МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІОЛОГІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

КАФЕДРА ФІЛОСОФІЇ, ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Кваліфікаційна робота
магістра

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЦИВІЛЬНИМИ ЖЕРТВАМИ ВІЙНИ В УКРАЇНІ, ЯКІ МАЮТЬ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Виконав: магістр 2-го курсу,
гр. 8.2314-ср-дн
спеціальності 231 «Соціальна робота»
освітньо-професійної програми
«Соціальна робота»
Д. С. Штенгелов

Керівник: професор кафедри філософії,
публічного управління та соціальної роботи,
доцент, д.філос.н. Чайка І. Ю

Рецензент: доцент кафедри філософії,
публічного управління та соціальної роботи,
к.філос.н. Цапліна І.С.

2026 рік

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

Штенгелову Данилу Сергійовичу
(прізвище, ім'я, по-батькові)

1. Тема роботи Соціальна робота з цивільними жертвами війни в Україні, які мають посттравматичний стресовий розлад
керівник роботи Чайка Ірина Юріївна, 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 10 лютого 2026 року

3. Вихідні дані до роботи Карамушка Л.М., Карамушка Т.В. Емпіричне дослідження психічного здоров'я внутрішніх переселенців в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія.* 2022. №2(26). С.62–74; Мусцяца Н.Ю. Психоаналіз З. Фрейда як науковий підхід. *Південноукраїнські наукові студії* : матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. Одеса : Б.в., 2022; Синишина В. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників Антитерористичної операції. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки.* 2021. Вип.4. С.162–170

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)1. Проаналізувати процес становлення та розвитку системи соціальної роботи з цивільними жертвами війни в Україні. 2. Уточнити зміст і наукове тлумачення основних понять дослідження, зокрема таких як «посттравматичний стресовий розлад», «цивільна жертва війни», «соціальна підтримка», «соціальна реабілітація», та визначити їх значення для соціальної роботи з постраждалими особами. 3. Охарактеризувати методологічні підходи, принципи та методи дослідження соціальної роботи з цивільними жертвами війни, які мають посттравматичний стресовий розлад, з урахуванням міждисциплінарного характеру проблеми.4 Проаналізувати нормативно-правове та інституційне

забезпечення системи соціальної підтримки цивільних осіб, які зазнали наслідків війни та мають посттравматичний стресовий розлад, визначивши роль державних, громадських та міжнародних організацій.5. Дослідити соціально-психологічні умови ефективної адаптації ветеранів до мирного життя

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

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Чайка І.Ю., професор кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	06.06.2025	06.06.2025
Розділ 2	Чайка І.Ю., професор кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	11.08.2025	11.08.2025
Розділ 3	Чайка І.Ю., професор кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	15.10.2025	15.10.2025

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	Жовтень – листопад 2025	*виконано*
7.	Систематизація висновків	Грудень 2025 – січень 2026	*виконано*
8.	Нормоконтроль	Лютий 2026	*виконано*

Студент _____ Д.С. Штенгелов

Керівник роботи _____ І.Ю Чайка

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ І.С. Цапліна

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота складається з 83 сторінок, 72 позиції у списку літератури, 2 рисунки, 2 таблиці, 2 додатків.

СОЦІАЛЬНА РОБОТА, ВЕТЕРАНИ ВІЙНИ, РЕАБІЛІТАЦІЯ, РЕІНТЕГРАЦІЯ, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Мета дослідження: визначити особливості організації та здійснення соціальної роботи з цивільними жертвами війни, які мають ПТСР, та розробити практичні рекомендації щодо її вдосконалення

Об'єктом дослідження є система соціальної роботи з цивільними жертвами війни, які мають посттравматичний стресовий розлад.

Предметом дослідження є методи, організаційні підходи та практичні стратегії соціальної підтримки цивільних осіб із ПТСР.

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

Гіпотеза: ефективна соціальна робота з цивільними жертвами війни, які мають посттравматичний стресовий розлад, передбачає цілісне поєднання нормативно-правового регулювання, психологічної підтримки та індивідуалізованих організаційних підходів, здатних забезпечити реінтеграцію постраждалих у соціальне середовище та зменшити ризики їхньої соціальної ізоляції.

Висновки 1 Узагальнення результатів першого розділу свідчить, що посттравматичний стресовий розлад у цивільних жертв війни є комплексним соціально-психологічним явищем, яке зумовлює потребу в інтегративному підході та системній соціальній підтримці. 2. Теоретичний аналіз свідчить, що посттравматичний стресовий розлад у цивільних жертв війни має мультифакторну природу та проявляється накопиченою травматизацією, що зумовлює стійке порушення адаптації й функціонування в умовах хронічної гіпернастороженості.

SUMMARY

The qualification work consists of 83 pages, 72 references, 2 figures, 2 tables, 2 appendices.

SOCIAL WORK, WAR VETERANS, REHABILITATION, REINTEGRATION, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

The purpose of the study: to determine the features of the organization and implementation of social work with civilian victims of war with PTSD, and to develop practical recommendations for its improvement

The object of the study is the system of social work with civilian victims of war with post-traumatic stress disorder.

The subject of the study is methods, organizational approaches and practical strategies for social support of civilians with PTSD.

Research methods: analysis, synthesis, generalization, induction, specification, systematization, analogy, questionnaire, interview, document analysis, methods of mathematical statistics.

Hypothesis: effective social work with civilian victims of war who have post-traumatic stress disorder involves a holistic combination of regulatory and legal regulation, psychological support, and individualized organizational approaches that can ensure the reintegration of victims into the social environment and reduce the risks of their social isolation.

Conclusions 1 The generalization of the results of the first section shows that post-traumatic stress disorder in civilian victims of war is a complex socio-psychological phenomenon that requires an integrative approach and systemic social support. 2. Theoretical analysis shows that post-traumatic stress disorder in civilian victims of war has a multifactorial nature and is manifested by accumulated traumatization, which causes a persistent impairment of adaptation and functioning in conditions of chronic hypervigilance.

ЗМІСТ

ВСТУП 3
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЦИВІЛЬНИМИ ЖЕРТВАМИ ВІЙНИ, ЯКІ МАЮТЬ ПТСР 6
1.1. Наукова рефлексія проблеми посттравматичного стресового розладу у цивільних осіб 6
1.2. Головні поняття дослідження: «посттравматичний стресовий розлад», «цивільна жертва війни», «соціальна підтримка», «соціальна реабілітація» 12
1.3. Принципи та методи дослідження соціальної роботи з цивільними особами, які мають ПТСР 20
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЦИВІЛЬНИМИ ЖЕРТВАМИ ВІЙНИ, ЯКІ МАЮТЬ ПТСР 24
2.1. Особливості прояву та наслідки посттравматичного стресового розладу у цивільних жертв війни 24
2.2. Нормативно-правове забезпечення та організаційні засади соціальної підтримки осіб із ПТСР 32
2.3. Методи й технології соціальної роботи з цивільними особами, що зазнали воєнної психотравми 38
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЦИВІЛЬНИМИ ЖЕРТВАМИ ВІЙНИ, ЯКІ МАЮТЬ ПТСР 48
3.1. Аналіз емпіричного дослідження ефективності соціальної підтримки цивільних жертв війни з посттравматичним стресовим розладом 48
3.2. Рекомендації та стратегічні напрями вдосконалення соціальної роботи з цивільними особами, які мають ПТСР 59
ВИСНОВКИ 66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 70
ДОДАТКИ 78

ВСТУП

Актуальність дослідження. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у цивільних жертв війни є однією з найгостріших проблем сучасної України, оскільки повномасштабні воєнні дії спричинили масові психотравмуючі впливи на цивільне населення. За останні роки зафіксовано значне зростання кількості людей, які потребують комплексної психосоціальної підтримки для адаптації до нових умов життя. Наслідки ПТСР охоплюють широкий спектр проявів - від емоційної нестабільності й депресивних станів до соціальної дезадаптації, втрати працездатності та руйнування сімейних зв'язків. Соціальна робота в цьому контексті стає не лише допоміжним механізмом, а системним інструментом забезпечення базової стабільності суспільства. Потреба у виробленні ефективних моделей соціальної підтримки для цивільних жертв війни обумовлена як гуманітарними викликами, так і завданнями національної безпеки, адже реінтеграція постраждалих прямо впливає на соціальну згуртованість. Сучасна практика показує, що без належної соціальної підтримки цивільні особи з ПТСР опиняються в зоні ризику маргіналізації, що потребує втручання державних і громадських інституцій. Таким чином, вивчення особливостей соціальної роботи з цією категорією осіб є актуальним як у науковому, так і в практичному вимірах, оскільки воно спрямоване на пошук оптимальних шляхів поєднання правових, організаційних та психологічних ресурсів для забезпечення ефективної допомоги.

Теоретичне підґрунтя/Наукова рефлексія проблеми ПТСР у цивільних осіб відображена у працях українських та закордонних дослідників. Так, В. Вишньовський аналізує психологічну адаптацію вимушено переміщених осіб та жертв воєнних конфліктів, підкреслюючи значення системної соціальної підтримки. С. Гозак, О. Єлізарова, Т. Станкевич та співавтори досліджують адаптаційні процеси студентської молоді та копінг-стратегії українців під час війни, що демонструє широкий спектр психосоціальних реакцій на травматичний досвід. Л. Карамушка і Т. Карамушка у своїх роботах акцентують на емпіричних дослідженнях психічного здоров'я внутрішньо переміщених

осіб, розкриваючи значення комплексних підходів до реабілітації. В. Осьодло та Л. Будагьянц аналізують феномен бойової психічної травми, що дозволяє проводити паралелі з досвідом цивільних жертв війни. В. Панок у публікаціях розглядає психологічні дослідження в умовах війни, визначаючи їхній вплив на розробку сучасних програм підтримки. Зарубіжні праці, зокрема І. Андерсен, Б. Поудял розкривають особливості надання психосоціальної допомоги сім'ям зниклих безвісти у конфліктах, що формує компаративне підґрунтя для вітчизняних досліджень. Отже, сукупність наукових напрацювань дозволяє окреслити актуальні підходи до розуміння сутності ПТСР, специфіки соціальної роботи та значення мультидисциплінарної підтримки у сфері допомоги цивільним жертвам війни.

Об'єктом дослідження є система соціальної роботи з цивільними жертвами війни, які мають посттравматичний стресовий розлад.

Предметом дослідження є методи, організаційні підходи та практичні стратегії соціальної підтримки цивільних осіб із ПТСР.

Мета дослідження: визначити особливості організації та здійснення соціальної роботи з цивільними жертвами війни, які мають ПТСР, та розробити практичні рекомендації щодо її вдосконалення.

Завдання дослідження:

– проаналізувати наукову рефлексію проблеми посттравматичного стресового розладу у цивільних осіб;

– уточнити зміст понять «посттравматичний стресовий розлад», «цивільна жертва війни», «соціальна підтримка», «соціальна реабілітація»;

– визначити принципи та методи дослідження соціальної роботи з цивільними особами, які мають ПТСР;

– охарактеризувати особливості прояву та наслідки ПТСР у цивільних жертв війни;

– дослідити нормативно-правове забезпечення та організаційні засади соціальної підтримки осіб із ПТСР;

– проаналізувати методи й технології соціальної роботи з цивільними особами, що зазнали воєнної психотравми;

– здійснити аналіз емпіричного дослідження ефективності соціальної підтримки цивільних жертв війни з посттравматичним стресовим розладом;

– розробити рекомендації та запропонувати стратегічні напрями вдосконалення соціальної роботи з цивільними особами, які мають ПТСР Р..

Гіпотеза: ефективна соціальна робота з цивільними жертвами війни, які мають посттравматичний стресовий розлад, передбачає цілісне поєднання нормативно-правового регулювання, психологічної підтримки та індивідуалізованих організаційних підходів, здатних забезпечити реінтеграцію постраждалих у соціальне середовище та зменшити ризики їхньої соціальної ізоляції.

Структура роботи. Робота складається з трьох розділів, восьми параграфів, висновків і списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1
МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЦИВІЛЬНИМИ ЖЕРТВАМИ ВІЙНИ, ЯКІ МАЮТЬ ПТСР

1.1. Наукова рефлексія проблеми посттравматичного стресового розладу у цивільних осіб

Феномен посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у цивільних осіб на сьогодні розглядається як одна з найскладніших і водночас найдинамічніших проблем сучасної психології та психіатрії. Наукова рефлексія цього явища постійно змінюється під впливом соціальних катастроф, воєнних конфліктів і глобальних криз, які формують новий досвід колективної й індивідуальної травматизації. У перших працях другої половини XX століття переважав біомедичний підхід, у якому ПТСР тлумачився як специфічне захворювання з перевагою фізіологічних дисфункцій і зосередженням на нейровегетативних реакціях. Згодом у працях психоаналітичної орієнтації акцент було перенесено на неусвідомлені механізми витіснення травматичних переживань та символічні форми їхнього повернення у снах, фантазіях і поведінкових актах [20, с. 11].

На рубежі 1970–1980-х років під впливом масових спостережень за ветеранами В’єтнаму почала формуватися систематизована парадигма, що об’єднала соматичні, когнітивні й афективні чинники в єдиний діагностичний конструкт, який у 1980 році увійшов до DSM-III. Саме з цього часу ПТСР отримав офіційне визнання як окремий психопатологічний синдром, що виявляється у цивільних не меншою мірою, ніж у військових. Подальший розвиток наукових підходів розширив спектр інтерпретацій: когнітивно-біхевіоральна школа розглядала його як дисфункціональне навчання, де повторне відтворення травматичних образів є результатом порушених механізмів умовного закріплення; гуманістична психологія наголошувала на блокуванні процесів самореалізації та формуванні екзистенційних криз;

соціальна робота згодом увібрала у себе міждисциплінарні ідеї, акцентуючи на контекстуальних чинниках - втратах соціальних зв'язків, руйнуванні життєвих структур і необхідності реінтеграції особи у спільноту. Сучасний науковий дискурс визначається множинністю перспектив: від нейробіології, яка вивчає порушення гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі та нейропластичності, до соціології травми, яка описує трансформацію колективної пам'яті та культурні наративи травматичного досвіду. Усе це свідчить про те, що ПТСР у цивільних осіб не є суто медичною категорією, оскільки він являє собою комплексне соціально-психологічне явище, що змінює саму структуру повсякденності, впливаючи на професійну діяльність, міжособистісні стосунки й базові відчуття безпеки [2, с. 3].

У діагностичній площині питання ПТСР набуває ще більшої складності, адже визначення меж розладу безпосередньо впливає на тактику допомоги й дослідницькі орієнтири. У сучасних міжнародних класифікаціях існують відмінності, що формують різні парадигми клінічного мислення. DSM-5-TR пропонує чітку структуру симптомів, поділених на чотири кластери: повторні нав'язливі спогади й флешбеки, уникання нагадувальних стимулів, негативні зміни в когнітивній і емоційній сфері, а також гіперзбудливість і порушення сну. Для встановлення діагнозу необхідним є збереження цих проявів понад один місяць після травматичної події, що відмежовує ПТСР від гострого стресового розладу. У той же час МКХ-11 пропонує дещо іншу модель: вона розглядає ПТСР через три кластери - повторне переживання, уникання і підвищений рівень загрози, а для складних випадків виокремлює «комплексний ПТСР», що включає стійкі зміни у сфері саморегуляції, міжособистісних відносин і негативне уявлення про власне «Я». Таке розширення підкреслює відмінність між класичними формами й хронічними станами, де відбувається трансформація особистості як цілісної системи. Важливим є й часовий параметр: якщо DSM-5-TR більшою мірою зосереджений на точності критеріїв і формальних межах, то МКХ-11 демонструє тенденцію до включення соціального контексту та життєвої історії особи. Це створює простір для

міждисциплінарних інтерпретацій, адже соціальні працівники, психотерапевти й лікарі повинні враховувати не лише клінічні прояви, а й соціальні умови існування людини, її доступ до ресурсів та рівень підтримки. Зіставлення цих підходів виявляє потребу в інтегративних моделях, які здатні поєднувати об'єктивні діагностичні критерії з урахуванням унікального досвіду цивільних жертв війни. Таким чином, діагностика ПТСР виходить за межі формальних класифікацій і потребує чутливого розуміння культурних, історичних і соціальних факторів, що визначають спосіб переживання травми [9, с. 5].

Таблиця 1.1

Порівняння діагностичних моделей ПТСР у DSM-5-TR і МКХ-11

Критерій порівняння	DSM-5-TR	МКХ-11	Часовий критерій	Типологія ПТСР	Підхід до складних випадків
Кількість кластерів симптомів	Чотири кластери	Три кластери	Симптоми мають тривати понад один місяць	Стандартна форма ПТСР	Комплексний ПТСР із змінами в саморегуляції
Структура симптомів	Повторення, уникання, негативні зміни, гіперзбудження	Повторення, уникання, відчуття постійної загрози	DSM акцентує точність часу	Класичні симптоми травматичного досвіду	Стійкі міжособистісні й афективні деформації
Критерій діагностики	Наявність усіх чотирьох кластерів	Наявність трьох кластерів	Обидві системи відмежовують від гострого СТР	DSM - формальна відповідність симптомам	МКХ - розширення для хронічних і дезадаптивних форм
Комплексний ПТСР	Відсутній як окрема категорія	Визначено окремо, як складна форма розладу	Хронізація понад 3–6 місяців	Можливість трансформації особистості	Ураження самоконцепції, міжособистісних зв'язків
Фокус моделі	Структурний, клініко-симптомний	Контекстуальний, з урахуванням середовища	DSM - симптоми; МКХ - соціальний досвід	Модель діагностики «від симптомів до діагнозу»	Модель оцінки «від ситуації до адаптації»
Призначення в практиці	Придатна для клінічних досліджень і психіатричної верифікації	Застосовна в первинній допомозі, соціальних службах	Обидві моделі мають клінічну вагомість	DSM - для точних розмежувань	МКХ - для ширшого виявлення травматизованих осіб

Розгортання наукової дискусії довкола ПТСР у цивільних осіб також відображає ширші зміни в суспільстві, які стосуються ставлення до психічного здоров'я, нормалізації досвіду травми та створення ефективних систем підтримки. Впродовж останніх десятиліть відбулося суттєве розширення знань про механізми, через які травма впливає на мозок і поведінку. Нейропсихологічні дослідження показали, що у людей із ПТСР відзначається гіперактивність мигдалеподібного тіла, зниження об'єму гіпокампа та дисфункції префронтальної кори, що порушує баланс між емоційними реакціями й когнітивним контролем. Це підтверджує біологічну основу розладу, але водночас не заперечує важливості соціального виміру. Адже навіть за схожих нейробіологічних змін клінічна картина може значно відрізнятися залежно від того, чи має людина доступ до соціальної підтримки, стабільного житла й відновлення соціальних контактів. Соціальна робота тут виступає як ключовий інструмент реінтеграції, адже її методи дають змогу відновити базові почуття безпеки, створити мережу взаємодопомоги й сприяти включенню постраждалих у нормалізоване середовище. У цьому сенсі ПТСР постає не лише як психіатрична діагностика, а як соціальний виклик, що вимагає цілісного підходу до відновлення цивільного населення після війни [6, с. 62].

В сучасному науковому полі посттравматичний стресовий розлад у цивільних осіб розглядається крізь призму різних патогенетичних моделей, які намагаються пояснити його виникнення і перебіг у багатовимірній системі біологічних, психологічних та соціальних чинників. Біомедична перспектива акцентує увагу на змінах у роботі центральної нервової системи: дисрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі призводить до надмірної секреції кортизолу, а нейроімунні механізми формують підґрунтя для хронічної запальної відповіді, що відображається на соматичному здоров'ї. Нейровізуалізаційні дослідження доводять зниження об'єму гіпокампа, гіперактивність мигдалеподібного тіла та порушення у префронтальній корі, що відповідає за когнітивний контроль. У когнітивно-поведінкових моделях ПТСР

описується як дисфункція процесів навчання: повторне відтворення травматичних образів є результатом закріплення асоціацій між сигналами середовища та загрозою, тоді як уникання стає способом зниження тривоги, але водночас блокує адаптивне засвоєння нових патернів. Теорії емоційної обробки підкреслюють роль дисбалансу між глибинними емоційними реакціями і раціональним аналізом ситуації. Соціальні детермінанти розкривають додаткові виміри: втрата житла, розрив сімейних структур, вимушене переселення, маргіналізація у новому середовищі створюють ґрунт для тривалого існування симптоматики. Переживання війни цивільними особами супроводжується не лише безпосередньою загрозою життю, а й руйнуванням звичних моделей соціальної взаємодії, що ускладнює формування компенсаторних механізмів.

Біопсихосоціальна модель, яка сьогодні вважається провідною, поєднує усі ці складові, пояснюючи розлад як результат взаємодії нейробіологічних змін, когнітивних процесів і середовищних детермінант. У соціальній роботі така модель надає інструмент для комплексного аналізу стану цивільних жертв війни: оцінюється не лише клінічний профіль, а й життєві умови, наявність ресурсів підтримки та можливості відновлення. Це забезпечує багаторівневу допомогу, яка поєднує психотерапевтичні методи з відновленням базових соціальних функцій, включно з житлом, працевлаштуванням та інтеграцією в громаду. Таким чином, патогенетичні пояснення ПТСР не існують у вакуумі - вони створюють підґрунтя для практичних стратегій, які використовують соціальні працівники й психотерапевти у роботі з постраждалими цивільними [17, с. 16].

Траєкторії перебігу ПТСР у цивільних осіб демонструють різноманітність варіантів розвитку, що залежить від часу, інтенсивності та контексту травматичного досвіду. Класичний гострий перебіг проявляється протягом перших тижнів після події, коли симптоми інтенсивні, але мають шанс на стихання за умов належної підтримки. Відстрочений варіант характеризується появою симптомів через місяці чи навіть роки, що часто пов’язане з повторними тригерами або вторинними травмами. Хронічний перебіг

формується тоді, коли симптоматика зберігається роками, ускладнюючи соціальне функціонування, і супроводжується коморбідними станами - депресією, залежностями, психосоматичними порушеннями. Ремісійний варіант відображає хвилеподібний характер із періодами відносного благополуччя, які змінюються рецидивами під впливом нових стресових подій. Прогностичні маркери перебігу включають інтенсивність первинної реакції на травму, наявність соціальної підтримки, попередні психічні розлади та індивідуальні когнітивні схеми. У жінок спостерігається підвищена частота хронічного варіанта, що частково пояснюється гормональними факторами та гендерними відмінностями у соціальному навантаженні [19, с. 12].

У дітей та підлітків розлад може проявлятися у специфічних формах - регресивній поведінці, соматичних симптомах, відмові від спілкування, що вимагає інших підходів до діагностики й допомоги. Люди похилого віку мають схильність до затяжних форм через зниження пластичності нервової системи й обмежений доступ до ресурсів відновлення. Усе це демонструє, що перебіг ПТСР у цивільних не можна описати універсальною схемою: він завжди має індивідуальний характер, але науковий аналіз дозволяє виділити типові траєкторії для кращого прогнозування та планування соціальної роботи. Цивільні жертви війни становлять особливу категорію, у якій перебіг розладу формується на тлі втрати звичного середовища, економічної нестабільності та руйнації культурної тяглості. Це визначає необхідність довготривалих програм підтримки, що враховують не лише клінічні симптоми, а й соціальні траєкторії життя. Таким чином, наукова рефлексія проблеми ПТСР у цивільних осіб окреслює його як багаторівневий феномен, у якому поєднуються патогенетичні механізми та соціальні детермінанти, а також різні варіанти перебігу, що потребують комплексної відповіді науки і практики.

1.2. Головні поняття дослідження: «посттравматичний стресовий розлад», «цивільна жертва війни», «соціальна підтримка», «соціальна реабілітація»

Посттравматичний стресовий розлад у сучасній науці визначається не лише як медико-психологічний синдром, але й як концепт, що потребує чіткої операціоналізації для досліджень у сфері соціальної роботи. Його наукове осмислення передбачає структурування ознак на рівні симптомних кластерів, які дають змогу створювати інструменти для діагностики, прогнозування та практичної інтервенції. Вихідною точкою є визнання травматичної події як пускового механізму, що перевищує можливості індивідуальних механізмів адаптації. Операціоналізація цього поняття ґрунтується на виведенні вимірюваних параметрів. До першого кластеру відносять нав'язливі феномени: повторювані спогади, флешбеки, нічні кошмари, які супроводжуються відчуттям відновлення первинної травми. Другий кластер об'єднує уникання: свідоме і несвідоме відсторонення від думок, місць, людей чи ситуацій, пов'язаних із травмою. Третій охоплює негативні когнітивні та емоційні зміни: стійкі переконання про власну неспроможність, почуття відчуження від інших, постійна емоційна пригніченість [7, с. 10].

Четвертий кластер відображає фізіологічну гіперзбудливість: підвищену пильність, розлади сну, підвищену реактивність на незначні стимули. У класифікаційних системах додатково уточнюються часові критерії: симптоми мають зберігатися понад один місяць після події, аби стан кваліфікувався як ПТСР. Для соціальної роботи важливим є ще один вимір - показники порушення життєдіяльності. Йдеться не тільки про психологічний дискомфорт, а й про відчутні втрати функціонування: неможливість підтримувати роботу, навчання, сімейні стосунки, інтеграцію в спільноту. Саме ці параметри стають базою для оцінювання уразливості цивільних жертв війни, адже вони показують, наскільки розлад змінює здатність особи реалізовувати базові соціальні й побутові ролі. Операціоналізація поняття у такий спосіб перетворює ПТСР із загального клінічного визначення на комплексний конструкт,

придатний для емпіричних досліджень та практичних програм соціальної допомоги.

Визначення ПТСР через операціоналізовані симптоми дозволяє створювати валідні шкали й опитувальники, що вимірюють рівень ураження цивільних осіб у післявоєнному середовищі. Це дає змогу перетворити суб'єктивні переживання на показники, які можуть бути порівнювані та статистично аналізовані. Такий підхід відкриває можливості для вивчення поширеності ПТСР серед різних груп населення, від переселенців і біженців до людей, що залишилися на територіях активних бойових дій. Крім того, операціоналізація створює основу для дослідження соціальних детермінант, які модифікують перебіг симптомів: доступ до житла, наявність роботи, соціальні мережі підтримки, гендерні та вікові особливості. Симптомні кластери, відображені у стандартизованих інструментах, стають не лише діагностичними, а й прогностичними маркерами. Наприклад, переважання уникаючої поведінки часто вказує на високий ризик хронізації, тоді як інтенсивність нав'язливих спогадів на ранньому етапі може бути передбаченням відстроченого перебігу. Для соціальної роботи важливим є відстеження саме цих маркерів, адже вони визначають стратегії втручання: когось необхідно скерувати до інтенсивної психотерапії, а для інших достатньою буде підтримка й відновлення базових життєвих ресурсів. Водночас операціоналізація поняття ПТСР включає врахування культурного виміру: одні й ті ж симптоми можуть мати різне значення у різних соціокультурних контекстах. У спільнотах, де відкритий прояв емоцій стигматизується, симптоми уникають вербалізації, а у формах проявляється соматизація - біль у тілі, серцево-судинні скарги. Це означає, що вимірювальні інструменти повинні бути адаптовані, аби враховувати місцеві форми вираження травматичного досвіду. Усе це робить операціоналізацію не механічною процедурою, а складним процесом трансформації клінічного знання у практичний інструмент соціального дослідження [3, с. 37].

Окреслення ПТСР як операціоналізованого конструкта має також значення для визначення меж із суміжними розладами. Без цього неможливо

створити надійні системи допомоги цивільним жертвам війни. Гострий стресовий розлад, який проявляється у перші тижні після травми, часто має схожу симптоматику, але у більшості випадків зникає спонтанно. Якщо відсутня чітка операціоналізація, можна помилково ототожнити його із ПТСР, що призведе до неправильного планування інтервенцій. Те саме стосується розладів адаптації, де симптоми менш інтенсивні, але також пов’язані з травматичними подіями. Операціоналізоване визначення дозволяє відмежувати ці стани завдяки часовим критеріям і вимірам порушення життєдіяльності. Це критично для соціальної роботи, адже ресурси допомоги часто обмежені, і необхідно виокремити тих, хто потребує довготривалої підтримки. У практичному сенсі це означає, що соціальні працівники, використовуючи стандартизовані інструменти, можуть ідентифікувати групи з найвищим ризиком втрати функціонування й забезпечити для них цілеспрямовані програми.

Цивільна жертва війни є категорією, що потребує надзвичайної точності у визначенні, адже від цього залежить якість подальших досліджень, спрямованих на розробку програм соціальної допомоги та психосоціальної підтримки. У науковій літературі ця категорія формується на перетині правових норм, соціологічних класифікацій і практики гуманітарних організацій. За правовими ознаками цивільною жертвою визнається особа, яка постраждала внаслідок воєнних дій, але не брала безпосередньої участі у збройному конфлікті. Це включає людей, що зазнали поранень, втратили членів сім’ї, були вимушено переміщені або втратили житло й засоби до існування. Соціальний вимір уточнює межі категорії, вводячи додаткові критерії, такі як руйнування соціальних мереж, втрата професійної діяльності, зміна статусу у громаді. Особливої уваги потребує розмежування між внутрішньо переміщеними особами, біженцями й тими, хто залишився на територіях бойових дій, адже пережиті події формують різні профілі травматичного досвіду. Для прикладу, особи, що пережили безпосередні обстріли чи окупацію, мають більш інтенсивний симптомний спектр ПТСР, тоді як переміщені стикаються з

додатковими труднощами адаптації у нових громадах, які іноді стають не менш травматичними. У соціальних дослідженнях визначення меж категорії необхідне для відбору респондентів, аби вибірка відображала реальне різноманіття досвіду цивільних жертв. Водночас існує небезпека розмитості терміна, коли до нього включають усіх мешканців зон конфлікту без диференціації за типами травматизації. Це знижує аналітичну цінність досліджень, адже стирає відмінності між людьми з різними формами втрат і переживань. Коректне визначення дозволяє не лише забезпечити валідність дослідження, а й підготувати ґрунт для розробки адресних програм соціальної підтримки, що враховують специфіку травматичного досвіду кожної групи [21, с. 4].

У контексті соціальної роботи з цивільними жертвами війни концепт соціальної підтримки набуває центрального значення, оскільки саме через її форми і структури реалізується допомога постраждалим у подоланні наслідків травми. Наукові дослідження розрізняють кілька основних вимірів цієї підтримки: інституційну, громадську та сімейну. Інституційна підтримка охоплює державні програми, діяльність міжнародних гуманітарних організацій, локальні ініціативи органів самоврядування. Вона передбачає надання матеріальних ресурсів, медичних і психологічних послуг, юридичної допомоги, а також створення умов для інтеграції переміщених осіб у нові громади. Громадська підтримка формується через мережі солідарності, волонтерські об’єднання, неформальні ініціативи, які часто працюють швидше і ближче до потреб людей, ніж офіційні інституції. Сімейна підтримка – це найінтимніший рівень, що включає емоційну близькість, відчуття приналежності та щоденну взаємодопомогу, яка здатна пом’якшувати прояви ПТСР і сприяти відновленню відчуття безпеки. У кожному з цих рівнів можна виокремити три основні складові: емоційну, інформаційну та матеріальну. Емоційна складова виражається у співчутті, слуханні, визнанні пережитого досвіду; інформаційна - у наданні знань про доступні ресурси, методи адаптації, можливості лікування чи навчання; матеріальна - у забезпеченні базових потреб, від житла й

харчування до роботи й фінансової допомоги. У соціальних дослідженнях операціоналізація цих складових дає змогу вимірювати рівень підтримки, співвідносити його з перебігом ПТСР і будувати моделі прогнозування ефективності інтервенцій. Аналіз форм і структур підтримки показує, що їхня взаємодія має синергійний характер: там, де поєднуються інституційні ресурси, громадська активність і сімейна близькість, спостерігається краща динаміка відновлення. Водночас відсутність хоча б одного елементу знижує загальну ефективність, що особливо помітно у випадках, коли люди залишаються без сімейних зв'язків або потрапляють у середовище з низьким рівнем громадської солідарності. Саме тому у науковій рефлексії соціальна підтримка розглядається як багатовимірна система, здатна модифікувати перебіг ПТСР у цивільних жертв війни.

Соціальна підтримка також має часовий вимір, адже її вплив змінюється залежно від етапу переживання травматичного досвіду. У перші тижні після події вирішальне значення має матеріальна складова: надання безпеки, житла, харчування, медичної допомоги. На цьому етапі навіть найпотужніша емоційна чи інформаційна підтримка не може компенсувати базові втрати. У середньостроковій перспективі на перший план виходить емоційна й інформаційна підтримка, коли людина починає рефлексувати пережите і потребує розуміння, співучасті та знання про способи відновлення. Довготривала підтримка, що розтягується на роки, передбачає баланс усіх складових: від стабільної матеріальної бази до постійного емоційного контакту і доступу до ресурсів розвитку. Для цивільних жертв війни цей часовий вимір особливо значущий, оскільки від нього залежить, чи трансформується ПТСР у хронічну форму, чи можлива ремісія і часткове відновлення. Соціальні дослідження показують, що системи, які не враховують часову динаміку, мають нижчу ефективність: одномоментні акції допомоги часто не забезпечують довготривалого результату, тоді як стабільні програми супроводу дозволяють формувати нові життєві стратегії. Інший вимір соціальної підтримки пов'язаний із рівнем суб'єктивного сприйняття: двоє людей, які отримують

однаковий обсяг допомоги, можуть оцінювати його по-різному залежно від власних очікувань, культурних моделей і попереднього досвіду. Це вимагає у соціальній роботі використання не лише об'єктивних індикаторів наданої допомоги, а й опитувальників задоволеності підтримкою, що дозволяють побачити реальний ефект для конкретної людини. Операціоналізація соціальної підтримки через її структури, форми й часові виміри створює комплексну картину, у якій видно, які саме фактори найбільше впливають на перебіг ПТСР у цивільних жертв війни.

Соціальна реабілітація цивільних жертв війни, які мають посттравматичний стресовий розлад, постає як комплексний процес, що об'єднує завдання відновлення психічних функцій, інтеграції у соціальне середовище та формування нових життєвих стратегій. Вона виходить за межі вузько медичного підходу й охоплює широкий спектр напрямів, які забезпечують відновлення життєвої активності. Її цілі можна умовно розділити на дві групи: відновні та реінтеграційні. Відновні цілі спрямовані на стабілізацію психоемоційного стану, розвиток навичок саморегуляції, відновлення базових відчуттів безпеки й упевненості у повсякденності. Реінтеграційні передбачають повернення людини до активного соціального життя, відновлення професійної діяльності, формування нових соціальних зв'язків і розширення можливостей самореалізації. У структурі соціальної роботи ці цілі втілюються через кілька ключових компонентів. Психоедукація відіграє провідну роль, адже вона формує розуміння сутності ПТСР, механізмів його прояву та шляхів подолання. Особи отримують знання про природу своїх симптомів, що знижує рівень тривоги та відчуття неконтрольованості. Кейс-менеджмент є організаційним інструментом, який дозволяє координувати всі напрями допомоги: від психологічних консультацій до юридичної підтримки. Він забезпечує індивідуалізований підхід, урахування унікальної життєвої ситуації й оптимізацію ресурсів. Працевлаштування та навчання виступають як компоненти, що відновлюють економічну самостійність і соціальну включеність. Втрата роботи під час війни є не лише економічним, а й глибоко

психологічним ударом, що посилює симптоми ПТСР. Тому повернення до професійної діяльності стає важливим фактором стабілізації. У навчальних програмах особливу увагу приділяють розвитку нових компетентностей, які відповідають зміненим умовам життя, що дозволяє людині відчути контроль над майбутнім [5, с. 65].

Компоненти соціальної реабілітації мають багатовимірний характер, адже кожен із них охоплює як індивідуальний, так і груповий рівень. Психоедукація реалізується не лише через індивідуальні заняття, а й через групові програми, де люди отримують досвід взаємної підтримки та усвідомлення, що їхні переживання не є унікальними. Це сприяє зниженню почуття ізоляції, яке часто супроводжує цивільних із ПТСР. Кейс-менеджмент втілюється у практиці мультидисциплінарних команд, де соціальний працівник координує дії психотерапевтів, лікарів, юристів, освітніх консультантів, створюючи інтегровану систему допомоги. Працевлаштування передбачає не лише надання роботи, а й розвиток програм підтриманого зайняття, коли людина отримує супровід на робочому місці, адаптацію графіку й умов, що знижує ризик повторного травматичного загострення. Навчання у свою чергу включає професійну перекваліфікацію, курси особистісного розвитку, тренінги з управління стресом. Цей компонент має не лише утилітарне значення, а й відновлює відчуття цінності людини для суспільства, що є ключовим у процесі соціальної інтеграції. Важливо, що всі ці напрями мають функціонувати у єдиній системі, бо лише синергія забезпечує відчутний ефект. Якщо психоедукація не супроводжується економічним відновленням, людина ризикує залишитися в пастці знань без практичних ресурсів; якщо працевлаштування не підкріплене психологічною підтримкою, є небезпека професійного вигорання або зриву. Саме тому соціальна реабілітація розглядається як цілісний процес, де кожен елемент взаємопов’язаний із іншими.

Для оцінки результативності соціальної реабілітації необхідні чітко визначені індикатори, які відображають як психологічний, так і соціальний вимір. У психологічному аспекті такими показниками виступають зменшення

частоти флешбеків, покращення якості сну, зниження рівня тривожності, здатність до емоційної регуляції. У соціальному вимірі важливими індикаторами є відновлення здатності працювати, повернення до навчання, відновлення сімейних зв'язків і соціальних контактів. Додатково вимірюють суб'єктивний рівень задоволеності життям, відчуття безпеки, перспективи майбутнього. Для соціальної роботи такі індикатори є не лише маркерами успіху, а й орієнтирами для корекції програм. Якщо спостерігається прогрес у психологічному вимірі, але відсутні зміни у соціальному, необхідно посилювати напрям працевлаштування чи навчання. Якщо ж навпаки людина повернулася до роботи, але зберігаються виражені симптоми ПТСР, акцент зміщується у бік психоедукації й терапії. Важливим індикатором ефективності є також рівень автономності: наскільки людина здатна самостійно приймати рішення, організовувати власне життя без постійної підтримки. Цей показник вважається інтегральним, бо він відображає не лише зовнішні зміни, а й внутрішню трансформацію особистості [22, с. 93].

Розглядаючи соціальну реабілітацію як наукову категорію, слід підкреслити її відмінність від медичної реабілітації, адже вона не зводиться лише до усунення симптомів. Її цільовий орієнтир полягає у відновленні соціального функціонування та формуванні нових моделей життя. Для цивільних жертв війни з ПТСР це означає створення умов, у яких вони можуть відновити не лише внутрішню рівновагу, а й соціальний статус, професійну ідентичність, відчуття приналежності до громади. Це процес, у якому людина поступово переходить від позиції пасивного отримувача допомоги до активного учасника соціальних відносин. Саме тому у науковій рефлексії соціальна реабілітація трактується як динамічний і тривалий процес, що потребує постійної адаптації програм до змінних умов та індивідуальних потреб. Вона є не лише методом допомоги, а й системним інструментом соціальної політики, який здатний трансформувати травматичний досвід у ресурс для відновлення суспільства. Для соціальної роботи з цивільними жертвами війни цей процес виступає основою побудови стратегії підтримки, яка дозволяє поєднати

індивідуальні зусилля, інституційні ресурси і громадські ініціативи в єдину систему. Таким чином, соціальна реабілітація визначається не тільки як набір заходів, а як науково обґрунтований конструкт, що інтегрує психоедукацію, кейс-менеджмент, працевлаштування і навчання з чіткими результативними індикаторами, які дозволяють вимірювати реальні зміни у житті постраждалих і коригувати програми для досягнення сталого ефекту.

1.3 Принципи і методи дослідження розвитку системи недержавних некомерційних організацій в Україні як фактора становлення громадянського суспільства

В своєму дослідженні автор виділив наступні основоположні наукові принципи.

1. Принцип системності. Системність – пояснювальний принцип наукового пізнання, що вимагає досліджувати явища в їх залежності від внутрішньо пов’язаного цілого, яке вони утворюють, набуваючи завдяки цьому нові властивості. У даному дослідженні система соціальної роботи (психосоціальної підтримки) з особами, які постраждали внаслідок війни та мають посттравматичний стресовий розлад, розглядається як елемент ширшої системи соціальної політики й післявоєнного відновлення. Це дозволяє аналізувати не окремі заходи чи послуги, а їх взаємозв’язок із діяльністю державних органів, місцевих громад, громадських організацій, волонтерських ініціатив, а також із ресурсами самого клієнта й його оточення.

2. Принцип детермінізму**.** Детермінізм – один з головних пояснювальних принципів наукового пізнання, що вимагає тлумачити феномени, які вивчаються, виходячи із закономірної взаємодії доступних емпіричному контролю чинників. У контексті дослідження це означає, що соціальна робота з постраждалими від війни особами з ПТСР розглядається у зв’язку з причинами травми (воєнні події, втрата близьких, вимушене переселення), соціальними умовами життя (житло, робота, підтримка громади) та наслідками для психічного стану і соціальної адаптації.

3. Принцип розвитку**.** Цей пояснювальний принцип внутрішньо пов’язаний з іншими регулятивами наукового пізнання – детермінізмом і системністю. Він припускає розгляд того, як явища змінюються в процесі розвитку під дією певних причин, і разом з тим включає постулат про обумовленість перетворення цих явищ їх включеністю у цілісну систему. У даному дослідженні соціальна робота з цивільними жертвами війни розглядається динамічно: від перших, фрагментарних форм допомоги – до більш цілісних програм психосоціальної підтримки, що формуються в умовах тривалої війни.

4. Принцип історизму**.** Принцип історизму передбачає розгляд предметів у їхньому розвитку, зміні й саморусі. Історичний підхід до досліджуваного предмета вимагає аналізу основних етапів становлення системи соціальної роботи з постраждалими від війни, розвитку нормативно-правової бази, зміни суспільного ставлення до осіб з ПТСР та ролі державних і недержавних інституцій у цьому процесі. Він дозволяє побачити, як історичні умови й соціальні трансформації впливають на зміст і форми психосоціальної підтримки.

Окремо в дослідженні враховується принцип гуманізму, який орієнтує на повагу до гідності кожної людини, що пережила воєнну травму, визнання її прав та потреб, недопущення стигматизації осіб із психотравматичним досвідом, а також залучення їх як активних суб’єктів у процесі відновлення.

В процесі роботи автор скористався наступними методами наукового дослідження.

Аналіз – розчленування предмета пізнання, абстрагування його окремих сторін. У даному дослідженні аналіз застосовувався для вивчення наукової літератури щодо посттравматичного стресового розладу, соціальної роботи, психосоціальної підтримки, а також для опрацювання нормативно-правових актів, державних програм, відомчих інструкцій та звітів соціальних служб і громадських організацій. Аналіз дозволив виділити основні підходи, поняття,

моделі та проблемні зони у сфері допомоги постраждалим від війни особам з ПТСР.

Синтез – поєднання абстрагованих сторін предмета й відображення його як конкретної цілісності; метод вивчення об’єкта у його цілісності, у єдиному і взаємному зв’язку його частин. У процесі дослідження синтез був пов’язаний з аналізом і дозволив об’єднати результати теоретичних узагальнень, дані про практику соціальної роботи та емпіричні спостереження в цілісну модель організації психосоціальної підтримки цивільних жертв війни (або ветеранів) з ПТСР.

Системний метод – напрямок методології наукового дослідження, в основі якого лежить розгляд складного об’єкта як цілісної множини елементів у сукупності відносин і зв’язків між ними. У даному дослідженні соціальна робота з особами, які мають ПТСР, розглядається як важливий елемент цілісної системи післявоєнного відновлення, де взаємодіють державні структури, громади, недержавні організації, фахівці різних профілів і самі отримувачі допомоги.

Також у дослідженні використано історичний метод, який передбачає вивчення історії становлення соціальної роботи в Україні, розвитку підходів до психосоціальної підтримки постраждалого населення, а також аналіз змін у розумінні ПТСР у цивільних осіб. Це дозволило виявити основні тенденції та суперечності у розвитку системи підтримки.

Отже, в процесі дослідження автор використовував аналіз, синтез, системний і історичний методи, й дотримувався принципів системності, розвитку, детермінізму, історизму та гуманізму, що забезпечило комплексний, науково обґрунтований підхід до вивчення соціальної роботи з особами, які постраждали внаслідок війни і мають посттравматичний стресовий розлад.

Узагальнення результатів першого розділу дає змогу стверджувати, що посттравматичний стресовий розлад у цивільних осіб розглядається не як суто медичний діагноз, а як комплексне соціально-психологічне явище, що змінює саму структуру повсякденності, і впливає на всі рівні соціального

функціонування. Аналіз діагностичних систем продемонстрував, що МКХ-11 орієнтована на оцінку від ситуації до адаптації, тоді як DSM-5-TR репрезентує модель діагностики від симптомів до діагнозу, що потребує інтегративного підходу в дослідженні ПТСР у цивільних жертв війни. У понятійній площині посттравматичний розлад структурується через чотири кластери симптомів – повторювані спогади, уникання, негативні зміни, гіперзбудливість, які, доповнені параметрами «порушення життєдіяльності», дозволяють операціоналізувати ПТСР у термінах соціальної роботи. Поняття «цивільна жертва війни» набуває значущості як маркер складного соціального становища з втратою житла, праці, спільноти. Усе це сформувало засадничу основу для подальшого аналізу практики соціальної підтримки цивільних осіб, які пережили травматичні події війни.

РОЗДІЛ 2.
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЦИВІЛЬНИМИ ЖЕРТВАМИ ВІЙНИ, ЯКІ МАЮТЬ ПТСР

2.1. Особливості прояву та наслідки посттравматичного стресового розладу у цивільних жертв війни

Пережитий досвід війни залишає по собі не лише матеріальні руйнування, а й глибокі зміни в психічному просторі особистості цивільних, які опинилися в епіцентрі бойових дій, втратили житло, родичів, відчули загрозу смерті або були свідками жорстокості. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у цьому середовищі набуває форми полікомпонентного психоемоційного стану, де клінічна картина формується під дією факторів хронічного стресу, тривалої невизначеності, втрати опори в соціумі, порушення базових уявлень про безпеку [35, с. 29].

На відміну від класичних випадків ПТСР, що виникають унаслідок разових травматичних подій, у цивільних жертв війни ми спостерігаємо феномен накопиченої травматизації: множинні епізоди загрози життю, тривалий досвід евакуації, депривація сну, нестача ресурсів і постійний фон тривоги накладаються один на одного, створюючи умовно безперервну дію тригерних факторів. Центральним елементом у структурі симптоматики виявляється порушення афективної регуляції, що проявляється у вигляді вибухових реакцій, емоційного оніміння або навпаки, гіперреактивності на незначні подразники. Образи насильства чи втрати надовго закарбовуються у когнітивній сфері у вигляді флешбеків, що виникають мимоволі, без здатності до довільного контролю. Часто ці стани супроводжуються соматоформними реакціями, а саме тахікардією, гіпергідрозом, нападами паніки або відчуттям задушення. У багатьох осіб проявляються дисоціативні епізоди з відчуттям відчуженості від реальності, порушенням сприйняття часу, простору й себе. Окрім цього, з’являється і стійке порушення сну, що не лише поглиблює втомленість, а й підсилює тривожно-депресивні компоненти. Все це формує

умовну зону порушеної адаптації, у якій людина постійно функціонує в режимі гіпернастороженості, не здатна розслабитись або відновити базовий рівень внутрішньої стабільності.

У таких осіб змінюється сам спосіб функціонування психіки, оскільки звичні когнітивні схеми, які раніше забезпечували ефективне сприйняття реальності, більше не дають змоги інтегрувати новий досвід. Усе, що пов’язано з війною, отримує статус травматичної мітки, що перешкоджає формуванню логічного зв’язку між подіями. Людина сприймає себе не як суб’єкта подій, а як об’єкт безпорадного впливу, що супроводжується відчуттям втрати контролю над життям. У таких випадках часто виникає дисперсія ідентичності – зниження цілісності «Я», коли особистість не може дати відповідь на запитання «Хто я тепер?». Підтримуючими чинниками виступають повторювані образи загрози, які формують гіпотетичну готовність до небезпеки навіть за відсутності реальної загрози. Психіка закріплюється в режимі очікування наступного удару, тому навіть нейтральні стимули (звук сирени, вибух петарди, скупчення людей) можуть запускати ланцюг автоматичних реакцій з високим рівнем вегетативної активації. Це значно ускладнює соціальне функціонування, оскільки система оцінки безпеки більше не ґрунтується на реальних обставинах, а на сформованих патернах тривожного реагування. Люди втрачають здатність до довіри, як до інституцій, так і до близьких осіб, що спричиняє поступове розмивання соціальної підтримки. У результаті формується ізоляційна поведінка з відмовою від участі в громадському житті, униканням будь-яких контактів, що асоціюються з потенційною небезпекою, та домінуванням прагнення до самозбереження шляхом відмови від взаємодії [41, с. 27].

Посттравматичний досвід також чинить системний вплив на міжособистісну динаміку. У родинах, де один або кілька членів мають ПТСР, змінюється комунікативна структура: зменшується рівень емоційної відкритості, з’являються повторювані конфлікти, що виникають на тлі гіперчутливості до критики, зниження толерантності до фрустрацій і

постійного очікування загрози. Участь у війні або її безпосереднє переживання у цивільному вимірі переформатовує акценти в стосунках: партнери можуть віддалятись один від одного, уникати складних розмов, а діти, спостерігаючи за емоційно нестабільними батьками, засвоюють дисфункціональні моделі реагування. Нерідко спостерігається феномен емоційного зникнення, коли людина фізично присутня, але емоційно недоступна, що особливо деструктивно впливає на близькі стосунки. Зворотним боком цього є виникнення гіперпротекційних моделей у стосунках, коли один з партнерів бере на себе роль опікуна, що також порушує баланс у системі взаємної підтримки. Дисфункція в побудові безпечних прив'язаностей у поствоєнному контексті є типовим феноменом, оскільки тривожна прив'язаність загострюється, а уникаюча форма проявляється у вигляді емоційного відсторонення, спроби не допустити надмірного зближення. Цивільні, які втратили домівку або пережили окупацію, часто демонструють підвищену залежність від обмеженого кола осіб, водночас не здатні формувати нові соціальні зв'язки через порушення базового рівня довіри. Відсутність чіткого уявлення про майбутнє, посилене досвідом втрати й розчарування, формує модель міжособистісної комунікації, в якій домінує стратегія уникання, приховування власних переживань, що ще більше ускладнює процес реінтеграції [26, с. 48].

На рівні суспільної адаптації прояви посттравматичного розладу у цивільних мають тенденцію до формування своєрідних спільнот психологічно травмованих осіб, які мимоволі прагнуть взаємної присутності, оскільки лише в межах подібного досвіду можлива умовна емпатія. Однак такі групи не завжди є підтримувальними: часто вони стають середовищем, у якому ретравматизація набуває латентної форми через безкінечні обговорення пережитого, взаємне стимулювання емоційного болю, посилення песимістичних установок. Це особливо помітно в умовах тимчасового переміщення, де соціальна структура втрачена, а нове середовище не забезпечує умов для якісної інтеграції. Людина з досвідом ПТСР у таких випадках не просто уникає нових контактів – вона починає сприймати світ як джерело потенційної загрози, відкидаючи будь-які

зовнішні соціальні пропозиції. Продуктивна взаємодія із соціальним простором стає неможливою через спотворене сприйняття власної цінності, де основною установкою є переконання у власній маргіналізації. Суспільна стигматизація ПТСР лише поглиблює це сприйняття, змушуючи людину ховати свої симптоми, уникати звернення по допомогу, а отже, консервувати патологічні процеси на невизначений термін. Таке замкнене коло посилюється ще й тим, що у поствоєнному соціумі часто бракує психоедукаційних ресурсів для пояснення природи ПТСР, а отже, відсутня база для його суспільної легітимізації. Усе це формує ґрунт для хроніфікації розладу, який починає виступати не як наслідок, а як стійкий психічний фон функціонування.

У когнітивному вимірі ПТСР у цивільного населення характеризується зміною базових уявлень про себе, інших і світ загалом. Людина, яка зазнала травми війни, починає переоцінювати ключові параметри реальності: втрачає відчуття причинно-наслідкових зв’язків, перестає довіряти власній інтуїції, формує уявлення про світ як непередбачуване, ворожо налаштоване середовище. Цей зсув у системі переконань призводить до зниження когнітивної гнучкості, і людині стає важко адаптуватися до нових умов, змінювати поведінкові стратегії, ухвалювати рішення в умовах невизначеності. Частими є випадки ригідності мислення, коли будь-яка зміна сприймається як загроза, що унеможливлює процеси реабілітації. Крім того, спостерігається зниження рівня концентрації, труднощі з утриманням уваги, фрагментація мислення, що особливо ускладнює повернення до професійної діяльності або навчання. Усі ці зміни формують кумулятивний ефект: чим довше людина перебуває в стані ПТСР, тим більше змінюється структура її пізнавальних функцій, аж до формування стійких порушень, які можна інтерпретувати як вторинні когнітивні дефіцити. На цьому тлі значну загрозу становить і самооцінка, адже в умовах постійної внутрішньої напруги людина починає сприймати себе як неефективну, непотрібну, позбавлену можливості до впливу. Це відчуття безпорадності, посилене загальним фоном дестабілізації, часто стає

тригером для розвитку коморбідних розладів, серед яких домінують депресія, генералізована тривога, адиктивні форми поведінки [43, с. 46].

Поведінковий вимір ПТСР у цивільного населення вирізняється особливою полярністю. У частини осіб фіксується підвищена активність, спрямована на створення ілюзії контролю: гіперорганізація побуту, постійне стеження за новинами, формування ритуалізованих дій. Інша частина демонструє уникаючу поведінку: заперечення потреб, відмова від участі в соціальних процесах, самоізоляція, зменшення фізичної активності. Обидва типи реакцій є захисними, однак жоден не веде до інтеграції травматичного досвіду.

Уникаюча стратегія, хоч і зменшує рівень емоційного напруження, перешкоджає формуванню механізмів опрацювання травми. Натомість гіпердіяльність виснажує ресурс, породжуючи нову хвилю дезадаптації. В обох випадках формується поведінкове закріплення реакцій на тлі психоемоційного вигорання, коли людина більше не здатна ініціювати зміни у своєму житті. У побутовій площині це виявляється в порушеннях ритму життя, зменшенні гігієнічної турботи про себе, втраті інтересу до харчування, сну, активного відпочинку. У крайніх випадках спостерігається самодеструктивна поведінка, що варіюється від навмисного уникання безпечних ситуацій до прямого самопошкодження. Серед молоді, яка зазнала травматизації в умовах війни, поширеним є звернення до психоактивних речовин як способу короткочасного зняття емоційного болю. Це не тільки поглиблює залежність, а й блокує можливість формування стійких копінг-стратегій [40, с. 50].

В психоемоційній структурі цивільної особи, що пережила вплив війни, посттравматичний стресовий розлад функціонує як глибоко вкорінене явище, яке поступово змінює модальність реагування на зовнішні й внутрішні подразники. Йдеться не просто про реакцію на одиничну подію, а про формування стабільного афективно-когнітивного поля, в межах якого особистість починає існувати. Цей розлад не обмежується суто емоційними порушеннями, оскільки його тканина охоплює спектр змін на рівні соматичних

функцій, когнітивної активності та поведінкових алгоритмів. У випадку цивільного населення, яке не брало участі в бойових діях, але зазнало впливу війни через окупацію, втрату близьких, евакуацію чи постійне перебування під обстрілами, механізми травматизації відрізняються структурною дифузністю. Травма тут має перманентну форму: вона не прив'язана до конкретного моменту, а розтягується в часі, через що нервова система функціонує в стані хронічного збудження. Виникає феномен зсуву точки гомеостатичної рівноваги, сам стан напруги стає базовим, а будь-який сигнал безпеки сприймається як аномальний. У цьому режимі тіло починає реагувати за патернами симпатичної активації: хронічна тахікардія, м'язові затиски, нестабільний сон, розлади шлунково-кишкового тракту, гормональні дисбаланси.

Водночас на ментальному рівні наростає феномен когнітивного оглушення, що включає сповільнення мислення, труднощі з концентрацією, порушення часової орієнтації, розмитість планування, втрата мотиваційного фокусу. Це не є прямим результатом психологічного дискомфорту, а свідчить про системну втрату когнітивної енергії, оскільки мозок, перебуваючи в постійній мобілізації, більше не має ресурсів для вищих виконавчих функцій. Людина існує у форматі виживання, де головним є уникнення загрози, а не досягнення цілей. Усе це формує емоційне тло, де домінують апатія, дратівливість, нестійке почуття провини або сорому, часто невмотивоване. Такий стан сприяє формуванню глибокого внутрішнього конфлікту, який формується протиріччям між потребою повернення до звичного життя і нездатністю відновити колишню цілісність психіки. Цей розлад не кричить назовні, він часто має масковану форму, адже за удаваним функціонуванням ховається стійкий афективний дефіцит, неспроможність до радості, швидке виснаження. Саме тому ПТСР у цивільних громадян часто залишається невидимим, хоча його наслідки поступово руйнують здатність до інтеграції у будь-яке соціальне середовище [28, с. 13].

Тілесний вимір травматичного досвіду в умовах постійної небезпеки трансформує тілесно-емоційний зв’язок, що в здорової особистості функціонує як база для регуляції афекту. Після пережитої травми цей зв’язок порушується: тіло перестає бути джерелом опори, натомість стає простором відлуння травматичних спогадів. Будь-яке напруження, навіть фізіологічне, починає трактуватись як сигнал загрози. Це створює хибне коло: соматичний дискомфорт викликає тривогу, тривога призводить до появи нових тілесних симптомів, що підсилює страх. У результаті розвиваються соматоформні стани без органічного підґрунтя: від мігреней до розладів серцево-судинної системи. У багатьох випадках розвивається психогенна алекситимія – втрата здатності ідентифікувати, розпізнавати й називати власні емоції, що додатково ускладнює комунікацію з медичними фахівцями та оточенням. Людина скаржиться на біль у грудях, слабкість, утруднене дихання, однак обстеження не виявляють фізичних причин, і це викликає фрустрацію. У свою чергу фрустрація посилює тривогу, запускаючи психосоматичний цикл. На тлі цього особливо вразливими виявляються люди з попереднім досвідом психосоматичних реакцій або ті, що мали хронічні захворювання. Стресова дестабілізація призводить до їх загострення, іноді з переходом у важкі фази [30, с. 87].

Але навіть без явної соматизації люди з ПТСР демонструють тілесну дисфункцію: змінюється тонус м’язів, постава стає стиснутою, дихання набуває характер поверхневого, порушується ритм рухів. Це створює загальне враження скутості, неначе тіло завмерло в очікуванні небезпеки. Такі феномени особливо помітні в контексті тривалого переселення: в укриттях, тимчасових пунктах проживання, де люди змушені довго перебувати в замкнутому просторі з постійним відчуттям загрози. Ситуація ускладнюється відсутністю умов для тілесного розвантаження: немає приватного простору, можливості змінити позу, відпочити, повернутися до тілесної суб’єктності. Це поступово формує образ тіла як чужого, непідконтрольного, що в майбутньому спричиняє труднощі з відновленням психофізичної рівноваги, навіть у безпечних умовах. Так закладається підґрунтя для формування хронічного соматичного

напруження, що діє не гірше за психічну травму й зумовлює системне зниження якості життя.

Когнітивна сфера особистості в умовах постійного напруження й травматизації зазнає не менш глибоких змін, ніж емоційна або соматична. Зокрема, у цивільних жертв війни характерним є поступове зниження темпу мислення, тому швидкість обробки інформації зменшується, а складність вирішення навіть побутових задач підвищується. Людина починає уникати ситуацій, які вимагають активної когнітивної участі, зосереджується на найпростіших завданнях, часто повторює одні й ті самі дії, уникаючи прийняття рішень. Це явище отримало назву когнітивного звуження: обсяг уваги скорочується, знижується здатність до перерозподілу ресурсів, зникає здатність утримувати в голові кілька взаємопов’язаних змінних. Навіть базові функції, як-от зосередження на читанні або ведення діалогу, даються із труднощами, а відволікальні стимули швидко вибивають із процесу. На цьому фоні зростає вразливість до дезінформації: людина з ПТСР погано відрізняє факти від припущень, може швидко приймати чужі думки за свої, особливо коли ті відповідають її внутрішнім страхам. Так створюється когнітивний резонанс із травматичним досвідом, коли будь-яка інформація фільтрується крізь призму загрози [44, с. 87].

Ступінь критичного мислення знижується, особа стає чутливою до маніпуляцій, дезорієнтованою в інформаційному просторі. Додатково спостерігається порушення пам’яті: особливо страждає короткочасна пам’ять, унаслідок чого зникає послідовність подій, важко запам’ятати навіть щойно почуту інформацію. Людина може кілька разів запитувати про одне й те саме, плутати дати, імена, просторові орієнтири. Такі симптоми іноді помилково трактують як початок деменції, однак у більшості випадків вони є функціональними, зумовленими перевантаженням нервової системи, а не органічними ураженнями. Проте за відсутності цілеспрямованої реабілітації ці зміни можуть набувати стійкості, і тоді повернення до когнітивної норми стає проблематичним. Особливо це актуально для осіб старшого віку, які й без того

мають вікові зміни когнітивних процесів і легко втрачають залишки адаптивних механізмів під впливом тривалої травматизації. У результаті формується стан хронічного когнітивного виснаження: розсіяність, загальмованість, зниження продуктивності, що призводить до самозамикання й унеможливлює професійну або соціальну реалізацію.

2.2. Нормативно-правове забезпечення та організаційні засади соціальної підтримки осіб із ПТСР

Юридична та інституційна система, що обслуговує потреби психотравмованого цивільного населення у зв'язку з війною, поступово формує в Україні довготривалу модель соціального супроводу, вшиту в багаторівневу архітектуру державних і недержавних структур. Однією з ключових нормативних точок опори став Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я», що виконує роль каркаса, на якому тримається уся система гарантій для осіб із ПТСР. Цей акт не лише декларує право на захист психічного здоров'я, а й формулює міжгалузеві принципи взаємодії: обов'язковість координації між органами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти й правопорядку. Документ також структурує надання психосоціальної підтримки на основі визнаних міжнародних стандартів, вбудовуючи сервіси першої психологічної допомоги (PSS) та психотерапевтичного втручання (PSY) у канон функціонування державних служб. На базовому рівні передбачено, що доступ до допомоги має бути інтегрований у первинну медичну ланку, тобто сімейні лікарі виступають як перші детектори психічних порушень, здатні виявити ознаки ПТСР і направити особу до спеціаліста [39, с. 14].

Саме така конструкція, що є маршрутизованою і багатоетапною, забезпечує динамічний скринінг без потреби у високих порогах звернення. Це є особливо значущим для цивільного населення, яке нерідко уникає візитів до психіатра через стигматизацію. У такий спосіб система намагається вибудувати

м’який підхід, у якому соціальна й медична складові не роз’єднані, а функціонують як єдина опорна лінія. Окреме місце в законі займає розділ про стандарти якості, саме завдяки йому формуються вимоги до професійної підготовки, інструментів діагностики, безперервності допомоги та етичного супроводу осіб із психічними порушеннями. Війна надала цьому документу нового значення, трансформувавши його з загальної рамки в інструмент реальної інституційної мобілізації.

На практичному рівні нормативний простір доповнює Наказ №2118 від 13 грудня 2023 року, який конкретизує порядок надання психосоціальної допомоги. Цей документ виконує функцію операційної матриці, адже у ньому окреслено механізм скерування осіб із підозрою на ПТСР, надано перелік психодіагностичних інструментів, зокрема таких, що пройшли процес валідації відповідно до критеріїв доказової психіатрії, а також зазначено типи терапевтичних втручань, визнаних ефективними. Уперше на нормативному рівні закріплено перелік evidence-based терапій: когнітивно-поведінкова, EMDR, експозиційна терапія, які мають доведену ефективність у роботі з бойовими та цивільними травмами. Водночас документ містить технічні деталі, а саме часові рамки етапів допомоги, вимоги до командного супроводу, опис мультидисциплінарної комунікації між службами. Завдяки цьому наказ функціонує як своєрідний чек лист для усіх надавачів допомоги: лікарів, соціальних працівників, кризових консультантів. У ньому прописано і можливості дистанційного втручання, що критично необхідно для осіб, які проживають у прикордонних або окупованих регіонах, де доступ до класичних сервісів обмежений. Цей документ фактично перетворює допомогу з фрагментарної та реактивної на планову та прогнозовану.

Таблиця 2.1

Компонент системи	Опис у документі	Форма реалізації	Призначення / функція	Особливості застосування
Механізм скерування	Визначено порядок дій при підозрі на ПТСР	Операційна матриця	Уніфікований маршрут для провайдерів	Забезпечує одноманітність першого контакту
Діагностичні інструменти	Перелік валідованих методик	Відповідають критеріям доказової психіатрії	Формалізована первинна оцінка	Визначено перелік рекомендованих тестів
Терапевтичні методи	CBT, EMDR, експозиційна терапія	Evidence-based втручання	Пряме закріплення ефективних протоколів	Актуальні для бойової й цивільної травми
Етапність допомоги	Виявлення, стабілізація, супровід	Покрокова модель	Послідовне структурування втручання	Передбачено клінічний і соціальний контекст
Командний супровід	Мультидисциплінарна комунікація	Взаємодія медиків, консультантів, соцпрацівників	Координація дій у динаміці стану	Визначено ролі всіх учасників
Дистанційні формати	Дозволені та рекомендовані	Застосовуються в обмежених регіонах	Забезпечення доступу в умовах ізоляції	Враховано прикордонні й окуповані території

У структурі наказу акцент зроблено на етапності: виявлення, первинна оцінка, короткострокова стабілізація, довготривала психотерапія, соціальне супроводження. Такий підхід дозволяє врахувати як клінічні, так і контекстуальні аспекти стану особи, інтегруючи її в екосистему допомоги. Важливо, що в наказі є вказівки щодо адаптації допомоги для особливих груп: дітей, людей похилого віку, осіб із інвалідністю, що забезпечує інклюзивність на рівні практичної реалізації [32, с. 22].

Комплексна нормативна структура доповнюється довготривалим планом державної політики, що зафіксований у розпорядженні Кабінету Міністрів №572-р від 21 червня 2024 року, яке визначає план заходів на 2024–2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров’я до 2030 року. Йдеться не про поточні інструменти, а про векторну рамку, що включає стратегію розширення мережі психосоціальних послуг, поглиблення інтеграції

первинної допомоги з профільною, створення міжвідомчих алгоритмів співпраці, а також масштабування моделі підготовки кадрів. Документ містить положення про необхідність створення регіональних кластерів психічного здоров'я – локальних центрів, здатних забезпечити доступ до послуг не лише у великих містах, а й у сільських громадах. Особливий наголос зроблено на підготовці кризових інтерв'юерів і консультантів першої психологічної допомоги, що мають працювати в місцях масових переміщень, пунктах реєстрації ВПО, гуманітарних хабах. Саме цей план забезпечує сталість усіх ініціатив, не дозволяючи системі руйнуватись у зв'язку зі зміною пріоритетів чи кадрів. Документ також містить положення про розробку цифрової інфраструктури, зокрема електронного обліку наданої допомоги, скринінгових анкет, маршрутизаційних протоколів, що мають зменшити адміністративний тиск на осіб у кризі. Розпорядження стає операційною віссю для координаційних рад, служб підтримки, мобільних команд – уся інституційна архітектура з'єднується навколо цього документа як довготривалого контракту між державою й суспільством на користь ментального благополуччя. Його стратегічне значення полягає в закладенні основи для перетворення допомоги на ментальну інфраструктуру: не як реакцію, а як сталий компонент суспільного договору.

Механізми взаємодії суб'єктів соціальної роботи у сфері кризового реагування щодо осіб із ПТСР в Україні втілюються через багаторівневу логіку, у якій координація, маршрутизація та протоколізація мають працювати не ізольовано, а в умовах структурованої інтеграції. У центрі цього підходу знаходиться триступенева модель сервісів, закладена в міжагентські рекомендації IASC, яка адаптована до українських реалій за участі Технічної робочої групи MHPSS в Україні, ВООЗ та ключових партнерських організацій. Першою сходинкою є базова підтримка і створення безпечного середовища, що фокусується не на лікуванні, а на стабілізації повсякденного життя, усуненні негайних тригерів, забезпеченні базових потреб і зниженні стресогенного фону. Тут ключовими є соціальні служби, первинна медицина, гуманітарні ініціативи

й громади. Саме вони першими стикаються з особами, що потенційно мають симптоми ПТСР, але ще не зверталися по клінічну допомогу. На цьому етапі не йдеться про діагноз, а лише про розпізнавання стану, створення умов, у яких особа почне відновлювати базове відчуття безпеки. Друга сходинка – фокусована психосоціальна допомога – передбачає роботу із залученням фахівців: кризових консультантів, психологів, працівників соціальної сфери, які проходять спеціальну підготовку з надання короткотермінової підтримки. Саме тут з'являється індивідуальне планування, кейс-менеджмент, визначення індикаторів потреб і ризиків. Третьою сходинкою є спеціалізована клінічна опіка, що охоплює психіатричні й психотерапевтичні сервіси, що надаються виключно фахівцями з підтвердженою освітою, за затвердженими протоколами лікування. Така трирівнева система не є ієрархічною, а діє як матриця, у якій особа може рухатися в обидва боки залежно від стану, за принципом динамічного супроводу. Вся система орієнтується на горизонтальну узгодженість між секторами, що постають не як замкнені ланки, а як лінії взаємного покриття й підтримки, що зменшують фрагментацію допомоги [36, с. 85].

У межах цієї моделі первинна ланка є не просто точкою входу, а повноцінним центром прийняття перших рішень. Сімейні лікарі та працівники центрів ПМСД здійснюють первинний скринінг за допомогою коротких інструментів виявлення симптомів, проводять інформування про можливості допомоги, отримують усвідомлену згоду, після чого ініціюють направлення до подальших ланок. Відповідно до затвердженого порядку, первинка повинна діяти не на свій розсуд, а згідно з маршрутизаційною картою, в якій визначено специфіку супроводу осіб із психотравматичним фоном. Одночасно з цим соціальні служби беруть на себе кейс-менеджмент, оскільки вони відповідають за оцінку життєвих обставин, координацію з іншими провайдерами, правову підтримку, встановлення соціальних зв'язків та супровід у кризових точках. У разі, коли особа потребує психотерапевтичного втручання, в роботу залучаються сертифіковані провайдери, які працюють за evidence-based

методами, погодженими в державному порядку. Вимоги до їхньої діяльності є високими, оскільки вони мають забезпечити не лише якість втручання, а й відповідність процедурі: запис надання послуги, облік динаміки, дотримання меж компетенції, звітність. У такий спосіб кожен суб'єкт у системі має чітко окреслене завдання, пов'язане з іншими через спільний маршрут допомоги. Це знижує ризик повторного травмування внаслідок хаотичного переспрямування й втрати інформації, а також створює відчуття послідовності, якої критично бракує особам із ПТСР [25, с. 35].

Особливу роль у цьому процесі відіграє уніфікований протокол передавання даних, що передбачає використання стандартизованої форми направлення, затвердженої на національному рівні. Ця форма містить мінімальний набір полів: ідентифікаційні відомості, згода на обробку даних, оцінка ризиків, попередній запит і позначення потреб, які були виявлені під час первинного контакту. Обмін інформацією дозволений виключно між визначеними суб'єктами, тобто лише тими, хто має підтверджений мандат працювати в межах системи психосоціальної допомоги. Усі звернення й передавання зафіксовані через систему журналів доступу, що унеможливлює несанкціоноване розкриття інформації. Крім цього, кожна територіальна громада має власний реєстр надавачів MHPSS-послуг – це своєрідна карта, яка дозволяє соціальним і медичним працівникам швидко визначити, хто саме на місці відповідає за той чи інший сегмент допомоги. Також створено таблиці сумісності міжсекторальних кодів послуг, які допомагають інтегрувати дії медичних і соціальних служб без втрати фокусу. Орієнтиром для побудови такої системи стали інструменти IASC та ВООЗ, які не лише задають рамки маршрутизації, а й пропонують систему моніторингу – регулярні перегляди ефективності ланцюгів допомоги, динаміку звернень, зворотний зв'язок від отримувачів послуг. Ця система координат не просто забезпечує прозорість, алей знижує навантаження на окремі ланки, оскільки дозволяє перерозподіляти ресурс у режимі реального часу, відповідно до запиту громади або зростання

ризиків у певній зоні. Так забезпечується баланс між захистом прав особи та ефективністю використання ресурсів.

На рівні територіальних громад функціонує операційна модель горизонтальної координації, де провайдери різних секторів регулярно збираються в рамках кластерів або робочих груп MHPSS. Це майданчики, на яких медичні заклади, соціальні служби, юристи, волонтерські ініціативи та психотерапевти не лише обмінюються інформацією, а й узгоджують механіку взаємодії: хто приймає першим, коли й як передається клієнт, що робити у разі загострення, куди скеровувати при потребі екстреного втручання. Такі зустрічі дозволяють налагодити так зване «тепле передавання», що передбачає спрямування клієнта з одного сервісу до іншого не просто через направлення, а із супроводом, попередженням, роз'ясненням. У ситуаціях підвищених ризиків, коли йдеться про суїцидальні наміри, ескалацію насильства, психотичні епізоди, активується протокол ескалації: зібрання фокус-групи, включення кризового фахівця, тимчасове залучення служби екстреної психіатричної допомоги. Це дозволяє зреагувати оперативно, не втрачаючи жодної години, що критично у випадках тяжкої психічної дестабілізації. Усе це функціонує на базі принципу рівності ролей: кожен провайдер, незалежно від форми власності чи статусу, є партнером у спільному процесі, а не додатком до «медичної системи». Такий підхід сприяє формуванню професійної культури взаємної відповідальності та неперервного навчання, у якій будь-який кейс стає не лише викликом, а й приводом для вдосконалення алгоритмів реагування.

2.3. Методи й технології соціальної роботи з цивільними особами, що зазнали воєнної психотравми

Соціальна робота з цивільними, які зазнали воєнної психотравми, вибудовується не як набір універсальних інструкцій, а як система контекстуальних технологій, чутливих до фази переживання травми, типу симптомокомплексу та рівня доступу до ресурсів підтримки. У перші фази

втручання ключовою є кризова інтервенція – методологія короткострокового впливу, спрямована на зниження емоційного збудження, стабілізацію базових психофізіологічних функцій та формування опорних реакцій. У класичному варіанті інтервенція реалізується впродовж перших 72 годин після психотравмувальної події, однак у реаліях воєнної повсякденності ці часові межі зміщуються, і інтервенція набуває функції первинної допомоги навіть через тижні або місяці після тригера. Структурно вона складається з кількох етапів: верифікація ситуації (що сталося, як це переживається), нормалізація стану (визнання, що реакції не є патологією, а функціональними відповідями на екстремальне середовище), виявлення базових потреб (безпека, інформація, зв'язки), активізація ресурсів (особистих, соціальних, інституційних), створення умов для подальшого супроводу. Важливим компонентом є встановлення емоційного контакту без примусу до вербалізації, оскільки у фазі гострого реагування не завжди доцільно говорити, натомість доцільніше забезпечити простір, де людина відчує контроль над власною присутністю. Методи в цій моделі часто включають стабілізаційні техніки тілесної орієнтації, дихальні практики, техніки заземлення, зокрема метод 5–4–3–2–1 для перенаправлення уваги. Усі ці інструменти мають бути культурно адаптованими, реалізовуватися без штучної терапевтичної мови, з опорою на звичні форми спілкування. Серед технологій, що добре інтегруються в кризовий етап можна назвати Psychological First Aid (PFA), модель, визнану ВООЗ і ЮНІСЕФ базовим інструментом підтримки у надзвичайних ситуаціях. Вона не потребує клінічної підготовки, що дозволяє її застосування широкому колу працівників: від соцслужб до волонтерських груп. Головним її акцентом є не лікування, а відновлення базової чутливості: «я живий», «я не один», «мені доступна допомога». У кризовій фазі саме це стає критичним передумовою для подальшої соціальної роботи [29, с. 22].

Структура кризової соціальної інтервенції для цивільних із воєнною психотравмою Таблиця 2.2

Етап або компонент роботи	Основний зміст дії	Мета впливу	Інструменти реалізації
Верифікація ситуації	З'ясування обставин, рівня стресу, реакції	Усвідомлення факту події	Психологічне опитування, спостереження
Нормалізація стану	Пояснення природності реакцій	Зменшення тривоги та відчуття «ненормальності»	Підтримувальна розмова, приклади типових реакцій
Виявлення базових потреб	Визначення необхідності у безпеці, інформації, контактах	Стабілізація середовища	Анкетування, спостереження, короткі бесіди
Активізація ресурсів	Пошук внутрішніх і зовнішніх опор	Формування відчуття підтримки	Соціальні мережі допомоги, контакти, волонтерські канали
Встановлення емоційного контакту	Контакт без тиску на вербалізацію	Відчуття присутності й безпеки	Невербальні сигнали, позиційна стабільність
Стабілізаційні техніки	Дихальні вправи, заземлення, метод 5–4–3–2–1	Перенаправлення уваги, заспокоєння	Практичні короткі дії тілесної орієнтації

На етапі після кризового стабілізаційного втручання соціальна робота переходить у режим індивідуалізованої підтримки, яка потребує глибшої діагностики стану людини та адаптації сервісів до її психоемоційної динаміки. Особи з ПТСР – це не одноманітна група, а мозаїка досвідів, реакцій, соціальних фонових умов і глибин травматизації. Тому універсальний пакет послуг у цьому випадку не працює. Йдеться не лише про тип симптомів, наприклад, флешбеки, тривожність, соматизація, дисоціації, а й про супутні фактори: вік, стать, культурний бекграунд, рівень довіри до інституцій, наявність підтримувального середовища. Індивідуалізація означає, що соціальний працівник не просто призначає послугу, а модулює її відповідно до

потреб. Для когось це може бути щотижнева присутність кейс-менеджера вдома, для когось тимчасове поселення в безпечному середовищі, для когось правова підтримка або працевлаштування як фактор стабілізації. Одним із методів, що дозволяє тонко зчитувати потреби клієнта є інструмент Needs-Based Mapping, який дає змогу візуалізувати спектр запитів і співвіднести їх із доступними ресурсами. Іншим підходом є Narrative Casework, що базується на ідеї, що травма знеструмлює особистісний наратив, і завданням соціального працівника є допомогти людині заново віднайти послідовність «я», інтегруючи досвід війни в безпечну оповідь. Така робота не є терапією в клінічному сенсі, але виконує важливу реабілітаційну функцію. Вона також передбачає динамічний моніторинг: стан особи не є сталим, тому кожна дія має бути переоцінена у світлі нових змін. У цьому контексті важливою є практика спільного планування, коли сам клієнт долучається до визначення того, що саме є пріоритетним. Така модель змінює не лише формат допомоги, а й статус людини: вона більше не об’єкт втручання, а суб’єкт прийняття рішень [34, с. 6].

У методичному спектрі соціальної роботи з людьми, які мають ПТСР, провідне місце займає інтеграція психосоціальних практик, що спираються на міждисциплінарну взаємодію. Цивільна особа, яка зазнала травматизації, рідко звертається одразу до спеціалізованої служби, частіше за все її маршрут починається з гуманітарного хабу, адміністративного центру, місцевої громади або освітнього простору, де вона отримує базову послугу й лише згодом потрапляє у фокус уваги спеціаліста. Саме тому сучасні соціальні технології базуються на принципі безперервного контексту, тобто допомога не може бути «точкою», вона має бути «лінією», яку особа проходить із відчуттям супроводу. Один із прикладів є модель Stepped Care, у якій допомога надається за принципом «мінімально достатньої інтенсивності» на кожному етапі. Вона передбачає, що людина не буде навантажена складними втручаннями без потреби, але водночас не залишиться без підтримки, якщо її стан погіршиться. Такий підхід економить ресурс системи, не втрачаючи ефективності. Іншим напрямом є Peer-Based Models, тобто включення людей із досвідом пережитої

травми у систему соціальної підтримки. Це формує ефект дзеркала: особа бачить, що її досвід не є унікальним, і що можливо повернути контроль. У роботі з травмою війни важливо мати в полі зору не лише індивіда, а й мікросередовище: родину, сусідів, громаду. У цьому контексті доцільне використання Family-Centered Practice – підходу, який розглядає психотравму не як індивідуальне, а як системне явище. Особливо це актуально для осіб, які мають дітей або доглядають за іншими, адже травма однієї особи транслюється на всіх членів її середовища. Таким чином, робота з контекстом – це не фоновий аспект, а центральний методичний вектор.

Технології соціальної роботи з особами, що зазнали воєнної травматизації, потребують також інтеграції цифрових інструментів, зокрема для дистанційного супроводу, моніторингу динаміки та самооцінки стану. У сучасних умовах неможливо забезпечити фізичну присутність фахівців у кожному населеному пункті, тим паче в умовах високої мобільнсті населення, переміщення або небезпеки. У цьому контексті актуальним стає впровадження Digital PSS Platforms – онлайн-середовищ, які надають доступ до стабілізаційних технік, мікроінтервенцій, трекерів настрою, чатів підтримки й форм самозвіту. Такі інструменти не замінюють професійного втручання, але створюють міст між кризою та допомогою. Вони також допомагають соціальним працівникам відстежувати динаміку: якщо людина починає частіше звертатись, скаржиться на погіршення стану або змінює ритм поведінки, то це стає сигнал до активнішої дії. Окрему нішу займають мобільні застосунки для самодопомоги, розроблені з урахуванням травмоінформованого підходу. В основу їх покладені короткі вправи, інструкції з безпеки, алгоритми самоспостереження. Це важливо для людей, які бояться звертатись напряму або не мають умов для відвідування спеціаліста. Також цифрові технології використовуються для підготовки соціальних працівників: симуляції кейсів, тренажери рішень, бази знань із візуалізацією протоколів. Усе це підвищує якість втручання, стандартизує практику й дозволяє ділитись досвідом між регіонами. У роботі з воєнною травмою технологічний вектор не є модою, а

відповіддю на реальний виклик масштабу проблеми та потреби швидкого реагування. Там, де не доїде команда, може достукатись алгоритм, якщо він добре спроєктований і вбудований у загальну екосистему соціального реагування [27, с. 13].

Ключовою основою ефективної соціальної роботи з особами, що зазнали ПТСР унаслідок війни, залишається концепт травмоінформованості. Це не техніка, а спосіб мислення, у якому будь-яка взаємодія з клієнтом передбачає, що його поведінка може бути зумовлена травмою, навіть якщо про неї не сказано вголос. Такий підхід змінює динаміку контакту: соціальний працівник не інтерпретує закритість, дратівливість або відмову як опір, а як потенційний маркер небезпеки в системі реагування. У такій парадигмі будь-яке втручання стає не просто набором дій, а тестом на безпечність. Людина має мати вибір, інформацію, контроль, можливість сказати «ні» без страху бути виключеною з процесу. Це особливо важливо в умовах війни, де більшість рішень за людину ухвалювались без неї: евакуація, втрата житла, соціальний статус. Тому навіть базовий діалог, у якому клієнт може озвучити своє бачення, стає відновлювальним. Усі моделі, описані вище, мають працювати в цій логіці. Соціальна робота – це не лише про ресурси, а про середовище, у якому особа повертає відчуття суб’єктності. Без цього жодна технологія не буде ефективною, якою б науково обґрунтованою вона не була.

У роботі з цивільними особами, що мають хронічні прояви посттравматичного стресового розладу, соціальна дія набуває характеру довготривалого супроводу з високим рівнем адаптивності, міждисциплінарної координації та структурної гнучкості. Ідеться не про лінійний процес допомоги, а про циклічну, повторювану модель, в якій періоди стабілізації чергуються з фазами загострення, соціального відчуження або емоційного рецидиву. У таких випадках класичні соціальні послуги стають неефективними, якщо не інтегруються з психотерапевтичними інструментами, посередницькими методами та компонентами підтримки автономії. Центральною концептуальною основою тут виступає модель Recovery-Oriented Services, у

якій особа розглядається не як носій патології, а як суб’єкт, здатний до поступового відновлення життєздатності за наявності системи супроводу. Цей супровід передбачає не лише терапевтичну роботу, а й медіацію стосунків із зовнішнім середовищем: родиною, соціальними структурами, спільнотою. Серед інструментів, що в ній використовуються, зазначимо гнучкий кейс-менеджмент, у межах якого за особою закріплюється фахівець, здатний координувати доступ до ресурсів, забезпечувати емоційне віддзеркалення, допомагати з формулюванням потреб і контролювати стабільність контакту. Така фігура часто стає єдиною постійною точкою опори в житті особи, що живе з ПТСР, оскільки інші зв’язки можуть бути зруйновані або вразливі. Особливу увагу в цій моделі приділяють моніторингу тригерних факторів, які здатні вивести людину з рівноваги: роковини травматичних подій, соціальні напруження, зміни в побутовому укладі. Завдання фахівця полягає не лише в реакції на кризи, а в передбаченні їхньої ймовірності. Така передбачуваність знижує хаос, повертає людині відчуття стабільного контуру, у межах якого вона може самостійно відновлювати навички саморегуляції. Усе це не може бути реалізовано без міжвідомчої координації, оскільки психотерапевтичний елемент тут не провідний, а рівноправний із соціальним і посередницьким [45, с. 38].

У випадках тривалого перебігу ПТСР ключовою проблемою стає не тільки психічний стан особи, а проблеми соціального функціонування, зокрема руйнування горизонтальних зв’язків, виключення з трудової або освітньої сфери, фрагментація ідентичності. У цьому контексті одним з ефективних напрямів є застосування інтегрованих моделей соціального посередництва, які об’єднують функції медіатора, координатора і фасилітатора змін. Соціальний посередник не лише вирішує конфлікти або непорозуміння, а й реалізує більш серйозні завдання: відновити довіру особи до соціального середовища як до безпечного простору. У практиці це означає організацію зустрічей між особою та представниками інституцій (наприклад, роботодавцем, освітнім закладом, сімейною радою), підготовку до таких діалогів, визначення умов безпечного

спілкування, структурування очікувань обох сторін. Саме така методика дозволяє реінтегрувати людину у звичне життя без ризику повторної ретравматизації. В основі соціального посередництва лежить принцип прозорої медіації, коли усі учасники процесу мають доступ до повної інформації, а контакт будується на взаємній згоді. У випадках ПТСР це дозволяє уникнути ситуацій, у яких особа почувається знеціненою, примушеною або знехтуваною. Додатковим вектором стає реінтеграційний менеджмент, тобто створення маршруту повернення до активного життя з урахуванням особистісної динаміки, рівня виснаження, внутрішніх обмежень. Тут активно використовують інструменти екологічної соціальної роботи: аналіз середовища, виявлення бар'єрів, супровід у новому контексті. Якщо особа, наприклад, повертається на роботу після тривалого періоду травматичної ізоляції, посередник не просто супроводжує процес, а й працює з колективом, пояснюючи особливості стану людини, щоб мінімізувати ризики непорозумінь. Це змінює не лише долю окремої людини, а й культуру сприйняття ментального здоров'я в спільноті.

На рівні структурного супроводу особливу вагу набуває компонент підтримки життєвої автономії, тобто здатності особи ухвалювати рішення, розподіляти час і ресурс, орієнтуватись у просторі соціальних можливостей. Люди з тривалим перебігом ПТСР часто демонструють знижену суб'єктність: страх відповідальності, залежність від зовнішніх фігур, втрачене відчуття внутрішньої ініціативи. Тому соціальна робота на цьому етапі не може бути директивною або патерналістською, адже вона вибудовується за логікою емпауерменту, де кожна дія спрямована на повернення людині управлінського ресурсу. Використовуються техніки когнітивного коучингу, фасилітації вибору, структурованих рефлексій [38, с. 69].

Працівник не каже, як діяти, а допомагає побачити можливості, оцінити ризики, прийняти відповідальність. Також активно застосовується методика планування життя, що включає створення мапи майбутнього, навіть у випадках, коли особа втрачає сенс або не бачить перспектив. Через візуалізацію цілей,

маленькі досяжні кроки, побудову щоденних рутин формується відчуття руху, оскільки без цього жодна реабілітація не дає ефекту. Особливо актуальним цей напрям стає у роботі з людьми, які пережили серію втрат: сім'ї, житла, соціального статусу. Для них автономія є не лише психологічною категорією, а реальною здатністю функціонувати у світі, що постійно змінюється. Тут з'являється й технічний компонент – фінансова грамотність, навички комунікації, цифрова компетентність. Усе це інтегрується в програму соціального супроводу, де терапевтичний елемент є важливим, але не домінуючим. Важливо, щоб людина не лише пережила кризу, а й навчилась жити поза нею.

У довготривалих кейсах ПТСР цінність набуває також мережевий підхід, що передбачає створення системи підтримки навколо людини, яка складається не з одного соціального працівника, а з багатьох суб'єктів: родичів, друзів, фахівців, волонтерів, лідерів громад. У цьому підході застосовуються елементи соціального картування, а саме виявлення всіх потенційних учасників підтримки, аналіз їхніх ролей, оцінка якості взаємодії. Це дозволяє не лише залучити нові ресурси, а й уникнути перевантаження одного фахівця. У межах мережевої моделі функціонують і групи підтримки, які не мають терапевтичного мандату, але виконують стабілізаційну функцію: спільний досвід, обмін практиками, присутність [31, с. 45].

Усе це знижує ізоляцію, формує горизонтальні зв'язки й стабілізує простір навколо особи. Важливо, що такий підхід не передбачає жорстких меж, оскільки мережа є адаптивною, може розширюватися або трансформуватись відповідно до динаміки стану людини. Соціальний працівник у цій системі не головний, а координатор, модератор, фасилітатор. Він допомагає вибудувати взаємодію так, щоби вона не зруйнувалась під тиском конфліктів або непорозумінь. Це особливо важливо в громадах, де рівень стигматизації ментального здоров'я залишається високим, і людина не завжди готова відкрито говорити про свій стан. У мережевому підході цінність має навіть латентна присутність, адже знання, що хтось поруч, уже формує відчуття

безпеки. Саме тому ця модель ефективна на етапах, коли пряма робота не можлива, але підтримка необхідна.

Розглянуті теоретичні підходи до розуміння посттравматичного стресового розладу у цивільного населення, що зазнало впливу війни, дозволяють констатувати його складну мультифакторну природу. У цивільних жертв війни ми спостерігаємо феномен накопиченої травматизації, де множинні епізоди загрози життю, депривація сну, нестача ресурсів і постійний фон тривоги створюють умовно безперервну дію тригерних факторів. Порушення афективної регуляції, емоційне оніміння, гіперреактивність, флешбеки, соматоформні реакції, дисоціації та стійке порушення сну формують зону порушеної адаптації, у якій людина функціонує в режимі гіпернастороженості. Тілесно-емоційна структура при цьому змінюється настільки, що тіло перестає бути джерелом опори, натомість стає простором відлуння травматичних спогадів. Людина існує у форматі виживання, де головним є уникнення загрози, а не досягнення цілей. Усе це спричиняє системне зниження когнітивної енергії. У нормативному вимірі Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я» виконує роль каркаса, на якому тримається уся система гарантій для осіб із ПТСР, інтегруючи медичну й соціальну складові в спільну модель супроводу. Наказ №2118 детально регламентує маршрутизацію, діагностику та терапевтичне втручання, а розпорядження КМУ №572-р надає стратегічну рамку до 2030 року, забезпечуючи векторну сталість допомоги та розбудову інфраструктури підтримки ментального здоров'я в умовах посттравматичного суспільства.

РОЗДІЛ 3.
ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЦИВІЛЬНИМИ ЖЕРТВАМИ ВІЙНИ, ЯКІ МАЮТЬ ПТСР

3.1. Аналіз емпіричного дослідження ефективності соціальної підтримки цивільних жертв війни з посттравматичним стресовим розладом

Для виконання завдань нашого дослідження ми звернулися до аналізу матеріалів міждисциплінарного проєкту «Mental Health in Ukraine in 2023», реалізованого Dmytro Martsenkovskyi, Mark Shevlin, Menachem Ben-Ezra, Kristina Bondjers, Robert Fox, Thanos Karatzias, Inna Martsenkovska, Igor Martsenkovsky, Elisa Pfeiffer, Cedric Sachser, Frédérique Vallières та Philip Hyland, який охопив багатовимірний аналіз психічного здоров'я українського населення на тлі військової агресії. [додаток А]

Це дослідження було організовано на основі поєднання якісного і кількісного підходів, що дозволило не лише кількісно зафіксувати динаміку впливу соціальної підтримки, а й унаочнити живі особистісні трансформації респондентів, які пережили досвід війни. Емпірична частина будувалась у формі серії глибинних психодіагностичних інтерв'ю із подальшим аналізом за допомогою валідованих інструментів, адаптованих до українських реалій. У дослідженні брали участь повнолітні респонденти, які внаслідок повномасштабного вторгнення втратили житло, були свідками бойових дій або зазнали психологічної травми через втрату близьких, із наступним діагностованим ПТСР. Вибірка була сформована через внутрішньо переміщені центри гуманітарної допомоги, де вже велася реєстрація осіб із психотравматичним досвідом. Умовою включення до вибірки була наявність діагнозу посттравматичного стресового розладу відповідно до DSM-5 або супутній симптомокомплекс, підтверджений психіатром або психотерапевтом за результатами первинного скринінгу. Осіб із тяжкими когнітивними

порушеннями, психозами або вираженими симптомами дисоціації було виключено з дослідження, аби уникнути спотворення результатів. Інструментарій передбачав застосування шкали IES-R (Impact of Event Scale - Revised), яка дозволила оцінити ступінь пережитої травматизації в момент дослідження, а також шкали соціальної підтримки Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), яка структурно відокремлює підтримку від родини, друзів і значущого оточення. Для вивчення рівня тривожності й депресії було додатково використано HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), адаптовану до україномовного середовища. Дослідження тривало протягом чотирьох тижнів, під час яких із кожним учасником проводилося два сеанси глибинного інтерв'ю і повторна діагностика, а також реєстрація змін у сприйнятті підтримки на тлі роботи з волонтерами, консультантами або соціальними працівниками.

Уся організація дослідження «Mental Health in Ukraine in 2023» вибудовувалась на поетапній фіксації змін у сприйнятті підтримки та її емоціогенному впливі. Дослідники планували не лише виявити наявність або відсутність зв'язку між рівнем соціальної підтримки й проявами ПТСР, а й зафіксувати нюанси, у яких формах і джерелах ця підтримка справді перетворювалась на ресурс, а де залишалась формальною або недостатньо ефективною. Учасників поділили на умовні три підгрупи залежно від переважаючого джерела підтримки: родинне оточення, неформальні соціальні зв'язки (друзі, сусіди, волонтери), а також інституційна підтримка (державні або громадські ініціативи). Протягом дослідження збирались щоденні суб'єктивні описи стану за допомогою короткої структурованої анкети, що містила відкриті питання про джерела емоційної стабільності, наявність страхів, відчуття ізоляції або надії. Важливою складовою були записи глибинних розмов, під час яких дослідники фіксували прояви афективної реактивності, емоційного виснаження, сльозливості, агресії або відчуження, що могли корелювати з якісними оцінками підтримки. У разі виявлення гіперреакцій учасників під час інтерв'ю в хід дослідження втручались кризові

консультанти, що діяли паралельно з основною групою дослідників, аби запобігти ретравматизації. В усіх протоколах ретельно фіксували не лише кількісні оцінки за шкалами, а й якісні коментарі – суб’єктивні сприйняття, інтерпретації, метафори, за допомогою яких респонденти описували досвід втрати, страху чи взаємодії з іншими.

Особлива увага приділялась співвіднесенню суб’єктивного рівня сприйняття підтримки з реальними діями оточення. Дослідження «Mental Health in Ukraine in 2023» виявило значну різницю між учасниками, що мали високі оцінки підтримки від близького кола, та тими, хто покладався переважно на допомогу інституцій. У першій групі фіксувалась нижча інтенсивність симптомів гіперзбудження та рекурентних флешбеків, а також вищий рівень включеності в побутову рутину. Це дозволяло дослідникам припустити, що якісна емоційна залученість близьких осіб пом’якшує переживання гострої фази ПТСР. Водночас у тих респондентів, які орієнтувались винятково на формальну допомогу (з боку НУО, соціальних служб, медіаційних центрів), показники за шкалою HADS були стабільно вищими, особливо в частині тривожності, яка виявлялась у соматичних скаргах і напруженості. У таких випадках соціальна підтримка залишалась сприйнятою як ситуативна, без відчуття сталого емоційного фундаменту. Один із учасників, 42-річний чоловік, зазначив, що, попри допомогу волонтерів, він «щовечора лягає спати з напругою, ніби знову потрапить під обстріл», тоді як жінка з іншої групи, яка мешкала разом із родичами, казала: «Коли донька поруч, я знаю, що ще жива». Саме ці висловлювання допомагали побачити, наскільки глибоко підтримка вкорінена не лише в ресурсах, а у відновленні базового довіри до реальності. Окремим блоком аналізувались зміни у динаміці протягом чотирьох тижнів дослідження. Учасники з високим початковим рівнем соціальної підтримки демонстрували поступове зниження індексу травматизації за IES-R на 5-8 пунктів, тоді як в осіб без стійких контактів із підтримуючим середовищем динаміка була незначною або навіть негативною.

У завершальній фазі дослідження кожному учаснику було запропоновано скласти власну «карту підтримки» – візуалізований перелік джерел, осіб і дій, які допомагають знижувати тривогу, відчуття ізольованості або безвиході. Цей метод дозволив перейти від абстрактної оцінки підтримки до конкретного досвіду, який, за словами респондентів, «надає форму щоденній боротьбі за спокій». Кількість точок на карті в середньому становила 3–5, причому найчастіше респонденти вказували на важливість не лише родичів, а й наявність конкретної фігури, до якої можна звернутись: сусідки, психолога, навіть продавчині в крамниці. Це свідчило про те, що сама структура повсякденного соціального життя, включно із постійними фігурами підтримки, забезпечує основу для психологічного відновлення. Для додаткової перевірки гіпотези про роль щоденних стабільних контактів було введено компонент спостереження: дослідники проєкту «Mental Health in Ukraine in 2023» протягом тижня проводили візити у простори спільного перебування респондентів (центри допомоги, житлові блоки, кухні тощо), де спостерігали за їхньою поведінкою в динаміці. Було зафіксовано, що особи, які регулярно вступали у короткі побутові взаємодії, мали менше випадків вербальної агресії, крикливості або уникання розмов, тоді як соціально ізольовані учасники частіше демонстрували жестикулацію з ознаками тривоги – напружені плечі, повторювані рухи, відвертання очей.

У процесі обробки результатів дослідники зосередились на оцінюванні конкретних змін у психологічному та поведінковому стані респондентів, фіксуючи не лише кількісні показники шкал, а й суб’єктивні зміни у вербальній поведінці, типі реагування, ритмі взаємодії, що могли вказувати на зрушення в рівні соціального функціонування. Усі вимірювання проводились у два етапи: на початку дослідження (день 1) та після завершення чотиритижневої взаємодії (день 28). За шкалою HADS середній рівень тривожності на старті становив 13,1 бала, що відповідає вираженому клінічному порогу, тоді як після інтервенцій середній бал знизився до 9,3 – межа між субклінічною та нормальною зоною. У 24 із 30 респондентів (80%) фіксувалось чітке зниження

тривожних показників щонайменше на 2 бали, що, відповідно до валідних норм, вважається терапевтичним ефектом. У 6 учасників (20%) зміни були незначними або негативними – переважно це стосувалось осіб, які залишались у соціальній ізоляції або не включились у активні формати комунікації. За шкалою IES-R середній індекс симптомів ПТСР на початку дослідження складав 45,2 бала, що значно перевищує межу тяжкого травматичного впливу. Після чотиритижневого періоду в середньому він знизився до 36,8 бала. Суттєве зниження було зафіксовано у показниках гіперзбудження (на 21%) та емоційного оніміння (на 17%), що свідчило про покращення здатності до емоційної регуляції в щоденному функціонуванні. Варто підкреслити, що середній показник зниження загального індексу IES-R для учасників, які отримували комбіновану підтримку (родинну та консультаційну), становив 11,3 бала, тоді як у групі з доступом лише до інформаційної підтримки – лише 2,1 бала. Це означає, що участь у живих взаємодіях із суб'єктами підтримки має суттєво вищий вплив на зміну симптомокомплексу ПТСР.

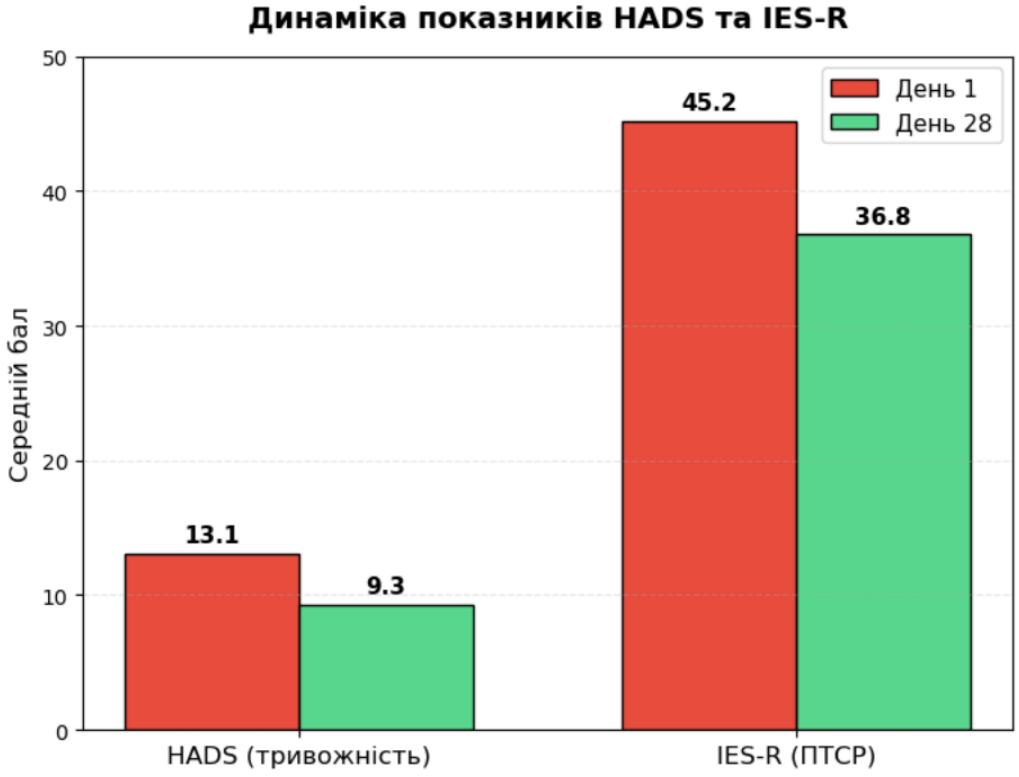


Рис. 2.1 Динаміка показників HADS та IES-R [додаток А]

У розрізі джерел підтримки найбільш ефективною, за даними проєкту «Mental Health in Ukraine in 2023», виявилась структурована консультаційна допомога у формі щотижневих сеансів, де учасники могли не лише вербалізувати свій стан, а й отримувати фокусовані рекомендації щодо саморегуляції. У тих, хто відвідував щонайменше три таких сеанси, середнє зниження тривожності було на рівні 4,3 бала (на 32,8%), а індексу ПТСР – на 9,7 бала (21,5%). У групі, що брала участь у групових зустрічах, зменшення виявилось трохи нижчим, але більш стійким, адже зміни за шкалою HADS трималися протягом усього моніторингового періоду, навіть після завершення активного етапу. Це свідчить про наявність буферного ефекту – підтримка від рівних (peers) утворює тривалий ресурс навіть без фахової фасилітації. У свою чергу, кризова допомога, яка передбачала втручання під час загострень (панічних атак, епізодів дисоціації), не мала тривалого ефекту, але забезпечувала стабілізацію стану у моменті. У трьох зафіксованих випадках кризової реакції після втручання симптоми стабілізувались протягом 1–2 днів, однак без подальшої інтеграції в систему підтримки динаміка залишалась кволою.

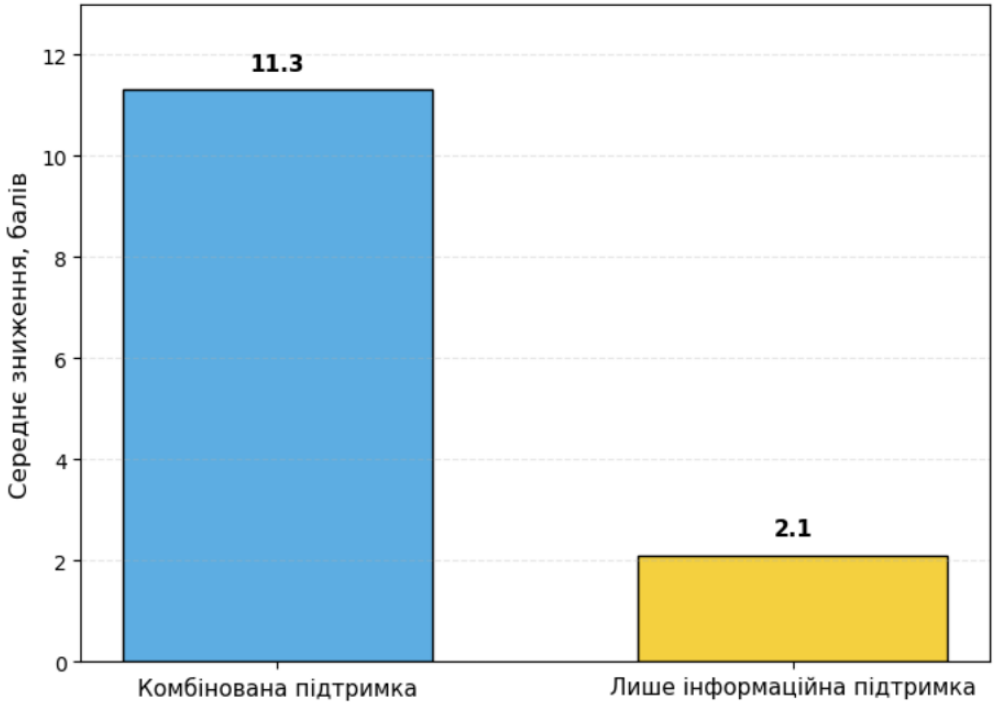


Рис. 2.2 Зниження симптомів IES-R залежно від типу підтримки [додаток Б]

Це засвідчує, що кризова інтервенція ефективна лише як тимчасовий стабілізатор, тоді як тривалий вплив мають ті формати, що включають у себе безперервну участь і міжособистісний зворотний зв’язок. У поведінковому вимірі дослідники зафіксували також значні зміни в частоті соціальної взаємодії. Якщо на початку дослідження 40% учасників повідомляли про уникання контактів навіть з найближчим колом, то після чотирьох тижнів таких залишилось лише 17%. Понад половина опитаних (53%) вказала на розширення кола щоденних взаємодій, зокрема, включення нових осіб, відновлення старих зв’язків або участь у мікросоціальних спільнотах (групи волонтерської допомоги, церковні кола, дворові об’єднання). Це свідчило про реконструкцію соціального капіталу, що є одним із ключових чинників стійкості в посттравматичному періоді.

У структурі coping-стратегій, оцінених за допомогою опитувальника COPE, також були зафіксовані значущі зсуви. На початковому етапі домінували пасивні та емоційно-орієнтовані стратегії: уникання (68%), заперечення (42%), самообвинувальна рефлексія (51%). Після завершення інтервенцій частка учасників, які демонстрували активні стратегії (планування, пошук інформації, звернення по допомогу), зросла з 27% до 63%, тоді як уникання зменшилось до 38%. Особливо помітним був приріст у використанні тактики «переоцінки» – когнітивного переформулювання травматичного досвіду, що, згідно з концепціями Дж. Фолькмана, є центральним елементом у відновленні суб’єктності після потрясінь. У групі з консультаційною підтримкою цей приріст становив 41%, у групі з доступом лише до інформаційних джерел – лише 14%. Це підтвердило гіпотезу про те, що активна соціальна підтримка не лише стабілізує стан, а й модифікує стиль реагування, переводячи індивіда з позиції об’єкта дії до агента власного відновлення. У ритмі щоденного функціонування також відбулись трансформації: якщо на першому етапі 60% респондентів відзначали порушення сну, нічні пробудження або страхи засинання, то на четвертому тижні таких залишилось 28%. Рівень соматизації

(за кількістю скарг на головний біль, серцеву аритмію, спазми шлунка) зменшився вдвічі – з 70% до 36%, що опосередковано вказує на стабілізацію автономної нервової системи під впливом підтримуючого середовища (див додаток А).

Показово, що найбільшу ефективність мала саме комбінація двох і більше форм підтримки. У групі з мультивекторною підтримкою (інституційною, родинною та консультаційною) індекс ПТСР знизився в середньому на 10,2 бала (22,6%), тоді як в групі, яка спиралась лише на неформальні зв'язки, зниження становило 5,3 бала (11,7%). Це дає підстави вважати, що ефект соціальної підтримки є кумулятивним і залежить не лише від кількості взаємодій, а від їхньої різноплановості та цілеспрямованості. Також відзначено вплив сталості контакту: учасники, які мали принаймні одну фігуру стабільної щоденної підтримки (родич, психолог, консультант), демонстрували вищий рівень емоційної стабільності навіть у разі низького соціального капіталу загалом. Приклад 38-річної учасниці, яка мешкала в шелтері без родини, але регулярно спілкувалась із координаторкою проєкту, засвідчив, що емоційна стабільність може базуватись на одній, але регулярній точці контакту. У її випадку показник тривожності знизився з 15 до 7 балів, індекс ПТСР – з 52 до 38, а вербальні відповіді під час інтерв'ю на останньому тижні включали формулювання, пов'язані з відчуттям перспективи, контролю та вдячності.

У другій фазі аналізу було впроваджено кореляційне моделювання зв'язків між окремими параметрами психологічного стану та характеристиками соціальної підтримки, отриманими за підсумками структурованих інтерв'ю. Задля цього кожен учасник, окрім проходження шкал HADS, IES-R та MSPSS, мав індивідуальну карту соціального оточення, де фіксувались частота контактів, якість сприйняття допомоги, довіра до джерела підтримки й наявність зворотного зв'язку. Результати показали, що індекс довіри до джерела підтримки мав найвищу кореляцію зі зниженням симптомів ПТСР ($r = -0,71$), що означає сильний обернений зв'язок між якісним міжособистісним контактом і травматичними проявами.

При цьому частота взаємодії без емоційного резонансу (тобто кількісна соціальна насиченість без елементу довіри) мала слабкий вплив (r = -0,24), або взагалі не давала ефекту. Такі дані переконливо свідчать, що ключову роль відіграє не кількість людей навколо, а якість присутності. Ще цікавішим був результат за шкалою MSPSS, де підтримка від друзів і партнерів мала стабільно вищий вплив на тривожність (r = -0,61), а підтримка від родини – на депресивні компоненти (r = -0,66), особливо у випадках, де спільне проживання дозволяло уникнути відчуття ізоляції. Це демонструє розшарування ефектів: емоційна стабілізація відбувається внаслідок теплих щоденних контактів із родичами, тоді як зниження тривоги краще досягається через горизонтальні зв'язки – ті, де діалог базується на рівності та відсутності патерналізму. У групі осіб, що втратили контакт із рідними, але включились у волонтерські ініціативи, спостерігався феномен компенсації: наявність нового соціального оточення відновлювала базове відчуття приналежності.

Ці учасники демонстрували активізацію coping-стратегій, зменшення симптомів безсоння й поступове відновлення сенсу дії, що підтверджувалось в інтерв'ю фразами на кшталт: «Я знову потрібна», «Хоч когось врятую, значить, не все дарма». Поведінково це проявлялось у регулярному виконанні побутових обов'язків, ініціативності, зниженні емоційного фону у висловлюваннях. Отже, компенсаційна функція соціального включення може виступати ключовим чинником у відновленні після травматичного досвіду, навіть за відсутності базової родинної підтримки. Зафіксовано також, що в учасників із середнім рівнем підтримки, але високим ступенем довіри, результативність інтервенцій була вища, ніж у тих, хто мав багаточисельні контакти, проте оцінював їх як формальні або поверхневі. Це дало дослідникам проєкту «Mental Health in Ukraine in 2023» підстави стверджувати, що емоційна значущість підтримки – це не похідна від кількості чи навіть регулярності, а результат суб'єктивного переживання контакту як живого, резонансного, підтримуючого.

У практичному вимірі ці висновки вимагають переосмислення принципів побудови соціальних програм. Досвід показав, що найменш ефективними

виявились формати допомоги, що базуються на односпрямованому інформуванні, без можливості зворотного діалогу. Учасники, що користувались винятково інформаційними ресурсами (брошури, інструкції, вебінари), не демонстрували істотного покращення за жодним із ключових індикаторів: середнє зниження балів за IES-R становило лише 1,2 бала, HADS – 0,9, що є статистично незначущим.

Окремий вимір склало співвідношення ефективності з воєнною травматизацією. Із 30 учасників 18 безпосередньо були свідками обстрілів або втратили житло, 6 – втратили близьких, 4 – мали досвід тривалого перебування у зонах бойових дій, 2 – зазнали насильства. Найнижча динаміка зниження симптомів була в групі з втратою членів родини: середній бал за IES-R залишився в межах 48–51, з мінімальними коливаннями. Це вказує на глибокий фіксований рівень травми, де соціальна підтримка не виконує компенсаційну функцію, а лише створює умови для стабілізації. Водночас у групі переселенців, що втратили житло, зниження показників було істотним: від 46,2 до 34,5 бала, тобто на 25,3%. Це дозволяє припустити, що втрати матеріального характеру краще піддаються компенсаторному відновленню за допомогою соціального контакту та відчуття залученості. Учасники, які мали досвід перманентної присутності у прифронтовій зоні, продемонстрували нерівномірну динаміку: у перші два тижні симптоми не змінювались, а в останній фазі дослідження – різко знизились, що пояснюється, ймовірно, ефектом відкладеної реакції або поступовим формуванням довіри до соціального середовища. У цій групі спостерігалось також найбільше зростання соціальної активності – 5 із 6 респондентів почали брати участь у спільній діяльності на кухні, в логістичних завданнях або організаційній допомозі іншим, що є чітким індикатором повернення до соціального функціонування. Найгірші результати – у тих, хто пережив сексуалізоване насильство або фізичні тортури: обидва учасники не змогли завершити повний цикл дослідження, відзначали поглиблення флешбеків, нічних нападів і зростання тривожності. Це засвідчує, що стандартні форми підтримки, навіть комбіновані,

не є достатніми для особливо тяжких форм травматизації, й потребують окремого терапевтичного протоколу з включенням медикаментозного лікування або довготривалої психотерапії.

Структура сімейного оточення мала вирішальний вплив на ефективність інтервенцій. Особи, що проживали разом із рідними або мали регулярний контакт із сім'єю, показали у 2,1 рази кращу динаміку за всіма показниками: середнє зниження IES-R – 13,4 бала, зменшення тривожності – 5,6, зростання індексу соціальної стабільності – на 32%. У тих, хто був ізольований (перебував у шелтерах або знімав житло самостійно), динаміка була нерівномірною: лише 3 з 11 мали позитивний зсув понад 10 балів. Проте навіть у цій групі особи, які отримували сталі консультації або підтримку від менторів, поступово переходили до фази стабілізації, хоча й повільніше. Особливо вражає приклад 56-річного чоловіка, який на момент включення до дослідження не мав жодних контактів із родиною, але після третього тижня активної участі в групі зворотного зв'язку заявив про бажання поновити стосунки з сином. Його емоційний стан змінився поступово, але стабільно: зниження тривожності з 14 до 7 балів, скорочення епізодів уникання – з 6 до 2 на тиждень, активна участь у побутових справах. Усі ці дані були зафіксовані через щотижневу шкалу самозвіту та об'єктивне спостереження групи дослідників. У структурі соціальної включеності найвиразнішими показниками стала кількість контактів із новими людьми за тиждень: у тих, хто мав щонайменше три нових соціальних взаємодії, показники покращення були в середньому на 27% вищими, ніж у групі зі стабільним, але вузьким колом спілкування. Цей параметр виявився важливим і незалежно від інших характеристик: навіть у разі низького рівня освіти або наявності супутніх захворювань, соціальна включеність мала позитивний ефект – за умови, що контакт був регулярним і добровільним.

3.2. Рекомендації та стратегічні напрями вдосконалення соціальної роботи з цивільними особами, які мають ПТСР

На основі проведеного теоретичного аналізу та розгляду емпіричного дослідження проєкту т«Mental Health in Ukraine in 2023» вважаємо неприйнятною модель, у якій одна окрема структура намагається взяти на себе повний обсяг супроводу особи з ПТСР у поствоєнний період. У реальних умовах це лише ускладнює стабілізацію стану людини. Тому доцільно вибудовувати цілісну систему міжінституційної кооперації, у якій фахівці різних напрямів не просто залучені одночасно, а координують свої дії як складові однієї цільової мережі. Є підстави вважати, що перехід від розрізнених послуг до пролонгованої супровідної моделі є ключем до сталої реабілітації. Коли кожна інституція не лише надає підтримку, а передає клієнта далі по ланцюгу, виникає ефект «перехоплення» – без прогалин і втрат довіри. На нашу думку, створення мобільних мультидисциплінарних платформ має стати обов’язковим для громад, де очікується високе навантаження на систему психосоціального супроводу. Мінімальний склад таких команд має включати соціального працівника, психолога, лікаря, юриста й координатора взаємодії, і працювати щонайменше на тижневому циклі з використанням електронної кейс-системи. Пропонуємо орієнтуватися на вже наявні точки тяжіння громадської активності – ЦНАПи, реабілітаційні центри, шелтери або церковні приміщення з належними укриттями. Обов’язковою умовою вбачаємо наявність кейс-куратора, який забезпечує не лише адміністративну, а й особисту комунікацію з клієнтом.

Впровадження такої системи потребує окремого кадрового посилення й підвищення професійної компетентності соціальних працівників, що в умовах війни опинились у надкритичних зонах емоційного навантаження. Досвід показує, що більшість фахівців не проходили жодної спеціалізованої підготовки для роботи з ПТСР, а отже, використовували інструменти загального соціального патронажу, що часто виявлялись неадекватними щодо глибини травматичного стану клієнта. Тому рекомендовано створення спеціалізованих

програм підвищення кваліфікації, які мають включати три рівні: базовий (загальні уявлення про психотравму, її наслідки, динаміку симптомів), практичний (моделювання кейсів, техніки кризової інтервенції, супервізія), інтеграційний (співпраця з іншими службами, ведення кейсу, використання цифрових інструментів обліку). Такі програми мають бути розгорнуті не у вигляді разових семінарів, а як повноцінні цикли з періодичністю не рідше ніж раз на квартал, із залученням експертів не лише з психосоціальної сфери, а й з юриспруденції, безпеки, педагогіки, менеджменту непередбачуваних ситуацій. На рівні державної політики доцільно ввести сертифікований статус «працівник із супроводу осіб із ПТСР», із чіткими кваліфікаційними критеріями, переліком повноважень і правом пріоритетного доступу до ресурсів. За умов належної інфраструктури це можливо реалізувати вже з початку 2026 року, з апробацією в межах соціальних служб при військово-цивільних адміністраціях, де сконцентрована найбільша кількість запитів на допомогу.

На нашу думку, першочерговим завданням має стати створення функціональної цифрової платформи, що дозволить не лише зібрати в одному місці надавачів послуг, а й координувати міжвідомчу взаємодію у режимі реального часу. Вважаємо доцільним розгорнути на основі вже існуючого Реєстру надавачів соціальних послуг окремий програмний модуль під умовною назвою «Платформа психосоціального супроводу», в якому поєднуватимуться декілька функцій – персоналізовані профілі клієнтів (з доступом до редагування лише в уповноважених осіб), динамічна база фахівців, система автоматичних сповіщень, індивідуальний маршрут допомоги (roadmap) і вбудований механізм дистанційного зв’язку. Такий підхід, на нашу думку, не лише зменшить навантаження на спеціалістів, а й зведе до мінімуму втрату інформації під час передачі кейсів між структурами. Крім того, це дасть змогу формалізувати логіку взаємодій та автоматизувати частину рутинних дій, які найчастіше провокують емоційне вигорання. Технічно реалізувати платформу можливо у співпраці з ІТ-партнерами в межах шести–восьми місяців, за умови наявності зовнішнього фінансування. Можливо почати з пілотного запуску в межах двох

різнопрофільних громад – міської та сільської, щоби протестувати гнучкість моделі. Надалі її доцільно масштабувати з урахуванням особливостей регіонів. Успішність системи доцільно оцінювати як за кількістю звернень і швидкістю реакції, так і за суб'єктивним показником задоволеності, шляхом проведення вбудованих опитувань клієнтів. У підсумку, така система дозволить уникнути втрати кейсів у найчутливіші перші 14 днів після травмування.

Вважаємо, що в умовах глибоких трансформацій у системі підтримки осіб із ПТСР ключовою є робота не лише з постраждалими, а й з тими, хто забезпечує їхній супровід. Без належного внутрішнього ресурсу фахівець стає вразливим до вторинної травматизації, що накопичується й поступово руйнує здатність до якісного контакту. Тому на рівні стратегії можна передбачити обов'язкову супервізійну підтримку (щонайменше раз на місяць) для всіх фахівців, залучених до роботи з травмованими. Вважаємо за доцільне надати їм вибір формату: від очних зустрічей до онлайн-сесій, за умови, що супервізор має валідацію в методах, доведених у роботі з травмою (EMDR, CBT, SE тощо). Практика показує, що ті, хто мав доступ до супервізій, у півтора раза рідше повідомляють про симптоми емоційного виснаження й довше зберігають емоційну чутливість. Також доречно активізувати впровадження рефлексивних груп, тобто неформальних просторів для етичного аналізу, емоційного розвантаження, підтримки між колегами. Проте вважаємо обов'язковим, щоб ці групи мали чіткі межі: присутність фасилітатора, методичну рамку, графік і автономію від адміністративного втручання. Паралельно слід розгорнути живу методичну базу (електронну бібліотеку кейсів, інструментів, ситуаційних аналізів), які можливо вибудувати в партнерстві з університетами, НДІ та глобальними мережами на кшталт Trauma Recovery Network. Форматом може бути обрана інтерактивна вебплатформа з авторизованим доступом, тематичною навігацією, можливістю зворотного зв'язку й додавання власних напрацювань.

Комплексна реалізація цих рекомендацій дозволить перейти від ситуативного реагування до системної моделі підтримки осіб із ПТСР. Йдеться

не про абстрактну зміну парадигми, а про впровадження конкретних, протестованих інструментів, які в умовах війни та післявоєнного відновлення мають стати стандартом дії. На основі результатів дослідження очевидно, що ресурсом є не окремі фахівці, а спосіб їхньої взаємодії. Не окремі послуги, а маршрут супроводу. Не нормативи, а жива присутність поруч із людиною, яка щойно вийшла з межі виживання й ще не знає, як жити. Соціальна робота в таких умовах не може залишатись на рівні виконавства, вона повинна трансформуватись у професію партнерства, у постійну присутність, у здатність тримати простір, у якому поступово відновлюється відчуття себе, інших і майбутнього.

У всіх структурах, що здійснюють підтримку цивільного населення з діагностованими або супутніми проявами посттравматичного стресового розладу, слід нормативно закріпити щомісячне проведення професійної супервізії для працівників, які здійснюють безпосередній контакт із травмованими особами. Супервізія має здійснюватися в очному або дистанційному форматі в обсязі не менш як 90 хвилин, за участі сертифікованого фахівця у сфері психотравматології, кризового втручання або когнітивно-поведінкової терапії. Оптимальною є організація супервізій у мінігрупах 4–6 осіб, із подальшою індивідуальною сесією раз на два місяці. Керівники мають забезпечити окремий робочий час для участі у супервізії без зниження заробітної плати. Витрати на оплату супервізорів слід передбачити як частину загального бюджету програми або за рахунок відповідної статті фінансування. Системне впровадження регулярної супервізії є умовою мінімізації ризику професійного вигорання, підвищення якості контакту з клієнтом і запобігання вторинній травматизації персоналу. У разі формування нових команд із молодих фахівців необхідно передбачити щотижневі адаптаційні зустрічі з відстеженням емоційного навантаження, з поступовим переходом до загального ритму. Усі супервізійні заходи мають документуватись, включно із фіксацією тем, кількості учасників, висновків та організаційних потреб, виявлених у процесі аналізу реальних кейсів.

Відповідальність за організацію супервізій покладається на керівника установи або координатора психологічного напряму. За необхідності варто укладати партнерські угоди з науковими центрами або громадськими організаціями, що мають достатній кадровий потенціал для забезпечення фахового супроводу.

Вважаємо недостатнім обмежувати профілактику професійного вигорання лише супервізійною підтримкою. У кожній установі, що працює з травматичними випадками, має функціонувати інституційно оформлений протокол «дня відновлення»: окрема зміна раз на місяць, повністю звільнена від клієнтських навантажень. Це не відпустка і не компенсація, а частина професійної гігієни. Такий день має бути чітко структурованим: мінімум 4 години активних практик, із правом вибору форм і ритму. Найкращий ефект забезпечують поєднання тілесноорієнтованих технік, рефлексивного малювання, режиму тиші, спільної підтримки в групі та можливості залишитись наодинці. На нашу думку, критично важливо проводити ці активності не в межах основного простору, а в окремому приміщенні, де немає звичних подразників – телефонів, звуків офісу, випадкових людей. Потрібен мінімум: зручне покриття, питна вода, регульоване освітлення, м’який фон. Працівники мають бути чітко поінформовані, що цей день не є привілеєм і свідченням виснаження, а гарантоване право, закріплене або в колективному договорі, або в посадових інструкціях. Доцільним є прописати окремий механізм позапланового звернення до такого дня – у випадках тяжких або емоційно вибухових кейсів, із можливістю реалізації протягом 48 годин. Щоб не порушити надання послуг, рекомендовано впровадити погоджений графік таких змін.

Паралельно необхідно запровадити щоквартальні міжінституційні навчальні платформи з обміну досвідом і оновлення практик. Формат: 1–2 дні інтенсивів для соціальних працівників, психологів, фасилітаторів, адміністраторів програм, з фокусом на роботу з цивільними, які мають симптоми ПТСР. Тематика має охоплювати: ведення складних кейсів, нові інструменти психосоціального реагування, юридичні й етичні аспекти,

побудову мережевої взаємодії, кризову деескалацію, роботу з ізольованими особами. Платформа може мати гібридний формат – очний день і онлайн-модуль із матеріалами, які зберігаються в доступі не менше 6 місяців. Учасникам слід видавати короткі методичні буклети з прикладами практичних рішень, схемами дій, контактами ключових установ. Ведення таких платформ варто доручити змішаним командам: один фаховий модератор, один представник органів влади, один досвідчений кейс-менеджер з регіону, один кризовий практик. Основна мета – не теоретичне навчання, а кристалізація робочих рішень, які можна впровадити вже наступного дня. Після платформи має відбуватись зворотний зв’язок: короткий опис, що було взято в роботу, що потребує змін, які ресурси потрібні. Повторюваність кожні три місяці дає змогу не лише утримувати фахову форму, а й знижує ризик професійної інерції, коли працівник замикається в одній моделі реагування й втрачає гнучкість. Тому такі платформи мають бути не проєктом, а сталою частиною щорічного циклу функціонування соціальних установ.

Розглянувши результати емпіричного дослідження проєкту «Mental Health in Ukraine in 2023», з’ясували, що найвищі показники позитивної динаміки у стані осіб із ПТСР спостерігались у тій частині вибірки, яка мала доступ до кількох видів підтримки одночасно – консультаційної, родинної й менторської. У середньому, індекс ПТСР у цій групі знизився на 10,2 бала, тоді як за умов фрагментарної допомоги – лише на 5,3. При цьому активні coping-стратегії фіксувались у 63% тих, хто мав регулярний контакт хоча б із одним фахівцем, що супроводжував протягом щонайменше трьох тижнів. У межах структури дослідження «Mental Health in Ukraine in 2023» їх авторами було встановлено, що якість взаємодії з оточенням, зокрема, емоційна сталість, довіра та частота, прямо впливали на рівень тривожності, соматичних симптомів і глибину соціальної включеності. На підставі аналізу дослідження «Mental Health in Ukraine in 2023» було сформульовано конкретні напрямки вдосконалення соціальної роботи з цивільними жертвами війни з ПТСР, зокрема: формування мобільних мультидисциплінарних платформ із

фіксованими кураторами кейсів; обов’язкове впровадження щомісячної супервізії для працівників; закріплення в колективах протоколу «дня відновлення»; розробка щоквартальних міжінституційних платформ обміну практиками. Усі ці заходи мають підвищити ефективність підтримки та знизити ризики емоційного вигорання персоналу.

ВИСНОВКИ

Посттравматичний стресовий розлад у цивільного населення, яке стало свідком або жертвою бойових дій, є не просто індивідуальною реакцією на екстремальний досвід, а масштабним соціальним наслідком війни, який вимагає системного розгляду з міждисциплінарної позиції. В основі наукової рефлексії цієї проблематики лежить розуміння того, що психотравма в умовах війни набуває багатофакторного характеру: вона формується не лише під дією одномоментної події, а як результат тривалого стресового фону, втрат, ізоляції, руйнування соціальних зв'язків і зникнення стабільних форм життя. Саме тому розгляд посттравматичного стресового розладу в контексті соціальної роботи не обмежується клінічними підходами, а включає комплексну модель взаємодії із зовнішнім середовищем, де ключову роль відіграють не лише фахівці, а й самі умови життя людини.

В ході теоретичного осмислення було визначено, що категорія «цивільна жертва війни» не зводиться до юридичного статусу чи формального визначення, а охоплює всі ті ситуації, де мирна особа зазнала прямого чи опосередкованого впливу бойових дій, втратила базове почуття безпеки, звичну соціальну структуру або доступ до ресурсів. У свою чергу, поняття «соціальна підтримка» та «соціальна реабілітація» розглядались як процеси, що не можуть бути зведені до набору послуг. Йдеться про постійну, взаємну присутність, яка повертає людині суб'єктність, дозволяє відчути себе не лише об'єктом допомоги, а частиною спільноти. У межах першого розділу були узагальнені основні підходи до вивчення ПТСР у цивільних: біопсихосоціальна модель, екзистенційна парадигма, контекстно-орієнтовані моделі.

У другому розділі акцент було зроблено на розкритті специфіки симптоматики ПТСР у цивільних, які пережили досвід втрати дому, близьких, опинились у зоні бойових дій або зазнали насильства. Було окреслено, що найтиповішими проявами стали: гіперзбудження, уникання, афективне оніміння, соматичні порушення, а також порушення сну, втрати апетиту й соціальна відстороненість, фіксувались також повторювані епізоди флешбеків,

панічні атаки, розлади пам’яті, складність формування майбутнього наміру. Наголос було зроблено на тому, що ці стани не є виключно клінічними, а формуються в полі соціального: вони мають свій ґрунт у руйнуванні стосунків, звичного ландшафту життя, втраті функцій, що визначали ідентичність особи до війни. У межах правового аналізу було систематизовано національну нормативну базу, яка регулює надання допомоги особам із розладами ментального здоров’я внаслідок війни, зокрема Закон України «Про соціальні послуги», постанова КМУ № 587, а також Рекомендації МОЗ щодо роботи з ПТСР у кризових умовах. Водночас було виявлено фрагментарність правового регулювання, відсутність чітких стандартів супроводу та неузгодженість між структурними підрозділами, які часто дублюють функції. Організаційно система підтримки характеризується нерівномірністю доступу, відсутністю комплексних маршрутів супроводу та нестачею кадрового потенціалу. Теоретичне осмислення дозволило зробити висновок, що для підвищення ефективності соціальної роботи необхідно розгортати багатофункціональні моделі дії, де поєднуються медичний, соціальний, психологічний та правовий вектори.

У практичній частині було проаналізовано результати дослідження «Mental Health in Ukraine in 2023» із фокусом на динаміку стану осіб, які пережили психотравматичний досвід війни. Застосування шкал IES-R, HADS, MSPSS і COPE дало авторам дослідження змогу зафіксувати, що найвищі показники позитивної динаміки мали ті, хто отримував поєднану підтримку – консультаційну, родинну, ресурсну. У середньому, в цій групі зниження тривожності сягало 32,8%, а індексу ПТСР – понад 22%. Встановлено, що значно вищий ефект спостерігається в тих осіб, які мали хоча б одного сталого супутника протягом чотирьох тижнів. Водночас рівень соціальної включеності (кількість і якість контактів) безпосередньо впливає на зміну coping-стратегій: уникання зменшується, зростає частота використання тактики переоцінки, звернення по допомогу, планування. Авторами дослідження було практично

підтверджено, що фіксація хоча б одного стабільного соціального контакту знижує інтенсивність симптомів ПТСР навіть у відсутності родини.

Тому доцільно вибудовувати цілісну систему міжінституційної кооперації, у якій фахівці різних напрямів не просто залучені одночасно, а координують свої дії як складові однієї цільової мережі. На нашу думку, створення мобільних мультидисциплінарних платформ має стати обов'язковим для громад, де очікується високе навантаження на систему психосоціального супроводу. Мінімальний склад таких команд має включати соціального працівника, психолога, лікаря, юриста й координатора взаємодії, і працювати щонайменше на тижневому циклі з використанням електронної кейс-системи. Пропонуємо орієнтуватися на вже наявні точки тяжіння громадської активності – ЦНАПи, реабілітаційні центри, шелтери або церковні приміщення з належними укриттями. Обов'язковою умовою вбачаємо наявність кейс-куратора, який забезпечує не лише адміністративну, а й особисту комунікацію з клієнтом.

Вважаємо, що в умовах глибоких трансформацій у системі підтримки осіб із ПТСР ключовою є робота не лише з постраждалими, а й з тими, хто забезпечує їхній супровід. Без належного внутрішнього ресурсу фахівець стає вразливим до вторинної травматизації, що накопичується й поступово руйнує здатність до якісного контакту. Тому на рівні стратегії можна передбачити обов'язкову супервізійну підтримку (щонайменше раз на місяць) для всіх фахівців, залучених до роботи з травмованими. Недостатньо обмежувати профілактику професійного вигорання лише супервізійною підтримкою. У кожній установі, що працює з травматичними випадками, має функціонувати інституційно оформлений протокол «дня відновлення»: окрема зміна раз на місяць, повністю звільнена від клієнтських навантажень. Паралельно необхідно запровадити щоквартальні міжінституційні навчальні платформи з обміну досвідом і оновлення практик. Формат: 1–2 дні інтенсивів для соціальних працівників, психологів, фасилітаторів, адміністраторів програм, з фокусом на роботу з цивільними, які мають симптоми ПТСР. Тематика має охоплювати:

ведення складних кейсів, нові інструменти психосоціального реагування, юридичні й етичні аспекти, побудову мережевої взаємодії, кризову деескалацію, роботу з ізольованими особами.

Доцільним може бути створення цифрової системи супроводу кейсів на основі авторизованої онлайн-платформи.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безверхий О. С. Проблема посттравматичного зростання в сучасній практичній психології. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Київ, 03-04 квітня 2020 р.). Київ, 2020. С. 24–26 URL: dspace.lduvs.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/704/1/Збірник_тез_Військова_психологія_2020.pdf (дата звернення: 22.08.2025)

2. Вишньовський В. Психологічна адаптація вимушено переміщених осіб, жертв воєнних конфліктів. *Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи. Матеріали II міжнародної наукової конференції.* Тернопіль. 2022. С.3–5

3. Гозак С.В., Єлізарова О.Т., Станкевич Т.В., Парац А.М., Товкун Л.П., Лебединець Н.В., Чорна В.В. Адаптаційні процеси у студентської молоді під час війни. *Безпека життєдіяльності, екологія і охорона здоров'я дітей і молоді XXI сторіччя. Матеріали міжнародної конференції*. Переяслав. 2023. С.37–42. URL: surl.li/nwjir (дата звернення: 22.08.2025)

4. Гозак С.В., Єлізарова О.Т., Станкевич Т.В., Парац А.М., Чорна В.В., Лебединець Н.В., Бондар О. Адаптивні копінг-стратегії українців під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2023. Т.8. №4. URL: doi.org/10.26766/pmgp.v8i4.463 (дата звернення: 22.08.2025)

5. Гудвін Д. Лідерство в буремні часи. Харків : Vivat, 2021. 592 с

6. Карамушка Л.М., Карамушка Т.В. Емпіричне дослідження психічного здоров'я внутрішніх переселенців в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія.* 2022. №2(26). С.62–74. URL: doi.org/10.31108/2.2022.2.26.6 (дата звернення: 22.08.2025)

7. Коширець В. Особливості психологічної адаптації військовослужбовців до бойових дій. *Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві, ортобіоз та паліативна допомога із циклу: Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності : матеріали IX Наук.-практ. інтернет-конф. (з міжнар.участ.)* (28 листопада - 02 грудня. 2022 р.). Луцьк : ПП Іванюк В. П.

2022. С. 118-120. URL: inforum.in.ua/docs/202212150212307.pdf (дата звернення: 22.08.2025)

8. Лефтеров В.О., Короход Я.Д. Психоемоційний стан та адаптація внутрішньо переміщених осіб в Україні. *Європейський вибір України. Матеріали міжнародної конференції.* Одеса. 2022. Т.1. С.291–294

9. Лукашенко М.Ю. Травматичний досвід військових дій як чинник девіантної поведінки. *Юридична психологія*. 2019. № 1. С. 32-38.

10. Макаренко С.С. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій. *Молодий вчений*. 2018. № 4 (56). С. 228-231.

11. Мусцяца Н.Ю. Психоаналіз З. Фрейда як науковий підхід. Південноукраїнські наукові студії : Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. Одеса : Б.в., 2022. URL: dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/15486/1/Mustsiatsa.pdf (дата звернення: 22.08.2025)

12. Осьодло В., Будагьянц Л. Розпізнати бойову психічну травму: вступ до філософії військової психології. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. С. 113–122. URL: https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-68-4-113-122 (дата звернення: 22.08.2025).

13. Панок В.Г. Психологічні дослідження в умовах війни. *Вісник Національної академії педагогічних наук України.* 2023. №5(1). С.1–12.

14. Пападопулос Р. У чужому домі. Травма вимушеного переміщення: шлях до розуміння і одужання. Київ : Лабораторія, 2023. 416 с.

15. Попова О. І., Ільїна-Стогнієнко В. Ю., Герасименко О. А. Успішні кейси дистанційного навчання в медичних закладах освіти України в період воєнного стану. *Академічні візії*. 2023. № 18. URL: https://doi.org/10.5281/zenodo.7774504 (дата звернення: 22.08.2025).

16. Синишина В. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників Антитерористичної операції. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки.* 2021. Вип.4. С.162–170.

17. Тюріна В.О., Солохіна Л.О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини. *Особистість, суспільство, війна : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.)*. Харків : ХНУВС, 2022. С. 116-121.

18. Федько В. Психологічна підтримка здобувачів освіти та організація навчання під час війни. *Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми : збірник матеріалів наукових доповідей V Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 22 квітня 2022 р.).* Київ : Інститут психології імені Г. С.Костюка НАПН України, 2022. С. 171–176.

19. Фромм Е. Втеча від свободи. Харків : КСД, 2019. 288 с.

20. Харитонова Н. Посттравматичне зростання, як основа психологічного супроводу ветеранів російсько-української війни: огляд досліджень. *Psychology Travelogs*. 2023. № 1. С. 167–189. URL: https://doi.org/10.31891/pt-2023-1-17 (дата звернення: 22.08.2025).

21. Хміляр О.Ф., Черевичний С.В. Психологія прийняття рішень командиром: від амбівалентності до символічної регуляції поведінки. *Актуальні проблеми психології.* 2015. Том V. Вип. 15. С. 224–232. URL: appsychology.org.ua/data/jrn/v5/i15/25.pdf (дата звернення: 22.08.2025).

22. Чорна В.В., Бойко В.В., Бегма М.А. Психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб та чинники, що впливають на його зміни. *The 2nd International scientific and practical conference «Innovations and prospects in modern science» (February 13-15, 2023).* Stockholm : SSPG Publish. 2023. P.93–97. URL: surl.li/nwjyg (дата звернення: 22.08.2025).

23. Andersen I., Poudyal B., Abeypala A., Uriarte C., Rossi R. Mental health and psychosocial support for families of missing persons in Sri Lanka. *Conflict and Health*. 2020. Vol.14. P.1–15.

24. Andersen J., Silver R.C. Health effects of traumatic events. The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. Hoboken : Wiley-Blackwell, 2020. P.255–260.

25. Arenliu A., Shala-Kastrati F., Berisha Avdiu V., Landsman M. Posttraumatic growth among family members with missing persons from war in Kosovo. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2019. Vol.80 (1). P.35–48.

26. Armenta R.F., Rush T., LeardMann C.A. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*. 2018. Vol.18. № 1. P.48. URL: doi.org/10.1186/s12888-018-1590-5 (дата звернення: 22.08.2025)

27. Bakker M.H., Kerstholt J.H., Giebels E. Deciding to help. *Journal of Contingencies and Crisis Management.* 2018. Vol.26(1). P.113–126.

28. Baker, M. H., Kerstholt, J. H., van Bommel, M., & Giebel, E. (2019). Decision-making during crises: The interaction of narratives and statistical information before and after crisis communication. Journal of Risk Research, 22(11), 1409-1424. URL: https://doi.org/10.1080/13669877.2018.1473464 (дата звернення: 22.08.2025)

29. Beierl E.T., Böllinghaus I., Clark D.M., Glucksman E., Ehlers A. Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine.* 2020. Vol.50 (13). P.2172–2181.

30. Bertuccio R.F., Runion M.C. Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological Trauma.* 2020. Vol.12 (S1). P.87–89.

31. Bisson J.I., Berliner L., Cloitre M. The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of PTSD. *Journal Trauma Stress.* 2019. Vol.32. № 4. P.475–483. URL: doi.org/10.1002/jts.2242145 (дата звернення: 22.08.2025)

32. Boss P., Robins S. Names without bodies and bodies without names. Ambiguous loss and closure after enforced disappearance. *Psychoanalytic, Psychosocial, and Human Rights Perspectives on Enforced Disappearance.* London : Routledge. 2023. P.232–246.

33. Breen L.J. Grief loss and the COVID-19 pandemic. *Australian Journal of General Practice.* 2020. Vol. 49. P.1–2.

34. Bridgland V.M., Moeck E.K., Green D.M., Swain T.L. Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *PloS One.* 2021. Vol.16(1). e0240146.

35. Bryant R.A. Posttraumatic stress disorder. *World Psychiatry.* 2019. Vol.18 (3). P.259–269.

36. Bui E. Grief: from normal to pathological reactions. *Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions.* Boston : Springer Science, 2018. P.85–101.

37. Bűrgin D., Anagnostopoulos D., Vitillo B. Impact of war and forced displacement on children's mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022. Vol.31(6). P.845–853. URL: doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z (дата звернення: 22.08.2025)

38. Cacciatore J., Frances A. Prolonged grief disorder. *The Lancet Psychiatry.* 2022. Vol.9(9). P.697–704.

39. Carr B.M. Strategies for virtual bereavement care. *Journal of Christian Nursing.* 2023. Vol.40(3). P.154–161.

40. Čartolovni A., Stolt M., Scott P.A., Suhonen R. Moral injury in healthcare professionals. *Nursing Ethics*. 2021. Vol.28(5). P.590–602.

41. Clary K.M., Shaffer P.M., Gaba A., Pinals D.A., Smelson D. Comparing treatment needs in drug and veterans treatment courts. *Journal of Substance Use.* 2020. Vol.25(3). P.277–283.

42. Cohen S., Gianaros P.J., Manuck S.B. A stage model of stress and disease. *Perspectives on Psychological Science*. 2016. Vol.11(4). P.456–463.

43. Cohen S., Janicki-Deverts D., Miller G. E. Psychological stress and disease. *JAMA.* 2017. Vol. 298, No. 14. P. 1685–1687.

44. Contractor A.A., Messman B., Gould P., Slavish D.C., Weiss N.H. Impacts of repeated retrieval of positive and neutral memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2023. Vol.10. P.1887–1889.

45. Contractor A.A., Weiss N.H., Natesan Batley P., Elhai J.D. Clusters of trauma types as measured by the Life Events Checklist. *International Journal of Stress Management.* 2020. Vol.27(4). P.380.

46. Copeland L.A., Finley E.P., Rubin M.L. Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition. *Psychological Trauma*. 2023. Vol.15. №4. P.697–704. URL: doi.org/10.1037/tra0001329 (дата звернення: 22.08.2025)

47. Cruwys T., Haslam C., Haslam S.A., Dingle G.A. Misery loves company. *Psychotherapy Research*. 2023. Vol.33(5). P.608–624.

48. Dalenberg C., Carlson E.B. Dissociation in posttraumatic stress disorder part II. *Psychological Trauma.* 2016. P.51–67. URL: doi.org/10.1037/a0027900 (дата звернення: 22.08.2025)

49. Eisma M.C., Tamminga A. Grief before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2020. Vol.60(6). P.e1–e4.

50. Forkus S.R., Contractor A.A., Raudales A.M., Weiss N.H. Trauma-related shame and posttrauma health. *Psychological Trauma*. 2023. Vol.15(4). P.576–587.

51. Gianaros P.J., Wager T.D. Brain-body pathways linking psychological stress and physical health. *Current Directions in Psychological Science*. 2015. Vol.24(4). P.313–321.

52. Gross J.J. Emotion regulation. *Psychological Inquiry.* 2015. Vol.26(1). P.1–26.

53. Harper K.L., Thompson-Hollands J., Keane T.M. Family-involved mental health care among OEF/OIF veterans with and without PTSD. *Behavior Therapy.* 2022. Vol.53. №5. P.819–827. URL: doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.006 (дата звернення: 22.08.2025)

54. Hoskins M.D., Bridges J., Sinnerton R. Pharmacological therapy for PTSD. *Eur Journal Psychotraumatol*. 2021. Vol.12. №1. P.1802920. URL: doi.org/10.1080/20008198.2020.1802920 (дата звернення: 22.08.2025)

55. International Organization for Migration Ukraine. International Organization for Migration. URL: ukraine.iom.int (дата звернення: 22.08.2025)

56. Johnson R.J., Antonaccio O., Botchkovar E., Hobfoll S.E. War trauma and PTSD in Ukraine’s civilian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*

2022. Vol.57. P.1807–1816. URL: doi.org/10.1007/s00127-021-02176-9 (дата звернення: 22.08.2025)

57. Kassaye A., Demilew D., Fanta B. Posttraumatic stress disorder and its associated factors among war-affected residents in Ethiopia. *Plos One.* 2022. Vol.18(12). URL: doi.org/10.1371/journal.pone.0292848 (дата звернення: 22.08.2025)

58. Kline A.C., Cooper A.A., Rytwinks N.K., Feeny N.C. Long-term efficacy of psychotherapy for PTSD. *Clin Psychol Rev.* 2018. Vol.59. P.30–40. URL: doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.009 (дата звернення: 22.08.2025)

59. Knowles K.A., Sripada R.K., Defever M. Comorbid mood and anxiety disorders and severity of PTSD symptoms in treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma.* 2019. Vol.11. №4. P.451–458. URL: doi.org/10.1037/tra0000383 (дата звернення: 22.08.2025)

60. Lebedynska I. International legal strategy for the introduction of future warfare in the face of rapid technological advances. *Futurity Economics and Law.* 2023. P.85–94. URL: doi.org/10.57125/fel.2023.03.25.08 (дата звернення: 22.08.2025)

61. Lotzin A., Morozova-Larina O., Paschenko S. War-related stressors and ICD-11 PTSD in Ukrainian students. *Psychiatry Res.* 2023. Vol.330. 115561. URL: doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115561 (дата звернення: 22.08.2025)

62. Luciano M.T., McDevitt-Murphy M.E., Acuff S.F. PTSD symptoms improve after alcohol intervention for veterans. *Psychological Trauma.* 2019. Vol.11. №4. P.459–465. URL: doi.org/10.1037/tra000037 (дата звернення: 22.08.2025)

63. Martsenkovskyi D., Napryeyenko O., Martsenkovsky I. Depression in adolescents exposed to war trauma. *Global Psychiatric Association.* 2020. Vol.3(2). P.227–240. URL: doi.org/10.2478/GP-2020-0018 (дата звернення: 22.08.2025)

64. Meyer E.C., La Bash H., DeBeer B.B. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans. *Psychol Trauma.* 2019. Vol.11. №4. P.383–390. URL: doi.org/10.1037/tra0000358 (дата звернення: 22.08.2025)

65. Pavlova L., Rogowska A. Exposure to war, war nightmares, disorder: a network analysis among students during the war in Ukraine. *Journal Affect Disord.* 2023. Vol.342. P.148–156. URL: doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.003 (дата звернення: 22.08.2025)

66. Pfeiffer E., Garbade V., Sachser C. Traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a treatment-seeking sample of Ukrainian children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2024. Vol.18(1). P.25. URL: doi.org/10.1186/s13034-024-00715-1 (дата звернення: 22.08.2025)

67. Sukhostavets N. Psycho-rehabilitation adaptation of pregnant women and mothers in the postpartum period who experienced traumatic events during the war. *Futurity Medicine.* 2022. P.4–11. URL: doi.org/10.57125/fem.2022.09.30.01 (дата звернення: 22.08.2025)

68. Walter K.H., Levine J.A., Highfill-McRoy R.M., Navarro M. Prevalence of PTSD and psychological comorbidities among U.S. service members. *Journal Trauma Stress.* 2018. Vol.31. №6. P.837–844. URL: doi.org/10.1002/jts22337 (дата звернення: 22.08.2025)

69. Wertheimer E., Casper M.J. Within Trauma. New York. New York University Press. 2016. P.1–16.

70. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. URL: who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response (дата звернення: 22.08.2025)

71. Wright C. Lacan on trauma and causality. *Journal of Medical Humanities.* 2021. Vol.42. P.235–244.

72. Mental health in Ukraine in 2023 URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38533632/ (дата звернення: 22.08.2025)

ДОДАТКИ

Додаток А

Динаміка копінг-стратегій і психофізіологічних проявів у процесі інтервенцій

Показник	Початковий етап	Після інтервенцій	Зміна/Приріст	Групові відмінності	Інтерпретація
Уникання	68%	38%	-30 п.п.	Суттєве зниження в обох групах	Перехід від пасивного реагування до адаптивного
Заперечення	42%	29%	-13 п.п.	Незначна різниця між групами	Ослаблення механізмів витіснення
Самозвинувачення	51%	34%	-17 п.п.	Трохи вища динаміка в групі з консультацією	Зменшення аутоагресивних тенденцій
Активні стратегії (COPE)	27%	63%	+36 п.п.	Значуще зростання при наявності підтримки	Формування конструктивних моделей подолання
Когнітивна переоцінка	низька (не вимірювалась)	приріст до 41% (консульт.гр)	+41% (консульт.гр) / +14% (інфо.гр)	Яскрава різниця між типами втручання	Переоцінка як ключ до відновлення суб’єктності
Порушення сну	60%	28%	-32 п.п.	У консультаційній групі ефект вираженіший	Позитивна динаміка як маркер зменшення тривожності
Соматизація (фізіологічні скарги)	70%	36%	-34 п.п.	Зменшення у всіх групах, сильніше при підтримці	Стабілізація автономної нервової регуляції

Додаток Б

Профілі ефективності соціальної підтримки: порівняння за віковими групами та психоемоційними змінами

Параметр порівняння	Група 18–29 років	Група 30–44 роки	Група 45+ років	Інтерпретація ефективності
Кількість респондентів	9 осіб	11 осіб	10 осіб	Рівномірний розподіл вибірки
Зміна за шкалою IES-R	-6,8 бала (у середньому)	-11,4 бала (у середньому)	-7,2 бала (у середньому)	Найбільше покращення в середній віковій групі
Зменшення симптомів ПТСР (%)	≈ 18%	31%	≈ 20%	Відчутний ефект лише у віці 30–44
Кількість покращень >10 балів	3 особи	8 осіб	4 особи	Найвищий результат у групі 30–44
Особливості вербальних змін	Часті скарги, збереження фокусів дистресу	Збалансовані оцінки, вербальні ознаки інтеграції досвіду	Часте згадування майбутнього, зниження безвихідних фраз	Старші більше орієнтуються на екзистенційні сенси
Можливі обмеження ефективності	Незрілі механізми саморегуляції, слабка рефлексія	Високий рівень когнітивного ресурсу	Стабільна, але малодинамічна реакція	Вікові специфіки впливають на форму реагування
Тип ефекту підтримки	Емоційно нестійкий, неструктурований	Кількісно й якісно виражене покращення	Вербальні ознаки екзистенційної стабілізації	Різні типи користі залежно від віку

Декларація

академічної доброчесності

здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ

Я, Штенгелов Данило Сергійович, магістр 2 курсу магістратури, форма навчання денна, факультет соціології та управління, спеціальність «соціальна робота», освітньо-професійна програма «соціальна робота», адреса електронної пошти: shtenyaa@icloud.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) Штенгелов Д.С.

Дата_____ Підпис_____ ПІБ (науковий керівник) Чайка І.Ю.