яка спрямована на доступ до правосуддя, захист прав постраждалих та реалізацію компенсаційних процедур.

В Україні діє безоплатна правнича допомога, мета якої надання безоплатної правничої допомоги і вона функціонує для того, щоб кожна людина могла скористатися своїми правами та захистити їх. Люди, які постраждали від воєнних злочинів чи торгівлі людьми, можуть отримати безоплатну правничу допомогу: юридичні консультації, а також у визначених Законом України «Про безоплатну правничу допомогу» випадках – послуги з

¹⁰⁶ Ivanenko N. Challenges of Ukrainian Higher Education in Times of War. *International Higher Education* . 2024. № 1. URL: https://ihe.bc.edu/pub/i3oxjya7/release/1?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 13.07.2025)

представництва їхніх інтересів у суді та інших державних органах, допомогу в складенні документів, зокрема й до суду.

Потерпілим від катування або жорстокого поводження під час війни - Люди, які зазнали катування в умовах війни, мають право на безоплатне представництво їхніх інтересів у суді та інших державних органах, складення документів для звернення до суду в кримінальних провадженнях, розпочатих за фактом вчинення таких кримінальних правопорушень¹⁰⁷.

- Постраждалим від сексуального насильства під час війни (надалі СНПК). До сексуального насильства під час війни належать будь-які дії сексуального характеру з примусу і навіть погрози їх вчинити, а саме: зґвалтування; тортури з завданням шкоди статевим органам; примус до спостереження над насильством щодо інших людей; домагання та погрози зґвалтуванням; примусове роздягання та інші дії сексуального характеру¹⁰⁸.

Люди, які зазнали цих злочинних дій окупантів, можуть звернутися до системи БПД та отримати: консультації з будь-яких правових питань, інформацію щодо подальших кроків та про інші види безоплатної допомоги (медичну, психологічну тощо); допомогу у складенні заяви до поліції; послуги адвоката (за потреби)¹⁰⁹.

Людем, що втратили документи на житло та потребують допомоги у їх відновленні: чие нерухоме майно (житло) було зруйноване чи пошкоджене через війну, документи на це майно втрачені (знищені), потребують допомоги у відновленні цих документів, у тому числі для звернення по компенсацію за пошкоджені та знищені об'єкти нерухомого майна мають право на безоплатну вторинну правничу допомогу – представництво

¹⁰⁷Безоплатна правнича допомога постраждалим в наслідок війни
URL: <https://legalaid.gov.ua/kliyentam/postrazhdalym-vnaslidok-vijny/> (дата звернення: 13.07.2025).

¹⁰⁸Безоплатна правнича допомога постраждалим в наслідок війни
URL: <https://legalaid.gov.ua/kliyentam/postrazhdalym-vnaslidok-vijny/> (дата звернення: 13.07.2025).

¹⁰⁹Безоплатна правнича допомога постраждалим в наслідок війни.
URL: <https://legalaid.gov.ua/kliyentam/postrazhdalym-vnaslidok-vijny/> (дата звернення: 13.07.2025).

інтересів у суді та допомогу в складенні документів до суду з метою встановлення в судовому порядку фактів, що мають юридичне значення, для відновлення таких документів¹¹⁰.

Постраждалим від торгівлі людьми. Під час війни ризики постраждати від торгівлі людьми можуть бути вищими. Постраждали від торгівлі людьми мають право на представництво інтересів у суді та допомогу в складенні документів до суду з питань, пов'язаних із захистом їхніх прав, визначених Законом України «Про протидію торгівлі людьми»¹¹¹.

Основні види юридичної допомоги, які доступні постраждалим від війни детально перераховані в інформаційному джерелі новини Дніпра¹¹²:

1. Консультації та роз'яснення з правових питань: надання інформації щодо прав та обов'язків, порядку дій у різних ситуаціях, пов'язаних з війною (наприклад, оформлення статусу ВПО, отримання компенсацій, відновлення документів, майнові питання тощо).

2. Допомога в оформленні документів: складання заяв, скарг, звернень, клопотань та інших документів правового характеру.

3. Представництво інтересів у судах та інших органах: надання юридичного захисту в судових справах, представництво інтересів в органах державної влади та місцевого самоврядування, перед іншими фізичними та юридичними особами. Це може включати справи щодо відшкодування шкоди, встановлення юридичних фактів, спадкування, сімейні спори тощо.

¹¹⁰Безоплатна правнича допомога постраждалим в наслідок війни. URL: <https://legalaid.gov.ua/kliyentam/postrazhdalym-vnaslidok-vijny/> (дата звернення: 13.07.2025).

¹¹¹Безоплатна правнича допомога постраждалим в наслідок війни. URL: <https://legalaid.gov.ua/kliyentam/postrazhdalym-vnaslidok-vijny/> (дата звернення: 13.07.2025).

¹¹²Юридична допомога постраждалим від війни: види підтримки та куди звертатися. URL: <https://dnepr.express.ua/post/yuridichna-dopomoga-postrazhdalim-vid-vijni-vidi-pidtrimki-ta-kudi-zvertatisya> (дата звернення: 13.07.2025).

4. Допомога у відновленні втрачених документів: консультації та сприяння у відновленні паспортів, свідоцтв про народження, документів на майно та інших важливих документів.

5. Юридичний супровід у питаннях компенсацій та відшкодувань: консультування щодо права на отримання компенсацій за зруйноване або пошкоджене майно, за завдану шкоду здоров'ю, моральну шкоду тощо, а також допомога в оформленні відповідних документів.

6. Допомога у питаннях, пов'язаних зі статусом внутрішньо ВПО: консультації щодо прав та обов'язків ВПО, допомога в отриманні довідки ВПО, оскарження відмови у наданні статусу ВПО, вирішення питань із соціальними виплатами.

7. Допомога постраждалим від воєнних злочинів: юридична підтримка осіб, які стали жертвами воєнних злочинів, включаючи документування злочинів, представництво інтересів у правоохоронних органах та судах.

8. Допомога у питаннях спадкування: консультації та юридичний супровід у справах про спадкування майна, що залишилося після загиблих або зниклих безвісти внаслідок війни.

9. Допомога у вирішенні майнових спорів: консультації та представництво інтересів у справах щодо нерухомого та рухомого майна, що виникли внаслідок війни.

10. Психологічна підтримка у поєднанні з юридичною допомогою: деякі організації надають комплексну підтримку, включаючи психологічну допомогу для осіб, які пережили травматичні події, пов'язані з війною.

Слід звернути увагу на міжнародну підтримку Україні з боку інших держав у забезпеченні юридичних питань щодо захисту осіб, які постраждали в наслідок війни. Міжнародні правові ініціативи:

- Task Force on Accountability for Crimes Committed in Ukraine. Міжнародний пул pro bono юристів (АМал Клуни, Helena Kennedy та ін.) координує розслідування воєнних злочинів, співпрацює з Офісом Генпрокурора та Міжнародним кримінальним судом .

- Public International Law & Policy Group (PILPG). Надає консалтинг з міжнародного права щодо воєнних злочинів, документування прав, допомагає формулювати правову політику.

- Центр громадянських свобод (Center for Civil Liberties). Документує порушення прав людини, сприяє законодавчим реформам, співпрацює з міжнародними інституціями

- Ukrainian Helsinki Human Rights Union. Надає захист прав людини, адвокаційні звіти, моніторинг дотримання законів у присутності воєнних дій.

Отже, в Україні система безоплатної правової допомоги показала стійкість завдяки координації держави з міжнародними організаціями. Подальша співпраця з міжнародними правозахисними структурами важлива для довгострокового відновлення правової системи.

Таким чином, саме мультимодальний підхід у допомозі постраждалим від війни в Україні забезпечить комплексну якісну підтримку, саме в аспектах впровадження системного, міжсекторального підходу, який спрямований на інтеграцію психологічної, медичної, соціальної, освітньої та правової допомоги, як єдиної складової в умовах воєнного стану та сприятиме ефективній у довгостроковій перспективі у післявоєнний період.

Кожна з форм підтримки постраждалих в умовах війни (психологічна, медична, соціальна, освітня й правова) виконує унікальну функцію, але лише в поєднанні вони створюють синергію ефективної реабілітації, поверненню до активного суспільного життя та відновлення фізичного та психічного здоров'я громадян України.

Успішність реалізації мультимодального підходу в наданні допомоги особам, які постраждали від війни залежить наступних ключових факторів: забезпечення інтеграційної системи координації між державними, міжнародними та громадськими структурами, що сприятиме заповненню прогалини в необхідних сферах допомоги; гнучкості та адаптивності системи допомоги, адже потреби постраждалих змінюються залежно від етапу та пролонгованості військового стану в Україні; індивідуальний підхід у наданні допомоги, оскільки кожна постраждала особа від війни має індивідуальну історію, і допомога повинна враховувати її комплексно.

Потребує подальшого дослідження і впровадження саме мультимодальний підхід в наданні допомоги особам, які постраждали від війни, оскільки саме він у довгостроковій перспективі сприяє зціленню ментального та фізичного здоров'я українців, а також являється невід'ємною частиною процесу національного відновлення, формування стійкого суспільства та правової держави. Український досвід демонструє, що в умовах війни інноваційна, злагоджена та цілісна система підтримки – це міцний фундамент для стресостійкості та перемоги.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

1. В чому полягає сутність саме модального підходу у допомозі особам, які постраждали від війни?
2. Охарактеризуйте принципи побудови мультимодального підходу.
3. Із яких напрямків складається мультимодальний підхід допомоги особам, які постраждали від війни?
4. Охарактеризуйте психологічну підтримку особам, які постраждали від війни.
5. Охарактеризуйте медичну допомога особам, які постраждали від війни.
6. Надайте характеристику виду медичної допомоги: невідкладна допомога.
7. Надайте характеристику виду медичної допомоги: хірургічна та спеціалізована допомога.
8. Надайте характеристику виду медичної допомоги: реабілітація та довготривале спостереження.
9. Надайте характеристику виду медичної допомоги: первинна медико-санітарна допомога.
10. Надайте характеристику виду медичної допомоги: медико-психологічна допомога.
11. Охарактеризуйте соціальну підтримку особам, які постраждали від війни.

12. Перерахуйте категорій громадян для яких визначена соціальна підтримка в умовах воєнного стану.
13. Які пріоритетні питання соціальної допомоги особам, що постраждали в умовах воєнного стану.
14. Розвиток та підтримка системи освіти в умовах воєнного стану.
15. Міжнародна підтримка освіти в Україні .
16. Перерахуйте міжнародні організації, які надають допомогу освітній системі України в умовах воєнного стану.
17. Охарактеризуйте розвиток та підтримку системи освіти в умовах воєнного стану.
18. Міжнародна підтримка освіти в Україні
19. Які міжнародних організацій, які надають допомогу освітній системі України в умовах воєнного стану?
20. Яким категоріям громадян, що постраждали від війни забезпечується безоплатна правнича допомога?
21. Основні види юридичної допомоги, які доступні постраждалим від війни.
22. У чому полягає міжнародна підтримку Україні з боку інших держав у забезпеченні юридичних питань щодо захисту осіб, які постраждали в наслідок війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Навчання навичкам першої психологічної допомоги. URL: <https://redcross.org.ua/mhps/pfa/> (дата звернення: 14.09.2025).
2. 5 тисяч людей в Україні пройшли навчання з надання першої психологічної допомоги та інші тренінги завдяки проекту eu4health URL: <https://redcross.org.ua/news/2025/07/117458/> (дата звернення: 14.09.2025).
3. Кравець Н.О., Климук Н.Я. Особливості запровадження соціальних програм в умовах військового стану в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 3 (97) С. 76-79. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.3.14226>

4. Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 14.07.2025).

5. Pinchuk I., Feldman I., Seleznov V., Virchenko V. Braving the dark: mental health challenges and academic performance of Ukrainian university students during the war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2025. № 1. <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02867-7>

6. Освітня та шкільна реформа в Україні тривають попри виклики війни. URL: https://www.worldbank.org/en/news/feature/2025/03/25/learning-and-school-reforms-continue-in-ukraine-despite-war-challenges?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 14.07.2025).

7. Ensuring teaching and learning continues in Ukraine. URL: https://www.unesco.org/en/emergencies/education/ukraine?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 14.07.2025).

8. Ivanenko N. Challenges of Ukrainian Higher Education in Times of War. *International Higher Education*. 2024. № 1. URL: https://ihe.bc.edu/pub/i3oxjya7/release/1?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 13.07.2025).

9. Безоплатна правнича допомога постраждалим в наслідок війни URL: <https://legalaid.gov.ua/kliyentam/postrazhdalym-vnaslidok-vijny/> (дата звернення: 13.07.2025).

10. Юридична допомога постраждалим від війни: види підтримки та куди звертатися. URL: <https://dnpr.express.ua/post/yuridichna-dopomoga-postrazhdalim-vid-vijni-vidi-pidtrimki-ta-kudi-zvertatisya> (дата звернення: 13.07.2025).

РОЗДІЛ 5. ПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ,ЩО ДОПОМАГАЮТЬ ОСОБАМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ

Психологічне вигорання стало невід'ємною частиною реальності для багатьох українців у складний час війни. Постійний стрес, тиск відповідальності та емоційне виснаження зачіпають і тих, хто безпосередньо допомагає іншим, як то психологи, психіатри, волонтери, медики, соціальні працівники, поліцейські, військові. Враховуючи визначення стресу як психічного процесу за Г. Сельє (йдеться про стадії тривоги, резистентності та виснаження), можна вважати «професійне вигорання» третьою стадією, характерною для стійкого і неконтрольованого рівня збудження¹¹³. Профілактика емоційного вигорання фахівців, що допомагають особам, які постраждали від війни, включає в себе ряд стратегій, спрямованих на підтримку емоційного та психологічного здоров'я. Важливою є підтримка з боку керівництва та колег, регулярна саморефлексія, турбота про фізичне здоров'я, навчання навичкам саморегуляції та, за потреби, звернення за професійною допомогою.

5.1. Поняття «професійного вигорання» та його розуміння в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ)

Синдром професійного вигорання – це специфічний психоемоційний стан, що формується як реакція організму на тривалий вплив стресових чинників, пов'язаних із виконанням професійних обов'язків.

Найчастіше цей феномен спостерігається у представників професій, орієнтованих на взаємодію з людьми, таких як психологи, медичні працівники, поліцейські, військовослужбовці, волонтери та соціальні фахівці.

¹¹³ Радченко О.М. теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини // Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2022. № 15-16. С.532-533.

Згідно з МКХ-11, вигорання – це синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці. Основні прояви синдрому професійного вигорання можна охарактеризувати такими ознаками:

- поступова втрата життєвого тону та поява відчуття постійної втоми й виснаження;
- емоційне віддалення від професійної діяльності, формування негативного або байдуже-песимістичного ставлення до роботи;
- зниження рівня мотивації, продуктивності та професійної результативності¹¹⁴.

Ознаки синдрому професійного вигорання зазвичай поділяють на три основні групи: психофізіологічні, соціально-психологічні та поведінкові.

До психофізіологічних симптомів професійного вигорання відносять:

- відчуття постійної, виснажливої втоми, що не зникає навіть після сну чи відпочинку (ознака хронічної перевтоми);
- переживання емоційного та фізичного виснаження, відчуття спустошеності;
- зниження реактивності та чутливості до зовнішніх подій, байдужість до нового чи відсутність природної реакції на небезпеку;
- прояви загальної астенії – слабкість, втрата енергії, зниження активності, погіршення біохімічних і гормональних показників організму;
- часті головні болі без очевидних причин, порушення роботи травної системи;
- різке зменшення або збільшення маси тіла;
- розлади сну – часткове або повне безсоння;
- стан загальмованості, постійна сонливість і прагнення спати протягом дня;

¹¹⁴ Кондратьєва В., Льошенко О. Діагностика, профілактика, корекція синдрому «емоційного вигорання» // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 10. С. 105-112.

- відчуття нестачі повітря або утруднене дихання під час фізичного чи емоційного напруження;

- зниження сенсорної чутливості – погіршення зору, слуху, зменшення тілесних відчуттів.

До соціально-психологічних симптомів професійного вигорання відносяться:

- байдужість, пасивність і депресивні стани, що проявляються у зниженні емоційного тону та відчутті пригніченості;

- підвищена дратівливість навіть через незначні події чи труднощі;

- часті нервові зриви – епізоди невмотивованого гніву або повна відмова від спілкування;

- схильність до перебільшення негативних емоцій, таких як почуття провини, образу, підозрілість;

- відчуття постійного хвилювання й тривожності без усвідомленої причини, переживання, що «щось не так»;

- надмірне почуття відповідальності, страх помилитися або не впоратися із завданнями;

- формування песимістичного світогляду й негативного бачення власного майбутнього, переконання у безрезультатності власних зусиль.

Поведінкові симптоми професійного вигорання:

- відчуття, що робочі завдання стають дедалі важчими, а їх виконання – складнішим;

- зміна звичного робочого режиму: надто ранні приходи чи пізні відходи з роботи, або навпаки – запізнення й передчасні відходи;

- постійне перенесення роботи додому без фактичного її виконання;

- уникання прийняття рішень, пошук виправдань або перекладання відповідальності;

- відчуття власної непотрібності, зниження ентузіазму й інтересу до результатів діяльності;

- труднощі з виконанням важливих завдань, схильність «застрягати» на дрібницях;

- свідоме дистанціювання від колективу, емоційна ізоляція, зростання безпідставної критичності до інших;

• зловживання алкоголем, збільшення кількості викурених сигарет, можливе вживання психоактивних речовин.

Отже, симптоми професійного вигорання можуть виявлятися не лише у окремих працівників, а й на рівні цілого підрозділу. У таких випадках спостерігається так зване «професійне вигорання організації»¹¹⁵, коли більшість співробітників демонструють схожу фізичну та емоційну симптоматику, ніби стаючи «на одне обличчя». Колектив поступово втрачає віру в позитивні зміни, зникає мотивація до розвитку та переконання у можливості вплинути на ситуацію власними зусиллями.

Фази емоційного вигорання

Синдром професійного вигорання розвивається поступово і проходить кілька послідовних етапів, які відображають прогресуюче емоційне та фізичне виснаження людини.

Першою є фаза *«тривожної напруги»*, що виступає передвісником вигорання та своєрідним «пусковим механізмом» для формування емоційного стресу. На цьому етапі працівник поступово відчуває накопичення психоемоційного дискомфорту, що може проявлятися через такі симптоми¹¹⁶:

1. Переживання психотравмуючих обставин – людина стикається з надмірними вимогами на роботі, конфліктними ситуаціями або критичними подіями, що викликають постійне напруження та психічний дискомфорт. Ці переживання поступово накопичуються, створюючи ефект «емоційної перевантаженості».

2. Незадоволеність собою – виникає відчуття власної неефективності, сумнів у власних професійних здібностях та досягненнях. Працівник часто фокусує увагу на невдачах і недоліках, що сприяє розвитку самокритичності і поглибленню внутрішнього напруження.

3. Відчуття безвиході – на цьому етапі формується відчуття, що ситуація виходить з-під контролю, а власні зусилля не

¹¹⁵ Кондратьєва В., Льошенко О. Діагностика, профілактика, корекція синдрому «емоційного вигорання» // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 10. С. 105-112

¹¹⁶ Кондратьєва В., Льошенко О. Діагностика, профілактика, корекція синдрому «емоційного вигорання» // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 10. С. 105-112.

здатні вплинути на робочі чи життєві обставини. Це породжує психологічний тиск і посилює емоційне виснаження.

4. Тривога і депресія – постійне незадоволення собою та результатами діяльності викликає високий рівень внутрішньої напруги. Працівник переживає ситуативну або особистісну тривогу, що проявляється у формі постійного хвилювання, песимістичних думок, зниження настрою та появи симптомів депресії. Цей стан посилює емоційне виснаження і створює передумови для переходу до наступної фази вигорання.

Друга фаза *«емоційно-етичної дезорієнтації»* характеризується тим, що емоції фахівця перестають виступати стимулом для формування адекватних етичних реакцій. Спеціаліст перестає проявляти належну увагу та емоційне ставлення до підопічного – будь то клієнт, пацієнт або свідок – і намагається захистити власну поведінку, виправдовуючи перед собою можливу грубість або байдужість, раціоналізуючи свої дії або перекладаючи відповідальність на іншого замість того, щоб усвідомлено визнати власну провину.

Симптоматика цієї фази проявляється в тому, що економія емоцій поширюється і за межі професійної діяльності. Спеціаліст виявляє втому від контактів, розмов і відповідей на запитання настільки сильно, що уникає спілкування навіть із близькими людьми. Одночасно спостерігається скорочення або полегшення професійних обов'язків, особливо тих, що потребують значних емоційних затрат.

Третя фаза *«виснаження»* характеризується помітним зниженням загального тону, ослабленням нервової системи та формуванням стійкого емоційного захисту, який стає постійною рисою особистості. Симптоматика цієї фази включає:

1. Емоційний дефіцит – професіонал втрачає здатність надавати емоційну підтримку підопічним або клієнтам, його емоційні ресурси вичерпані.

2. Емоційна відчуженість – працівника мало що хвилює, він перестає реагувати як на позитивні, так і на негативні події.

3. Особисте відсторонення або деперсоналізація – спостерігається повна або часткова втрата інтересу до людей, які є об'єктом професійної діяльності.

4. Психосоматичні та психовегетативні порушення – проявляються у фізичних і психічних розладах, що впливають на загальне самопочуття і працездатність.

Вигорання – процес, що відбувається дуже повільно. К. Маслач, В. Бойко, Н. Водоп'янова дотримуються такої періодизації синдрому:

- I стадія триває 3-5 років;
- II стадія 5-15 років;
- III стадія від 10 до 20 років¹¹⁷.

Отже, емоційне вигорання доцільно розглядати як багатовимірне психологічне утворення, яке виявляється в емоційній, інтелектуальній та поведінковій ригідності, у підвищенні рівня нейротизму, у зниженні працездатності, професійної мотивації, здатності до саморегуляції і адекватної рефлексії, що призводить до конфліктів.

5.2. Профілактика професійного вигорання

Щоб запобігти професійному вигоранню, необхідно системно впроваджувати профілактичні заходи, спрямовані на подолання його проявів. Розглянемо індивідуальну технологію профілактики та подолання професійного стресу і синдрому «професійного вигорання», яка включає декілька послідовних етапів та конкретні практичні прийоми.

I. Профілактика синдрому «професійного вигорання» починається з аналізу професійної ситуації. Цей етап передбачає когнітивну оцінку обставин: виявлення стрес-факторів, аналіз власної реактивності на стрес, рівня стресостійкості та застосування методів зниження впливу стресорів. Для цього використовуються спеціальні прийоми, які виступають як бар'єри на шляху до стресу:

1) Розпізнавання стресу – навчитися виявляти сигнали, що попереджають про початок стресової реакції, щоб мати змогу вчасно реагувати.

¹¹⁷ Радченко О.М. теорія стресу та філософські погляди Ганса Селье: значення для сучасної медицини // Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2022. № 15-16. С.532-533.

2) Глибша когнітивна оцінка ситуації – визначення основних стрес-факторів у професійному контексті та пошук можливостей їх усунення або мінімізації.

3) Ведення «Щоденника стресових подій», де фіксується щодня інформація за семи компонентами: стресові ситуації, реакції на кожен стресор, способи адаптації, найбільш ефективні методи подолання стресу, прийоми релаксації, їх ефективність і власні відчуття протягом дня.

4) Аналіз наявності глобальних професійних або життєвих змін, таких як реорганізація на роботі чи зміна місця проживання, що можуть впливати на стресовий рівень.

5) Визначення основних стрес-факторів, які спричиняють емоційне вигорання, і укладення внутрішнього контракту із самим собою щодо використання конкретних методів подолання стресу протягом певного часу з визначенням системи винагород або самопокарань.

6) Аналіз мотивів професійної діяльності – складання переліку всіх причин, реальних та абстрактних, що спонукають працівника виконувати конкретну роботу.

7) Прийняття рішення про подальшу роботу на даному робочому місці – оцінка доцільності продовження діяльності з урахуванням власного стану та мотивації.

8) Тимчасове зниження навантаження та освоєння навичок раціонального управління власним часом для запобігання перевтомі.

9) Спроби змінити імідж «трудоголіка» за допомогою спеціальних прийомів та методик саморегуляції.

10) Складання списку «Я дійсно хочу цим займатися», що допомагає визначити справжні пріоритети і внутрішню мотивацію.

11) Демонстрація асертивної поведінки – розвиток здатності впевнено висловлювати свої думки та задовольняти власні потреби, що сприяє підвищенню емоційної стійкості.

12) Визначення власного розуміння успіху в житті – формулювання того, що для людини є справжнім успіхом, що допомагає зберегти мотивацію та знизити ризик емоційного вигорання.

13) Створення групи соціальної підтримки – формування кола людей, з якими можна поділитися переживаннями та отримати допомогу. Соціальна підтримка проявляється у відчутті приналежності, прийняття та цінності такою людиною, якою вона є, а не через те, що вона може щось зробити для інших.

14) Турбота про правильне харчування – визначення та дотримання збалансованого раціону, що забезпечує організм необхідними поживними речовинами, сприяє підтриманню енергії та психоемоційного балансу.

II. На етапі сприйняття професійної ситуації як стресової (тобто такої, що викликає занепокоєння), доцільно застосовувати прийоми та стратегії, які виступають психологічними бар'єрами на шляху до розвитку стресу:

1) Стратегія вибіркового сприймання – уміння зосереджуватись на суттєвому, відсікаючи надлишкові або емоційно навантажені стимули.

2) Сприйняття життя як цінного та радісного процесу – формування позитивного світогляду, уміння бачити сенс і навіть у складних подіях знаходити ресурс для розвитку.

3) Використання гумору як психологічного буфера – застосування сміху та самоіронії для зниження емоційної напруги й послаблення впливу стресових чинників.

4) Визначення власного типу поведінки у стресових обставинах – усвідомлення особистих реакцій (активна, пасивна, унікальна тощо) з метою ефективнішого самоконтролю.

5) Аналіз рівня впевненості у собі та прийнятих рішеннях – розвиток внутрішньої стабільності, що дозволяє людині керувати своїми емоціями та життєвими ситуаціями.

6) Оцінка локусу контролю – визначення, наскільки людина схильна покладатися на власні сили або на зовнішні обставини, що впливає на її здатність управляти стресом.

7) Використання технік медитації, аутогенного тренування та фізичних вправ – застосування методів релаксації, підібраних з урахуванням індивідуально-психологічних

особливостей, для зняття напруги та відновлення внутрішнього балансу¹¹⁸.

Отже, синдром «професійного вигорання» проявляється в соціально-орієнтованих, комунікативних професіях, системи «людина-людина», що відрізняється великою кількістю емоційно насичених контактів, більшість з яких пов'язана з переживанням негативних емоцій. Тому, слід упередити такий перебіг подій, застосовуючи профілактичні заходи щодо емоційного і психічного вигорання фахівців.

5.3. Методи та програми профілактики синдрому професійного вигорання фахівців, що допомагають особам, які постраждали від війни

Наразі важливо визначити ресурси та створити ефективні механізми підтримки фахівців, які працюють за сучасних умов. Аналіз наукових публікацій з цієї теми та контент-аналіз матеріалів соціальних служб, громадських організацій, що надають психологічну та соціальну допомогу, дозволили виділити основні практики профілактики та подолання професійного вигорання серед фахівців, які працюють із особами, постраждалими від війни.

Можна відзначити, що існує певний базовий набір методів, що застосовується у більшості установ, серед яких супервізія, проведення тренінгів, інформаційні стенди та окремі рубрики на офіційних сайтах організацій, присвячені профілактиці вигорання. Однак їхня кількість недостатня, а якість реалізації часто залишається низькою.

Нині, щоб запобігти розвитку феномену психологічного або емоційного вигорання, важливо під час професійної підготовки фахівців приділяти більше уваги особливостям майбутньої діяльності, її труднощам і недолікам, а також формувати реалістичне уявлення про професію. Часто спеціалісти стикаються з розчаруванням у практичній роботі через невідповідність між

¹¹⁸ Рідкодубська Г. А. Професійне вигорання соціальних працівників // Вісник Запорізького національного університету. Педагогічні науки. 2020. № 1 (34). С. 266–271.

очікуваннями та реальністю. Тому доцільно організувати більше зустрічей із представниками організацій і служб, які можуть детально розповісти про специфіку професійної діяльності, реальні виклики та труднощі, що супроводжують роботу. Такі зміни в системі підготовки допоможуть майбутнім фахівцям краще адаптуватися до професійних умов, підвищити стресостійкість і зберегти емоційну рівновагу. Як слушно зазначає Рідкодубська Г. А., емоційний відпочинок – це не примха, а необхідна умова для повноцінного функціонування мозку¹¹⁹.

Наявність ефективного діалогу між фахівцем і супервізором є надзвичайно важливою, адже така комунікація сприяє швидкому виявленню проблем і їхньому оперативному вирішенню. Для цього фахівець має вміти правильно розставляти пріоритети та усвідомлювати, що робота є лише однією складовою життя і не повинна змішуватися з особистим простором. Розвиток професійних навичок через освоєння нових методів роботи та здобуття цікавих знань підвищує мотивацію та інтерес до діяльності.

Оскільки задоволення професією безпосередньо впливає на емоційний стан, підвищення кваліфікації та розвиток умінь стає ключовою практикою для підтримки психологічної рівноваги. Важливу роль у цьому відіграє розвиток стресостійкості, здатності ефективно справлятися зі стресом та відновлювати емоційний стан.

Найбільш ефективними методами є проведення тренінгів психологічного та соціально-психологічного спрямування, тренінгів зі стресостійкості та самовідновлення після напруження. Роль супервізора полягає у наставництві, побудові відкритого діалогу, виявленні слабких сторін фахівця та розвитку його потенціалу. В умовах воєнного стану ці практики набувають особливої значущості, оскільки суспільство очікує від фахівців, які допомагають постраждалим від війни, швидкого реагування на складні ситуації та стійкості перед надзвичайно важкими випадками.

¹¹⁹ Рідкодубська Г. А. Професійне вигорання соціальних працівників // Вісник Запорізького національного університету. Педагогічні науки. 2020. № 1 (34). С. 266–271.

Застосування подібних практик є важливою умовою ефективної організації професійної діяльності, яка запобігає розвитку синдрому емоційного вигорання. В умовах війни, коли фахівці працюють із різними категоріями населення, що зазнали глибоких психологічних травм, надзвичайно актуальними стали програми підтримки, навчання та психологічного розвантаження. Такі ініціативи реалізуються на різних рівнях – від локальних громадських проєктів до національних програм відновлення.

1) Показовим прикладом є програма надання послуг професіоналам (медикам, психологам, соціальним працівникам, юристам), чия діяльність безпосередньо впливає на реабілітацію осіб, що пережили тортури, приниження, насильство або втрати внаслідок військових дій і катастроф. Цю програму реалізує Громадська організація «Форпост», забезпечуючи підтримку спеціалістів, які щоденно стикаються з людським болем, травмами й емоційним виснаженням. Така допомога сприяє не лише професійному відновленню працівників, а й підвищує якість їхньої роботи з постраждалими клієнтами, зберігаючи гуманістичний вектор діяльності навіть у надскладних умовах.);

2) Міжнародна громадська організація «Міжнародний центр розвитку і лідерства» реалізує низку важливих проєктів, спрямованих на підтримку населення в умовах війни. Серед них варто відзначити програму «Надання соціально-психологічної підтримки та допомоги населенню під час війни», одним із ключових напрямів якої стало проведення груп підтримки для психологів, соціальних працівників та інших фахівців допомагаючих професій. Ці зустрічі сприяють емоційному відновленню спеціалістів, зміцненню їхньої професійної стійкості та запобіганню розвитку емоційного вигорання.

Оскільки вигорання призводить до вичерпання життєвих ресурсів, воно не може торкатися лише однієї конкретної сфери життя, воно впливає на все життя людини, тому не слід зволікати та сподіватися, що «само минеться», слід діяти як тільки ви помітили його перші ознаки.

Алгоритм подолання синдрому вигорання:

1. Визначення групи симптомів, що можуть свідчити про вигорання.

2. Зверніться до психолога і разом з ним за допомогою тестових методів підтвердить наявність ознак вигорання та визначить ступінь його прояву.

3. Проаналізуйте найбільш вірогідні чинники вигорання серед всього, що вас оточує.

4. Проаналізуйте, які з правил психологічної безпеки при роботі порушуються.

5. Розробіть план дій, який би виключав в себе способи уникнення (або зменшення дії) чинників вигорання та способи дотримання правил психологічної безпеки.

6. Використовуйте способи психологічної допомоги при вигоранні та збереження психологічного здоров'я.

Способи психологічної допомоги при наявності ознак вигорання:

1. Дихальна гімнастика та вправи з глибоким диханням.

2. Зняття напруги та релаксація.

3. Трансформація негативних думок та переконань.

4. Регуляція емоційного стану.

5. Допомога собі при стресі.

6. Пошук і накопичення внутрішніх ресурсів.

7. Фізичні навантаження.

8. Режим та харчування.

9. Підвищення рівня професійної майстерності та самовдосконалення.

Отже, проблема профілактики емоційного вигорання фахівців, що допомагають особам, які постраждали від війни є дуже актуальною.

Існує велика кількість технологій профілактики професійного вигорання, які запозичені з медицини, мистецтва, психології тощо. Оскільки емоційне вигорання шкодить обом сторонам соціальної діяльності (і клієнту і фахівцю), необхідно запроваджувати кращі технології профілактики емоційного вигорання у гуманітарній сфері.

Таким чином, синдром професійного вигорання серед фахівців, які надають допомогу особам, що постраждали від війни, у сучасних умовах України став надзвичайно актуальною та гострою проблемою. Основними його проявами є значне психологічне перевантаження, що виникає під впливом зовнішніх

стрес-факторів, а також збільшення кількості складних і, здебільшого, негативних наслідків цього впливу, які знаходять своє відображення у поведінкових реакціях працівників.

Попередження та подолання симптомів професійного вигорання є важливим управлінським завданням. Воно передбачає створення власних внутрішніх програм підтримки та розвитку персоналу, а також ефективне використання зовнішніх ресурсів, таких як навчальні програми, тренінги та проєкти, що пропонують різні організації для надання фахівцям необхідної психологічної допомоги та підтримки в умовах високих емоційних навантажень.

Збереження здоров'я, емоційної та психологічної стабільності працівників має залишатися одним із пріоритетів, адже від цього залежить не лише їхня особиста життєстійкість, але й ефективність виконання професійних обов'язків, які безпосередньо впливають на якість допомоги постраждалим від війни.

Таким чином, питання профілактики та подолання професійного вигорання стає стратегічним завданням для всіх установ, що працюють у сфері соціальної та психологічної допомоги в умовах сучасної України.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

1. Визначення синдрому професійного вигорання.
2. Основні прояви синдрому професійного вигорання?
3. До психофізіологічних симптомів професійного вигорання відносять...
4. До соціально-психологічних симптомів професійного вигорання відносяться:
5. Поведінкові симптоми професійного вигорання....
6. Фази емоційного вигорання?
7. Симптоматика фази «тривожної напруги».
8. Симптоматика фази «емоційно-етичної дезорієнтації».
9. Симптоматика фази «виснаження».
10. І етап профілактики синдрому «професійного вигорання».

11. II етап профілактики синдрому «професійного вигорання».
12. Національні програми відновлення.
13. Алгоритм подолання синдрому вигорання.
14. Способи психологічної допомоги при наявності ознак вигорання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ісаков Р.І., Герасименко Л.О. Синдром емоційного вигорання // Журнал «Нейро NEWS: психоневрологія та нейропсихологія». 2024. №5-6 (151). С. 24-27.
2. Кондратьєва В., Льошенко О. Діагностика, профілактика, корекція синдрому «емоційного вигорання» // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 10. С. 105-112.
3. Радченко О.М. теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини // Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2022. № 15-16. С.532-533.
4. Рідкодубська Г. А. Професійне вигорання соціальних працівників // Вісник Запорізького національного університету. Педагогічні науки. 2020. № 1 (34). С. 266–271.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	3
РОЗДІЛ 1	6
ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВІЙНИ.....	6
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ	36
СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ.....	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	39
РОЗДІЛ 2	41
МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	41
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	70
РОЗДІЛ 3	72
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ: РОБОТА З УРАЗЛИВИМИ ГРУПАМИ.....	72
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ	126
I. СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ	128
II. АНАЛІТИЧНІ ЗАВДАННЯ.....	133
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	133
РОЗДІЛ 4	137
МУЛЬТИМОДАЛЬНИЙ ПІДХІД ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ.....	137
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ	157
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	158
РОЗДІЛ 5	160
ПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ,ЩО ДОПОМАГАЮТЬ ОСОБАМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ... 160	160
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ	172
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	173

Науково-методичне видання

Пасько Ольга Миколаївна
Прудка Людмила Миколаївна
Матієнко Тетяна Василівна

Навчальний посібник

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ,
ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ

Підп. до друку 26.11.2025. Формат 60x84/16.
Друк цифровий. Папір офсетний. Гарнітура Times.
Ум.-друк. арк. 10,17. Обл.-вид. арк. 7,88.

Наклад 30 прим.

Надруковано з готового оригінал-макета.

Поліграфічне відділення

Одеського державного університету внутрішніх справ
м. Одеса, вул. Успенська, 1,

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДП № 3507
від 25.06.2009

e-mail rvv@oduvs.edu.ua