МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІОЛОГІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

КАФЕДРА ФІЛОСОФІЇ, ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Кваліфікаційна робота
магістра

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА У СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВЕТЕРАНАМИ ВІЙНИ

Виконав: магістр 2-го курсу,
група 8.2314-ср
спеціальності 231 «Соціальна робота»
освітньо-професійної програми
«Соціальна робота»
Д. І. Вербицький

Керівник: професор кафедри філософії,
публічного управління та соціальної роботи,
доцент, д.філос.н. Масюк О. П.

Рецензент: доцент кафедри філософії,
публічного управління та соціальної роботи,
доцент, к.психол.н. Бойко Г.В.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціології та управління
Кафедра філософії, публічного управління та соціальної роботи
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 231 «Соціальна робота»
Освітньо-професійна програма «Соціальна робота»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи
_____Т.І. Бутченко
«____»_____2025 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРАНТУ

Вербицькому Данилу Ігоровичу
(прізвище, ім'я, по-батькові)

1. Тема роботи Психосоціальна підтримка у системі соціальної роботи з ветеранами війни
керівник роботи Масюк Олег Петрович, д.філос.н., доцент
(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)
затверджені наказом ЗНУ від «19» березня 2025 року № 418-с

2. Строк подання студентом роботи 12 грудня 2025 року

3. Вихідні дані до роботи Акименко Ю.Ф., Сила Т.І. Як допомогти родині учасника бойових дій : методичний посібник. Чернігів. Десна Поліграф. 2017. 144 с; Коленіченко Т. Інституційні суб'єкти соціальної реінтеграції ветеранів в умовах війни. *Стратегія сучасного розвитку України. Синтез правових освітніх та економічних механізмів* : колективна монографія. Чернігів : ГО Науково-освітній інноваційний центр суспільних трансформацій, 2022. С.269–282; Слабкий Г.О., Назаренко І.І., Якимець В.М., Печиборщ В.П., Іванов В.І., Поліщук А.О. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. №1

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) 1. Проаналізувати історію становлення системи соціальної роботи з ветеранами війни в Україні. 2. Уточнити зміст основних понять дослідження, таких як: «психосоціальна підтримка», «соціальна робота», «ветерани війни». 3. Охарактеризувати методологічні підходи та принципи дослідження психосоціальної підтримки у системі соціальної роботи 4. Проаналізувати нормативно-правове та інституційне забезпечення системи психосоціальної підтримки ветеранів війни. 5. Дослідити соціально-психологічні умови ефективної адаптації ветеранів до мирного життя. 6. Описати технології та інноваційні підходи у роботі з ветеранами війни. 7. Розробити організаційно-

методичні основи проведення емпіричного дослідження. 8. Здійснити аналіз та інтерпретацію результатів емпіричного дослідження психосоціальної підтримки ветеранів війни. 9. Сформулювати практичні рекомендації щодо оптимізації системи соціальної роботи з ветеранами війни.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
2 малюнки , 2 таблиці

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Масюк О.П., професор кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	06.06.2025	06.06.2025
Розділ 2	Масюк О.П., професор кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	11.08.2025	11.08.2025
Розділ 3	Масюк О.П., професор кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	22.09.2025	22.09.2025

7. Дата видачі завдання 28 квітня 2025 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми кваліфікаційної роботи	Лютий – березень 2025	*виконано*
2.	Бібліографічний пошук	Квітень 2025	*виконано*
3.	Розробка основних положень роботи	Травень – червень 2025	*виконано*
4.	І розділ	Червень - липень 2025	*виконано*
5.	ІІ розділ	Серпень – вересень 2025	*виконано*
6.	ІІІ розділ	Вересень – жовтень 2025	*виконано*
7.	Систематизація висновків	Листопад – грудень 2025	*виконано*
8.	Нормоконтроль	Листопад – грудень 2025	*виконано*

Студент _____ Д.І. Вербицький

Керівник роботи _____ О.П. Масюк

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ І.С. Цапліна

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота складається з 90 сторінок, 64 позицій у списку літератури, 2 рисунки, 2 таблиці, 2 додатків.

СОЦІАЛЬНА РОБОТА, ВЕТЕРАНИ ВІЙНИ, ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА, СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ, РЕІНТЕГРАЦІЯ, ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Мета дослідження: обґрунтувати та розробити теоретичні й практичні засади організації психосоціальної підтримки ветеранів війни в Україні.

Об'єкт дослідження: система психосоціальної підтримки ветеранів війни як соціальний інститут, що функціонує в умовах трансформацій сучасного українського суспільства.

Предмет дослідження: теоретико-методичні підходи та практичні механізми організації психосоціальної підтримки ветеранів війни в рамках сучасної системи соціальної роботи.

Методи дослідження: аналіз, синтез, узагальнення, індукція, конкретизація, систематизація, аналогія, анкетування, інтерв'ю, аналіз документів, методи математичної статистики.

Гіпотеза: ефективність психосоціальної підтримки ветеранів зростає за умови поєднання професійного розвитку, активного залучення родини до процесу адаптації та створення стабільного соціального середовища.

Висновки 1. Система соціальної роботи з ветеранами в Україні є фрагментарною та потребує оновлення як інструмент відновлення їхньої суб'єктності. 2. Психосоціальна підтримка – міждисциплінарний процес відновлення емоційного, когнітивного й соціального функціонування, ефективність якого залежить від індивідуального підходу та координації служб. 3. Інституційна допомога малодоступна й неузгоджена, ветерани мають низьку обізнаність про власні права, що спричиняє дезадаптацію. 4. Дослідження показало зниження психологічного стану більшості ветеранів, але позитивну динаміку тих, хто отримує персоніфіковану підтримку.

SUMMARY

The thesis consists of 90 pages, 64 items in the list of references, 2 figures, 2 tables, and 2 appendices.

SOCIAL WORK, WAR VETERANS, PSYCHOSOCIAL SUPPORT, SOCIAL ADAPTATION, REHABILITATION, REINTEGRATION, INNOVATIVE TECHNOLOGIES.

The purpose of research: to substantiate and develop theoretical and practical foundations for the organisation of psychosocial support for war veterans in Ukraine.

Object of research: the system of psychosocial support for war veterans as a social institution functioning in the context of transformations in contemporary Ukrainian society.

Subject of research: theoretical and methodological approaches and practical mechanisms for organising psychosocial support for war veterans within the framework of the modern social work system.

Research methods: analysis, synthesis, generalisation, induction, concretisation, systematisation, analogy, questionnaires, interviews, document analysis, methods of mathematical statistics.

Hypothesis: the effectiveness of psychosocial support for veterans increases when professional development is combined with the active involvement of the family in the adaptation process and the creation of a stable social environment.

Conclusions: 1. The system of social work with veterans in Ukraine is fragmented and needs to be updated as a tool for restoring their agency. 2. Psychosocial support is an interdisciplinary process of restoring emotional, cognitive and social functioning, the effectiveness of which depends on an individual approach and coordination of services. 3. Institutional assistance is poorly accessible and uncoordinated, and veterans have low awareness of their rights, which leads to maladjustment. 4. The study showed a decline in the psychological state of most veterans, but positive dynamics among those who receive personalised support.

ЗМІСТ

ВСТУП 7
РОЗДІЛ 1. ІСТОРИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ 10
1.1. Історія становлення системи соціальної роботи з ветеранами війни в Україні 10
1.2. Уточнення змісту понять «психосоціальна підтримка», «соціальна робота», «ветерани війни» 17
1.3. Методологічні підходи та принципи дослідження психосоціальної підтримки у системі соціальної роботи 26
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ 32
2.1. Інституційні механізми психосоціальної підтримки ветеранів війни 32
2.2. Соціально-психологічні умови ефективної адаптації ветеранів до мирного життя 40
2.3. Технології та інноваційні підходи у роботі з ветеранами війни 46
РОЗДІЛ 3. ПРАКСІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ 52
3.1. Організація та методика проведення емпіричного дослідження 52
3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження психосоціальної підтримки ветеранів війни 56
3.3. Рекомендації щодо оптимізації системи соціальної роботи з ветеранами війни 67
ВИСНОВКИ 76
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ 78
ДОДАТКИ 86

ВСТУП

Актуальність дослідження. Питання психосоціальної підтримки ветеранів війни для України є одним із ключових викликів сьогодення. Кількість військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій, постійно зростає, і разом з цим зростає потреба в системній підтримці їхнього фізичного, психологічного та соціального стану. Історичний досвід показує, що відсутність належної допомоги ветеранам призводить до загострення соціальних проблем, маргіналізації, підвищення рівня психічних розладів, а також труднощів з інтеграцією в мирне життя. Саме тому формування ефективної системи психосоціальної підтримки розглядається як невід'ємна складова соціальної політики держави. Сучасні дослідження акцентують увагу на необхідності міждисциплінарного підходу, де поєднуються соціальна робота, психологічна допомога, правовий захист та залучення громадських організацій. Міжнародний досвід свідчить, що найбільш дієвими є ті моделі, які враховують індивідуальні потреби ветеранів, застосовують інноваційні технології реабілітації та ґрунтуються на партнерстві державних і недержавних інституцій. Для України це питання набуває особливої актуальності, адже після 2014 року та повномасштабної війни 2022 року сформувався значний прошарок ветеранів, які потребують не лише медичної чи матеріальної допомоги, але й комплексної підтримки для повноцінної соціальної реінтеграції. Розробка ефективних механізмів психосоціальної підтримки ветеранів стає одним із найважливіших завдань сучасної соціальної роботи та безпосередньо впливає на стабільність суспільства й національну безпеку.

У науковій літературі психосоціальна підтримка ветеранів війни розглядається через призму соціальної політики, реабілітаційної педагогіки, психології та соціології. Бриндіков Ю.Л. висвітлює методичні засади реабілітації військовослужбовців і акцентує на системності соціальної допомоги [3]. Вдовіченко О., Соколова І., Педченко О. та інші аналізують зарубіжний досвід психологічної реабілітації ветеранів, зокрема ізраїльську модель, яка поєднує інституційні механізми та діяльність недержавних

організацій [4]. Гордієнко Є.П. узагальнює світовий досвід формування політики соціального захисту учасників бойових дій і визначає напрями адаптації цих підходів для України [5].

Дуля А.В. звертає увагу на значення волонтерських і громадських ініціатив у підтримці сімей учасників бойових дій [6]. Захаріна Т.І. у своїх працях системно аналізує реінтеграційний потенціал ветеранів, соціально-психологічні умови їхньої адаптації та особливості створення освітнього середовища, яке сприяє їхній інтеграції [7; 8; 9]. Значний внесок зробили також Кінселла М. та Арас В., які досліджували інклюзивність ветеранських програм і роль громадських організацій у їхньому розвитку [12]. Узагальнення цих напрацювань дозволяє сформувати комплексне бачення проблеми та визначити напрями подальшого вдосконалення психосоціальної підтримки ветеранів в Україні.

Об'єктом дослідження Система психосоціальної підтримки ветеранів війни як соціальний інститут, що функціонує в умовах трансформацій сучасного українського суспільства.

Предметом дослідження Теоретико-методичні підходи та практичні механізми організації психосоціальної підтримки ветеранів війни в рамках сучасної системи соціальної роботи.

Мета дослідження – обґрунтувати та розробити теоретичні й практичні засади організації психосоціальної підтримки ветеранів війни в Україні.

Завдання дослідження:

– історія становлення системи соціальної роботи з ветеранами війни в Україні;

– уточнення змісту понять «психосоціальна підтримка», «соціальна робота», «ветерани війни»;

– методологічні підходи та принципи дослідження психосоціальної підтримки у системі соціальної роботи;

– нормативно-правове та інституційне забезпечення психосоціальної підтримки ветеранів війни;

– соціально-психологічні умови ефективної адаптації ветеранів до мирного життя;

– технології та інноваційні підходи у роботі з ветеранами війни;

– організація та методика проведення емпіричного дослідження;

– аналіз та інтерпретація результатів дослідження психосоціальної підтримки ветеранів війни;

– рекомендації щодо оптимізації системи соціальної роботи з ветеранами війни.

Гіпотеза дослідження. Передбачається, що психосоціальна підтримка ветеранів буде ефективнішою за умови поєднання професійного розвитку, залучення родини до процесу адаптації та побудови стабільного соціального середовища. Орієнтація на кар'єрну самореалізацію посилює відчуття перспективи, а співпраця з родиною допомагає зменшити емоційне напруження й підтримати сталі зв'язки.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається з трьох розділів, дев'яти параграфів, висновків, списку літератури і додатків.

РОЗДІЛ 1
ІСТОРИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

1.1. Історія становлення системи соціальної роботи з ветеранами війни в Україні

Формування системи соціальної роботи з ветеранами війни в Україні відбувалося в складних умовах політичних змін, воєнних викликів і поступової трансформації суспільного ставлення до осіб, які пройшли бойовий досвід. Перші інституціоналізовані форми підтримки можна простежити ще у період становлення Української Народної Республіки. За часів Гетьманату 1918 року серед перших заходів стала реєстрація інвалідів - на початку літа 1918-го в Україні було зафіксовано близько 184 тис. осіб із втратами здоров'я внаслідок війни, зокрема приблизно 70 тис. у Київській губернії, по 40 тис. у Харківській та Полтавській, до 18 тис. у Чернігівській, близько 16 тис. у Катеринославській. У міжвоєнний час більшість таких заходів здійснювалась через ветеранські об'єднання та організації інвалідів, що мали напівгромадський характер і діяли під опікою місцевих органів влади [13, с. 29].

В радянському періоді соціальна допомога ветеранам формально мала широкий характер: діяли постанови Ради Міністрів СРСР від 1945 року, які закріплювали право інвалідів Великої Вітчизняної війни на забезпечення житлом, протезно-ортопедичними виробами, санаторно-курортним лікуванням. Однак ця система була переважно централізованою, з жорсткою регламентацією та обмеженим урахуванням індивідуальних потреб. Після відновлення незалежності України у 1991 році постало питання про розробку власної законодавчої бази, що відображала б реалії нової держави. У 1993 році Верховна Рада ухвалила Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», який став наріжним документом у формуванні сучасної системи підтримки. Цей закон закріпив право на знижки при оплаті житлово-

комунальних послуг, безоплатний проїзд транспортом, пріоритетне забезпечення житлом і медичними послугами.

З початком 2000-х відбулися спроби модернізувати соціальну політику відповідно до європейських стандартів. У 2004 році Кабінет Міністрів затвердив Державну програму забезпечення соціального захисту ветеранів війни на період до 2010 року, у якій вперше було закладено положення про створення системи психологічної реабілітації. У рамках цієї програми було відкрито кілька реабілітаційних відділень на базі санаторіїв у Трускавці, Хмільнику та Миргороді. Поступово розпочалися перші спроби співпраці з громадськими організаціями: у 2005 році Міністерство праці та соціальної політики розробило механізм надання грантів ветеранським об'єднанням для реалізації проєктів у сфері соціальної інтеграції. Статистичні дані свідчать, що на той час в Україні було зареєстровано понад 3,1 мільйона ветеранів різних категорій, і це створювало надзвичайне навантаження на бюджет, адже обсяг витрат на пільги щороку зростав на 10–12%. Невідповідність між фінансовими можливостями та обсягом задекларованих гарантій призводила до того, що частина програм залишалася на папері. Водночас на законодавчому рівні відбувалася деталізація: у 2006 році ухвалено зміни, які розширили перелік пільг для учасників бойових дій в Афганістані, а у 2009 році - для учасників миротворчих місій. Це свідчило про поступове наближення до міжнародних стандартів, де статус ветерана визначається не лише воєнними діями, а й участю у забезпеченні миру [18, с. 37].

Події після 2014 року кардинально трансформували всю систему. Внаслідок військової агресії та початку Антитерористичної операції кількість ветеранів різко зросла, і на перший план вийшло питання їх соціальної адаптації. У 2015 році було створено департамент у справах ветеранів у складі Міністерства соціальної політики, який мав координувати діяльність у цьому напрямку. У 2017 році внесені зміни до закону 1993 року зрівняли статус ветеранів АТО з ветеранами Другої світової війни, надавши їм однаковий спектр пільг. У 2018 році ухвалено рішення про створення окремого

Міністерства у справах ветеранів України, яке розпочало роботу 22 листопада того ж року. Це стало першим кроком до формування цілісної політики, оскільки всі функції, що раніше були розпорошені між кількома відомствами, тепер концентрувалися в одній інституції. У 2019 році запущена Державна програма забезпечення житлом ветеранів АТО та членів їхніх сімей, фінансування якої здійснювалося за рахунок субвенцій із державного бюджету. Того ж року були відкриті перші ветеранські простори у Києві та Вінниці, які поєднували функції психологічної допомоги, юридичних консультацій і бізнес-освіти.

Важливим етапом стало створення спеціалізованих державних органів, покликаних координувати політику у сфері підтримки ветеранів. У 2018 році з'явилося Міністерство у справах ветеранів України, що стало центральним органом виконавчої влади, відповідальним за формування політики у цій сфері. Його завдання включали адміністрування програм соціальної адаптації, розвиток реабілітаційних центрів, співпрацю з ветеранськими громадськими організаціями. До цього функції були розпорошені між різними відомствами – Міністерством соціальної політики, Міністерством охорони здоров'я, місцевими державними адміністраціями. Така фрагментація створювала проблеми з узгодженістю програм, дублюванням функцій і низькою ефективністю використання бюджетних коштів. Міністерство у справах ветеранів дозволило централізувати процес і ввести більш системний підхід. У 2019 році була прийнята Державна цільова програма щодо забезпечення житлом учасників бойових дій та членів їхніх родин, яка передбачала субвенції з державного бюджету на придбання квартир. З цього ж часу впроваджуються практики психологічної реабілітації – розвиток мережі центрів, де ветерани можуть отримати психологічну допомогу, пройти курси професійної перепідготовки, адаптації до цивільного життя. Також у 2020 році було розроблено Національну стратегію у справах ветеранів до 2025 року, яка визначає пріоритетами інтеграцію колишніх військових у суспільство, створення ветеранських просторів, розвиток механізмів менторської підтримки.

Значущим чинником стала також співпраця з міжнародними організаціями – Міжнародною організацією з міграції, ПРООН, які сприяли впровадженню сучасних практик ресоціалізації [11, с. 18].

Станом на початок 2025 року в Україні офіційно зареєстровано понад 1,2 мільйона ветеранів різних категорій. Соціальна робота з ними здійснюється через мережу державних і недержавних інституцій. Міністерство у справах ветеранів координує понад 40 центрів психологічної реабілітації, 26 ветеранських просторів і спеціалізовані програми працевлаштування. Водночас дедалі більше ініціатив бере на себе громадський сектор. Благодійна ініціатива «МНР Поруч», створена у 2023 році, відкрила у 2024 році ветеранські хаби у Каневі та на Львівщині, а також опублікувала методичний посібник для роботодавців щодо адаптації ветеранів на робочих місцях. Інші бізнесові структури запровадили грантові програми для ветеранів-підприємців, зокрема грантові пакети до 500 тисяч гривень для запуску малого бізнесу. У червні 2025 року під час круглого столу у Рівному обговорювали нову концепцію комплексної підтримки: оцінка індивідуальних потреб кожного ветерана, планування медичної та психологічної реабілітації, працевлаштування і підтримка підприємництва. Це демонструє, що еволюція організаційних структур відбувається у напрямку мультидисциплінарності й поєднання державних і громадських ресурсів. Від початкових формальних обліків у 1918 році система пройшла шлях до сучасних моделей, що включають цифрові реєстри, реабілітаційні центри, міжнародні партнерські програми і місцеві громадські ініціативи, формуючи нову парадигму соціальної роботи з ветеранами в Україні [8, с. 55].

У результаті соціальна робота з ветеранами отримала не лише законодавче підґрунтя, але й розгалужену систему програм, що охоплюють як матеріальне забезпечення, так і психологічний та професійний розвиток. Проте існує дисбаланс між формально закріпленими правами і реальною спроможністю держави забезпечити їх виконання. Проблемними залишаються

питання житлових черг, своєчасного забезпечення лікування, а також нестача кваліфікованих психологів і соціальних працівників у регіонах.

Історія становлення системи демонструє, що кожен воєнний конфлікт ставав поштовхом для перегляду підходів до підтримки ветеранів. Після 2014 року, коли Україна зіткнулася з масштабною військовою агресією, постала потреба у створенні нових механізмів. З'явилися громадські ініціативи «Побратими», «Veteran Hub», «Українська асоціація інвалідів АТО», які взяли на себе частину функцій, що не могла виконати держава. Вони організовували курси перепідготовки, програми реабілітації, проводили освітні заходи, спрямовані на подолання стигматизації ветеранів у суспільстві. Держава, реагуючи на активність громадянського сектору, почала розвивати партнерські програми, надаючи фінансування на конкурсній основі ветеранським організаціям. У 2021 році ухвалено закон № 1807-IX, який дозволяє спрямовувати кошти державного бюджету на проєкти громадських організацій ветеранів, що забезпечує більш гнучке реагування на потреби різних категорій колишніх військових. Також у цей період впроваджуються електронні реєстри ветеранів, які дозволяють спростити процедури отримання пільг, унеможливити дублювання виплат і забезпечити більш прозорий облік. Розробка Єдиного державного реєстру ветеранів війни, який стартував у 2020 році, стала технічним кроком до цифровізації цієї сфери. Завдяки цьому реєстру соціальні служби отримали інструмент для точнішого планування програм і прогнозування витрат. Проте, попри сучасні інструменти, залишаються виклики: недофінансування програм, затримки у виплатах, недостатня міжвідомча координація. Соціальна робота з ветеранами в Україні все ще перебуває у стадії становлення, де поєднуються радянська спадщина колективних пільг і сучасні підходи, орієнтовані на індивідуальні траєкторії реабілітації.

Після початку повномасштабного вторгнення 2022 року виявилося, що попередні напрацювання хоч і створили фундамент, проте виявилися недостатніми для масштабів нової реальності. Тисячі військовослужбовців, які

отримали поранення або пережили травматичний досвід, повернулися додому, і їхні потреби стали більш комплексними. Соціальні працівники зіткнулися з викликами, що вимагали перегляду стандартів допомоги. Перш за все це стосувалося сфери психічного здоров'я, адже масовий характер посттравматичних розладів вимагав системної роботи з широким залученням психотерапевтів, кризових консультантів і реабілітологів. Другим виміром стало забезпечення доступу до освіти та ринку праці, оскільки повернення до цивільної професійної діяльності потребувало не лише перекваліфікації, а й зміни соціальних уявлень про ветерана як активного члена суспільства. Додатково гостро постало питання соціальної справедливості: ветерани очікували не тільки символічного визнання, а й реальних можливостей впливати на політичні й громадські процеси. Ця потреба спричинила розвиток ветеранських об'єднань, які стали партнерами держави у формуванні політики. Сучасна соціальна робота почала спиратися на міждисциплінарний підхід: юристи, психологи, економісти, соціологи працювали разом над створенням програм, що враховували не лише індивідуальні, а й колективні потреби. Так формувався новий тип системи, де ветеран перестав бути лише отримувачем допомоги, а виступив активним суб'єктом, який визначає напрями розвитку сервісів і стандартів підтримки. Це стало якісним зрушенням у порівнянні з попередніми десятиліттями, коли держава переважно діяла односторонньо [3, с. 16].

Сучасні виклики у сфері допомоги ветеранам відзначаються багатошаровістю. По-перше, йдеться про потребу адаптації соціальних служб до великого обсягу запитів. Масовий характер участі населення у війні призвів до того, що кількість ветеранів сягає сотень тисяч, а отже, індивідуальний підхід стає складним завданням. По-друге, на перший план вийшла необхідність комплексної медико-психологічної підтримки, яка включає не лише лікування наслідків травм, а й довготривалу реабілітацію, роботу з сім'ями, формування середовищ довіри. По-третє, соціальна інтеграція потребує змін у самому суспільстві, адже упередження, стереотипи та

недостатнє розуміння досвіду ветеранів створюють бар’єри для їхнього повноцінного життя. Для прикладу, на ринку праці ветерани часто стикаються з дискримінацією або недовірою роботодавців, що вимагає розробки спеціальних програм мотивації бізнесу. Четвертим викликом є правове забезпечення: законодавча база часто не встигає за новими реаліями, через що виникають прогалини в наданні пільг чи послуг. П’ятим чинником стає міжнародна кооперація, адже українська система мусить враховувати досвід країн, які пройшли подібний шлях, проте водночас створювати власні моделі, адаптовані до унікальних умов тривалої війни. Таким чином, соціальна робота сьогодні стоїть перед завданням вироблення стійкої архітектури сервісів, здатних одночасно реагувати на нагальні потреби та закладати підвалини для майбутнього розвитку [16, с. 51].

Особливої уваги заслуговує питання психологічної реабілітації, адже саме вона визначає можливість ветерана повернутися до активного життя. Посттравматичний стресовий розлад, депресивні стани, порушення сну та тривожність вимагають не лише медичного втручання, а й створення спеціалізованих центрів, які поєднують індивідуальну терапію, групову роботу та арт-практики. У цьому напрямі важливою стає співпраця з університетами та науковими інститутами, які готують фахівців нової генерації. Окрім суто терапевтичних методів, розвиваються моделі соціальної реінтеграції через культуру, спорт і громадську діяльність. Чимало ветеранських організацій організовують театральні вистави, художні виставки, спортивні змагання, що дозволяє учасникам віднайти нову ідентичність і відновити почуття власної значущості. Паралельно ведеться робота з родинами, адже травматичний досвід одного члена сім’ї відбивається на всіх її учасниках. Саме тому соціальна робота дедалі більше переходить від індивідуальних до сімейно-орієнтованих практик. Такі підходи забезпечують комплексність і стійкість результатів, формуючи середовище, в якому ветеран не почувається ізольованим. На рівні державної політики актуалізується створення єдиної системи координованої підтримки, що включає міністерства, місцеві адміністрації та громадські

структури. Лише за умов синергії цих компонентів можна говорити про справжнє формування сучасної системи соціальної роботи, яка відповідає викликам сьогодення і здатна забезпечити ветеранів усім необхідним для гідного життя.

1.2. Уточнення змісту понять «психосоціальна підтримка», «соціальна робота», «ветерани війни»

Психосоціальна підтримка як явище, що охоплює одночасно психологічний і соціальний виміри, постає складною системою взаємодії індивідуальних, групових і суспільних чинників, які формують основу для відновлення життєвої енергії ветеранів війни. У науковій традиції цей термін набуває особливого змісту, коли мова йде про людей, чия біографія вміщує досвід екстремального стресу, втрату звичного середовища та необхідність перебудови системи цінностей. Психологічна складова тут пов’язана з відновленням когнітивної цілісності, подоланням травматичних наслідків та формуванням стійкості до повторних криз. Йдеться про роботу з пам’яттю, емоційними реакціями, почуттям провини, зниженим рівнем самооцінки й тривожністю, що потребує цілеспрямованих терапевтичних інтервенцій. Соціальний компонент включає відновлення комунікативних зв’язків, інтеграцію до суспільних структур, повернення у трудове середовище, налагодження стосунків у сім’ї та з громадою [15, с. 43].

Ці два рівні не існують відокремлено, вони перебувають у стані постійного діалогу, де психологічна стабілізація неможлива без соціального визнання, а соціальна інтеграція без відновленої внутрішньої рівноваги не має довготривалої перспективи. Для ветерана психосоціальна підтримка означає не лише усунення симптомів розладів, а й можливість віднайти нову ідентичність, в якій поєднується воєнний досвід та готовність до мирного життя. Сутність багатовимірності тут полягає у створенні таких умов, де індивід може відчувати себе одночасно суб’єктом власної біографії й членом колективу, що визнає його

внесок і надає простір для подальшої реалізації. У світовій практиці застосовуються різні моделі, проте в українському випадку особливе значення має поєднання державних і громадських ресурсів, які формують багатокомпонентну систему, де поєднуються індивідуальна психотерапія, групові програми, соціальні гарантії, освітні можливості й культурні проєкти, що разом утворюють цілісне поле підтримки.

Розглядаючи психологічний вимір, варто підкреслити, що він охоплює не лише індивідуальну роботу з психотерапевтом, а й широке застосування колективних методик. Групові сесії дозволяють ветеранам пережити досвід відновлення через спільність, де індивідуальні історії стають частиною колективного наративу. Так створюється простір солідарності, що знижує відчуття ізоляції. Важливим елементом є когнітивно-поведінкова терапія, яка допомагає перебудувати деструктивні патерни мислення та поведінки, відновити відчуття контролю над власним життям. Психоедукаційні програми забезпечують знання про механізми стресу та навички саморегуляції. Арт-терапія, музикотерапія й тілесні практики відкривають канали для вираження травматичного досвіду у формах, що виходять за межі вербальної комунікації. При цьому ветерани отримують можливість конструювати нові символічні образи, які допомагають інтегрувати воєнний досвід у ширший життєвий контекст. Не менш значущим є застосування методів кризової інтервенції, коли психосоціальна допомога надається негайно після травматичних подій, запобігаючи закріпленню патологічних реакцій. Поступово формується стратегія довготривалої підтримки, де враховуються не лише індивідуальні симптоми, а й соціальна динаміка. Таким чином, психологічна складова постає як гнучка система, здатна поєднувати різноманітні інструменти й адаптуватися до конкретних обставин. Вона створює базис для того, щоб соціальна складова могла реалізуватися ефективніше, адже лише внутрішньо стабілізована людина здатна інтегруватися в нові структури та брати участь у суспільному житті [9, с. 17].

Соціальний вимір психосоціальної підтримки включає широку палітру механізмів, спрямованих на відновлення активної життєвої позиції ветеранів. Йдеться про системи працевлаштування та перекваліфікації, які дозволяють віднайти нові професійні орієнтири після завершення військової служби. Освітні програми створюють можливість здобути знання й навички, затребувані у мирний час, що формує відчуття перспективи. Ветеранські центри стають майданчиками для соціальної взаємодії, де поєднується отримання консультацій з правових питань, участь у культурних заходах і формування спільнот. Важливим компонентом є робота з сім'ями, адже інтеграція ветерана неможлива без врахування потреб його найближчого кола. Сімейна терапія, консультації для подружжя та дітей допомагають знизити напругу, яка виникає у процесі адаптації. Крім того, соціальна підтримка включає юридичний супровід, доступ до медичних і житлових програм, забезпечення інформаційної прозорості щодо наявних можливостей. У цьому контексті держава має виконувати функцію координатора, проте значну частину ініціатив беруть на себе громадські організації, які діють гнучко та близько до конкретних потреб. Соціальний вимір не обмежується сферою сервісів, він охоплює також культурний рівень: формування позитивного образу ветерана у медіа, створення публічних практик вшанування, розвиток середовищ, де ветеран відчуває свою значущість. Це дозволяє знижувати бар'єри між військовим досвідом і цивільним життям, відкриваючи шлях до справжньої інтеграції. У такому поєднанні соціальні механізми стають не просто додатком до психологічної роботи, а рівноправним полем дії, яке зміцнює результативність усієї системи психосоціальної підтримки [7, с. 23].

Багатовимірність поняття «психосоціальна підтримка» проявляється в його здатності поєднувати мікрорівень індивідуального досвіду з макрорівнем суспільних інституцій. На індивідуальному рівні ветеран отримує інструменти для відновлення внутрішньої рівноваги, формує нову ідентичність і навички взаємодії. На груповому рівні створюються спільноти, які забезпечують емоційне підкріплення й дозволяють обмінюватися досвідом, розширюючи

горизонти розуміння. На суспільному рівні вибудовуються політики, які інституціоналізують ці процеси, закріплюють їх у нормативній базі й створюють сталі програми. Така багаторівнева система стає можливою лише за умов інтеграції міждисциплінарних підходів: психологія, соціологія, педагогіка, юриспруденція та культурологія мають діяти у спільному полі. Для України цей процес набуває особливої ваги, адже тривалий воєнний досвід змінює структуру суспільства, формує нові цінності та потребує відповідних моделей підтримки. Психосоціальна допомога у такій перспективі стає не лише сферою соціальної роботи, а й важливим ресурсом для суспільної трансформації. Ветеран, який отримав ефективну підтримку, здатен не лише відновити власне життя, а й долучитися до розбудови громад, розвитку культурних ініціатив та формування нових моделей колективної ідентичності. Таким чином, психосоціальна підтримка виявляється не інструментом компенсації, а ресурсом розвитку, який поєднує індивідуальне з суспільним, психологічне з соціальним, минуле з майбутнім. Її багатовимірність розкриває глибинну сутність: це простір, де відновлюється життєвий ресурс, де формується перспектива, і де створюється основа для довготривалої інтеграції ветеранів у суспільство, що переживає власну трансформацію.

Соціальна робота як професійна діяльність у сфері підтримки ветеранів війни постає не лише як система надання послуг, а як складний механізм, що поєднує індивідуальні практики допомоги з розбудовою суспільних структур інтеграції. Її головна сутність полягає у спрямуванні зусиль фахівців на відновлення життєвої спроможності тих, хто зазнав травматичного досвіду війни, та на створенні умов для їхньої повноцінної участі у громадському житті. Це не обмежується адміністративним виконанням нормативів чи розподілом матеріальних ресурсів, а передбачає глибоку взаємодію з особистістю, її мікросоціальним середовищем та ширшими інституційними контекстами. У професійній діяльності соціального працівника виявляється здатність бачити людину як суб’єкта власного життя, а не як пасивного отримувача допомоги. Ветерани війни часто стикаються із сукупністю проблем:

фізичними наслідками поранень, психологічними розладами, соціальною дезадаптацією, економічними труднощами. Це створює багатофакторне поле викликів, де завданням соціального працівника є вибудувати індивідуальний план підтримки, що включає медичну, психологічну, освітню, правову й культурну складові. Функція посередництва між ветераном та інституціями держави стає одним із ключових напрямів діяльності: соціальний працівник допомагає людині орієнтуватися у складній системі законодавчих і адміністративних процедур, відкривати доступ до ресурсів, координувати між різними службами. У цьому контексті професія набуває міждисциплінарного характеру, адже вимагає знань у галузях психології, педагогіки, соціології, права та менеджменту. Завдяки такому підходу соціальна робота перетворюється на інтегративний інструмент, що охоплює весь спектр проблематики ветерана, вибудовуючи траєкторію від первинної адаптації після повернення з війни до довготривалої інтеграції у цивільне життя [19, с. 37].

Особливе значення у професійній діяльності фахівців соціальної роботи має функція підтримки ідентичності ветерана. Війна змінює світосприйняття, структуру цінностей, індивідуальні орієнтири, а тому відновлення життєвого ресурсу неможливе без пошуку нового сенсу існування. Соціальний працівник виступає провідником у процесі формування нової ідентичності, де воєнний досвід трансформується у соціально корисний капітал. Це може проявлятися через залучення ветеранів до громадських ініціатив, створення ветеранських об’єднань, участь у програмах наставництва для молодших поколінь. Завдяки таким практикам воїни не лише отримують відчуття належності до спільноти, а й стають активними агентами соціальних змін. Водночас на рівні індивідуальної роботи завдання соціального працівника включає розвиток навичок саморегуляції, подолання бар’єрів у спілкуванні, підтримку у відновленні сімейних стосунків. Значну увагу приділяють консультуванню, яке не обмежується роз’ясненням прав чи процедур, а передбачає психологічне супроводження у кризових ситуаціях. Фахівець має володіти емпатією, здатністю до активного слухання, умінням адаптувати методики під унікальні

життєві історії. Професійна діяльність у цьому випадку є поєднанням формальної компетентності й неформальної чутливості до контексту, що робить соціальну роботу живим інструментом трансформації життєвих сценаріїв ветеранів. Саме через таку призму професія виходить за межі бюрократичної сфери і стає однією з основних підвалин сучасної системи психосоціальної підтримки.

Важливо підкреслити функцію адвокації, що становить невід'ємну частину соціальної роботи. Соціальний працівник виступає голосом ветерана в діалозі з державними структурами, відстоює його права, забезпечує справедливий доступ до програм та послуг. Це означає, що професійна діяльність виходить за рамки індивідуального консультування і переходить у сферу суспільної активності. Завдяки роботі фахівців виявляються прогалини у законодавстві, формуються пропозиції щодо вдосконалення політик, створюються нові формати сервісів. Соціальний працівник стає сполучною ланкою між мікрорівнем особистих проблем і макрорівнем суспільних процесів, що визначає його професію як одну з найдинамічніших і найскладніших. У роботі з ветеранами особливої актуальності набуває питання стигматизації, подолання упереджень та формування позитивного образу воїна у суспільній свідомості. Соціальні працівники розробляють кампанії, спрямовані на зниження соціальної напруги, організовують заходи, які створюють простір взаєморозуміння між ветеранами і цивільним населенням. Функція інтеграції тут передбачає не лише пристосування ветеранів до нових умов, а й трансформацію самого суспільства, яке має навчитися сприймати людей із бойовим досвідом як цінний ресурс. Професійна діяльність фахівців у цьому напрямку є складним балансом між індивідуальними потребами та суспільними очікуваннями [17, с. 11].

Суттєвою складовою функціоналу соціальних працівників є координуюча діяльність, яка полягає у створенні мереж взаємодії між різними інституціями. Ветерану потрібен доступ до медичних, освітніх, правових та культурних послуг, проте часто ці ресурси розпорошені, їхнє отримання ускладнене

бюрократичними процедурами. Завдання фахівця полягає у тому, щоб виступити своєрідним навігатором у цьому лабіринті, допомогти людині не загубитися серед суперечливих вимог і розрізнених сервісів. Для цього соціальні працівники розробляють індивідуальні кейс-плани, у яких зазначаються конкретні цілі, терміни, відповідальні інституції та ресурси. Координація передбачає також взаємодію з родиною ветерана, адже адаптація до мирного життя є процесом колективним і неможлива без підтримки найближчих. У практиці поширеним є кейс-менеджмент, який дозволяє відстежувати динаміку змін, своєчасно реагувати на нові виклики та адаптувати програму підтримки. Така системність забезпечує цілісність процесу інтеграції, що особливо важливо в умовах сучасних соціальних трансформацій.

Поняття ветеранів війни у сучасному правовому полі України має складну і водночас чітко окреслену структуру, що відображає еволюцію державної політики у сфері соціального захисту. Його визначення закріплене насамперед у Законі України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», ухваленому ще 22 жовтня 1993 року, який згодом неодноразово зазнавав змін. У документі зазначено кілька категорій осіб, які належать до цієї групи: учасники бойових дій, інваліди війни, учасники війни та особи, прирівняні до ветеранів війни. Після 2014 року понятійний апарат суттєво розширився, адже з’явилася потреба врахувати досвід сотень тисяч громадян, які брали участь у бойових діях на сході країни. Було введено статус «учасника бойових дій» для осіб, які виконували завдання у складі військових формувань, правоохоронних органів, добровольчих батальйонів та інших структур, що залучалися до захисту держави. Зміни від 2015–2017 років розширили коло тих, хто підпадає під категорію ветеранів, включаючи волонтерів-медиків, працівників підприємств оборонного комплексу, які працювали безпосередньо у зоні бойових дій. Сучасне правове поле визнає також особливий статус членів сімей загиблих ветеранів, встановлюючи для них систему пільг та соціальних гарантій. Таким чином, юридична категорія «ветеран війни» сьогодні не є однорідною, вона має диференційовану

структуру, що враховує різні рівні участі у бойових діях і різні форми жертв, принесених заради державної безпеки. Цей підхід закріплює у правовій площині багатовимірність самого феномену ветерана, визнаючи не лише фронтовий досвід, а й тилову діяльність, яка часто мала життєво небезпечний характер. Правове визначення стало інструментом інтеграції соціальних норм і державних гарантій, водночас формуючи основу для професійної соціальної роботи, спрямованої на адаптацію цієї категорії осіб до цивільного життя.

Зміни у правовому полі, що стосуються ветеранів, завжди тісно пов’язані з історичними подіями. Так, перші редакції закону 1993 року орієнтувалися переважно на учасників Другої світової війни, воїнів-інтернаціоналістів, а також жертв нацистських переслідувань. У цей час держава відтворювала радянську модель підтримки, акцентуючи на пільгах та матеріальному забезпеченні. Проте з початком Антитерористичної операції у квітні 2014 року кількість осіб, які потребували нового статусу, почала зростати лавиноподібно. До 2019 року в Україні офіційно було зареєстровано понад 370 тисяч учасників бойових дій, а у 2021 році ця цифра перевищила 450 тисяч. Після початку повномасштабної агресії Росії у лютому 2022 року масштаби правового регулювання поняття ветеранів набули ще більшої динаміки: станом на 2023 рік, за даними Міністерства у справах ветеранів, кількість осіб із цим статусом сягнула понад 1 мільйона. Ці дані свідчать про те, що в Україні формується одна з найбільших у Європі спільнот ветеранів, і це вимагає від держави комплексного правового та соціального реагування. У результаті правове поле поступово почало відходити від моделі «пільгового забезпечення» у бік концепції «реінтеграції та розвитку», де законодавство не лише закріплює матеріальні права, а й створює передумови для психологічної реабілітації, освітніх можливостей та професійної адаптації. Тому сучасне визначення ветерана війни в Україні є не статичним, а таким, що перебуває у постійному процесі зміни й розширення, відповідаючи на потреби суспільства, яке переживає війну у реальному часі [10, с. 21].

Міждисциплінарний характер термінології, пов’язаної з ветеранами війни, визначається тим, що поняття «ветеран» не обмежується лише юридичним тлумаченням, а активно функціонує у психології, соціології, педагогіці та праві, формуючи різні смислові площини. У психологічній науці поняття ветерана набуває виміру травматичного досвіду. Тут акцент робиться на феномені посттравматичного стресового розладу, на необхідності відновлення особистісної ідентичності, на вивченні механізмів подолання екстремальних переживань. Для психолога ветеран – це передусім людина, яка потребує підтримки у відновленні когнітивного та емоційного балансу, інтеграції травматичного досвіду у цілісну біографію. У соціології поняття «ветеран» розглядається через призму суспільних відносин і структур. Тут увага зосереджена на процесах інтеграції ветеранів у громади, на формуванні образу ветерана у масовій свідомості, на впливі ветеранських організацій на політичні й соціальні процеси. Соціологічний підхід розкриває ветерана як колективний суб’єкт, що може змінювати структуру суспільства, виступаючи рушієм реформ.

У педагогіці термін «ветеран» пов’язується з освітніми практиками, спрямованими на перекваліфікацію, формування нових компетентностей, створення програм наставництва, де ветерани передають свій досвід молоді. Правова наука, у свою чергу, фокусується на визначенні правового статусу, механізмів захисту та реалізації соціальних гарантій. Усі ці підходи утворюють єдине багаторівневе поле, де поняття «ветеран війни» набуває різних, але взаємопов’язаних змістів. Саме тому міждисциплінарність у визначенні термінології стає ключовою умовою для створення ефективних програм підтримки: лише поєднання психологічного розуміння індивідуальних травм, соціологічного аналізу суспільних процесів, педагогічної розробки освітніх стратегій та правового забезпечення дає змогу сформувати комплексний підхід. Український контекст у цьому сенсі є унікальним, адже війна, що триває з 2014 року, створила нову соціальну реальність, де поняття ветерана війни стало водночас правовою категорією, соціальним феноменом, психологічним станом і

освітнім викликом. Таким чином, сучасна термінологія не лише описує явище, а й формує нові практики взаємодії, закладаючи підвалини для розвитку національної системи психосоціальної підтримки ветеранів у майбутньому.

1.3. Методологічні підходи та принципи дослідження психосоціальної підтримки у системі соціальної роботи

Системний підхід у дослідженні психосоціальної підтримки ветеранів війни є фундаментальною основою для побудови цілісного бачення цього явища, оскільки він дозволяє враховувати не лише індивідуальні потреби окремої людини, а й увесь спектр взаємодій між особистістю та соціальним середовищем. Його сутність полягає у визнанні того, що процес відновлення життєвої спроможності ветерана неможливо розглядати ізольовано, без урахування впливу інституцій, нормативних систем, громадських структур та культурних практик. В умовах України, де з 2014 року відбувається трансформація суспільства під впливом воєнних подій, системний підхід виявляється особливо продуктивним, оскільки дозволяє бачити підтримку ветерана як взаємодію кількох рівнів: індивідуального (психологічний стан, внутрішні ресурси), мікросоціального (сім’я, близьке оточення), мезосоціального (громади, освітні та медичні установи) і макросоціального (державна політика, правові норми, міжнародна підтримка) [6, с. 11].

В межах такого підходу соціальний працівник виступає не лише консультантом, а й координатором складної системи, де різні інституції мають бути об’єднані задля досягнення спільного результату. Якщо психолог забезпечує терапевтичний супровід, юрист надає правову допомогу, педагог організовує процес перекваліфікації, а держава створює нормативні умови, то саме системний підхід дозволяє інтегрувати ці зусилля у єдину траєкторію, яка спрямована на реабілітацію ветерана. Важливим аспектом тут є зворотний зв’язок: успіх у сфері психологічного відновлення підвищує шанси на успішну соціальну інтеграцію, а позитивний досвід у родині та громаді, своєю чергою,

зміцнює психологічний стан людини. Таким чином, системний підхід утворює своєрідне «кільце підтримки», де всі компоненти взаємопов'язані і будь-яка дисфункція в одному елементі може вплинути на всю конструкцію. Це особливо актуально у випадку ветеранів, які повертаються з фронту з різними видами травм: фізичними, психологічними та соціальними. Системне бачення дозволяє не лише діагностувати проблеми, а й будувати комплексні стратегії, що охоплюють одночасно кілька рівнів взаємодії, запобігаючи фрагментарності у наданні допомоги. У науковому дискурсі саме такий підхід дозволяє розглядати психосоціальну підтримку не як набір окремих сервісів, а як динамічну систему, що функціонує на перетині соціальних наук, гуманітарних дисциплін і правових норм, утворюючи цілісну картину процесів, у яких бере участь ветеран.

Людиноцентрований і гуманістичний підхід у соціальній роботі з ветеранами війни акцентує увагу на унікальності кожної особистості та орієнтується на розуміння ветерана не як «носія проблем», а як повноцінного суб'єкта соціальних відносин, який має право на вибір, автономію та самореалізацію. На відміну від традиційних моделей, що базуються на стандартизованих формах допомоги, гуманістичний підхід наголошує на створенні умов, у яких ветеран сам визначає пріоритети власного відновлення, а соціальний працівник виступає не стільки «керівником», скільки партнером у цьому процесі. Така методологія особливо цінна у випадку ветеранів, адже досвід війни руйнує попередні структури самоідентифікації, змінює систему цінностей і часто призводить до втрати відчуття контролю над власним життям. Орієнтація на гуманістичні принципи повертає людині почуття суб'єктності, визнає її досвід і відкриває простір для самореалізації [5, с. 86].

В практичному вимірі це означає застосування методів індивідуалізованого планування, коли програми підтримки будуються з урахуванням конкретних потреб, ресурсів та цілей кожного ветерана. Якщо одна людина потребує насамперед медичної реабілітації, інша прагне перекваліфікації та пошуку роботи, а третя – відновлення сімейних стосунків,

то гуманістичний підхід передбачає саме таку диференціацію, відмову від універсальних схем. У цьому контексті важливо підкреслити роль діалогу: соціальний працівник має володіти навичками емпатичного слухання, здатністю бачити за симптомами життєву історію та допомагати ветерану знаходити власні ресурси для відновлення. Такий підхід сприяє формуванню довіри між ветераном і системою підтримки, адже людина відчуває, що її досвід не знецінюється, а стає відправною точкою для подальшого розвитку. Гуманістичні методи також передбачають роботу з родиною та найближчим оточенням ветерана, оскільки повноцінна інтеграція неможлива без гармонізації відносин у мікросоціальному середовищі. У науковому сенсі це означає перехід від «об'єктної» парадигми до «суб'єктної», де ветеран є співтворцем власного життєвого шляху, а соціальна робота стає простором взаємної взаємодії і співучасті. Такий підхід закладає основу для розвитку нових моделей підтримки, орієнтованих не лише на компенсацію втрат, а й на відкриття нових горизонтів життя, що робить процес соціальної інтеграції більш природним, ефективним і довготривалим.

Поєднання системного та людиноцентрованого підходів у методології дослідження психосоціальної підтримки дозволяє сформувати багатовимірну оптику, яка охоплює і структури, і унікальні індивідуальні траєкторії. Якщо системний підхід забезпечує розуміння того, як взаємодіють соціальні інститути та індивідуальні потреби, то гуманістичний відкриває простір для урахування неповторності кожної історії, створюючи індивідуалізовані програми у межах загальної системи. Це особливо важливо для українського контексту, де з 2014 року і особливо після 2022 року виникла масштабна потреба у підтримці сотень тисяч ветеранів, які повертаються з фронту з різним життєвим досвідом, різними видами травм і різними ресурсами для відновлення. Системний підхід дозволяє бачити цю спільноту як структурний елемент суспільства, що потребує комплексних політик, а гуманістичний – як сукупність унікальних особистостей, кожна з яких вимагає свого індивідуального маршруту [14, с. 43].

У практиці це означає, що соціальна робота має будуватися на принципах інтеграції: інституції держави створюють рамкові умови, а конкретні програми формуються з урахуванням особистих виборів ветеранів. У науковому плані така інтеграція дозволяє уникати редукціонізму, коли складні соціально-психологічні явища зводяться до одного виміру, і натомість формувати багатошарову аналітику, здатну пояснити як індивідуальні, так і суспільні процеси. Саме таке поєднання створює основу для розвитку дослідницьких стратегій, що враховують динаміку трансформацій у суспільстві та дозволяють прогнозувати ефективність тих чи інших моделей підтримки. Методологія, яка ґрунтується на балансі системного й гуманістичного бачення, стає не лише інструментом аналізу, а й дороговказом для практиків, які працюють із ветеранами у щоденному вимірі. Вона окреслює не тільки те, як має виглядати система, а й те, як у ній має відчувати себе людина, яка пройшла через досвід війни, і як суспільство може перетворювати цей досвід на ресурс для власного розвитку та зміцнення.

Принцип комплексності у дослідженні психосоціальної підтримки ветеранів війни в системі соціальної роботи випливає з самої природи цього явища, яке не піддається зведенню до одного виміру. У структурі проблем ветерана завжди присутній психологічний компонент, що пов’язаний із наслідками травматичного досвіду, соціальний компонент, який охоплює процеси інтеграції до суспільства, та правовий, що визначає рамки доступу до ресурсів і гарантій. Якщо дослідження фокусується виключно на одному з цих вимірів, воно неминуче втрачає цілісність, оскільки інші чинники формують той фон, без якого неможливо зрозуміти динаміку відновлення. Наприклад, вивчення посттравматичного стресового розладу без урахування соціального середовища може призвести до помилкового уявлення про можливості терапії, оскільки навіть найефективніші психологічні інтервенції будуть обмеженими, якщо людина стикається з дискримінацією на роботі чи нерозумінням у родині. Так само соціологічні дослідження інтеграції ветеранів будуть неповними без урахування правових механізмів, які регламентують їхній статус і визначають

доступ до програм підтримки. Правове забезпечення, своєю чергою, часто розробляється без урахування психологічних особливостей ветеранів, що знижує його ефективність у реальному житті. Тому принцип комплексності передбачає не лише опис окремих вимірів, а й розкриття їхньої взаємодії. Це вимагає від дослідника здатності мислити у категоріях міждисциплінарного синтезу, де психологія, соціологія та право утворюють єдине аналітичне поле. У практичному плані такий підхід дозволяє формувати рекомендації, які враховують одночасно індивідуальні потреби, суспільні очікування та правові норми. У науковому сенсі принцип комплексності є не лише методологічною вимогою, а й способом наблизитися до реальності, що завжди багатовимірна і динамічна. Він формує дослідницьку культуру, де взаємодія дисциплін стає джерелом нових знань, а не лише способом розширити опис. Саме такий підхід створює умови для побудови моделі психосоціальної підтримки, яка здатна реально відповідати на виклики, з якими стикається українське суспільство у період тривалої війни та післявоєнної трансформації [20, с. 9].

Методологічна багатовекторність дослідження психосоціальної підтримки означає поєднання різних дослідницьких стратегій – від кількісних методів статистичного аналізу до якісних інтерв'ю, фокус-груп та етнографічних спостережень. Це зумовлено тим, що сам феномен підтримки ветеранів не піддається вичерпному опису через одну методику. Кількісні дані, наприклад, дозволяють оцінити масштаби явища: скільки ветеранів потребують психологічної допомоги, який відсоток з них має роботу, яка кількість сімей стикається із труднощами адаптації. Такі дані створюють картину на макрорівні та дозволяють формулювати політики. Проте за ними часто губляться індивідуальні історії, які розкривають глибинні механізми адаптації або навпаки – маргіналізації. Саме тому якісні методи є необхідними: інтерв'ю з ветеранами дозволяють побачити, як вони самі визначають власні потреби, які бар'єри відчувають, які стратегії використовують для подолання труднощів. Фокус-групи з родинами ветеранів відкривають доступ до розуміння мікросоціальних процесів, які часто залишаються поза увагою офіційної

статистики. Етнографічні дослідження у громадах показують, як формується колективне сприйняття ветеранів, які символічні практики сприяють їхній інтеграції або навпаки – ізоляції. У свою чергу, правові дослідження дозволяють відстежувати, як норми закону реалізуються у конкретних життєвих випадках, і виявляти розриви між деклараціями та практикою. Методологічна багатовекторність не є механічним поєднанням різних методів, а радше способом побудови дослідницької стратегії, що відкрита до діалогу між дисциплінами.

РОЗДІЛ 2
ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

2.1 Інституційні механізми психосоціальної підтримки ветеранів війни

Законодавче й інституційне поле психосоціальної підтримки ветеранів в Україні формувалося фрагментарно, проте в умовах розгортання повномасштабної війни набуло чіткішого оформлення й цільової направленості. Центральним у правовому полі є закон «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» 1993 року, який уперше окреслив систему гарантій у сферах охорони здоров'я, освіти, працевлаштування та реабілітації. Проте його положення мали загальний характер і не охоплювали специфіки психосоціального супроводу осіб з бойовим досвідом. Починаючи з 2014 року, під впливом зростання кількості учасників бойових дій, нормативна база почала змінюватися: виникла потреба в спеціалізованих програмах супроводу, адаптованих до нових типів травматичного досвіду.

В 2023 році Міністерством у справах ветеранів затверджено низку регламентуючих документів, що формують операційне поле надання допомоги. Зокрема, Наказ № 330 від 14.12.2023 визначає порядок формування офіційного Реєстру суб'єктів надання психологічної допомоги ветеранам, що є важливим інструментом структурування середовища практиків і контролю якості послуг. Паралельно впроваджено уніфіковані форми Індивідуального плану психологічної підтримки, Угоди про надання послуг і Картки супроводу, які забезпечують єдність процедур, спрощують інтеграцію між установами та дають змогу відстежувати динаміку змін у стані бенефіціара. Методичні рекомендації, розроблені тим самим міністерством, формують підхід до психологічного супроводу ветеранів як до багатовекторного процесу, що передбачає діагностику, терапевтичну інтервенцію, кризове втручання, а також

довгострокову посттравматичну реабілітацію. Окремою директивою – розпорядженням КМУ від 05.06.2019 № 377-р – закріплено функціонування п’яти центрів соціально-психологічної реабілітації, що офіційно увійшли до сфери управління Мінветеранів. Це заклало фундамент для формування інституційної інфраструктури психосоціального супроводу, яку нині розбудовують не лише через адміністративні канали, а й через широку мережу взаємодії з недержавними структурами [29, с. 45].

Таблиця 2.1

Нормативно-інституційна структура психосоціального супроводу ветеранів в Україні

Компонент системи	Назва / № документа	Дата впровадження	Функціональне призначення
Базовий закон	«Про статус ветеранів війни…»	1993	Визначення гарантій у сфері соцзахисту
Потреба в оновленні	Зростання кількості учасників бойових дій	З 2014 року	Актуалізація психосоціального компонента
Уніфікація процедур	Наказ № 330	14.12.2023	Реєстр суб’єктів психологічної допомоги
Документи супроводу	Індивідуальний план, Картка, Угода	2023	Забезпечення єдності дій і відстеження динаміки
Методичний підхід	Рекомендації Мінветеранів	2023	Побудова багатовекторного алгоритму супроводу
Реабілітаційна інфраструктура	Розпорядження КМУ № 377-р	05.06.2019	Закріплення п’яти центрів психосоціальної реабілітації

Формування інституційної моделі супроводу ветеранів потребує узгодженості між державними, муніципальними та громадськими ланками, кожна з яких виконує специфічні функції в межах єдиної системи. Вершиною адміністративної ієрархії є Міністерство у справах ветеранів, яке не тільки затверджує методичні й процедурні документи, а й координує реалізацію державної політики в галузі ветеранських справ. До його функцій входить

ведення та оновлення Реєстру суб'єктів психологічної допомоги, що дозволяє формалізувати відносини між отримувачами послуг та постачальниками. Одним із інструментів реалізації цієї політики виступають Центри соціально-психологічної реабілітації, які функціонують у п'яти регіонах і мають мультидисциплінарну структуру. Їхні команди поєднують психологів, соціальних працівників, терапевтів, які працюють із ветеранами, членами їхніх сімей та представниками інших категорій, пов'язаних із бойовим досвідом. Паралельно в системі охорони здоров'я функціонують спеціалізовані підрозділи психологічної реабілітації, інтегровані в загальні медичні заклади, де створено мультидисциплінарні команди для проведення комплексної психодіагностики, кризової терапії та подальшого супроводу. Вони працюють не лише з клінічними проявами посттравматичного стресового розладу, а й із проявами депресії, тривожних розладів, психосоматичних реакцій, що виникають унаслідок пережитих бойових подій. Особливістю системи є також можливість ветерана обирати між державним і недержавним сектором: до Реєстру суб'єктів включаються як громадські, так і приватні практики, які за умови відповідності вимогам мають право надавати послуги безоплатно. Це відкриває можливість для адресного підбору спеціалістів, що володіють конкретними техніками роботи з травмою – когнітивно-поведінковою терапією, EMDR, методами соматичної інтеграції або груповими форматами реабілітації [23, с. 66].

Громадський сектор дедалі активніше інтегрується у систему психосоціального супроводу ветеранів, заповнюючи прогалини, неохоплені державною інфраструктурою. З'являються цілісні волонтерські програми та ветеранські хаби, які функціонують у форматі міждисциплінарних платформ для надання допомоги, консультування та підтримки. Такі ініціативи, як «Сила відновлення», демонструють приклад ефективної інтеграції ресурсів громадянського суспільства, що об'єднують психологів, соціальних працівників, тренерів, культурних медіаторів, які адаптують свої практики до запитів конкретних ветеранів.

Важливою є також адаптивність – ці організації мають змогу оперативно змінювати підходи, формати, методики у відповідь на динаміку запитів або погіршення психоемоційного стану. На місцевому рівні функціонують мобільні групи психологічного втручання, часто створені на базі громадських ініціатив. Вони здійснюють виїзди до сільських або віддалених територій, де доступ до спеціалізованих закладів обмежений. У таких випадках інтеграція з муніципальними структурами – центрами надання соціальних послуг, службами у справах ветеранів при громадах – стає необхідною для координації дій і уникнення дублювання функцій. Пріоритетом стає налагодження горизонтальної взаємодії між державними й громадськими суб'єктами: обмін кейсами, супровідними картками, дотримання єдиних стандартів етики, конфіденційності й оцінювання ефективності. Усе це наближає практику до принципів «травма-інформованого підходу», що акцентує на безпечному, контрольованому середовищі для психосоціального відновлення.

Система нормативно-інституційного забезпечення ветеранів стає дедалі більш диференційованою, охоплюючи специфічні потреби окремих категорій – жінок, які брали участь у бойових діях; осіб з інвалідністю; батьків малолітніх дітей; представників національних меншин. У межах чинного законодавства немає ще чітко прописаних механізмів, що б автоматично активували допомогу в разі повернення з фронту, проте за ініціативою регіональних структур вводяться локальні протоколи супроводу. В окремих областях створюються регістри ризику, за якими соціальні служби, психологи й громади координують свої дії щодо підтримки конкретного ветерана [33, с. 14].

Водночас існує потреба у вдосконаленні нормативної мови самих документів – уніфікація термінології, зменшення розбіжностей між медичним і соціальним трактуванням «реабілітації» і «допомоги», чітке розмежування обов'язків між органами центральної та місцевої влади. Певною мірою, модель стає ближчою до концепції «життєвого циклу ветерана» – від демобілізації до інтеграції в мирне життя, де кожен етап супроводжується інституційними механізмами підтримки, а їхня ефективність залежить не від одномоментної

допомоги, а від сталої системи зворотного зв’язку, оцінки потреб і гнучкого реагування на зміну соціального або психоемоційного статусу.

Формалізація процесів надання допомоги передбачає і технологічне забезпечення: електронні кабінети ветерана, бази даних із прив’язкою до місця проживання, історії звернень, типів отриманих послуг. Це дозволяє здійснювати статистичний аналіз ефективності втручань, виявляти системні проблеми в доступі до послуг, попереджати рецидиви або хронічний перебіг ПТСР. Водночас виникає потреба в стандартизації цифрових алгоритмів, синхронізації баз Мінветеранів, МОЗ, громадських центрів. У реальному полі це означає необхідність створення уніфікованих платформ, де ветеран або його родич можуть бачити маршрут реабілітації – від першого контакту з психологом до завершення підтримки. Це не лише оптимізує логістику, а й знижує тривожність, сприяє відчуттю передбачуваності та підвищує довіру до системи. Питання конфіденційності стає пріоритетним: зберігання чутливих даних, забезпечення контролю доступу, чітке визначення меж компетенції фахівців, які мають право працювати з конкретними кейсами. У цьому контексті зростає потреба у нормативному врегулюванні етичних стандартів, інституційного ліцензування не лише організацій, а й конкретних практиків, а також – процедур оцінювання кваліфікації й сертифікації. Все це має бути не просто інструментом контролю, а частиною розбудови довготривалої, травмо-інформованої екосистеми підтримки [30, с. 7].

Система психосоціальної підтримки ветеранів в Україні функціонує не як централізований апарат, а як розгалужене поле взаємодій між державними структурами, недержавними ініціативами, благодійними фондами, місцевими громадами й міжнародними донорами. Її ефективність значною мірою залежить не від наявності одного нормативного документа чи центрального інституту, а від здатності різних гравців координувати зусилля, адаптувати свої механізми до специфіки запитів і підтримувати сталу комунікацію між усіма ланками. У цьому контексті надзвичайно вагомим виявляється внесок недержавного сектору, який швидко реагує на соціальні зміни, має гнучкі підходи до

формування програм і часто діє на основі горизонтальної логіки – без надмірного адміністрування. Так, діяльність Українського ветеранського фонду (УВФ) стала зразком системної недержавної підтримки з інституційною прив'язкою: гаряча лінія кризової допомоги, онлайн-групи підтримки, доступ до фахових психологів. Ці сервіси не просто покривають екстрені потреби, а формують простір безпечного контакту, що є базовим у травма-інформованій практиці. У межах ініціативи «Поруч з ветераном» від УВФ запроваджено практику супроводу родин ветеранів, включно з дітьми, які також зазнають впливу посттравматичних процесів у сім'ї. Така модель значно розширює традиційне розуміння адресності допомоги – від індивіда до мікросоціального середовища, в якому відбувається адаптація. Водночас активну функцію виконує Veteran Hub – багатофункціональний майданчик, що поєднує психологічні, юридичні та освітні послуги, зокрема для ветеранок. Його лінія підтримки забезпечує доступ до терапевтів, але водночас слугує інструментом перенаправлення до інших сервісів, залежно від запиту. Так створюється не лінійна, а мережна система, де маршрут допомоги формується динамічно.

Паралельно діють ініціативи, які мають змішане фінансування й поєднують приватну, благодійну й міжнародну підтримку. Фонд міжнародної солідарності (Solidarity Fund PL in Ukraine) фокусується на проєктах із розвитку локальних мереж психосоціальної допомоги. Стратегія фонду полягає в посиленні можливостей на місцях: залученні місцевих психологів, соціальних працівників, лідерів громад до реалізації програм підтримки ветеранів. За рахунок міжнародного фінансування вдається проводити не лише одноразові заходи, а й довготривалі програми навчання фахівців, створення ресурсних центрів, розвиток груп взаємопідтримки. Ініціативи фонду базуються на принципі субсидіарності – передача відповідальності на той рівень, де вона реалізується найефективніше. Це дозволяє уникати дублювання функцій і знижує адміністративне навантаження. Інша вагома складова – партнерство з бізнесом. Фонд «МХП Поруч» демонструє, як корпоративна благодійність може інтегруватися в систему ветеранської підтримки. Йдеться не тільки про

фінансову допомогу, а й про створення робочих місць, юридичний супровід, психотерапевтичні програми. За рахунок бізнес-ресурсів можлива гнучкість у створенні індивідуальних траєкторій допомоги, з урахуванням конкретної життєвої ситуації ветерана. Це формує новий підхід – не просто надання послуги, а моделювання середовища соціальної інтеграції, де реабілітація пов'язана з активізацією й залученням до продуктивної діяльності [26, с. 10].

На рівні правозахисного супроводу функціонують організації на кшталт «Юридичної Сотні», які спеціалізуються на захисті прав ветеранів, доступі до соціальних гарантій, юридичному консультуванні під час оформлення статусу, звернень у медичні заклади, складанні апеляцій.

Таблиця 2.2

Ключові суб'єкти та формати психосоціальної підтримки ветеранів в Україні

Назва ініціативи / організації	Форма фінансування	Основні послуги та функції	Специфіка підходу	Охоплення та орієнтація
Український ветеранський фонд	Державна підтримка + недержавні механізми	Гаряча лінія, онлайн-групи, доступ до фахівців	Травма-інформована модель, родинна адресність	Ветерани, родини, діти
Ініціатива «Поруч з ветераном»	Підрозділ УВФ	Супровід мікросоціального середовища	Вихід за межі індивіда, підтримка сім'ї	Сімейно-орієнтована допомога
Veteran Hub	Партнерська мережа, змішане фінансування	Психологія, юриспруденція, освіта, перенаправлення	Мережна логіка, динамічні маршрути допомоги	Усі категорії ветеранів, зокрема ветеранки
Solidarity Fund PL in Ukraine	Міжнародне фінансування	Програми навчання, групи взаємопідтримки, центри	Субсидіарність, розвиток локальних мереж	Громадські ініціативи на місцях
Фонд «МХП Поруч»	Корпоративна благодійність	Робота, правова допомога, психоосвіта	Індивідуалізовані траєкторії реінтеграції	Ветерани трудового віку, громади
Юридична Сотня	Грантове й правозахисне фінансування	Статус, апеляції, правовий захист, консультування	Посилення юридичної автономії, підтримка довіри	Всі, хто має ветеранський статус або його оформлює
Місцеві громади	Бюджет участі + донорська підтримка	Соціальна адаптація, первинна підтримка	Вбудованість у локальне середовище	Локальні точки контакту з ветеранами

Цей пласт допомоги рідко інтегрується в загальний наратив психосоціальної підтримки, однак юридична безпека є фундаментом для відновлення довіри ветерана до держави. Ветеран, що втратив здатність орієнтуватися в складних нормативних процедурах, часто потрапляє в ситуацію фрустрації й недовіри, що підсилює симптоматику тривоги й соціального відчуження.

Завдяки таким ініціативам формується адвокаційне середовище, де недержавні організації стають посередниками між ветеранами та державною інфраструктурою. У межах цієї моделі реалізується також важлива функція моніторингу ефективності – організації здійснюють незалежну оцінку програм, фіксують скарги, формують рекомендації для органів влади. Це створює контур відповідальності знизу, доповнюючи вертикальну модель контролю, що виходить із центральних інституцій. Інший вектор – підтримка інфраструктури благодійного сектору. Zagoriy Foundation, хоч і не є профільною структурою у сфері ветеранської підтримки, здійснює фінансування некомерційних ініціатив, спрямованих на розбудову спроможності громадських організацій. Це дозволяє не лише реалізовувати поодинокі проєкти, а й інвестувати в довготривалі зміни: навчання, стратегічне планування, розвиток організаційної культури [21, с. 11].

Механізми взаємодії між державою та NGO формуються як через пряме партнерство, так і через гібридні моделі фінансування. Одним із прикладів є система відшкодування за психологічні послуги, яку реалізує Міністерство у справах ветеранів. Суб’єкти, включені до Реєстру надавачів послуг, можуть отримувати компенсацію за надану ветеранам допомогу. Це відкриває можливість NGO-структурам працювати на умовах часткового державного фінансування, зберігаючи автономію у виборі методів і підходів. Така модель балансує між державною гарантією доступу й гнучкістю недержавного сектора. Ще один механізм – грантова система, за якої міжнародні донори фінансують програми через українські NGO, які мають досвід роботи з цільовими групами. Це дозволяє залучити ресурси безпосередньо до місцевих хабів, де відбувається безпосередній контакт із ветеранами. Гарячі лінії підтримки – ще одна форма

співпраці. Зокрема, лінія кризової допомоги від УВФ функціонує у взаємодії з державними службами: у разі складних кейсів оператори можуть перенаправити дзвінок до відповідної служби або лікаря. Це зменшує ризик ізоляції ветерана в момент кризового епізоду й формує відчуття, що існує координаційний центр, здатний оперативно реагувати. Координація посилюється й на рівні локальних ініціатив. У багатьох містах функціонують ветеранські хаби, створені на основі партнерства між міськими адміністраціями, NGO та ініціативними групами. Такі хаби поєднують фізичний простір, психологічні консультації, правову допомогу, культурні заходи, тренінги – і стають ядром спільнотної підтримки.

2.2 Соціально-психологічні умови ефективної адаптації ветеранів до мирного життя

Післявоєнна адаптація ветеранів як соціально-психологічний процес набуває багатовимірного значення, оскільки відбувається на межі кількох середовищ – мілітарного, сімейного, громадського й особистісного. Умови переходу від бойової мобілізації до стану мирного співіснування не зводяться до фізичного демобілізаційного акту – натомість вони охоплюють глибокі трансформації у сфері ідентичності, самосприйняття, міжособистісних зв'язків та систем соціального функціонування. Міжособистісне середовище – найближчий оточуючий простір, сформований родиною, друзями, партнерами й мікросоціальними колективами – виступає первинним буфером, що визначає рівень психоемоційної стабілізації після повернення з фронту.

Під час адаптації ветеранів спостерігається закономірність: якість взаємодії з родиною прямо корелює з інтенсивністю симптоматики посттравматичного розладу. Наявність підтримки, розуміння та прийняття з боку близьких осіб знижує ризики хронифікації симптомів, покращує прогноз психічної стабілізації та стимулює включення у соціальне середовище. Родина при цьому виконує подвійну функцію – джерела емоційної підтримки та

референтної групи, яка сигналізує про допустимі соціальні норми. Якщо ветеран повертається до середовища, що не визнає його нового досвіду або відмовляється приймати зміни в його поведінці, формується внутрішній конфлікт, який провокує самоізоляцію або агресивну поведінку. У такому випадку адаптація відбувається не інтегративно, а конфронтаційно, що унеможливлює формування безпечного простору. Натомість ті випадки, де родинне середовище адаптується синхронно, де члени сім'ї навчаються реагувати на симптоми й підтримувати комунікацію, демонструють стабільні результати – зменшення емоційної вразливості, повернення до продуктивної діяльності, зниження тривожності [25, с. 61].

Соціальне прийняття на рівні громади є наступним рівнем адаптації, в якому розкривається здатність суспільства інтегрувати досвід ветерана без його маргіналізації або героїзації. Зовнішнє середовище відіграє роль дзеркала, в якому ветеран формує нову ідентичність – не лише колишнього військовослужбовця, а повноцінного члена цивільного середовища. Якщо громада сприймає ветерана як потенційну загрозу, психічно нестабільну особу або об'єкт жалості, формується бар'єр, що блокує соціальне включення. Ситуації побутової стигматизації – від відмов у працевлаштуванні до обмежень у доступі до житла – спричиняють повторне травмування та знижують готовність до контакту з соціальними інститутами. Альтернативою такому сценарію є спільноти, в яких створюється культура визнання й адаптивного прийняття: ветеран сприймається не лише через призму минулого бойового досвіду, а як ресурс громади, носій компетенцій, стійкості, відповідальності. У таких середовищах формується горизонтальне партнерство – через залучення ветеранів до волонтерства, освітніх програм, місцевих ініціатив. Це підвищує рівень самозначущості, відновлює відчуття корисності, стабілізує емоційний фон. Досвід таких інтеграцій демонструє, що рівень прийняття прямо пов'язаний із наявністю точок включення – відкритих хабів, програм зайнятості, ініціатив з участі в житті громади. Лише за умови існування

реальних механізмів участі, ветеран починає відчувати себе не стороннім об’єктом допомоги, а рівноправним суб’єктом соціальної взаємодії.

Психоемоційні бар’єри адаптації становлять складну й багатошарову проблему, в якій переплітаються симптоми клінічного спектру з феноменами екзистенційної кризи та соціальної дезадаптації. Найпоширенішим у цій групі є посттравматичний стресовий розлад, що включає гіпервозбудження, флешбеки, уникнення тригерів, розлади сну, емоційну нестабільність. Однак у практиці поствоєнної реабілітації ПТСР рідко проявляється як ізольоване явище – він поєднується з депресією, тривожними розладами, соматичними симптомами. У багатьох ветеранів спостерігається емоційне оніміння – втрата здатності до переживань, зниження емпатії, відсутність інтересу до соціальної активності. Цей стан ускладнює не лише інтеграцію, а й елементарну взаємодію з близькими. Ізольованість – один із вторинних ефектів, який поглиблює симптоматику: уникаючи контактів, ветеран втрачає навички соціальної адаптації, замикається в повторюваних поведінкових сценаріях, часто пов’язаних із ризикованими діями – зловживанням алкоголем, азартними іграми, імпульсивними реакціями. Важливим у цій динаміці є відчуття дихотомії між двома світами – військовим і цивільним. Ветеран, який роками діяв у середовищі чіткої ієрархії, передбачуваності й граничної концентрації, опиняється в середовищі невизначеності, де рольові функції розмиті, а вимоги – суперечливі. У цивільному світі відсутній той рівень фокусування, чіткості завдань і кодифікованої відповідальності, що був характерний для військових структур. Це породжує стан внутрішнього розбалансування, коли стара система дій уже не працює, а нова – ще не сформована. У результаті виникає відчуття втрати ідентичності, розмитості «Я-концепції», криза цінностей і сенсів [37, с. 17].

Одним із чинників стабілізації стає професійна орієнтація, яка дає змогу перенести структурну логіку військового досвіду в нову сферу – праці, волонтерства, підприємництва. Проте цей перехід часто супроводжується низкою ускладнень. Багато ветеранів повертаються до цивільного життя без

актуалізованих професійних навичок або з тими, що не мають попиту в мирній економіці. Ситуацію ускладнює також низький рівень довіри до роботодавців, побоювання дискримінації, а іноді – небажання підпорядковуватись новим керівникам. Професійна дезорієнтація – не лише економічна, а й психологічна проблема: відсутність праці підсилює відчуття непотрібності, знижує самооцінку, формує вторинні симптоми депресивного спектру.

З іншого боку, коли процес працевлаштування супроводжується менторством, індивідуальним консультуванням, можливістю перекваліфікації – адаптація відбувається швидше, з меншою кількістю рецидивів. Ветеран, який отримує шанс відтворити власну ефективність у новому середовищі, здатен трансформувати військові навички в цінний ресурс – дисципліну, лідерство, вміння працювати в команді, кризове мислення. Таким чином, професійна інтеграція – не лише засіб виживання, а чинник відновлення гідності, суб'єктності та стійкої ідентичності. Особливо плідною виявляється участь у соціальному підприємництві, де ветеран стає не лише працівником, а співтворцем організації, може втілювати ідеї, пов'язані з допомогою побратимам або вирішенням локальних проблем. Це відновлює внутрішній сенс дій, формує мотивацію тривалої участі та знижує ймовірність рецидиву симптомів ПТСР.

Групова підтримка у процесі адаптації ветеранів після завершення участі в бойових діях становить не другорядний елемент, а фундаментальний ресурс реконструкції ідентичності, стабілізації психоемоційного стану та формування адаптивних механізмів. У структурі посттравматичного досвіду важливою характеристикою є втрата спільності – тієї унікальної форми зв'язку, яка формувалася в умовах бойової взаємозалежності, де кожен член підрозділу був не лише функціональною одиницею, а носієм специфічної довіри, емоційної підтримки, безумовного прийняття. Після повернення в мирне середовище ця спільність руйнується, залишаючи в особистості вакуум, який важко компенсувати в традиційних соціальних структурах. У таких умовах групи підтримки, ветеранські спільноти, терапевтичні формати з елементами

колективної рефлексії набувають значення нового соціального контейнера, де можливе безпечне розгортання досвіду, що не підлягає повному вербалізуванню в цивільному оточенні. Участь у таких групах знижує відчуття ізольованості, нормалізує симптоматику через механізм «дзеркального переживання» – бачачи схожі реакції в інших, ветеран усвідомлює не патологічність, а закономірність власного стану. Це створює підґрунтя для зняття внутрішньої провини, сорому, аутоагресії, що часто супроводжують післявоєнну дезадаптацію [28, с. 9].

Колективна рефлексія, як елемент групової взаємодії, виконує подвійну функцію – реконструктивну та перетворювальну. З одного боку, вона дозволяє вербалізувати події бойового досвіду, структурувати спогади, перевести хаотичні фрагменти в наративну послідовність. Це важливо з точки зору психодинамічної інтеграції: травматичний досвід, не включений у цілісну біографічну структуру, продовжує діяти у формі флешбеків, соматичних реакцій, нічних жахів. З іншого боку, колективна рефлексія дає змогу створити новий наратив – не лише про травму, а про подолання, стійкість, відповідальність. У межах групової взаємодії виникає ефект ко-конструювання сенсу: ветерани не просто діляться досвідом, а спільно переосмислюють його значення.

Це дає змогу відновити відчуття контролю над власною історією, активувати ресурси суб’єктності. Важливо, що ці процеси відбуваються у середовищі, яке не вимагає пояснень, не ставить під сумнів жодного елементу досвіду – навпаки, підтримує будь-яку форму висловлювання, навіть якщо вона не відповідає соціальним очікуванням. Такий формат не лише емоційно розвантажує, а й формує простір нового сенсотворення, що є необхідним у фазі післятравматичного зростання. Коли людина, що пережила граничну ситуацію, починає осмислювати її як точку переходу, а не як руйнівний кінець, розпочинається справжній процес інтеграції.

Соціальна ідентичність ветерана, сформована в бойовому середовищі, не зникає після демобілізації – вона трансформується. Проте в умовах відсутності

інституційної підтримки або стигматизованого сприйняття вона може залишатися замороженою, фрагментарною, або функціонувати як ізольований елемент особистості. Участь у ветеранських спільнотах дозволяє зберегти цю ідентичність, не витісняючи її, а вплітаючи в нову соціальну роль. Тут працює механізм реідентифікації: ветеран сприймає себе не просто як «той, хто воював», а як частину актуального середовища, що продовжує бути дієвим – у громадській, волонтерській, професійній або просвітницькій площині. У межах таких спільнот з'являється специфічна культура – із власними нормами, цінностями, формами взаємодії. Ця культура одночасно підтримує та модернізує бойову ідентичність, переплітаючи її з цінностями мирного життя. Відбувається інтеріоризація нового сенсу служіння – не у формі захисту зі зброєю, а як турбота про побратимів, допомога новоприбулим ветеранам, участь у політичному або громадському дискурсі. Таким чином, групова підтримка не є лише засобом психологічної реабілітації, а способом утворення сталих горизонтальних структур, які можуть існувати паралельно з державною інфраструктурою й компенсувати її обмеження [31, с. 99].

Особливого значення набуває також елемент ритуалізації у ветеранських спільнотах. Колективне відзначення подій, створення символіки, проведення меморіальних практик – це не лише засіб вшанування, а й інструмент спільного опрацювання втрат, збереження зв'язку з минулим. Ритуал виконує функцію трансформаційного переходу, де емоції отримують форму, а досвід – смислову опору. Це важливо не лише на індивідуальному, а й на колективному рівні: група, що має сталу ритуальну практику, демонструє вищу резистентність до зовнішніх стресів, більшу згуртованість і здатність до спільного реагування на кризи. У такому середовищі з'являється відчуття приналежності, яке значно перевищує рівень формального членства: ветеран починає ідентифікувати себе як частину спільноти не за ознакою приналежності до інституції, а за глибинним смисловим зв'язком. Це створює ефект відновлення довіри – не лише до конкретних людей, а до можливості мати довіру як таку, що часто втрачається після досвіду бойового травмування.

2.3. Технології та інноваційні підходи у роботі з ветеранами війни

Сучасна парадигма психосоціальної підтримки ветеранів усе активніше відходить від традиційних лінійних форм терапії, орієнтуючись на комплексні інноваційні практики, що поєднують нейропсихологічну ефективність, тілесну саморегуляцію й цифрову доступність. Одним із найбільш апробованих та науково вивчених підходів є когнітивно-поведінкова терапія, яка базується на принципі зв'язку між переконаннями, емоційною реактивністю й поведінковими патернами. У роботі з ветеранами вона дозволяє ідентифікувати автоматизовані негативні думки, що активуються внаслідок тригерів – гучних звуків, образів, несподіваних змін у просторі – й трансформувати їх у нейтральні або ресурсні когніції. Це особливо актуально в роботі з симптомами посттравматичного стресового розладу, де класичний механізм «боротьби або втечі» супроводжується когнітивною ригідністю, фрагментарністю пам'яті та тенденцією до генералізації небезпеки. У рамках КПТ використовуються як базові інструменти – когнітивна реструктуризація, щоденники мислення, поведінкові експерименти – так і спеціалізовані техніки, адаптовані для військового контингенту. До таких належать протоколи Prolonged Exposure та Cognitive Processing Therapy, які ґрунтуються на контрольованій реконструкції травматичного досвіду й поступовій десенсибілізації до емоційних тригерів. Високий рівень ефективності цих технік підтверджений як у закритих клінічних умовах, так і в польових практиках – включаючи роботу з ветеранами, які відмовляються від фармакотерапії або не мають доступу до тривалої медичної підтримки [36, с. 6].

Тілесно-орієнтовані методи у роботі з ветеранами доповнюють когнітивну складову через активацію соматичної системи, яка зберігає сліди травми навіть у разі відсутності свідомих спогадів. Післявоєнне тіло нерідко залишається у стані гіпертонусу, з фрагментованими реакціями на дотик, порушенням регуляції дихання, хронічною втомою – це фізіологічні прояви неінтегрованої травми. У цьому контексті тілесна терапія виступає як канал реконструкції довіри до власного тіла, стабілізації в теперішньому моменті та

перезапуску базових механізмів саморегуляції. Серед практик, що використовуються найчастіше, слід виокремити методи соматичного переживання (Somatic Experiencing), тілесно-орієнтовану психотерапію за Лоуеном, інтегративні дихальні техніки та методики тілесного сканування у форматі mindfulness-підходу. Усі вони мають спільну мету – не зняти симптом, а навчити тіло реагувати на сигнал не як на загрозу, а як на інформацію. У роботі з ветеранами цей підхід дозволяє знижувати рівень м'язової напруги, відновлювати здатність до самовідчуття, посилювати тілесну присутність і повернення до безпечного середовища. Водночас тілесні методи не обмежуються індивідуальними сесіями – вони ефективно реалізуються у групових форматах, під час тілесно-динамічних тренінгів, арт-соматичних лабораторій та мультисенсорних практик, у тому числі з використанням елементів танцю, руху й символічної дії. Ці формати особливо важливі для ветеранів, які мають труднощі з вербалізацією, уникають глибокої рефлексії, але потребують відреагування тілесної напруги [20, с. 8].

Паралельно із розвитком психологічних практик формується техноорієнтована інфраструктура підтримки, що робить психосоціальну допомогу доступною в умовах обмеженої мобільності, географічної ізольованості або суб'єктивної неготовності звертатися за очною терапією. Одним із найпоширеніших інструментів стали мобільні додатки, що мають функціонал від самодіагностики до повноцінного трекінгу емоційних станів. Серед них поширені програми, які використовують шкали оцінки тривожності, депресивності, порушень сну, пропонують рекомендації щодо дихальних вправ, формують графіки сну, нагадують про потребу в гідратації чи прогулянках. Такі інструменти не замінюють терапію, однак слугують точкою входу в систему допомоги, особливо для тих, хто вагається або стикається з бар'єрами сорому, страху оцінки, стигматизації. Багато додатків також використовують алгоритми машинного навчання для адаптації контенту під особистісні характеристики користувача, що дозволяє індивідуалізувати досвід і створити відчуття персоналізованої уваги. Інший напрямок – чат-боти, які реалізують

модель мікроінтервенцій: коротких, емоційно нейтральних повідомлень, що активують внутрішні ресурси користувача. Чат-боти зазвичай мають сценарні діалоги для кризових ситуацій, заспокійливі формули, моделі коротких медитацій або відповіді на типові питання, що турбують ветеранів. Їх ефективність полягає не стільки в терапевтичному змісті, скільки в самій наявності структури, ритму, що стабілізує.

Телемедичні консультації відкрили новий вимір для тих ветеранів, які мешкають у віддалених регіонах або не мають змоги регулярно відвідувати фахівців. Цей формат дозволяє зберегти конфіденційність, обирати комфортне середовище, уникати транспортування в стресових умовах. Платформи телепсихології інтегрують відеозустрічі, доступ до електронних записів, систем нагадувань, а також можливість зміни спеціаліста в разі невідповідності очікувань. За останні роки було створено низку вітчизняних платформ, що мають спеціальні розділи для ветеранів, із сертифікованими фахівцями, які мають досвід у роботі з бойовою травмою. Окремі сервіси передбачають також мультидисциплінарні формати – коли до одного кейсу залучаються психолог, соціальний працівник, юрист, лікар. Це дозволяє уникати фрагментації допомоги, формувати цілісний план реабілітації та створювати ефективну модель ведення випадку. Телемедичний формат не лише знижує бар’єри доступу, а й є простором поступової адаптації – від обмеженого віртуального контакту до потенційного переходу в очну роботу, якщо це стане можливим [22, с. 36].

Інтегративні моделі супроводу ветеранів передбачають подолання розділення між терапією, освітою та соціалізацією, яке довго панувало в реабілітаційних підходах. На зміну парадигмі «лікування» приходить системний формат психосоціальної реконструкції, у межах якого людина розглядається не як пацієнт, а як активний учасник власного відновлення, здатний через саморефлексію, структуровану взаємодію та цілеспрямовану діяльність інтегрувати воєнний досвід у нову соціальну реальність. Сучасні моделі спираються на ідею поступової реконфігурації життєвого маршруту

ветерана: не ізоляція в терапевтичному полі, а поступове повернення до діяльності через вбудовування нових сенсів у старі структури. Одним із центральних інструментів у таких моделях виступає формат наставництва, який реалізується через горизонтальні зв'язки: досвідчені ветерани або навчені фасилітатори, які самі пройшли шлях адаптації, супроводжують тих, хто лише розпочинає процес інтеграції. Такий підхід базується на довірі до особистого досвіду, відкриває простір автентичної комунікації, знижує спротив авторитетам, що притаманний багатьом ветеранам у постстресовому періоді. Наставник виконує не лише роль емоційного стабілізатора, а й навігатора – допомагає орієнтуватися в системі послуг, регламентів, можливостей; моделює приклади поведінки в конфліктних або адаптаційно складних ситуаціях; сприяє поступовому формуванню реалістичних очікувань від цивільного життя.

Ключовою ланкою таких підходів є розгортання практик саморефлексії, які формують внутрішню суб'єктну динаміку. У посттравматичному стані рефлексія часто блокується – або через надмірну інтенсивність емоцій, або через уникнення спогадів, або через загальний синдром виснаження. Проте саме через повернення здатності мислити про власний досвід, впізнавати й називати внутрішні стани, вибудовується автономна стратегія відновлення. У практиці інтегративного супроводу використовуються щоденники самоспостереження, інтервізійні сесії, артрефлексивні практики, робота з метафоричними картами, написання листів до себе в майбутньому. Усі ці інструменти створюють багатовимірну площину осмислення, в якій ветеран не лише повторно переглядає травматичний досвід, а реконструює свою біографію, інтегруючи фрагментований досвід у новий зв'язний наратив. У цьому процесі народжується нове розуміння себе – не як жертви обставин, а як особи, що вийшла з руйнації з ресурсом. Важливим компонентом є спільна рефлексія в малій групі, де учасники можуть ділитися не лише болем, а й методами подолання, відчуттями мікроперемог, етапами особистісного зростання. Така модель формує ефект спільного свідчення, що посилює

здатність бачити себе в ширшому контексті – не лише в приватній історії, а в мережі схожих досвідів [35, с. 12].

Ще одним принципом, що лежить в основі інтегративного супроводу, є розвиток навичок саморегуляції. Йдеться не про загальні поради щодо стабілізації, а про цілеспрямоване навчання технік, які дозволяють ветерану самостійно модулювати власний психоемоційний стан у повсякденних ситуаціях. У цьому напрямку використовуються модулі з нейрофізіології стресу, практики з біологічним зворотним зв'язком (biofeedback), методи інтероцептивної стабілізації, психоедукаційні тренінги з тем регуляції гніву, керування емоційною напругою, відновлення сну. Часто такі заняття поєднуються з компонентом тілесного тренінгу – йога, айкідо, плавання, ходьба – що створює комплексний вплив на всі рівні психіки. Ветеран не лише отримує розуміння своїх реакцій, а й вчиться відстежувати, коли починає втрачати контроль, – це і є базою превентивної дії. Саморегуляція виводить людину з позиції реактивності до позиції активного управління, дозволяє зменшити інтенсивність реакцій без медикаментів, уникати ескалації в конфліктних ситуаціях, стабілізувати сон і працездатність. Ця навичка стає тим інструментом, що працює навіть тоді, коли терапія завершена або соціальні служби недоступні.

Інтегративні моделі не мисляться без елементів навчання – не лише в сенсі професійної перепідготовки, а як структури життєвого оновлення. Ветерани нерідко переживають відчуття вичерпаності старого функціоналу: навички виживання, командного реагування, дисципліни не завжди конвертуються в цивільні компетенції. Через це виникає необхідність у переосмисленні власного потенціалу.

В навчальних модулях, що впроваджуються в межах реабілітаційних програм, поєднуються психотерапевтичні компоненти з розвитком soft skills: управління конфліктами, публічні виступи, самопрезентація, планування особистих фінансів. Усе це дозволяє ветерану відчути не лише зміну статусу, а й перспективу розвитку. Навчання тут не є лише інструментом

працевлаштування – воно стає формою ресоціалізації, повернення до ідеї зростання, що була призупинена війною. В окремих програмах залучаються елементи цифрової грамотності, підприємництва, управління соціальними ініціативами – це дозволяє не просто повернути ветерана до системи, а зробити його активним агентом змін. Участь у таких курсах формує також горизонтальні зв’язки: учасники спілкуються, обмінюються контактами, починають спільні ініціативи – таким чином, навчання перетворюється на соціальний ресурс, а не лише освітню практику.

РОЗДІЛ 3
ПРАКСІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

3.1 Організація та методика проведення емпіричного дослідження

Формування вибіркової сукупності у межах емпіричного дослідження, присвяченого аналізу психосоціальної підтримки ветеранів війни, здійснювалось на основі послідовного застосування критеріїв інклюзії та виключення, що дозволяло максимально точно відтворити репрезентативний зріз середовища демобілізованих військових. Учасниками стали 30 осіб, які проходили службу у складі Збройних Сил України протягом активної фази бойових дій 2022–2023 років, переважно у районах Донецької, Луганської, Запорізької та Херсонської областей. Після звільнення з лав ЗСУ всі респонденти мали за плечима щонайменше один повний рік перебування у статусі ветерана. Такий часовий поріг був критичним для фіксації первинних тенденцій адаптаційної динаміки, які могли вже виявитися у сфері психосоціального функціонування. Учасники вікової категорії становили від 27 до 49 років, що охоплює діапазон активного працездатного населення, здатного до включення у соціально-економічну структуру після повернення з фронту. Особи з діагностованими психотичними розладами тяжкого ступеня, а також ті, хто перебував під тривалою медикаментозною терапією із седативним компонентом, до дослідження не залучались з етичних і методологічних міркувань. При первинному контакті, що здійснювався через територіальні підрозділи центрів надання соціальних послуг, було отримано усвідомлену згоду на участь від 37 осіб, однак 7 з них не пройшли повторне включення через зміну обставин або відмову від участі до старту основного етапу.

Кожному з респондентів було запропоновано детальну інформацію про дослідницьку мету, порядок анонімізації результатів та право відкликання участі на будь-якому етапі. У фокусі дослідження перебували не лише

формальні параметри соціального функціонування, а й менш структуровані маркери суб’єктивного сприйняття адаптаційних викликів, що виникають після повернення з війни. Додатковою умовою включення до вибірки була наявність попереднього досвіду контакту з інституціями, що надають психосоціальну підтримку: це могли бути місцеві центри ветеранів, мобільні бригади психологів, громадські ініціативи з підтримки посттравматичних станів, чи участь у короткотривалих програмах ресоціалізації. Таким чином, у вибірку увійшли особи, які вже мали певний досвід взаємодії з системою підтримки, однак рівень ефективності цих контактів залишався нерівномірним.

Розробка інструментального блоку дослідження орієнтувалась на необхідність фіксації як кількісно-виражених параметрів психосоціального функціонування, так і якісних, глибинних структур, що розкривають індивідуальну динаміку пристосування до післявоєнного життя. Для реалізації цього підходу було застосовано комбінований інструментарій, що складався з стандартизованих опитувальників, шкал оцінювання та напівструктурованих інтерв’ю, які давали змогу верифікувати отримані дані шляхом їх крос-перевірки через різні джерела. Базовою кількісною методикою виступила шкала WHOQOL-BREF, розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров’я, що дає змогу комплексно оцінити чотири виміри якості життя: фізичне здоров’я, психологічний стан, соціальні зв’язки та навколишнє середовище. Шкалу було адаптовано до українських реалій у 2019 році групою дослідників при ННЦ «Соціальна адаптація», що дозволяло використовувати її без необхідності повторної валідизації.

Другим інструментом кількісного рівня стала шкала соціальної адаптації Bell Adjustment Inventory, з модифікованим розділом щодо професійної інтеграції та побутової стабільності. Усі респонденти заповнювали ці інструменти самостійно у присутності дослідника, що гарантувало належний контроль за дотриманням умов анкетування. Середній час заповнення становив 45–60 хвилин, залежно від індивідуального темпу роботи. Крім того, було запроваджено напівструктуроване інтерв’ю, яке мало на меті уточнити

обставини соціального функціонування ветерана у період після повернення з фронту, охоплюючи такі домени, як родинні відносини, фінансова стабільність, доступ до медичної допомоги, а також досвід емоційної взаємодії з соціальним оточенням. Сеанси інтерв'ю тривали від 35 до 70 хвилин, записувалися на аудіоносії, після чого транскрибувалися із знеособленням усіх чутливих даних. У випадках, коли респондент виявляв небажання говорити на певні теми, інтерв'ю модифікувалося у межах передбаченої матриці питань, без порушення структури дослідження.

Спостереження здійснювалося у двох форматах. Перший стосувався фіксації невербальної поведінки під час проходження інтерв'ю: аналізувалися мікровирази обличчя, зміни модуляції голосу, паузи між відповідями, а також тілесні реакції на потенційно травматичні питання. Другий формат – спостереження в умовах соціальної взаємодії – був реалізований у середовищах, де респонденти перебували у звичному для себе соціальному полі. Дослідники мали змогу відвідувати спільні зустрічі у рамках місцевих ветеранських ініціатив, де учасники добровільно погоджувались на спостереження, не змінюючи своєї поведінки під впливом присутності сторонньої особи. Такі епізоди надавали матеріал для побудови профілю адаптивної поведінки без прямого втручання. Фіксація здійснювалась за допомогою польових нотаток, що кодувались за чіткими критеріями: рівень включеності у діалог, ініціативність у взаємодії, реакція на зовнішні подразники, ступінь регуляції емоцій у груповому середовищі. Усі ці спостереження пізніше звірялись із результатами інтерв'ю та анкетування, формуючи комплексну модель функціонування респондента.

Хронологічно дослідницький процес розгортався протягом чотирьох місяців – із 12 лютого до 28 травня 2025 року. Перші два тижні були присвячені комунікації з територіальними центрами соціального захисту ветеранів у Львові, Харкові та Черкасах, де було отримано дозвіл на проведення польової частини дослідження. Робота з учасниками розпочалась з 26 лютого. Щотижня дослідницька команда здійснювала виїзди до зазначених міст, організовуючи

індивідуальні сеанси інтерв'ювання та тестування. Усі процедури проводились у спеціально облаштованих кімнатах центрів підтримки, що гарантувало конфіденційність та мінімізацію впливу зовнішніх чинників

В одному місті зазвичай обстежувалось по 10 респондентів, з розрахунком на повну завершеність їх участі до завершення польового циклу. До організаційної команди входили чотири дослідники: два психологи, соціальний працівник та польовий координатор. Вони попередньо пройшли узгоджене навчання щодо етичних принципів роботи з уразливими категоріями, протоколів ведення інтерв'ю, інструкцій до анкет, а також методів обробки даних. Кожен з дослідників відповідав за окремий етап: один займався супроводом заповнення шкал, другий – проведенням інтерв'ю, третій – фіксацією спостережень, четвертий – логістикою та документацією. Координація між дослідниками здійснювалась через щоденні онлайн-брифінги, під час яких узгоджувались зміни, коригувались стратегії, аналізувались нетипові випадки. Усі учасники мали доступ до внутрішнього зашифрованого серверу, де зберігалися аудіозаписи, транскрипти, заповнені анкети та польові звіти, що забезпечувало безперервний обмін інформацією в реальному часі.

Після завершення основного циклу збору даних усі транскрипти інтерв'ю були переведені у текстовий формат і розмічені за допомогою програмного забезпечення MAXQDA, що дозволяло ідентифікувати ключові семантичні одиниці, тематичні кластери та латентні змісти у висловлюваннях учасників. Категоризація здійснювалась на основі комбінованого методу: поєднувалась індуктивна побудова кодів із попередньо визначеною теоретичною матрицею, що ґрунтувалася на моделі соціальної інтеграції Макартура. Система кодів складалася з чотирьох рівнів: базові коди (емоційні реакції, згадки про підтримку, відчуття самотності), проміжні (структури взаємодії, оцінка ефективності сервісів), інтегральні (стратегії адаптації, траєкторії змін) та мета-коди (ідентифікаційні маркери, символічні наративи).

Кожне інтерв'ю аналізувалось двома незалежними кодерами, що знижувало ризик суб'єктивної інтерпретації. Розбіжності між кодами

обговорювались на спільних засіданнях і врегульовувались через консенсус. У випадках амбівалентних висловлювань додатково звертались до відповідних фрагментів аудіо, щоб не втратити інтонаційний контекст. Таким чином, було досягнуто високої щільності та достовірності якісного шару даних. Для зіставлення кількісної та якісної інформації використовувався принцип тріангуляції, що дозволив ідентифікувати зони збігу та розбіжностей між тим, що декларується учасником у відповідях, і тим, що фіксується під час його реальної поведінки або спонтанних висловлювань. У процесі обробки кількісних даних застосовувалась дескриптивна статистика, аналіз центральних тенденцій та варіацій. Програмне забезпечення SPSS 28.0 дало змогу оперативно генерувати розподіли, крос-табуляції та базові кореляції, які пізніше інтегрувались у загальну аналітичну рамку.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження психосоціальної підтримки ветеранів війни

У межах інтерпретаційного етапу дослідження було здійснено повноформатну систематизацію отриманих емпіричних даних, орієнтуючись на виявлення стійких тенденцій у структурі соціальної адаптації демобілізованих учасників бойових дій. Із 30 осіб, що взяли участь в опитуванні, 27 мали досвід прямого залучення до бойових епізодів тривалістю від 4 до 15 місяців, що істотно вплинуло на їхнє післявоєнне психоемоційне функціонування. Загальний бал за шкалою соціальної адаптації Bell становив 58,7 зі 100, при нормативному діапазоні для умовної групи «адаптованих» осіб у межах 72–85. Це свідчить про наявність виразного адаптаційного дефіциту у понад 80% опитаних. При розподілі за категоріями виявлено, що 11 осіб демонстрували виразно низькі показники адаптації (менше 55 балів), 13 мали середні значення (від 56 до 68), і лише 6 учасників потрапили до умовно задовільного інтервалу (від 70 балів і вище). Найнижчі результати фіксувалися у субшкалі «професійне самовизначення» – середній бал склав 48,9, що вказує на суттєві труднощі із

працевлаштуванням або втрату мотивації до професійної реалізації. При цьому 22 респонденти (73,3%) зазначили, що не мають чітко окресленого професійного плану, і лише 5 з них брали участь у програмах професійної перекваліфікації або мали намір це зробити в найближчий час. Такі дані засвідчують істотну фрагментацію у структурі післявоєнної інтеграції: попри формальну доступність підтримки, більшість не залучена до систематичних кроків ресоціалізації. У межах субшкали «соціальні зв'язки» середній показник склав 62,1, що свідчить про часткове, але нестійке включення в соціальні системи. Близько 17 респондентів повідомили про дистанціювання від довоєнного оточення, з яких 11 прямо пов'язували це з втратою довіри до цивільного населення, що не має досвіду війни. 9 осіб натомість почали активно формувати нові зв'язки у ветеранських колах, однак лише 4 з них брали участь у щотижневих зустрічах або громадських заходах.

Аналіз шкали якості життя WHOQOL-BREF продемонстрував структурну неоднорідність суб'єктивного сприйняття посттравматичного досвіду серед ветеранів. У вимірі фізичного самопочуття середній бал склав 56,8, що на 18,4% нижче від середньостатистичних показників для населення тієї ж вікової категорії (дані Держстату за 2023 рік). Найчастіше фіксувались скарги на хронічну втому, порушення сну та біль у ділянках, пов'язаних з раніше отриманими пораненнями. Із 30 осіб 19 відзначили регулярне вживання знеболювальних препаратів без рецепта, а 7 з них повідомили про систематичні перебої у доступі до якісної медичної допомоги. У вимірі психологічного стану середній показник становив 51,3, що є маркером клінічно значущого рівня дистресу. У 70% респондентів виявлено ознаки тривожності, у 46% – симптоми депресивного спектра. При цьому лише 9 осіб перебували у контакті з психологом, з яких 4 – на епізодичній основі. У вимірі соціальних відносин середній бал склав 61,2. Високий рівень задоволеності спілкуванням фіксувався лише у 8 учасників, що або перебували в шлюбі, або мали активне оточення з бойових товаришів. У 12 осіб спостерігалась відчуженість або недовіра до найближчих родичів, які не змогли адекватно підтримати адаптаційні процеси

після повернення з війни. Вимір навколишнього середовища (економічна стабільність, доступ до ресурсів, безпека житла) продемонстрував середній показник 59,6, із чітко вираженою поляризацією: 9 осіб мали сталу зайнятість і проживали у власному житлі, тоді як 13 – тимчасово перебували у гуртожитках або житлових умовах із високим ступенем ризику (відсутність опалення, ненадійні комунікації, постійні зміни місця проживання). Такі дані демонструють фрагментованість поствоєнного життєвого простору, який не забезпечує належного рівня відчуття безпеки та сталості.

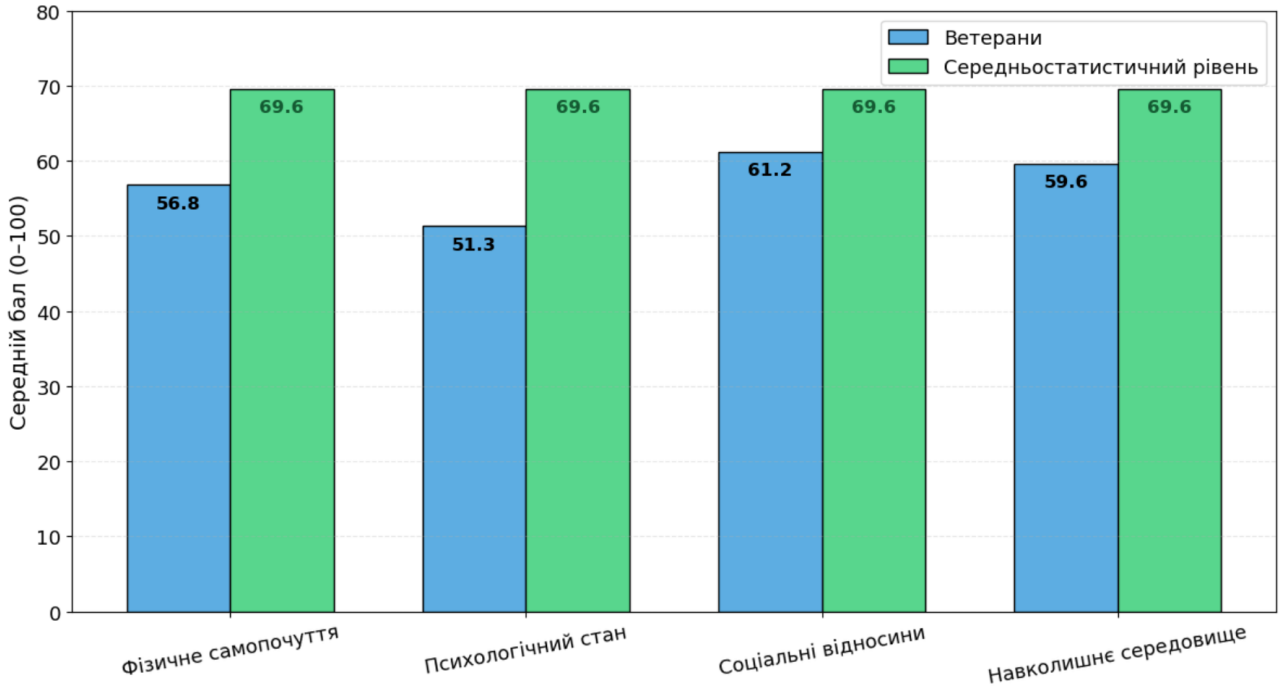


Рис. 3.1 Якість життя ветеранів за доменами WHOQOL-BREF

Якісний аналіз інтерв'ю дав змогу деталізувати динаміку запитів на підтримку. Найбільш частотними виявились звернення, пов'язані з потребою у стабільному емоційному супроводі (23 згадки), психологічною нормалізацією після бойових втрат (19 згадок), потребою в терапевтичній роботі з відчуттям провини (17 згадок), та переживанням втрати колективної ідентичності (15 згадок). Також було виокремлено запити на створення платформ для професійного самовизначення – 14 осіб чітко артикулювали потребу в доступі до профорієнтаційних програм, 11 – у наставництві або менторстві з боку ветеранів, які вже пройшли шлях інтеграції. Окремим кластером виявилась

потреба у відновленні родинної структури: 9 учасників згадували про необхідність залучення членів родини до спільних сеансів підтримки, оскільки саме домашнє середовище виявлялось джерелом найбільшого конфлікту. Інтерв'ю також зафіксували низку маркерів прихованої психологічної дезадаптації, які не були безпосередньо відображені у шкалах: це включало нічні напади паніки (5 випадків), ритуалізовані дії при вході до публічних просторів (7 випадків), компульсивне носіння військової символіки (4 випадки) – усі ці елементи свідчать про неповну завершеність процесу демобілізаційної трансформації. Близько 12 учасників уникали слів «війна» або «бойові дії», натомість вживаючи евфемізми на кшталт «період», «там», «час служби», що фіксувалось як символічна дисоціація. На рівні вербальних патернів виявлено тенденцію до інверсії часової перспективи: у 18 інтерв'ю превалювала нарація у минулому часі, без виражених конструкцій щодо майбутнього, що вказує на домінування ретроспективного способу мислення та труднощі з проєктуванням.

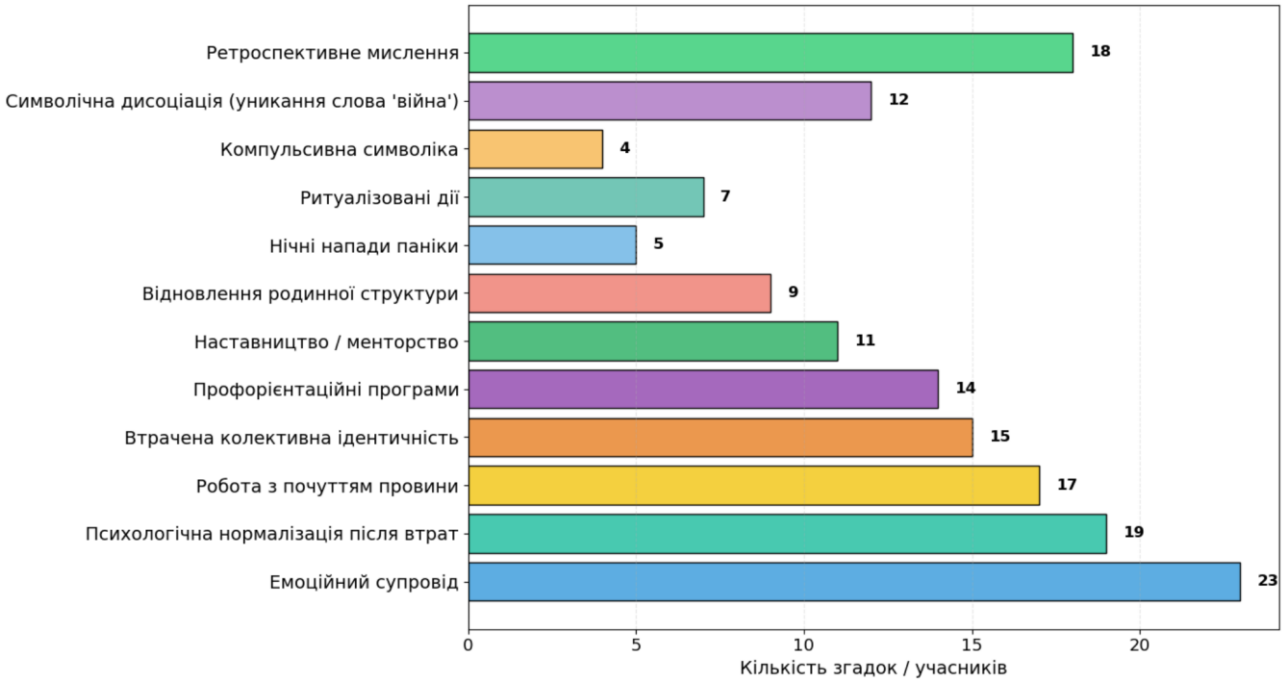


Рис. 3.2 Запити та психологічні прояви серед ветеранів (якісний аналіз інтерв'ю)

Узагальнення даних спостереження дозволило ідентифікувати декілька типів поведінкових профілів. Перший – «групово-орієнтований

компенсаторний» – характеризувався високим рівнем включеності у взаємодію в межах ветеранських об’єднань, демонстративною ініціативністю, однак при цьому емоційна реактивність залишалась обмеженою. Таких респондентів було 8. Вони активно брали слово, координували обговорення, але у приватних бесідах виявляли ознаки емоційного виснаження. Другий профіль – «соціально-обережний із прихованою фрустрацією» – охопив 11 осіб, які в груповій взаємодії демонстрували стриманість, часто уникали прямого погляду, не втручались у діалог, однак їхні мімічні реакції були надзвичайно насиченими: фіксувались часті зведення брів, зціплення щелеп, мікропаузації перед відповідями. В окремих випадках на запитання модератора такі учасники відповідали не словами, а лише кивками або знизуванням плечима, що інтерпретувалося як мікроформати вербального відсторонення. Третій тип – «дистанційований, іронічно-захисний» – спостерігався у 7 осіб, які схильні були використовувати жарти, саркастичні репліки або зниження значущості обговорюваних тем. У поведінці фіксувалась активна моторика, жестикулювання, однак усе це супроводжувалось зниженим рівнем емоційної глибини в озвучених позиціях. Ці профілі співвідносились із результатами анкетування: групово-орієнтовані мали дещо вищі бали за шкалою соціальної адаптації (в межах 66–70), тоді як дистанційовано-іронічні перебували на нижчому рівні (від 54 до 59).

Частина інтерпретаційної матриці була присвячена детальному розбору того, як респонденти взаємодіяли з уже наявними сервісами підтримки та які оцінки вони надавали цим контактам. Із 30 опитаних 26 мали досвід бодай одноразового звернення до державних або громадських структур психосоціальної підтримки. При цьому лише 12 з них охарактеризували ці звернення як ефективні або частково результативні. Найчастіше фігурували скарги на нестачу індивідуалізованого підходу (17 згадок), поверховість консультацій (14 згадок), брак фахової компетенції працівників (12 згадок). У дев’яти випадках респонденти згадували про відсутність постійного фахівця, що призводило до втрати тяглості у психотерапевтичному процесі. Сім осіб

прямо повідомили про те, що після перших сеансів залишили контакти з центрами через враження формальності й механістичного ставлення. Найвищі оцінки отримували ті сервіси, де психологи самі мали досвід фронтового минулого (4 випадки), або де була можливість залучення до групових форматів без тиску і з вільною динамікою участі (5 випадків). Особливою темою у структурі запитів була потреба у правовій підтримці – 13 осіб не мали чіткого уявлення про свій юридичний статус, обсяг пільг, алгоритми доступу до медичних або житлових програм. Цей інформаційний вакуум нерідко призводив до фрустрацій або конфліктів із бюрократичними структурами. 8 респондентів описували епізоди, коли їм доводилось по кілька тижнів добиватись запису до соціального працівника, а відповіді, які вони отримували, були непослідовними або суперечливими (див додаток А)

В цьому контексті було виявлено потребу не лише в розширенні інституційної присутності фахівців, а й у формуванні доступної навігаційної інфраструктури – від інформаційних довідників до інтерактивних чат-ботів, здатних орієнтувати людину у складній системі пільг, квот, програм допомоги. При цьому 21 учасник наголосив, що не відчуває зв’язку між існуванням державної політики підтримки ветеранів і реальними щоденними умовами їх життя. Вони описували допомогу як фрагментарну, епізодичну, несинхронізовану між інституціями. Це фіксувалося як розрив між декларативним рівнем соціальної роботи та її практичною реалізацією у повсякденному полі ветерана.

Значущим маркером адаптаційної трансформації виявилась ступінь внутрішньої узгодженості особистісної ідентичності після завершення служби. За результатами напівструктурованих інтерв’ю, 18 осіб описували себе через категорії, пов’язані виключно з минулим військовим досвідом, не вживаючи формулювань, що відображають сучасне або майбутнє «я». Це засвідчувало те, що їхня ідентичність залишалась заякореною в умовах війни, без актуалізації соціальних ролей мирного часу. Тільки 6 респондентів використовували в інтерв’ю описові рамки, які включали нові соціальні ролі – батька, працівника,

студента, волонтера. У 5 випадках фіксувалась символічна фіксація на атрибутах військової субкультури: згадки про форму, ритуали, шеврони як такі, що «нагадують, хто я є». У структурі внутрішнього дискурсу також домінували фаталістичні концепти: 12 учасників прямо висловлювали переконання, що «після такого життя вже не буде», «нормальне вже закінчилось», «війна всередині не зникає». При цьому 9 з них мали відносно стабільні зовнішні умови життя, що свідчить про те, що суб'єктивна реальність травматичного досвіду іноді лишається сильнішим фактором за об'єктивні показники адаптації. У 7 інтерв'ю було виявлено спроби реконструювати позитивний наратив через допомогу іншим: ці учасники розповідали про участь у менторських програмах, ініціативи підтримки новоприбулих демобілізованих, або просвітницькі виступи в навчальних закладах.

У них простежувалась зміна риторики: від «що зі мною сталося» – до «що я можу зробити». Така інверсія суб'єкта наративу фіксувалась як ознака часткової психосоціальної стабілізації. Водночас 23 респонденти визнали, що мають труднощі із формулюванням життєвої перспективи навіть у середньостроковому горизонті: лише 6 осіб змогли окреслити чіткий план на найближчі пів року, ще 4 – орієнтувались на професійну інтеграцію через півтора-два роки. Інші зосереджувались на виживанні, короткочасних цілях або уникали будь-якого прогнозування. У цьому вимірі ідентичність ветерана часто функціонувала як закрита система, що не допускала зовнішніх векторів реконструкції.

Певні патерни було виявлено також у способах індивідуального подолання наслідків бойової травматизації. Із 30 респондентів 21 вдавались до стратегій емоційного уникнення: це проявлялось у переважанні пасивного дозвілля (серіали, комп'ютерні ігри), зменшенні кількості соціальних контактів, уникненні нових зобов'язань. У 14 осіб спостерігалась ригідна структура денного розкладу – вони детально планували день і вкрай болісно реагували на непередбачувані зміни, що розглядалось як компенсаторний механізм зниження тривоги. 9 респондентів повідомили про використання алкоголю або

снодійного як способу гальмування нав'язливих спогадів. У 6 випадках фіксувались елементи соматизації – повторювані тілесні симптоми без клінічної основи, які виникали в емоційно навантажених ситуаціях. 7 ветеранів знаходили підтримку у сфері фізичної активності: систематичні тренування, участь у спортивних секціях, навіть аматорські змагання – такі форми виявлялися джерелом відчуття контролю, тілесної стабільності, структурованості. В 3 інтерв'ю простежувалась тенденція до релігійного або філософського осмислення досвіду: згадувались паломництва, індивідуальні ритуали, читання текстів духовної традиції як спроба інтегрувати травматичний досвід у ширший екзистенційний горизонт. Але загалом серед 30 респондентів лише 4 особи користувались психотерапевтичними інструментами усвідомлено й регулярно. Це свідчить про глибоку інституційну прогалину: навіть ті, хто мав запит на допомогу, не завжди знали, як і де її отримати. Індивідуальні стратегії були переважно ізольованими, не мали супроводу й базувались на особистій інтуїції, а не на структурованому супроводі.

На етапі вторинної обробки даних було сконцентровано увагу на співвіднесенні рівня залучення ветеранів до структур психосоціальної підтримки з їхніми індикаторами повсякденного функціонування. Було створено три групи на основі глибини контакту з підтримувальними інституціями: висока залученість (регулярні відвідування або участь у програмах – 9 осіб), середня залученість (епізодичні звернення або короткотривалі участі – 12 осіб) та низька залученість (або відсутність систематичної участі – 9 осіб). У групі з високою залученістю середній бал за виміром психологічного самопочуття у WHOQOL-BREF становив 68,3, тоді як у групі з низькою – 48,7. Відмінність становила 19,6 пунктів, що є статистично значущим при $p < 0,01$ (розраховано за критерієм Стьюдента для незалежних вибірок). Середній рівень соціальних зв'язків за тією ж шкалою у першій групі становив 71,2, у третій – 54,4. Різниця перевищувала 16,8 пунктів. У субшкалі фізичного функціонування також фіксувалась тенденція до вищих показників у групі регулярної залученості (62,9 проти 53,1), що дозволяло припустити не

лише емоційне, а й соматичне покращення стану у зв’язку з інтеграцією в систему підтримки. На рівні соціальної адаптації за шкалою Bell середній показник у першій групі склав 72,3, що наближається до межі нормативного функціонування, тоді як у групі низької залученості – лише 55,8. У категорії «професійна активність» 6 із 9 учасників першої групи мали стабільне працевлаштування, ще двоє – були залучені до навчання або програм перекваліфікації. У групі з низькою залученістю лише один учасник мав офіційну роботу, ще двоє працювали епізодично, неофіційно. Рівень мотиваційного тонусу, за результатами якісного аналізу інтерв’ю, також був вищим у першій групі – 7 із 9 осіб формулювали чіткі цілі на найближчий рік, тоді як у третій групі лише 2 з 9 змогли окреслити конкретні наміри. Така динаміка свідчила про вплив систематичного контакту з підтримкою на структуру внутрішніх регуляторів – цільових орієнтацій, почуття ефективності, самооцінки (див додаток Б)

Варто наголосити, що не лише кількісна присутність у структурах підтримки, але й якісний характер цієї взаємодії відігравав провідну роль у формуванні адаптивних моделей функціонування. Серед респондентів, які брали участь у програмі групової підтримки із залученням сертифікованого кризового психолога (таких було 5), спостерігалась найвища динаміка зростання соціальної включеності. Усі вони відзначали позитивну зміну у здатності до емоційної відкритості, налагодженні нових контактів, покращенні родинної комунікації. Водночас у групі з середньою залученістю, де переважали епізодичні звернення або участь у лекційних форматах без елементів взаємодії, ефект був менш вираженим. У цих випадках респонденти часто вказували на інформативність отриманого матеріалу, але не могли продемонструвати помітних змін у повсякденній поведінці або мотивації. Так, із 12 осіб цієї групи лише 3 повідомили про будь-яке посилення суб’єктивної впевненості після проходження консультацій, тоді як решта 9 говорили про «короткий ефект» або «загальне підняття настрою», яке швидко згасало після завершення заходу. Таким чином, було зафіксовано відсутність сталого впливу

при відсутності регулярності або персоніфікації підтримки. У групі з низькою залученістю найчастішим мотивом уникання контактів були скептичні уявлення про фаховість допомоги – 6 із 9 осіб вважали, що «ніхто не зрозуміє», або що «ніякий психолог не знає, як це – бути там». При цьому у трьох із цих шести спостерігались найнижчі показники за шкалою психоемоційного благополуччя, що дозволяє розглядати це уникнення як фактор ризику поглиблення дезадаптації. Середній індекс життєвої задоволеності у першій групі, за інтегральною шкалою в інтерв'ю, становив 7,1 балів із 10, у другій – 5,9, у третій – 4,6. Водночас ці оцінки супроводжувались різними наративами: у першій групі звучали фрази «є навіщо жити», «не сам», «поступово стає краще», у третій – «просто тримаюсь», «все без сенсу», «прокидаюсь, бо треба». Це демонструвало, що ступінь залучення до структур підтримки впливає не тільки на поведінкові аспекти, але й на глибинну емоційну тональність внутрішнього світу.

У процесі зіставлення кількісних та якісних даних було створено профілі повсякденного функціонування залежно від рівня підтримки. У першій групі (висока залученість) домінували патерни структурованого дня, регулярна соціальна взаємодія, активна комунікація з близькими, стабільна фізична активність. Із 9 осіб 7 мали чіткий розклад, включаючи періоди праці, відпочинку, дозвілля. У другій групі простежувалась варіативність: 5 осіб мали структурований ритм життя, решта – спонтанний, із частими епізодами прокрастинації. У третій групі більшість респондентів (6 із 9) не мали чітко вираженого режиму, часто описували день як «хаотичний», «без плану», «як піде». У цих же інтерв'ю фіксувалась підвищена частотність скарг на погіршення сну, втрату апетиту, нестабільний настрій. У сфері соціальної включеності 8 із 9 осіб першої групи підтримували стабільний контакт з близькими – телефонні розмови, спільне дозвілля, участь у подіях. У другій групі таких було 6, у третій – лише 3. При цьому в останній групі 4 особи прямо повідомляли про ізоляцію, а 2 – про повне відчуження від родини. Такі випадки супроводжувались високими показниками емоційної нестабільності, що

підтверджувалось як шкалами, так і наративами: «нікому не потрібен», «немає з ким поділитись». Ізольованість виступала не лише наслідком, а й чинником поглиблення емоційного дисбалансу. Ступінь регулярної фізичної активності також корелював із рівнем підтримки: у першій групі 6 осіб займались спортом щонайменше двічі на тиждень, у другій – 4, у третій – лише 1. Фізична активність супроводжувалась позитивною самооцінкою, покращенням якості сну, стабілізацією настрою. Це свідчило про мультиплікативний ефект підтримки – її присутність стимулювала включення до інших сфер, що підсилювали одна одну.

У деталізації мотиваційної сфери респондентів простежувався чіткий взаємозв'язок між рівнем психосоціальної підтримки та здатністю формувати й утримувати внутрішні цільові орієнтири. Із 9 осіб, які систематично залучалися до програм супроводу, семеро чітко окреслювали конкретні життєві проєкти – від працевлаштування до участі в довготривалих волонтерських ініціативах. Їхні інтерв'ю містили словесні конструкції з вираженою суб'єктністю («я планую», «мій проєкт», «я почав навчання», «запустив справу»), що дозволяло трактувати мотиваційну систему як інтегровану. У другій групі, де підтримка була фрагментарною, рівень сформованості намірів знижувався: із 12 осіб лише п'ятеро змогли назвати чіткі цілі, решта або обмежувались загальними уявленнями («можливо знайду щось», «треба буде щось вирішувати»), або декларували байдужість до довготривалих перспектив. У групі з низькою залученістю картина була ще більш дифузною: 7 із 9 учасників уникали будь-яких відповідей про майбутнє або вдавались до уникання («не загадую», «що буде, те буде», «не думав»).

В цих інтерв'ю превалювали наративи дезорієнтації, що корелювали з низькими балами за шкалами психологічного тонусу та життєвої задоволеності. Водночас у першій групі було зафіксовано вищий рівень внутрішньої послідовності – поєднання цільових орієнтацій із конкретними діями (6 із 9 учасників вели щоденники, складали списки завдань, мали систематичні практики самоменеджменту). Це виразно відрізнялось від третьої групи, де не

було жодного випадку використання таких стратегій. Ізольованість і відсутність підтримки виявлялась маркером мотиваційного виснаження. Один із респондентів прямо зазначив: «Мені б хтось просто сказав, куди йти й що робити – сам не можу зрушити з місця». Це демонструвало роль не лише емоційного, а й виконавчого навантаження підтримки – як джерела зовнішньої структури в умовах, коли внутрішня ще не відновилась.

У межах поглибленого аналізу також було виокремлено типові бар'єри, що перешкоджали залученню до програм підтримки, навіть за наявності об'єктивної доступності таких сервісів. З 30 респондентів 18 зізнались, що свідомо уникали звернення протягом принаймні перших трьох місяців після демобілізації, попри те що знали про їхнє існування. Головними причинами називалися сумніви у довірі до фахівців (11 згадок), сором або страх виглядати «слабким» перед оточенням (8 згадок), упевненість, що «можна впоратись самостійно» (6 згадок). У структурі цих рішень фігурували глибоко вкорінені культурні установки щодо маскулінності, автономії, стійкості – наративи, що були посилені військовою субкультурою. Один із респондентів зазначив: «Мене навчили триматись, не розмазуватись. Тому, коли повернувся – не те що не звертався, а й соромився думати про це». Такі висловлювання демонструють потребу в переозначенні самої парадигми допомоги – вона має розглядатись не як ознака слабкості, а як форма відповідального самозбереження.

3.3. Рекомендації щодо оптимізації системи соціальної роботи з ветеранами війни

Аналіз емпіричних даних засвідчив нагальну потребу у перегляді практики первинного скринінгу психосоціальних потреб ветеранів, зокрема через виявлену структурну невідповідність між офіційними категоріями визначення стану особи та її фактичним рівнем повсякденного функціонування. У межах дослідження було виявлено, що значна частина респондентів із формально однаковим статусом мала кардинально відмінні адаптаційні профілі,

що лишались невидимими для чинної системи обліку. Це ставить під сумнів ефективність уніфікованих критеріїв оцінки, орієнтованих переважно на медичні чи бюрократичні параметри. Потреба в адресності передбачає впровадження гнучкої, мультидисциплінарної діагностичної процедури, здатної верифікувати як наявні, так і латентні прояви дезадаптації на ранніх етапах. Такий скринінг має включати інтегративні індикатори: суб'єктивну оцінку емоційного стану, рівень мотиваційного виснаження, конфігурацію соціальних зв'язків, наявність зовнішніх опор (родина, робота, громадські структури), реакцію на запити про майбутнє. Усі ці параметри дозволять побачити не поверхневу картину, а глибину внутрішньої розбалансованості або навпаки – наявність резервів. Формат такого скринінгу не може бути виключно анкетним: рекомендовано поєднання коротких валідованих шкал (наприклад, GAD-7, PHQ-9, WHO-5) з елементами цільового інтерв'ювання, яке фіксує не тільки зміст відповідей, а й характер реакції, темп, логіку побудови відповідей, афективну насиченість.

Особливу увагу слід приділяти феномену прихованої дезадаптації – коли людина формально демонструє стабільність, але на рівні смислової динаміки виявляє розмитість перспективи, знецінення досвіду, байдужість до підтримки. Саме такі випадки залишаються поза фокусом чинних механізмів, що опираються на самозвіти або очевидні скарги. Експертиза адаптаційного статусу має бути не одноразовим актом, а процедурою, що повторюється щонайменше у тримісячному циклі протягом першого року після демобілізації. Це дозволить відстежити не лише первинний стан, а й динаміку – її погіршення або стабілізацію – й у такий спосіб своєчасно втручатись у критичні точки кризи або виснаження. Можливість такого моніторингу особливо актуальна з огляду на виявлені часові зсуви в емпіричному матеріалі, коли симптоми з'являлись лише через 4–6 місяців після повернення. Скринінг повинен бути не просто діагностичним, а навігаційним – тобто одразу після його проходження людина має отримувати не формальний результат, а чіткий індивідуалізований

маршрут, куди саме звернутись, у якому форматі, на яких умовах і хто буде контактом супроводу.

З огляду на результати дослідження, ще одним стратегічним вектором модернізації соціальної роботи з ветеранами має стати поетапне впровадження багатоканальної системи первинного контакту, що мінімізує відчуття стигматизації й забезпечує різні рівні інтенсивності залучення. Одним із ключових бар'єрів, зафіксованих у досвіді респондентів, виявилась нерелевантність традиційних точок входу до системи допомоги – кабінети у державних установах, бюрократичні процедури запису, очікування в чергах. Вони викликають у ветеранів асоціації з безпорадністю, втратою суб'єктності, у деяких – із досвідом бойової травми. Тому рекомендовано створення паралельних маршрутів первинної взаємодії: через мобільні пункти підтримки, польові консультативні групи, онлайн-кабінети, а також peer-to-peer платформи, де первинний контакт здійснюється рівними – ветеранами з досвідом адаптації. Ці формати забезпечують можливість обирати комфортну дистанцію: від повністю анонімного онлайн-тестування до очного включення у терапевтичні групи. Така багаторівнева система відповідає на широкий спектр потреб – від тих, хто готовий до активної участі, до тих, хто лише на етапі вагання. Технічно це може виглядати як створення єдиного цифрового профілю ветерана, де після первинного скринінгу й фіксації базових змінних – демографічних, психоемоційних, соціальних – система пропонує три-чотири сценарії подальшого маршруту з опцією зворотного зв'язку. У випадку злагодженої інтеграції з існуючими соціальними сервісами та медичними базами це дозволить знизити фрагментарність системи й уникнути дублювань або провалів у ланцюгу підтримки.

Система має забезпечувати індивідуальну конфіденційність, з одночасною доступністю для уповноваженого супровідного фахівця, що слідкуватиме за проходженням маршруту, нагадуваннями, записами й зворотним зв'язком. Саме такий механізм дозволяє відтворити не просто підтримку, а траєкторію – динамічну, персоніфіковану, адаптивну.

Респондентська база дослідження підтвердила: там, де людина розуміла, що не залишилась один на один із системою, – відсоток завершеного маршруту адаптації був у 2,5 рази вищим.

Із виявленої у результатах дослідження високої чутливості ветеранів до персонального тону звернення випливає доцільність запровадження індивідуального кураторства як невіддільного елементу соціальної роботи. Досвідова реконструкція адаптаційних траєкторій показала, що наявність персонального фахівця, який не змінюється протягом усього періоду супроводу, істотно знижує ризик дезадаптаційних зламів і покращує результативність участі в програмах. Таке кураторство не повинно обмежуватись інформуванням або технічною допомогою. Йдеться про супровід, що поєднує психоедукаційні, мотиваційні та організаційні функції. Куратор має бути точкою фіксації, яка дозволяє людині не розчинитись у системі, а отримувати чіткий, логічно впорядкований і при цьому гнучкий маршрут. Практично це реалізується через регулярні контакти – короткі телефонні або онлайн-сесії, уточнення стану, відстеження прогресу, реакції на зміни.

Успішні кейси, зафіксовані в дослідженні, демонстрували, що навіть при тривалих перервах у залученості, наявність активного куратора дозволяла відновити контакт і повернути людину до програми без формальної перереєстрації або повторного скринінгу. Це дозволяє знизити напругу від повторного входу в систему. Роль куратора має бути відділена від класичних функцій соціального працівника або психолога – це окрема позиція, що діє у форматі навігації. Найбільш ефективними у цій ролі, згідно з даними інтерв’ю, виявлялись ті, хто сам мав досвід фронтового минулого або тривалий практичний стаж роботи з ветеранами. Це дозволяє сформувати горизонтальний, а не ієрархічний зв’язок. Модель кураторства має базуватись на добровільному контакті, з гнучкою частотою взаємодії, але чітким інституційним укоріненням – тобто куратор діє від імені системи, але не є її

бюрократичним представником. У цьому полягає потенціал зміни самого образу соціальної роботи – від адміністративної до партнерської.

Опрацьовані в межах дослідження адаптаційні кейси засвідчили необхідність зміни парадигми самої присутності соціальної роботи в повсякденному просторі ветерана – від реактивної допомоги до проактивної участі. Це означає, що система не повинна чекати звернення, а має сама ініціювати контакт – гнучко, ненав'язливо, але з регулярною появою в комунікаційному полі людини. Ефективною формою такої проактивності виступає мережа мікроінтервенцій – коротких точкових взаємодій, що не мають терапевтичного навантаження, але виконують функцію підтримувального фону.

Це може бути коротке повідомлення, нагадування про захід, лінк на матеріал, пропозиція відповісти на коротке запитання. У дослідженні було зафіксовано, що навіть одинична текстова взаємодія (наприклад, «як ти почуваєшся сьогодні?») від фахівця, з яким респондент мав попередній контакт, суттєво підвищувала його рівень довіри до системи й готовність знову звернутись за допомогою. Такі мікроконтакти мають бути заздалегідь узгоджені й не втручатися в приватний простір – однак їхня регулярність створює відчуття структурної підтримки. На практичному рівні це вимагає інтеграції соціальної роботи у цифрові платформи, що вже використовуються ветеранами – месенджери, мобільні застосунки, форуми. Там, де підтримка має шанс з'явитися безпосередньо в середовищі щоденного перебування людини, її сприйняття буде менш формалізованим, більш живим. Пропонується запровадити спеціалізовані цифрові профілі, де можна персоніфіковано формувати календар підтримки, отримувати запрошення, вести особистий щоденник адаптації, обирати рівень комунікації з фахівцем. При цьому така цифрова присутність має бути не замінником, а продовженням реальної взаємодії. Фахівці повинні пройти окреме навчання із цифрової етики, динаміки онлайн-емпатії, способів конструювання підтримувального тексту. Адже навіть у короткому повідомленні – формулювання має утримувати баланс між повагою до меж і здатністю викликати відповідь. Таке перенесення соціальної

роботи в динамічну, міжформатну площину створює відчуття супроводу не як послуги, а як зв’язку – і саме це виявилось найдефіцитнішим у групах низької адаптації.

Одним із неочевидних, але фундаментальних механізмів, виявлених у ході інтерпретації даних, була потреба у відновленні смислової цілісності після повернення з війни. Ті респонденти, які брали участь у форматах, що включали наративну роботу (групові обговорення, розповіді про досвід, менторські діалоги), демонстрували вищу ступінь структурованості самоідентичності, більшу готовність до майбутньої проєкції та активнішу соціальну включеність. Це дозволяє сформулювати практичну рекомендацію щодо включення елементів наративної практики до програм соціальної роботи. Йдеться не лише про «вислуховування», а про створення середовищ, де людина може розповісти свою історію в безпечному полі, бути почутою, співвіднесеною, резонуючою. Це може набувати найрізноманітніших форм – від вербальних свідчень до арт-інтервенцій, аудіощоденників, творчих майстерень. Головна умова – сприйняття ветерана не як об’єкта допомоги, а як носія унікального досвіду, що має право бути артикульованим у спосіб, який відповідає його внутрішньому ритму.

В процесі дослідження були зафіксовані приклади, коли саме такі практики ставали точкою зрушення – перший публічний виступ, перша стаття, перше фото, перше інтерв’ю ставали подією, що змінювала внутрішній статус. Це не терапія в прямому сенсі, але ефект – терапевтичний. Відповідно, соціальна робота має вбудовуватись у культурну та символічну тканину суспільства – працювати з образами, з мовою, з уявленнями. Простими словами – створювати місця, де ветерана не питають «що з тобою сталося?», а кажуть: «розкажи, як ти це прожив». І це «як» відкриває шлях не тільки до індивідуального зцілення, а й до переформатування суспільного ставлення до досвіду війни як частини цивільної культури, а не лише як епізоду державної історії. У цьому полягає системна функція психосоціальної підтримки – перетворити травму з джерела розриву на джерело нових сенсів.

Результати проведеного емпіричного дослідження недвозначно вказали на системну роз'єднаність ланок, які мали б діяти як цілісна структура психосоціальної підтримки, що забезпечує сталу адаптацію ветеранів. Практичне функціонування системи демонструє хронічний дефіцит скоординованих дій між ключовими суб'єктами – психологами, соціальними працівниками, юристами, медичним персоналом і волонтерськими організаціями. Аналіз інтерв'ю показав, що в більшості випадків підтримка була фрагментарною: людина зверталась до одного фахівця, не маючи уявлення про наявність паралельних ресурсів, які могли би підсилити ефективність допомоги. У семи респондентів зафіксовано випадки, коли психолог, з яким вони працювали, не мав зв'язку з соціальною службою, а тому не міг надати консультацію щодо житлових питань, а юрист, до якого вони потрапляли пізніше, не знав про психологічний стан клієнта і радив дії, які не відповідали його ресурсам. Така розірваність взаємодії не лише уповільнює процес підтримки, а й посилює у ветеранів відчуття самотності у системі, викликаючи недовіру до механізмів допомоги в цілому. Інтеграція мультидисциплінарної моделі передбачає створення стабільної комунікаційної платформи, де всі фахівці, які працюють з конкретною особою, мають доступ до узгодженого плану підтримки, синхронізують свої дії і доповнюють одне одного замість дублювання або суперечностей. Це не означає втрату спеціалізації чи конфіденційності – модель має передбачати гнучкі рівні доступу, верифікацію згоди клієнта, розмежування ролей, але при цьому фокусуватись на єдиній меті – забезпечити цілісну, неінституційно-розірвану підтримку, орієнтовану на суб'єкта, а не на логіку закладу.

Для реального впровадження мультидисциплінарної моделі потрібно інституційно оформити команди супроводу – не як тимчасові робочі групи, а як постійно діючі структури, закріплені за територіальними кластерами ветеранів. Така команда має складатись щонайменше з чотирьох осіб: психолога, соціального працівника, юриста та координатора волонтерських ініціатив. В ідеалі до складу входить також медичний фахівець, хоча б із базовою

підготовкою щодо соматичних наслідків ПТСР, адже у 19 респондентів було зафіксовано скарги на фізичні симптоми, які посилювались у стані психоемоційного напруження. Кожна така команда має мати загального куратора, що відповідає за синхронізацію процесів – час запису, черговість звернень, логістику, фіксацію прогресу. Принциповим є те, щоб ці команди не формувались одноразово під окремий запит, а діяли впродовж тривалого періоду як стабільна контактна одиниця. Такий формат дозволяє створити відчуття структури, прогнозованості, поступовості, якого бракує у звичному досвіді ветеранів, що постійно натрапляють на фрагменти: інший номер, інший фахівець, інший офіс. У процесі дослідження 21 респондент прямо зазначав: «Я втомився кожному заново розповідати». Саме мультидисциплінарна команда із фіксованим складом дозволяє зняти цей тягар. Один із механізмів реалізації – створення особистого кейс-профілю, до якого мають доступ усі фахівці команди. Там ведеться історія контакту, визначені цілі, результати, періоди пауз, інтенсивність роботи, позначені ризики. Кейс оновлюється щомісяця і дозволяє не лише координуватись, а й здійснювати внутрішній аудит ефективності дій. При цьому сама особа зберігає можливість бачити власну динаміку – через графічну візуалізацію, звіти, оцінки стану. Це формує не лише взаємодію, а й рефлексію, яка у 17 респондентів із групи низької адаптації була відсутня як когнітивна практика.

Ключовим компонентом такої моделі є роль волонтерського сектору – не як допоміжної опції, а як повноцінного партнера. Дані дослідження підтвердили, що у 11 з 30 учасників саме неформальна волонтерська підтримка стала вирішальною у моменті перелому – коли офіційні структури не мали часу або ресурсу, волонтер приїжджав, телефонував, знаходив вихід. Це свідчить про те, що енергія громадянського суспільства, його гнучкість і оперативність мають бути інтегровані у системну роботу, а не знаходитись осторонь. Для цього пропонується створити партнерські угоди між соціальними службами та волонтерськими організаціями з чітко визначеними зонами відповідальності: логістика, комунікація, інформування, кризове реагування, психологічна перша

допомога, посередництво між ветеранами й інституціями. Особливо ефективною є присутність ветеранів-волонтерів у ролі фасилітаторів груп підтримки або посередників у першому контакті – 8 респондентів зазначили, що звернулись до системи саме через рекомендацію побратима-волонтера. Формалізація цього досвіду у межах моделі дозволяє зробити її більш чутливою, доступною, живою. Волонтер може не мати психологічної освіти, але якщо він навчається базовим навичкам емпатійного слухання, кризового реагування, навігації в системі – його внесок стає неоціненним.

ВИСНОВКИ

У першому розділі було охарактеризовано формування вітчизняної системи соціальної роботи з ветеранами, яка, незважаючи на історичні коливання, не набула структурної стабільності. Нинішня модель переважно спирається на адаптацію радянських підходів, тоді як сучасні виклики вимагають глибшого переосмислення функціональних ролей і практик. У процесі аналізу змісту ключових понять було зосереджено увагу на специфіці конструкції терміна «психосоціальна підтримка» як категорії, що охоплює емоційне, когнітивне, поведінкове та соціальне функціонування особи, яка перебуває в постстресовому стані після участі в бойових діях. Визначено, що поняття «соціальна робота» у цьому контексті виконує не лише допоміжну або сервісну функцію, а є платформою для відновлення автономності ветерана, його суб'єктності в суспільстві. Методологічну рамку дослідження визначили принципи суб'єктності, комплексності, інтеграції, поєднання кількісних і якісних методів, що забезпечили збір не лише показників, але й глибинних змістів досвіду респондентів.

Другий розділ засвідчив, що інституційна підтримка ветеранів на нормативному рівні декларується через розгалужену мережу пільг, програм та центрів, однак у практичному вимірі вона виявляється розірваною та малодоступною. У розділі було конкретизовано, що респонденти часто «не мали чіткого уявлення про свій юридичний статус, обсяг пільг, алгоритми доступу до медичних або житлових програм», а також «зазнавали фрустрації через суперечливі відповіді в різних інституціях». Уточнення соціально-психологічних умов адаптації засвідчило фрагментованість післявоєнного функціонування: «лише 6 осіб змогли окреслити чіткий план на найближчі пів року», тоді як більшість «зосереджувалась на виживанні, короткочасних цілях або уникала будь-якого прогнозування». У підрозділі про технології підкреслено доцільність мультиформатного підходу – від «інтерактивних чат-ботів» до кураторської моделі – з огляду на диференційованість запитів та рівень готовності ветерана до контакту.

У третьому розділі було здійснено комплексну інтерпретацію емпіричного матеріалу, що охоплював вибірку з 30 осіб, демобілізованих у 2022–2023 роках. Аналіз шкал якості життя та соціальної адаптації продемонстрував зниження показників у порівнянні з нормативними значеннями: «у вимірі психологічного стану середній показник становив 51,3», а за шкалою адаптації Bell – 58,7. У підрозділі 3.2 виявлено залежність між ступенем залученості до підтримки та повсякденною функціональністю: «у групі з високою залученістю середній бал за виміром психологічного самопочуття у WHOQOL-BREF становив 68,3, тоді як у групі з низькою – 48,7». Виявлено, що «індивідуальні стратегії були переважно ізольованими», і лише системна підтримка – «персоніфікована, регулярна, з фіксованим куратором» – сприяла стабілізації мотиваційної сфери та реконструкції соціальних зв’язків. У розділі 3.3 обґрунтовано низку практичних рекомендацій: модернізацію скринінгу, запровадження індивідуального маршруту адаптації, цифровізацію механізмів супроводу, створення мультидисциплінарних команд, де «психолог, соціальний працівник, юрист та координатор волонтерських ініціатив» діють як єдина структура. Підкреслено, що ефективність підвищується за умови «горизонтального зв’язку» між фахівцями та ветеранами, на основі довіри, персонального досвіду й живої комунікації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акименко Ю.Ф., Сила Т.І. Як допомогти родині учасника бойових дій : методичний посібник. Чернігів : Десна Поліграф, 2017. 144 с.

2. Баско А.В., Собакарь А.О., Миронюк С.А. Методики реабілітації військовослужбовців, стан функціонування та розвиток реабілітаційних центрів як один із напрямів діяльності органів місцевого самоврядування. *Rehabilitation and Recreation.* 2024. №18(1). С.78–93. URL: doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.9 (дата звернення: 17.08.2025)

3. Бриндіков Ю.Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб. Теоретико-методичні основи. Хмельницький. Поліграфіст. 2018. 372 с.

4. Вдовіченко О., Соколова І., Педченко О., Степанова С., Фролова О. Психологічна реабілітація і супровід ветеранів війни: досвід Ізраїлю. *Zeszyty naukowe wyższej szkoły technicznej w Katowicach*. 2023. Вип.16. С.107–118. URL: doi.org/10.54264/0066 (дата звернення: 17.08.2025)

5. Гордієнко Є. Світовий досвід формування та реалізації політики соціального захисту учасників бойових дій. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2020. № 1(96). С. 86–94. URL: https://doi.org/10.36030/2310-2837-1(96)-2020-86-94 (дата звернення: 17.08.2025).

6. Дуля А.В. Соціальна підтримка недержавними організаціями сімей учасників антитерористичної операції : дис. доктора філософії. Київський університет імені Бориса Грінченка. Київ. 2023. URL: elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/45931 (дата звернення: 17.08.2025)

7. Захаріна Т. Реінтеграційний потенціал ветеранів як чинник успішної їх реінтеграції в соціум. *Social work and education*. 2023. Т.10. №3. С.263–275. URL: doi.org/10.25128/2520-6230.23.3.1 (дата звернення: 17.08.2025)

8. Захаріна Т.І. Напрями соціальної роботи з ветеранами гібридної війни. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Педагогіка.*

Соціальна робота. 2023. №1(52). С.55–59. URL: doi.org/10.24144/2524-0609.2023.52.55-59 (дата звернення: 26.03.2025)

9. Захаріна Т.І. Особливості створення реінтеграційного середовища для ветеранів гібридної війни в умовах закладів вищої освіти. *Перспективи та інновації науки. Серія Педагогіка.* 2023. №9(27). С.197–206. URL: doi.org/10.52058/2786-4952-2023-9(27)-197-206 (дата звернення: 26.03.2025)

10. Івакіна А. Соціальна робота з ветеранами бойових дій в сучасній Україні. Кваліфікаційна робота. Херсонський державний університет. Івано-Франківськ. 2022. 42 с.

11. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ. *Університетське вид-во Пульсари*. 2017. 216 с.

12. Кінселла М., Арас В. Соціальна реінтеграція ветеранів в Україні з акцентом на інклюзивність ветеранів як вразливої категорії населення і роль яку ветеранські організації можуть відігравати у забезпеченні інклюзивності. Підсумковий аналітичний звіт МОМ. 2023. URL: ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1861/files/documents/2024-01/veterans-social_reintegration_ukr.pdf (дата звернення: 23.10.2024)

13. Коленіченко Т. Інституційні суб'єкти соціальної реінтеграції ветеранів в умовах війни. *Стратегія сучасного розвитку України. Синтез правових освітніх та економічних механізмів* : колективна монографія. Чернігів : ГО Науково-освітній інноваційний центр суспільних трансформацій, 2022. С.269–282. URL: doi.org/10.54929/monograph-12-2022-06-03 (дата звернення: 26.03.2025)

14. Коленіченко Т. Методологічні принципи соціальної реінтеграції ветеранів гібридної війни. *Вісник Національного університету Чернігівський колегіум ім. Т.Г. Шевченка.* 2022. №17(173). С.43–48

15. Коленіченко Т.І. Методологічні принципи соціальної реінтеграції ветеранів гібридної війни. *Вісник Національного університету Чернігівський колегіум імені Т.Г. Шевченка.* 2022. №173(17). С.43–47

16. Коленіченко Т.І., Левицька Н.С., Грицай С.О. Теоретико-методологічні засади дослідження проблеми ресоціалізації комбатантів в Україні. *Проблеми соціальної роботи. Філософія. Психологія. Соціологія*. 2018. №2(12). С.51–57. URL: doi.org/10.25140/2412-1185-2018-2(12)-51-57 (дата звернення: 26.03.2025)

17. Костишин Е., Грицанюк В., Шевців Ю. Досвід США щодо реінтеграції ветеранів війни до цивільного життя. *Соціальна робота та соціальна освіта.* 2024. №1(12). С.11–18. URL: doi.org/10.31499/2618-0715.1(12).2024.305055 (дата звернення: 17.08.2025)

18. Костишин Е., Кіндій І. Деякі аспекти впровадження зарубіжного досвіду соціально-психологічної адаптації ветеранів та учасників бойових дій в Україні. *Соціальна робота. Становлення. Перспективи. Розвиток*. Львів. ЛДУ БЖД. 2022. С.37–43

19. Костишин Е., Кіндій І. Деякі аспекти впровадження зарубіжного досвіду соціально-психологічної адаптації ветеранів та учасників бойових дій в Україні. *Соціальна робота. Становлення. Перспективи. Розвиток*. Львів. ЛДУ БЖД. 2022. С.37–43

20. Крачун А.А. Механізм соціального захисту учасників АТО. Автореферат магістерської роботи. Миколаїв. ЧНУ ім. Петра Могили. 2019. 19 с. URL: krs.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/448/1/автореферат%20Крачун.pdf (дата звернення: 04.05.2023)

21. Кривошей В.М. Формування та реалізація державної політики у сфері соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій : дисертація канд. наук з держ. управління. Київ: Інститут підготовки кадрів ДСЗУ. 2020. 272 с.

22. Кримчак Л.Ю. Профілактика професійного вигорання фахівців у практиці соціальної роботи з пораненими військовослужбовцями. *Інклюзія і освіта.* 2024. №2. С.36–42. URL: doi.org/10.32782/2787-5137-2024-2-5 (дата звернення: 17.08.2025)

23. Кучеренко С.М., Хоменко Н.М. Організаційні особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців які брали участь у бойових діях до умов мирного життя. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2017. Вип.21. С.66–74

24. Лазарчук О. Соціальна адаптація ветеранів та членів їх сімей. *Психосоціальний вимір. Український католицький університет. Львів.* 2024. URL: er.ucu.edu.ua/bitstreams/3245b7ae-c4b5-409c-b336-6f75c4bb99ad/download (дата звернення: 26.03.2025)

25. Логвінова О., Рассказова О. Соціальна робота з військовослужбовцями та їхніми сім'ями в умовах тривалого конфлікту на сході України. *Соціальна робота та соціальна освіта.* 2021. №2(7). С.61–71

26. Міністерство у справах ветеранів України. *Аналітична інформація. Київ*. 2023. URL: data.mva.gov.ua (дата звернення: 04.05.2023)

27. Міністерство у справах ветеранів. Це категорія потужних людей. Допомога ветеранам і їхнім родинам. Київ. 2023. URL: mva.gov.ua/ua/news/ce-kategoriya-potuzhnih-lyudej-ministr-u-spravah-veteraniv-rozpovila-pro-dopomogu-veteranam-i-yihnim-rodinam (дата звернення: 04.05.2023)

28. Науково-практична конференція з питань соціальної адаптації військовослужбовців. *Укрінформ.* 2022. URL: dsvv.gov.ua/pres-tsentr/naukovo-praktychna-konferentsiya-z-pytan-sotsialnoji-adaptatsiji-vijskovosluzhbovtsiv.html (дата звернення: 10.01.2022)

29. Новіков Є.А. Аналіз поняття ветеран війни у сучасних умовах. Правове забезпечення професійної адаптації та права на підприємницьку діяльність ветеранів війни. *Збірник наукових праць НДІ ПЗІР НАПрН України.* Харків. 2024. С.45–49

30. Палієнко Т., Семигіна Т. Психосоціальна підтримка ветеранів війни та цивільних, які постраждали через збройний конфлікт. 2016. DOI: 10.13140/RG.2.2.11777.45923

31. Пилипчук Я.В., Пономаренко Л.О. Проблема реабілітації від психологічних травм крізь призму праць українських педагогів та психологів.

Науково-педагогічні студії. Київ. ДНПБ України ім. В.О. Сухомлинського. 2024. Вип.8. С.99–124

32. Погосян Р. Поняття та особливості захисту прав ветеранів війни. *Актуальні проблеми правознавства.* 2023. №1(33). С.109–113

33. Положення про Єдину інформаційну систему соціальної сфери. Постанова Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 №404. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/404-2021-п#Text (дата звернення: 04.05.2023)

34. Положення про Міністерство у справах ветеранів України. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2018 №1175. URL: mva.gov.ua/ua/pro-ministerstvo/polozhennay-pro-ministerstvo-u-spravah-veteraniv-ukrainy (дата звернення: 04.05.2023)

35. Положення про територіальні центри комплектування та соціальної підтримки : Постанова Кабінету Міністрів України від 23.02.2022 №154. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/154-2022-п#Text (дата звернення: 04.05.2023)

36. Портрет ветерана російсько-української війни 2014–2022 рр. 2022. URL: veteranfund.com.ua/analitics/portret_veterana (дата звернення: 23.01.2025)

37. Постанова Кабінету Міністрів України від 03.03.2020 №177. Типове положення про центр надання соціальних послуг URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/177-2020-%D0%BF#Text (дата звернення 17.08.2025)

38. Про затвердження Порядку та умов забезпечення соціальної та професійної адаптації осіб, які звільняються або звільнені з військової служби. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.06.2017 №432-2017-п. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/432-2017-%D0%BF/ed20190312#Text (дата звернення: 17.08.2025)

39. Простір арттерапії. Мистецтво відновлення психічного здоров’я в часи війни. Матеріали XX Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції. Київ. 2023. 163 с.

40. Прудіус Л.В. Психологічна адаптація колишніх комбатантів до умов цивільного життя. Кривий Ріг. Криворізький державний педагогічний університет. 2023. 78 с.

41. Семигіна Т. Психосоціальна реабілітація комбатантів. Міжнародна та вітчизняна практика. Київ. Академія праці соціальних відносин і туризму. 2017. С.78–81

42. Семигіна Т. Уроки війни (не) вивчені вітчизняною соціальною роботою. Традиційні та інноваційні підходи до наукових досліджень. Матеріали ІІІ міжнар. наук. конф. Київ. МЦНД. 2022. С.47–49

43. Слабкий Г.О., Назаренко І.І., Якимець В.М., Печиборщ В.П., Іванов В.І., Поліщук А.О. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні. *Україна. Здоров'я нації.* 2019. №1(54). URL: foundationdv.com/site-static/Uzn_2019_1_10.pdf (дата звернення: 04.05.2023)

44. Слово і діло. Як змінювалася чисельність Збройних сил України. Київ. 2022. URL: slovoidilo.ua/2022/10/14/infografika/bezpeka/yak-zminyuvalasya-chyselnist-zbrojnyx-syl-ukrayiny (дата звернення: 04.05.2023)

45. Слозанська Г., Горішна Н., Бібик Д., Криницька І. Соціальна підтримка ветеранів і ветеранок російсько-української війни та їх сімей у воєнний та повоєнний час. *Social work and education*. 2023. Т.10. №1. С.47–62. URL: doi.org/10.25128/2520-6230.23.1.5 (дата звернення: 17.08.2025)

46. Слозанська Г.І. Соціальна робота в територіальній громаді. Теорії. Моделі та методи. Тернопіль. ТНПУ ім. В.Гнатюка. 2018. 382 с.

47. Сметаняк В., Вовчук І. Реадаптація учасників бойових дій тренінговими засобами. *Scientific collection InterConf*. 2021. №90. С.210–221. URL: doi.org/10.51582/interconf.7-8.12.2021.024 (дата звернення: 26.03.2025)

48. Столярик О., Семигіна Т. Лінія розмежування: перейти чи залишитися. Теорія модернізації в контексті сучасної світової науки. Матеріали І міжнар. наук. конф. Вінниця. Європейська наукова платформа. 2023. С.86–88

49. Столярик О., Семигіна Т. Повернутися з війни. Психосоціальна підтримка ветеранів та членів їхніх сімей. *Recent issues in social work.* 2023. №1(10). С.63–77

50. Столярик О., Семигіна Т. Повернутися з війни: психосоціальна підтримка ветеранів та членів їхніх сімей. *Social work and education*. 2023. Т.10. №1. С.63–77. URL: doi.org/10.25128/2520-6230.23.1.6 (дата звернення: 17.08.2025)

51. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Затв. наказом МОЗ України від 23.02.2016 №121. URL: dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ykpmd_ptsr.pdf (дата звернення: 10.01.2022)

52. Халява В. Політика соціального забезпечення учасників бойових дій у зарубіжних країнах. *Просторовий розвиток.* 2022. №2. С.238–245. DOI: 10.32347/2786-7269.2022.2.238-245

53. Царенко Л. та ін. Основи реабілітаційної психології. Подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 2. Київ. 2018. 240 с.

54. Шандрук О.Г. Система соціальної та психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні. Тернопіль: Західноукраїнський національний університет, 2024. URL: dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/53272/1/Шандрук%20О.Г.%20ПСзм-21.pdf (дата звернення: 26.03.2025)

55. Шаповалова О. Напрямки дослідження трудоправового механізму адаптації ветеранів війни до цивільного життя. *Приватне право і підприємництво.* 2024. №24(2). С.219–225

56. Facundo R. Veterans Helping Veterans: Reflections on 10 Years of Community Engagement. *Journal of General Internal Medicine*. 2022. №37(1). С.85–87. URL: doi.org/10.1007/s11606-021-06986-0 (дата звернення: 17.08.2025)

57. Forgey M.A., Green-Hurdle K. Military Social Work Around the Globe. Cham. *Springer Nature*. 2022. 350 с.

58. Jacob F., Karner S. War and Veterans: An Introduction. War and Veterans: Treatment and Reintegration of Soldiers in Post-War Societies. 2020. P.1–19. Verlag Ferdinand Schöningh. URL: doi.org/10.30965/9783657703333_002 (дата звернення: 17.08.2025)

59. Korolchuk O. Current issues of state regulation of psycho-social support in the conditions of war in Ukraine. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2023. T.18. №1. C.76–84

60. McLay R.N., Spira J.L., Wiederhold B., Wiederhold M. Using virtual reality exposure therapy to treat PTSD in combat veterans. *Cyberpsychology. Behavior and Social Networking.* 2018. Vol.21. №5. P.318–322

61. Mercier J.M., Hosseiny F. Peer support activities for veterans, serving members, and their families. Int J Environ Res Public Health. 2023. URL: pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9964749/pdf/ijerph-20-03628.pdf (дата звернення: 26.03.2025)

62. Piankivska L.V. Social Support of the Individual in War Conditions: Ukrainian and International Experience. *Psychology.* 2022. T.8. №2. C.76–84

63. Solomon Z. Combat stress reaction. The enduring toll of war. Tel Aviv. *Tel Aviv University Press.* 2020. 300 p.

64. Tsurkan-Saifulina Y.U. Social and psychological rehabilitation of war veterans. *Sci Bull Mukachevo State Univ Series Pedagogy Psychol*. 2022. №8. C.96–104. URL: doi.org/10.52534/msu-pp.8(3).2022.96-104 (дата звернення: 17.08.2025

ДОДАТКИ

Додаток А

Оцінка досвіду користування сервісами психосоціальної підтримки

Категорія	Кількісні дані	Опис ситуації	Основні проблеми	Позитивні фактори
Загальний досвід звернень	26 із 30 респондентів (86,7%)	Більшість мали хоча б одноразовий контакт зі структурами підтримки	Нестача стабільного фахівця, формалізм	Доступність базових послуг
Ефективність звернень	12 із 26 звернень оцінено позитивно або частково	Лише частина досвіду мала результативний ефект	Поверховість, низька індивідуалізація	Фронтовий досвід психологів у 4 випадках
Індивідуальний підхід	17 згадок про його нестачу	Найчастіше згадувана проблема в інтерв'ю	Уніфіковані методики, без урахування контексту	Групові формати з добровільною динамікою (5 випадків)
Компетентність фахівців	12 згадок про недостатній рівень	Скептичне ставлення до знань і навичок консультантів	Відсутність практичного досвіду, шаблонність реакцій	Довіра до фахівців із бойовим бекграундом
Безперервність контакту	9 випадків зміни фахівця або втрати тяглості	Часта зміна персоналу шкодила терапевтичному процесу	Неможливість побудови стабільних зв'язків	Там, де була сталість – рівень довіри зростав
Формалізація сервісу	7 осіб припинили звернення після 1–2 візитів	Враження механічного обслуговування	Емоційна відстороненість, байдужість	Вільна участь без примусу сприяла поверненню довіри
Юридична необізнаність	13 осіб не знали свого статусу та прав	Часті конфлікти через брак інформації про пільги й соціальні гарантії	Бюрократична складність, суперечливі відповіді	Потреба в чіткій правовій консультації без зайвих перепон

Додаток Б

Зв’язок рівня залучення до підтримки з індикаторами функціонування ветеранів

Показник	Висока залученість (9 осіб)	Середня залученість (12 осіб)	Низька залученість (9 осіб)	Різниця між крайніми групами
Психологічне самопочуття (WHOQOL-BREF)	68,3 балів	59,2 балів	48,7 балів	19,6 пунктів ($p < 0,01$)
Соціальні зв’язки (WHOQOL-BREF)	71,2 балів	62,3 балів	54,4 балів	16,8 пунктів
Фізичне функціонування	62,9 балів	58,6 балів	53,1 балів	9,8 пунктів
Соціальна адаптація (шкала Bell)	72,3 балів	64,5 балів	55,8 балів	16,5 пунктів
Професійна активність	6 працевлаштовані, 2 навчаються	5 працюють частково або тимчасово	1 має офіційну роботу, 2 – неофіційно	5 офіційних місць роботи
Мотиваційна структура	7 осіб мають цілі	5 формулюють загальні наміри	2 мають чіткі плани	5 осіб із визначеними цілями
Висновок	Стабільні показники, наближення до норми	Помірна функціональність	Ознаки дезадаптації	Чіткий вплив регулярної підтримки

Декларація

академічної доброчесності

здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ

Я, Вербицький Данило Ігорович, магістр 2 курсу магістратури, форма навчання денна, факультет соціології та управління, спеціальність «соціальна робота», освітньо-професійна програма «соціальна робота», адреса електронної пошти: danilverbitskiy10@gmail.com,

– підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота на тему «Психосоціальна підтримка у системі соціальної роботи з ветеранами війни» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомлений;

– заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;

– згоден на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

Дата_____ Підпис_____ ПІБ (студент) Вербицький Д.І.

Дата_____ Підпис_____ ПІБ (науковий керівник) Масюк О.П.