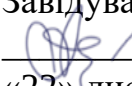


Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
Кафедра соціальної роботи та інклюзивної освіти

Допущено до захисту
Завідувач кафедру
 Катерина ПЕТРОВСЬКА
«22» листопада 2025

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЛИ НА ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ

Кваліфікаційна робота магістра

Виконав: здобувач вищої освіти другого
(магістерського) рівня вищої освіти
2 курсу м22СР (б) групи
Галузь знань 23 Соціальна робота спеціальності
231 «Соціальна робота»
Освітньо-професійна програма «Соціальна
педагогіка»

ЛІСОВСЬКИЙ Олександр

Науковий керівник:

канд. пед. наук, доц. **ЗАХАРОВА Н. М.**

Рецензент: канд. пед. наук, доц. **ТУРГЕНЄВА А.О**

Запоріжжя, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЛИ НА ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ ..	6
1.1. Поняття та сутність соціально-психологічної реабілітації	6
1.2. Психологічні наслідки перебування в умовах окупації	13
1.3. Соціальні аспекти адаптації постраждалих осіб.....	17
Висновки до першого розділу	23
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПРОЖИВАЛИ НА ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ.....	24
2.1. Початкове оцінювання психологічного стану постраждалих осіб: методи, вибірка та результати аналізу	24
2.2. Впровадження реабілітаційних заходів: опис активностей, методів та часові рамки.....	34
2.3. Оцінка ефективності реабілітаційного процесу: повторне оцінювання та аналіз змін.....	40
Висновки до другого розділу	47
ВИСНОВКИ	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	50
ДОДАТКИ	55

ВСТУП

З початком тимчасової окупації частини територій України, спричиненої військовою агресією росії, мільйони громадян опинилися в умовах тривалого психологічного, фізичного та соціального тиску. Проживання в ізоляції від основної частини країни, обмеження прав і свобод, перебування під постійною загрозою насильства, втрати близьких, доступу до освіти, медичних та інформаційних послуг спричинили глибоку психологічну травматизацію. Значна частина цих осіб або залишила окуповані території, або повернулась після деокупації в стані емоційного виснаження, страху, недовіри та дезорієнтації.

У сучасних умовах одним із найважливіших завдань державної політики та системи соціальної допомоги є забезпечення ефективної соціально-психологічної реабілітації постраждалих осіб. Без комплексної підтримки з боку фахівців – психологів, соціальних працівників, медиків, освітян, – ці громадяни ризикують залишитися в стані хронічної травми, що негативно позначатиметься не лише на їхньому особистому житті, а й на загальному стані суспільства.

Особливої гостроти це питання набуває у зв'язку з потребою інтеграції цих осіб у мирне середовище, уникаючи повторної травматизації, соціального відторгнення чи стигматизації. Окрім цього, пережитий досвід окупації часто призводить до посттравматичних стресових розладів, депресій, втрати базової довіри до соціуму, що значно ускладнює процес адаптації до нових умов життя. Таким чином, соціально-психологічна реабілітація має виступати не лише як етапна допомога, а як довготривалий і системний процес, який враховує індивідуальні потреби людини.

Водночас у науковій літературі недостатньо ґрунтовно розроблено підходи до реабілітації саме осіб, які тривалий час проживали на окупованих територіях. Існуючі дослідження часто зосереджуються на допомозі ветеранам, внутрішньо

переміщеним особам або жертвам катастроф, тоді як специфіка досвіду окупації, пов'язана з елементами психологічного терору, ідеологічного тиску, руйнації базових соціальних норм та ізоляції, потребує окремого глибокого аналізу та практичних рішень.

Усе це зумовлює потребу в ґрунтовному дослідженні процесу соціально-психологічної реабілітації, а також в розробці дієвих практичних рекомендацій для подальшого використання у сфері психологічної допомоги, соціального супроводу та формування державної політики реінтеграції.

Об'єктом дослідження є процес соціально-психологічної реабілітації осіб, які проживали на тимчасово окупованих територіях.

Предметом дослідження виступають психологічні особливості, умови, засоби та ефективність реалізації заходів соціально-психологічної реабілітації осіб, що зазнали негативного впливу перебування в умовах окупації.

Метою роботи є вивчення психологічних наслідків життя на окупованих територіях. Для досягнення поставленої мети були розроблені наступні завдання:

- проаналізувати теоретичні підходи до визначення поняття соціально-психологічної реабілітації.
- визначити основні психологічні наслідки перебування в умовах окупації.
- дослідити соціальні аспекти адаптації осіб після повернення з окупованих територій.
- провести первинне оцінювання психологічного стану постраждалих.
- розробити та впровадити комплекс соціально-психологічних реабілітаційних заходів.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що впровадження цілеспрямованих соціально-психологічних реабілітаційних заходів сприятиме зменшенню рівня психологічної напруги, зниженню проявів посттравматичного

синдрому, покращенню емоційного стану та ефективнішій соціальній адаптації осіб, які проживали на окупованих територіях.

Методи дослідження: теоретичні: індукція та дедукція, аналіз і синтез; порівняння, класифікація, абстрагування, конкретизація, систематизація; узагальнення; емпіричні: експеримент, статистичний аналіз, узагальнення.

Методики дослідження: Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна; шкала сприйманого стресу (PSS-10); анкета здоров'я пацієнта PHQ-9; шкала тривоги Бека (BDI).

Теоретичне значення роботи полягає в узагальненні та систематизації знань про соціально-психологічну реабілітацію осіб, які проживали на окупованих територіях, а також у розширенні наукових уявлень про психологічні наслідки пережитого травматичного досвіду та умови ефективної адаптації.

Практичне значення роботи полягає в розробці й апробації комплексу реабілітаційних заходів, які можуть бути використані фахівцями у сфері психологічної допомоги та соціальної підтримки для підвищення ефективності роботи з постраждалими.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (40 позицій, з яких 7 англomовних) та чотирьох додатків. Загальний обсяг роботи становить 61 сторінку. Також робота містить 9 таблиць та 8 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЛИ НА ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ

1.1. Поняття та сутність соціально-психологічної реабілітації

У сучасних умовах повномасштабної війни в Україні особливої актуальності набуває питання соціально-психологічної підтримки громадян, які проживали на тимчасово окупованих територіях. Перебування в умовах ізоляції, загроз, втрат і нестабільності призводить до глибоких психологічних травм і порушень соціальних зв'язків. Це вимагає розробки ефективних механізмів реабілітації, спрямованих на відновлення емоційного стану, адаптацію до мирного життя та інтеграцію в суспільство. Дослідження цієї теми є важливим кроком до формування системної допомоги постраждалим та забезпечення їхнього психічного і соціального благополуччя.

Розуміння соціальної реабілітації як багатогранного процесу, що охоплює відновлення фізичного, психологічного та соціального благополуччя, є ключовим для створення ефективних програм підтримки у постконфліктних умовах. Цю думку розділяють такі дослідники, як К. Зораденія (Thoradeniya K.) [40], Н. Онищенко [37] та інші. К. Thoradeniya підкреслює важливість психосоціальної реабілітації, що вимагає індивідуального підходу до подолання психологічних наслідків війни – зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів та інших психічних проблем, які торкаються як військових, так і цивільного населення [40].

Н. Онищенко звертає увагу на необхідності комплексної моделі соціальної реабілітації, яка включає психологічну підтримку, відновлення соціальних

зв'язків, розвиток довіри, самоповаги та оптимізму, що є важливими умовами успішної інтеграції постраждалих у суспільство [37].

Важливою складовою соціальної реабілітації виступає також професійна адаптація – через надання можливостей для навчання, перекваліфікації та сприяння працевлаштуванню. Особливо це актуально для військовослужбовців, які мають залежності або ризики адиктивної поведінки. Як зазначають Я. Чернецька та І. Горєлов, ефективна реабілітація цієї категорії потребує комплексного підходу, що поєднує медичну, фізичну, психологічну та професійну підтримку для досягнення повноцінної соціальної інтеграції [34].

Ю. С. Сергєєва у своїх дослідженнях розглядає соціальну реабілітацію у контексті розширення соціальних послуг на місцевому рівні, що дозволяє уникнути конфлікту між потребами розвитку громад та соціальними завданнями. Вона обґрунтовує еволюцію концепцій соціальної підтримки в умовах децентралізаційної реформи в Україні, підкреслюючи необхідність структурної інтеграції соціальної допомоги у розвиток місцевих громад [39].

О. Чуйко розглядає соціальну реабілітацію, зокрема внутрішньо переміщених осіб (ВПО), як багатокomпонентний процес, що включає доступність середовища, соціальний контекст (прийняття громадою, відповідність цінностям) та добір ефективних методів – таких як кризове втручання, соціальний супровід, державні програми підтримки [31]. Ю. Песоцька акцентує на важливості першої психологічної допомоги для подолання ПТСР та адаптації ВПО, а також надає рекомендації щодо надання соціальних послуг цій категорії [19].

Т. Кузьмич вивчала адаптацію сімей ВПО з дітьми, вказуючи на першочергові потреби – фінансову, житлову, медичну допомогу. Ефективна адаптація, за її словами, значною мірою залежить від соціального самопочуття, можливості працевлаштування та доступу до професійної підтримки [12].

Ю. Гундერთайло звертає увагу на психологічну адаптацію, підкреслюючи важливість чіткого планування роботи з ВПО, зокрема в напрямках опрацювання травматичного досвіду, підтримки жінок і дітей, а також підготовки психологів, здатних уникати повторної травматизації [5].

В. Соловійова у своєму дослідженні наголошує на необхідності ефективної міжвідомчої взаємодії для повноцінного психологічного та соціального розвитку дітей ВПО, а також пропонує створення центрів реабілітації й мобільних груп підтримки [26].

Б. Плєскач і В. Уркаєв досліджували роль психотерапії у формуванні української ідентичності серед ВПО. Вони доводять, що довірливі стосунки з психотерапевтом сприяють адаптації та інтеграції ВПО в українське суспільство [29].

Аналізуючи наукову працю професорки Н. Гусак, варто зазначити, що дослідження соціально-психологічної реабілітації має свої витoki в медичному дискурсі й здійснюється в межах трьох основних підходів: біологічного, психосоціального та біопсихосоціального. Вона підкреслює, що сучасне трактування соціально-психологічної реабілітації еволюціонує від розуміння її як окремої форми соціальної взаємодії до аналізу на макрорівні, де розглядається вплив соціального середовища, державних політик і системної підтримки на процес відновлення постраждалих [6].

Дослідниця Н. Паніна запропонувала модель, яка описує соціально-психологічну реабілітацію як соціальний інститут та окреслює процес її інституціоналізації. Вона виділяє три ключові етапи. Перший – легітимація, тобто офіційне визнання необхідності соціально-психологічної реабілітації, розробка нормативних засад її функціонування та передбачення механізмів контролю і санкцій за недотримання встановлених норм. Другий – створення спеціалізованих закладів і структур, які будуть відповідальними за реалізацію

реабілітаційних заходів, а також забезпечення їхньої взаємодії з іншими соціальними інститутами. Третій – наповнення процесу реабілітації змістом: формування чітких програм, визначення їх цілей, засобів реалізації та активної участі самої людини в процесі відновлення. Такий підхід дозволяє комплексно розглядати соціально-психологічну реабілітацію як багаторівневий і структурований процес, що поєднує індивідуальну, інституційну та суспільну взаємодію [16].

У контексті першого етапу інституціоналізації соціально-психологічної реабілітації, зокрема її легітимації, важливим є аспект санкцій за недотримання встановлених норм і правил. Як зазначає дослідник Щепанський, ці санкції повинні бути спрямовані як на осіб, які виконують інституційні функції, так і на тих, хто є об'єктом реабілітаційних заходів. Такий підхід забезпечує двосторонню відповідальність і формує усвідомлене ставлення до реабілітаційного процесу [33].

Сутність соціально-психологічної реабілітації не зводиться до пасивної адаптації чи повернення людини до довоєнного або «дотравматичного» стану. Це, радше, процес активного життєтворення – здатності особистості переосмислювати своє життя, створювати нові смисли та втілювати їх у різних сферах: сімейній, професійній, особистісній. Така форма реабілітації передбачає не лише відновлення втраченого, а й розвиток нових внутрішніх ресурсів, готовність до змін, переоцінки цінностей, розширення поля взаємодії й форм самореалізації. Щепанський підкреслює, що реабілітаційні заходи мають здійснюватися комплексно, охоплюючи чотири ключові виміри: персональний, інструментальний, просторовий і часовий [33].

Протягом останніх років система соціально-психологічної реабілітації в Україні суттєво зміцнилася. Це проявляється у створенні мережі інклюзивно-ресурсних та реабілітаційних центрів, упровадженні Нової української школи,

роботі команд психолого-педагогічного супроводу та інклюзивних освітніх груп у закладах вищої освіти. Усі ці інституційні зміни спрямовані на повноцінну інтеграцію постраждалих осіб у соціум. При цьому важливо, що поняття «соціальна реабілітація» має офіційне законодавче закріплення – у Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», де вона визначається як система заходів, покликана забезпечити умови для активної участі особи у суспільному житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної родинної й побутової діяльності [32].

У процесі соціально-психологічної реабілітації, за Т. М. Титаренко, вирізняють чотири ключові напрями впливу. Персональний вектор спрямований на відновлення внутрішньої цілісності особистості, її психологічної рівноваги й здатності до саморегуляції. Інструментальний – на підвищення почуття ефективності та здатності до самореалізації в різних видах діяльності. Просторовий вектор стосується розвитку комунікативних навичок, подолання ізоляції, формування позитивних соціальних зв'язків і конструктивного вирішення конфліктів. Часовий – передбачає переоцінку цінностей, пошук нових життєвих орієнтирів і смислів.

Професор Титаренко Т.М. виокремлює три етапи соціально-психологічного відновлення особистості: підготовчий, базисний і підтримувальний. Для кожного етапу передбачені відповідні реабілітаційні технології та техніки. Ефективність процесу забезпечує поєднання технічних прийомів із ціннісно-смисловою підтримкою [28].

На підготовчому етапі доцільно застосовувати технології подолання низької мотивації до життя, пошуку внутрішніх мотиваторів та активізації уваги. Серед технік Т. М. Титаренко виділяє: стимулювання бажання до змін через позитивні приклади; уявлення бажаного майбутнього з подоланням перешкод;

опис власного дня; подолання фокусування на проблемі; та розвиток рефлексивності для кращого самоусвідомлення [28].

На базисному етапі рекомендується застосовувати технології формування нової системи життєвих цінностей, переосмислення травматичного досвіду та побудови конструктивної самоідентичності. Серед технік, описаних Т.М. Титаренко варто відзначити: рефреймінг минулих подій через пошук позитивних уроків; створення життєвої картини світу з інтеграцією болісних спогадів; вправу «Лист до себе майбутнього» для закріплення нових сенсів; розвиток саморегуляції через техніки візуалізації успіху для стабілізації емоційного стану [28].

На підтримувальному етапі доцільним є застосування технологій закріплення досягнутих змін, профілактики рецидивів та інтеграції відновленої особистості в соціум. Серед технік Т.М. Титаренко виділяє: щоденник подяк для отримання позитивного фокусу; групові сесії обміну досвідом для соціальної валідації; розвиток мережі підтримки через побудову довірливих стосунків для довготривалої стійкості [28].

Асоціація соціальних працівників та психологів у сфері реабілітації визначає соціально-психологічну реабілітацію як процес, що сприяє одужанню, інтеграції в громаду та покращенню якості життя людей, чий психічний стан значно ускладнює повноцінне функціонування. Такі послуги є персоналізованими, спрямованими на розвиток навичок і доступ до ресурсів, необхідних для задоволення потреб у житті, праці, навчанні та соціальній взаємодії [38].

У методичному посібнику з реабілітації дітей автор П. Хелм виокремлює кілька практичних завдань соціально-психологічної реабілітації. Зокрема, дослідження впливу соціального середовища на виникнення та розвиток психологічної травми; аналіз ефективності реабілітаційних заходів і усунення

чинників, що перешкоджають відновленню; вивчення системи соціального забезпечення дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; а також оцінка особливостей комунікації особи з суспільством для зміцнення або відновлення її соціальних зв'язків [35].

Доктор соціальних наук Ліberman у своїй праці «Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation» підкреслює, що головною метою соціально-психологічної реабілітації є не лише подолання симптомів захворювання, а й досягнення повноцінного психосоціального функціонування та суб'єктивного задоволення життям. Для цього важливо дотримуватися низки стратегічних принципів. Ліberman виділяє сім ключових напрямів: забезпечення умов для нормального життя, впровадження структурних змін задля кращого доступу до фармакологічної та психосоціальної допомоги, орієнтація лікування на потреби конкретної особистості, активне залучення системи соціальної підтримки, ефективна координація послуг та використання підходу, що базується на розвитку сильних сторін особистості [36].

У своїй праці «Наявні та латентні функції» соціолог і дослідник соціальної роботи П. Хелм окреслює ключові функції соціально-психологічної реабілітації як соціального інституту: збереження та відтворення соціальних зв'язків, що проявляється у впровадженні державних програм реабілітації; інтегративна функція – створення спільнот і груп підтримки для осіб, які потребують допомоги; регулятивна функція – формування законодавчої бази щодо захисту прав і підтримки постраждалих; трансляюча функція, що втілюється в освітніх програмах для фахівців, які працюють у сфері реабілітації; комунікативна функція, яка охоплює створення інформаційних кампаній, тренінгів та просвітницьких матеріалів, спрямованих на формування суспільної обізнаності та підтримки [35].

У 2022 році було проведено опитування серед 180 ВПО в м. Умань, які перебували в окупації більш ніж 2 місяці. Встановлено, що більшість респондентів потребують фінансової допомоги (84,4%), також відзначаються високі рівні тривожності, втоми, агресивності, апатії. Попри це, лише 8,3% зверталися по психологічну допомогу, що свідчить про низький рівень обізнаності щодо важливості ментального здоров'я. Як основні чинники адаптації ВПО відзначають: працевлаштування, підтримку близьких, психологічну допомогу, волонтерство та участь у культурних заходах [11].

Отже, соціально-психологічна реабілітація є комплексним процесом, спрямованим на відновлення психологічного стану особистості, її здатності до повноцінного функціонування в соціумі після пережитих кризових подій. Вона охоплює як психологічну підтримку, так і сприяння соціальній інтеграції, адаптації та активній участі в суспільному житті. Ефективна реабілітація потребує індивідуального підходу, міждисциплінарної взаємодії фахівців і врахування особливостей кожної цільової групи.

1.2. Соціально - психологічні наслідки перебування в умовах окупації

Соціально-психологічні наслідки перебування в умовах окупації є багатовимірними, глибокими та тривалими за своїм впливом. Цей досвід формує не лише індивідуальні психічні травми, а й призводить до масштабних соціальних трансформацій у свідомості та поведінці постраждалих спільнот. Люди, які прожили тривалий час під контролем окупаційної влади, зазнають хронічного стресу, що в більшості випадків переростає в стійкі психічні порушення – зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожні та афективні розлади. Дослідження показують, що від 60% до 70% мешканців окупованих територій мають симптоми, які вказують на ПТСР:

нав'язливі спогади про насильство, панічні атаки, нічні кошмари, підвищену збудливість та емоційне оніміння. Ці прояви часто посилюються почуттям втрати – домівки, близьких, контролю над власним життям – що в сукупності викликає депресивні реакції, стан апатії, втрату сенсу існування та глибоку мотиваційну пригніченість [8; 25].

Особливо небезпечною є форма колективної психотравматизації, яка поширюється на цілі громади. Приклади таких явищ ми бачимо на прикладі Бучі, Ірпеня, Маріуполя – де жителі не лише особисто пережили травматичні події, а й стали частиною колективного досвіду безсилля, несправедливості й жорстокості [7]. У таких спільнотах формується спільна ідентичність жертви, яка відтворюється у медійному дискурсі, приватних розповідях, соціальній пам'яті. Це породжує відчуття безпорадності, гніву на державу чи міжнародне співтовариство за недостатній захист, а також глибоку соціальну фрустрацію, що проявляється у втраті віри в майбутнє, у справедливість, у соціальні інституції [20; 22].

Соціальна фрустрація, яка виникає у мешканців окупованих територій, є не лише наслідком об'єктивних життєвих втрат чи обмежень, а й глибоким психологічним феноменом, що трансформує уявлення людини про суспільство, державу та інших людей. У цьому стані фрустрації важливим чинником стає спотворене уявлення про «інших», що спричиняє гостру дихотомію між «своїми» та «чужими». Це протиставлення формується не стільки на основі реального досвіду, скільки як спосіб психологічного самозахисту в умовах невизначеності, ізоляції та стресу.

Так, частина людей, які залишилися на окупованих територіях, починають недовірливо або ворожо ставитися до тих, хто виїхав – сприймаючи їх як зрадників, дезертирів або тих, хто «втік у комфорт». Водночас багато хто з тих, що залишилися, відчувають глибоке покинення, емоційне та інституційне. Вони

нерідко вважають, що держава «здала» їх – не прийшла на захист, не забезпечила евакуацію, не відновила зв'язок. Ці емоції можуть мати форму прихованої образи, ревнощів, зневіри, що проявляються у розмовах, онлайн-дискусіях або у формі відчуження під час реінтеграційних процесів [30].

У такому середовищі формується груповий егоцентризм – соціально-психологічний механізм, коли певна група (в даному випадку – мешканці окупованих територій або, навпаки, переселенці) починає ідеалізувати себе, вважаючи свій досвід найважчим і найправдивішим. Це призводить до зниження емпатії до інших груп, спотвореного сприйняття фактів, підозріливості до «чужого» досвіду та думок. У масштабах суспільства така динаміка створює глибокі внутрішні розломи, що ускладнюють повернення до спільного простору після деокупації – як у фізичному, так і в символічному сенсі [1; 17].

Водночас надзвичайно важливим чинником є політична та емоційна дезорієнтація. В умовах повного інформаційного контролю – заборони українських телеканалів, соціальних мереж, літератури, тиску з боку окупаційної адміністрації – у значної частини населення руйнується цілісна картина світу. Люди позбавлені доступу до об'єктивної інформації, натомість постійно піддаються маніпулятивним наративам, які зміщують акценти: Україна постає як слабка, байдужа або навіть ворожа сторона, тоді як росія – як джерело стабільності, нехай і примусової. Таке середовище формує амбівалентне ставлення: з одного боку – розчарування в Україні через те, що «не змогла захистити», «покинула», «забула»; з іншого – підсвідоме прийняття чи хоча б терпимість до дій окупаційної влади, яка забезпечує хоч якісь базові потреби.

Ця амбівалентність, своєю чергою, підштовхує людину до внутрішнього конфлікту: її почуття патріотизму, національної ідентичності, моральної належності опиняються під сумнівом. Постійна потреба «прикидатися», контролювати слова, жити у подвійній реальності – провокує психічне

виснаження. Люди втрачають емоційну стабільність, довіру до будь-яких політичних інституцій, не відчують зв'язку з жодною владою – ні з окупаційною, ні з українською.

У довгостроковій перспективі це призводить до емоційного вигорання, яке проявляється у байдужості, апатії, ворожості або цинізмі. Людина починає уникати будь-якої активної позиції, знижує участь у житті громади, втрачає віру в можливість змін. Особливо небезпечно, що така деморалізація може зберігатися навіть після звільнення територій – бо реабілітація вимагає не лише політичного повернення, а й відновлення психологічного зв'язку з державою та суспільством[17].

Окрім психічних, широкого поширення набувають психосоматичні розлади. Тривалий стрес без можливості «скидання» напруги через безпечні соціальні механізми викликає тілесні хвороби: підвищений тиск, серцево-судинні захворювання, розлади травлення, ослаблення імунної системи. Статистика свідчить, що у багатьох мешканців Харківської, Запорізької та Херсонської областей, які перебували в умовах окупації, виявляється хронічне порушення сну, підвищена тривожність, порушення апетиту та загальне виснаження. Це вказує на необхідність розглядати психічне здоров'я не окремо, а у зв'язку з фізичним добробутом.

Ще однією складною темою є стратегії виживання, які в умовах окупації часто супроводжуються внутрішніми моральними конфліктами. Зокрема, прийняття російського громадянства, працевлаштування в окупаційні структури або участь у колабораційній діяльності рідко є добровільними – швидше це результат тиску, страху чи безвиході. Проте після звільнення такі дії можуть бути джерелом сорому, страху переслідування або соціального відторгнення. Люди почуваються «між двох вогнів», що лише посилює їхнє психоемоційне навантаження. Інші ж обирають емоційне дистанціювання – намагаються «не

помічати» окупацію, замикатися у вузькому приватному світі. Однак така стратегія призводить до соціальної ізоляції, втрати громадянської активності та зниження здатності адаптуватися після деокупації [1; 21].

Таким чином, психологічні наслідки окупації – це не лише сукупність окремих травматичних досвідів, а глибокий розрив у внутрішньому й суспільному житті людини. Вони мають довготривалий ефект і можуть передаватися між поколіннями у формі колективної травми. Подолання цих наслідків потребує багаторівневого підходу. З одного боку, необхідна індивідуальна психологічна допомога: психотерапія, фармакологічна підтримка, інтервенції, засновані на принципах когнітивно-поведінкової терапії. З іншого – важливо працювати з груповими механізмами відновлення довіри, солідарності та цілісності суспільства. Ефективними в цьому контексті можуть стати освітні та медійні проєкти, які створюють простір для безпечного обговорення травматичних досвідів, публічне визнання пережитого й формування нових наративів, орієнтованих на зцілення, а не на поділ. Відновлення соціальної тканини та психологічного здоров'я суспільства є критично важливим завданням для майбутнього повоєнної України.

1.3. Соціальні аспекти адаптації постраждалих осіб

Соціальна адаптація постраждалих осіб у постконфліктних або постокупаційних умовах є складним, багатогранним процесом, що включає відновлення здатності до функціонування в суспільстві, реінтеграцію в соціальне середовище, а також подолання бар'єрів, які виникли внаслідок психоемоційної травматизації, втрати домівки, роботи чи соціальних зв'язків. Вона охоплює не лише зовнішні обставини життя, а й внутрішню здатність людини до пристосування, довіри, взаємодії з іншими та відчуття приналежності до соціуму.

Насамперед соціальна адаптація залежить від рівня доступу до базових соціальних ресурсів: житла, праці, освіти, медичних і соціальних послуг. В умовах повернення до мирного життя постраждалі особи часто стикаються з дискримінацією, нерівними умовами, браком розуміння з боку громади. Важливим чинником є те, чи має людина змогу не лише фізично вижити, а й поступово повернутися до активної соціальної ролі – бути корисною, мати перспективи, відчувати стабільність. Наприклад, внутрішньо переміщені особи (ВПО), які втратили майно, роботу і підтримку родин, часто опиняються в стані соціального шоку, особливо коли стикаються з бюрократичними перешкодами чи упередженим ставленням на новому місці проживання [2; 3].

Ще один критичний соціальний аспект – відновлення соціального капіталу, тобто мережі міжособистісних контактів, підтримки, неформального ресурсу довіри. Людина, яка зазнала травматичного досвіду (наприклад, життя в умовах окупації, насильства, розлуки з близькими), часто ізолюється, втрачає зв'язки, боїться осуду або не може адаптуватися до нового середовища. У таких випадках соціальна ізоляція сприяє поглибленню тривожності, депресії, зниженню віри у власні сили. Саме тому надзвичайно важливою є роль громадських ініціатив, місцевих центрів допомоги, груп взаємопідтримки, волонтерських спільнот, які можуть забезпечити неформальну підтримку, психологічне прийняття та простір для спілкування без осуду.

Також необхідно враховувати соціокультурну травму, яка виникає внаслідок розриву звичного культурного середовища. Наприклад, багато людей, які були змушені залишити рідні міста, школи, традиції, відчувають культурну дезорієнтацію – нові місця мають інші звички, інший ритм життя, інші соціальні коди. Це породжує відчуття «чужості» та потребу в збереженні власної ідентичності. У цьому контексті велике значення мають інтеграційні програми,

які поєднують повагу до культурної специфіки постраждалих із створенням спільного простору співпраці.

Інституційні механізми підтримки соціальної адаптації постраждалих осіб – це система заходів і інструментів, спрямованих на повернення людей до повноцінного життя в суспільстві. Вони охоплюють як державну політику, так і ініціативи з боку місцевих громад та громадянського сектору. Їхня ефективність безпосередньо залежить від скоординованої взаємодії між різними структурами – органами виконавчої влади, службами соціального захисту, медичними установами, освітніми закладами, службами зайнятості, а також неурядовими організаціями, благодійними фондами, волонтерськими об'єднаннями [4; 10].

На центральному рівні важливою є наявність чіткої державної стратегії, що визначає пріоритети в роботі з постраждалими групами. Йдеться про законодавчо закріплені програми підтримки ВПО, осіб, що повернулися з окупації або полону, сімей загиблих, а також людей із посттравматичними порушеннями. Важливо, щоб ці програми були не лише формальними, а й реально доступними – з достатнім фінансуванням, прозорими механізмами отримання допомоги та ефективним контролем за їх реалізацією.

На рівні місцевих громад основна відповідальність покладається на органи місцевого самоврядування та центри соціальних служб, які першими стикаються з конкретними запитами населення. Саме тут здійснюється первинне виявлення потреб, надається адресна допомога, організовуються консультації, житлове забезпечення, оформлення пільг. Місцева влада може організовувати ресурсні центри адаптації, де люди можуть отримати психологічну підтримку, юридичну консультацію, допомогу з працевлаштуванням або навчанням.

Медичні установи, зокрема психіатричні та психосоматичні відділення, відіграють вирішальну роль у реабілітації постраждалих, особливо тих, хто має ПТСР, депресію, тривожні розлади або психосоматичні симптоми. Важливо, щоб

ці установи не лише надавали лікування, але й були частиною ширшої мережі підтримки – працювали у зв'язці з соціальними службами, сімейними лікарями, центрами ментального здоров'я [19; 23].

Велику роль у подоланні ізоляції та поверненні до активного життя відіграють освітні установи та служби зайнятості. Постраждалим особам часто потрібно здобути нову професію, пройти курси перекваліфікації або отримати можливість завершити навчання, перерване через війну. Тут важливим є професійне орієнтування, гнучкість навчальних програм, підтримка менторів і доступність стипендій чи грантів на навчання.

Нарешті, неурядові організації (НУО) та громадські ініціативи часто заповнюють ті прогалини, які не може покрити держава. Саме вони забезпечують мобільну допомогу, організовують групи взаємопідтримки, розвивають мережі кризових психологів, допомагають із працевлаштуванням або мікрофінансуванням для самозайнятості. Наприклад, НУО можуть реалізовувати проекти зі створення «соціальних майстерень» для жінок, які постраждали від сексуального насильства під час окупації, або вести програми «ментального наставництва» для молоді з деокупованих територій.

Особливу категорію постраждалих становлять особи, які повернулися з полону або тривалого перебування в умовах окупації. Їхній досвід нерідко має надзвичайно травматичний характер: це можуть бути фізичні й психологічні тортури, тривала ізоляція, постійне відчуття загрози, втрата близьких, злам базових уявлень про світ і безпеку. Такі переживання нерідко призводять до розвитку стійких психічних розладів – посттравматичного стресового розладу, тривожності, депресії, а також до втрати довіри до людей, соціальних інституцій та навіть до себе.

Багато з цих осіб повертаються з відчуттям повного відчуження: вони не впізнають своє середовище, не відчують підтримки, не мають емоційного

ресурсу для налагодження контактів. Втрачені або серйозно пошкоджені соціальні зв'язки, знижена самооцінка, відсутність стабільних джерел доходу й порушена ідентичність (хто я тепер?) лише поглиблюють кризовий стан. У багатьох випадках йдеться також про втрату професійних навичок або необхідність повністю переосмислити своє місце в суспільстві, особливо коли мова йде про молодь або людей, які до війни працювали в специфічних галузях, недоступних на новому місці [14; 27].

У зв'язку з цим, класичні програми реінтеграції та працевлаштування є малоефективними – вони не враховують глибини психологічної дестабілізації та особистої травматизації. Тут ключовим є індивідуалізований, поетапний підхід, що починається з глибокої психодіагностики, оцінки психологічного стану, рівня мотивації, соціальних навичок та ресурсів особи.

Важливим компонентом є й супровід у перші місяці після повернення до активного життя – людина не повинна залишатися наодинці з труднощами адаптації. Їй потрібні не лише фахівці (психологи, кар'єрні консультанти, соціальні працівники), а й участь місцевої громади, волонтерів, однолітків чи людей із подібним досвідом, що можуть забезпечити емоційне підкріплення.

Крім того, адаптаційний процес неможливий без створення атмосфери солідарності та відсутності стигматизації. Постраждалі особи часто бояться засудження, стикаються з упередженнями («працювали на окупантів», «здалися», «не чинили опір») – навіть якщо це було результатом виживання. Для подолання цього необхідно вести просвітницьку роботу серед громадськості, популяризувати історії реінтеграції, розмовляти про складність морального вибору у надзвичайних ситуаціях. Успішна соціальна адаптація можлива лише тоді, коли суспільство визнає різноманітність досвідів і забезпечує інклюзивний простір, де кожен може знайти своє місце без страху бути відкинутим [13; 15].

Таким чином, соціальні аспекти адаптації – це не лише питання соціальної політики, а й питання гуманності, єдності й колективної відповідальності. Їхнє ігнорування призводить до загострення соціальної напруги, маргіналізації великої кількості людей і підриву національної згуртованості. Натомість інвестування в соціальну адаптацію – це внесок у відновлення країни як єдиної, сильної та згуртованої спільноти.

Висновки до першого розділу

Проведений теоретичний аналіз показав, що соціально-психологічна реабілітація осіб, які тривалий час перебували в окупації, є складним і багатограним процесом. Вона охоплює як відновлення психоемоційного стану, так і повернення до активної участі в соціальному житті.

Соціально-психологічна реабілітація передбачає не лише подолання наслідків травматичного досвіду, а й створення умов для повноцінної інтеграції постраждалих у суспільство. Це можливо лише через поєднання індивідуальної психотерапії, соціальної підтримки, навчання, працевлаштування та загального суспільного діалогу.

Досліджено ключові психологічні наслідки перебування в умовах окупації: ПТСР, депресію, тривожні розлади, психосоматичні захворювання. Особливо тривожними є колективна травма, втрата довіри до інституцій, фрустрація та емоційна дезорієнтація, які гальмують процеси відновлення та посилюють суспільний розкол.

Важливою складовою реабілітації є ефективна робота інституцій – державних, медичних, освітніх та громадських. Особливу увагу слід приділяти особам, які повернулися з полону чи тривалого перебування в окупації, адже вони потребують індивідуального підходу та поетапної підтримки – від психодіагностики до реінтеграції у професійне та соціальне життя.

Загалом, соціально-психологічна реабілітація вимагає комплексного, контекстно чутливого підходу, що поєднує психологічну допомогу з соціальною інтеграцією. Тільки за умови глибокої підтримки, взаємної довіри та солідарності можливе ефективне подолання наслідків окупації та повернення до повноцінного життя.

РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПРОЖИВАЛИ НА ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ

2.1. Початкове оцінювання психологічного стану постраждалих осіб: методи, вибірка та результати аналізу

Констатувальний етап дослідження мав на меті отримати об'єктивну картину психоемоційного стану осіб, які тривалий час перебували на тимчасово окупованих територіях або повернулися з них після значного періоду ізоляції. Цей етап є критично важливим для подальшого планування реабілітаційної роботи, оскільки дозволяє виявити рівень психологічної дезадаптації, основні симптоми емоційного виснаження та потенційні ризики розвитку стійких психотравмуючих наслідків.

Вибірка дослідження склала 40 осіб: 25 жінок та 15 чоловіків віком від 18 до 40 років. Серед них були як цивільні громадяни, які тривалий час проживали в окупації, так і особи, що повернулися з полону або пережили вимушене переміщення, але мають досвід тривалого перебування в умовах ізоляції, контролю, обмеження прав і психологічного тиску. Усі учасники добровільно погодилися взяти участь у дослідженні, були поінформовані про його мету, анонімність даних та можливість відмовитися на будь-якому етапі. Базою для дослідження став один з філіалів благодійного фонду «Схід SOS».

Методи оцінювання:

- Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна (Додаток А).
- Шкала сприйманого стресу (PSS-10) (Додаток Б).
- Анкета здоров'я пацієнта PHQ-9 (Додаток В).

- Шкала тривоги Бека (BDI) (Додаток Г).

1. Шкала оцінки реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI).

Ця методика є одним із найнадійніших інструментів для вимірювання тривожності в психологічній практиці. Її унікальність полягає в тому, що вона дозволяє розрізняти два ключові аспекти тривожності:

Реактивну (ситуативну) тривожність, яка характеризує тимчасовий емоційний стан людини у відповідь на стресову ситуацію,

Особистісну тривожність, як стійку індивідуальну властивість реагувати тривожно у широкому спектрі життєвих обставин.

Опитувальник складається з 40 тверджень, розділених на дві частини (по 20 питань кожна). Респонденти обирають варіанти відповідей за чотирибальною шкалою:

1 – «ніколи», 2 – «майже ніколи», 3 – «часто», 4 – «майже завжди».

Методика дозволяє виявити не лише загальний рівень тривожності, а й динаміку змін психоемоційного стану внаслідок впливу зовнішніх обставин або психокорекційних втручань.

2. Шкала сприйманого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10).

Шкала сприйманого стресу була розроблена Шелдоном Коеном та ґрунтується на когнітивно-оціночній теорії стресу Р. Лазаруса. Основна ідея методики полягає в тому, що стресовий вплив визначається не стільки об'єктивними характеристиками події, скільки суб'єктивним її сприйняттям людиною, її внутрішньою оцінкою здатності впоратись із ситуацією.

PSS-10 є надійним інструментом, який вимірює рівень загального психологічного стресу, зосереджуючись на тому, наскільки непередбачуваним, неконтрольованим і обтяжливим респондент сприймає власне життя.

Опитувальник включає 10 тверджень, які відображають частоту переживання певних емоційних станів і думок за останній місяць. Відповіді надаються за п'ятибальною шкалою:

1 – «ніколи», 2 – «рідко», 3 – «іноді», 4 – «часто», 5 – «дуже часто».

Шкала широко використовується у клінічних і дослідницьких цілях для виявлення ступеня суб'єктивного навантаження та оцінки ефективності психосоціальних інтервенцій.

3. Анкета здоров'я пацієнта PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9).

Для діагностики рівня депресивних проявів у респондентів було використано опитувальник PHQ-9, розроблений на основі діагностичних критеріїв DSM-IV Американської психіатричної асоціації. Цей інструмент є одним із найпоширеніших та найнадійніших самозвітних засобів для скринінгу, діагностики та оцінки тяжкості депресії в клінічній і дослідницькій практиці.

Опитувальник включає 9 тверджень, кожне з яких відповідає одному з основних симптомів депресії, таких як:

- втрата інтересу або задоволення від звичних занять;
- пригнічений настрій;
- порушення сну;
- зниження або підвищення апетиту;
- труднощі з концентрацією;
- уповільненість або психомоторне збудження;
- втома;
- занижена самооцінка або почуття провини;
- думки про смерть або самогубство.

Респонденти оцінюють частоту кожного симптому за останні два тижні за чотирибальною шкалою:

0 – ніколи, 1 – кілька днів, 2 – більше половини часу, 3 – майже щодня.

Сума балів за всіма пунктами дозволяє визначити ступінь депресії:

- 0–4 бали – відсутність або мінімальний рівень депресії;
- 5–9 балів – легка депресія;
- 10–14 балів – помірна депресія;
- 15–19 балів – виражена депресія;
- 20–27 балів – тяжка депресія.

PHQ-9 також дозволяє здійснити динамічну оцінку ефективності психотерапевтичного чи медичного втручання шляхом повторного тестування.

4. Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI).

Для визначення загального рівня тривожності учасників дослідження була застосована шкала тривоги Бека – надійний клінічний інструмент, який дозволяє оцінити інтенсивність як соматичних, так і когнітивних проявів тривоги.

Шкала містить 21 твердження, кожне з яких описує певний симптом тривожного стану, зокрема:

фізіологічні прояви: тремор, підвищене серцебиття, відчуття задухи, потовиділення, головокружіння, оніміння;

психологічні симптоми: внутрішнє напруження, страх втрати контролю, очікування найгіршого, страх смерті, дратівливість тощо.

Респонденти оцінюють ступінь вираженості кожного симптому протягом останнього тижня за чотирибальною шкалою:

- 0 балів – зовсім не турбує,
- 1 бал – злегка турбує,
- 2 бали – турбує помірно,
- 3 бали – дуже турбує.

Підсумковий бал (максимум – 63) дозволяє оцінити рівень тривоги:

- 0–5 балів – нормальний рівень тривоги (відсутність клінічно значущих симптомів);

- 6–14 балів – легкий рівень тривоги;
- 15–23 бали – помірний рівень тривоги;
- 24 і більше балів – високий рівень тривоги, що потребує спеціалізованого втручання.

Методика Бека дає можливість не лише кількісно виміряти рівень тривоги, а й виявити домінуючі симптоми, що впливають на функціонування особи, що особливо важливо в контексті реабілітаційних програм.

Для вивчення тривожності осіб, які тривалий час проживали на окупованих територіях, на констатувальному етапі дослідження була застосована шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна. Методика дозволила визначити як тимчасовий стан тривожності (реактивна тривога), так і стійку індивідуальну схильність до тривожних реакцій (особистісна тривожність).

За результатами аналізу даних 40 респондентів було отримано наступні результати (рис. 2.1 та табл. 2.1):

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів за рівнем тривожності (констатувальний етап дослідження)

Рівень тривожності	Кількість осіб	Відсоток від загальної кількості
Низький	8	20%
Середній	17	42,5%
Високий	15	37,5%
Усього	40	100%

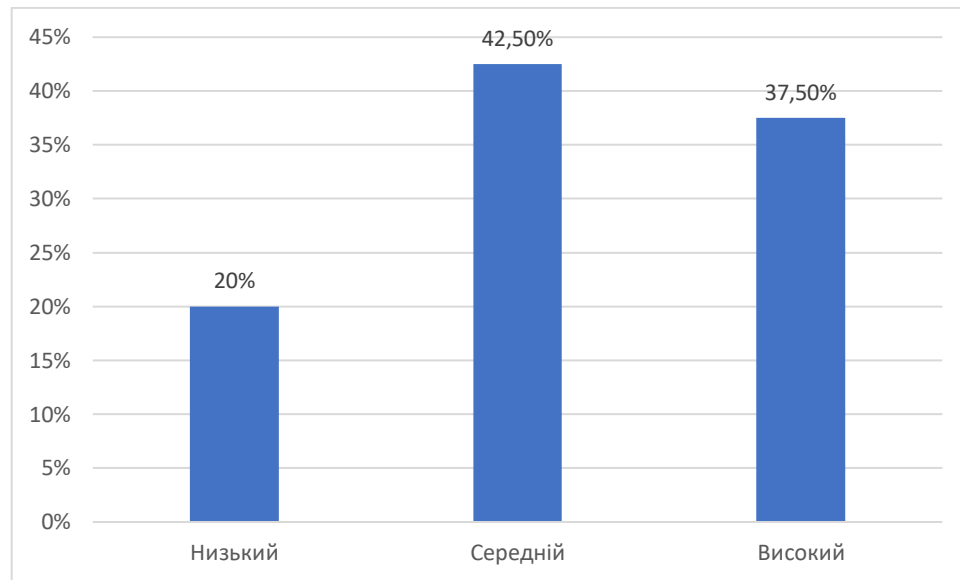


Рисунок 2.1. Результати за шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна

Аналіз отриманих результатів показав, що:

20% мають низький рівень тривожності, що свідчить про відносну емоційну стабільність та адаптивність до стресогенних факторів;

42,5% респондентів демонструють середній рівень тривожності, що вказує на помірну емоційну напруженість, яка може зростати в умовах психологічного навантаження;

37,5% мають високий рівень тривожності, що є свідченням вираженої психоемоційної напруги, характерної для осіб з досвідом травматичних подій, постійного стресу чи небезпеки.

Для визначення рівня психологічного напруження серед учасників дослідження було застосовано «Шкалу сприйманого стресу» (The Perceived Stress Scale, PSS-10).

Оцінка рівня стресу на вхідному дослідженні дозволила отримати наступні результати, що представлені на рисунку 2.2 та таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл респондентів за рівнем стресу (констатувальний етап дослідження)

Рівень стресу	Кількість осіб	Відсоток від загальної кількості
Низький	9	22,5%
Середній	12	30%
Високий	19	47,5%
Усього	40	100%

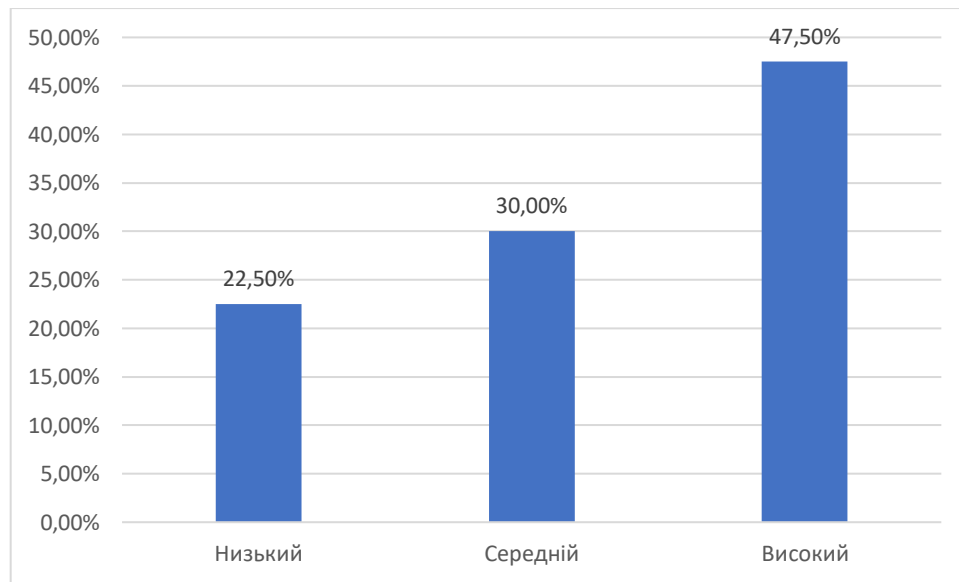


Рисунок 2.2. Результати за «Шкала сприйманого стресу» (The Perceived Stress Scale, PSS-10)

На констатувальному дослідженні результати показали, що:

22,5% мають низький рівень сприйманого стресу, що свідчить про достатні внутрішні ресурси та стресостійкість;

30% мають середній рівень стресу, що характерно для помірного психоемоційного навантаження;

47,5% мають високий рівень сприйманого стресу – такий показник вказує на значне емоційне напруження, вірогідну наявність дистресу та потребу в психосоціальній підтримці.

Однією з ключових методик, використаних у дослідженні для діагностики психоемоційного стану учасників, стала «Анкета здоров'я пацієнта» PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9). Результати оцінювання були узагальнені в таблиці 2.3 та рисунку 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл респондентів за ступенем вираженості симптомів депресії за шкалою PHQ-9 (констатувальний етап дослідження)

Ступінь депресії	Кількість осіб	Відсоток від загальної кількості
Відсутність депресії	7	17,5%
Легка депресія	18	45%
Помірна депресія	10	25%
Виражена депресія	4	10%
Важка депресія	1	2,5%
Усього	40	100%

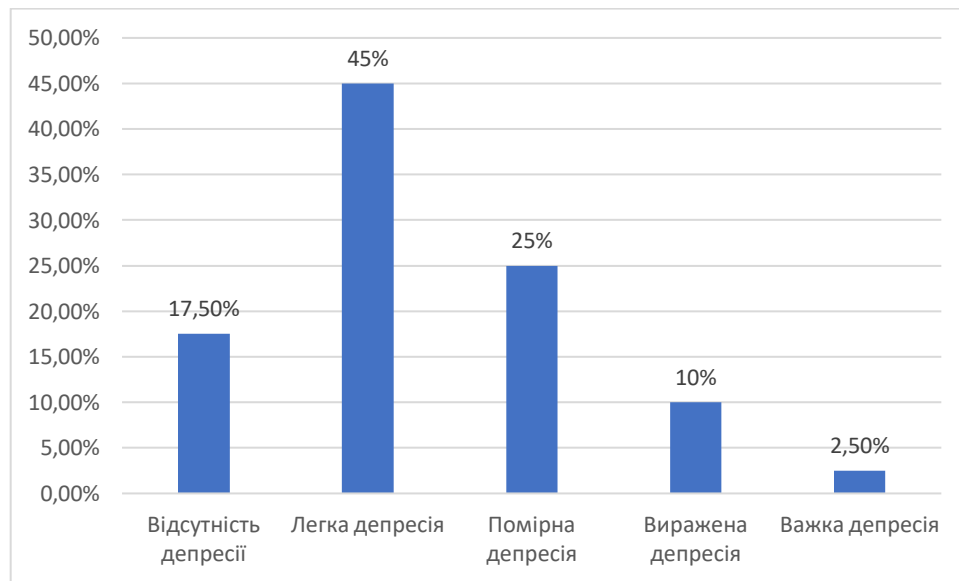


Рисунок 2.3. Результати за «Анкета здоров'я пацієнта» PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

Згідно з отриманими результатами:

17,5% не виявили жодних значущих симптомів депресії;

45% мали легкий ступінь депресивних проявів, що може бути пов'язано з пережитими психотравмівними подіями та соціальною невизначеністю;

25% демонстрували помірний рівень депресії, що свідчить про підвищений ризик розвитку психічних порушень за відсутності підтримки;

10% мали виражену депресію, яка потребує психологічного або медичного втручання;

2,5% мали ознаки тяжкої депресії, що вимагає негайної уваги фахівців.

Для визначення рівня тривожності серед осіб, які раніше проживали на тимчасово окупованих територіях було використано «Шкалу тривоги Бека». Отримані результати розподілилися наступним чином (табл. 2.4 та рис. 2.4):

Таблиця 2.4.

**Розподіл респондентів за рівнем тривожності за шкалою Бека
(констатувальний етап дослідження)**

Рівень тривожності	Кількість осіб	Відсоток від загальної кількості
Нормальний рівень	9	22,5%
Легкий рівень	12	30%
Помірний рівень	13	32,5%
Високий рівень	6	15%
Усього	40	100%

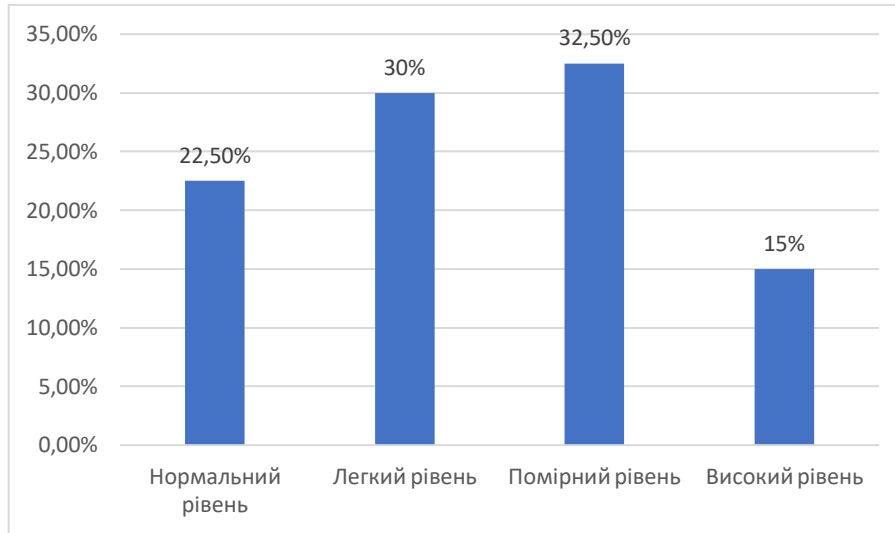


Рисунок 2.4. Результати за «Шкала тривоги Бека» (Beck Anxiety Inventory, BAI)

Інтерпретація результатів.

22,5% продемонстрували нормальний рівень тривоги, що свідчить про здатність справлятися зі стресовими ситуаціями без значного психологічного навантаження.

30% мали легкий рівень тривоги, що може супроводжуватись помірними фізіологічними проявами або епізодичними тривожними думками, але зазвичай не впливає на повсякденне функціонування.

32,5% виявили помірну тривожність, яка вже може заважати повноцінному виконанню соціальних чи професійних ролей, викликати труднощі у концентрації уваги та посилення фізичних симптомів.

15% перебували у стані високого рівня тривоги, що потребує втручання з боку спеціалістів – психологів або психотерапевтів, а в деяких випадках і медичної підтримки. Такий рівень тривожності може істотно знижувати якість життя та функціонування людини.

У результаті початкового оцінювання психоемоційного стану 40 осіб, які проживали на тимчасово окупованих територіях, було встановлено, що переважна більшість респондентів має середній і високий рівень тривоги, стресу

та симптомів депресії. Зокрема, за результатами шкал PHQ-9, PSS-10, Спілбергера–Ханіна та Бека значна частина учасників демонструє ознаки емоційного виснаження, зниження адаптивних можливостей, підвищене напруження й наявність когнітивно-афективних порушень. У багатьох виявлено потребу у формуванні нових механізмів психологічного захисту та відновленні відчуття безпеки. Отримані дані підтверджують наявність глибоких психоемоційних змін, спричинених тривалим перебуванням у кризових умовах, та вказують на необхідність цілеспрямованого впровадження комплексних програм реабілітації, що включають психологічну, соціальну та інформаційну підтримку.

2.2. Впровадження реабілітаційних заходів: опис активностей, методів та часові рамки

У рамках формувального етапу практичного дослідження – впровадження реабілітаційних заходів – було організовано комплексну програму соціально-психологічної підтримки для осіб, які проживали на тимчасово окупованих територіях. Основна мета цього етапу полягала у зниженні рівня тривоги, стресу та депресивних проявів шляхом впливу на емоційний стан, розвиток навичок саморегуляції та відновлення внутрішніх ресурсів учасників.

Реабілітаційні заходи проводилися протягом 4 тижнів, з інтенсивністю 3 сесії на тиждень, загалом – 12 занять тривалістю по 60–90 хвилин.

Таблиця 2.5

Тематика та короткий зміст реабілітаційних занять

№	Тема заняття	Короткий опис
1	Що таке стрес, тривога і депресія	Ознайомлення з поняттями, симптомами, механізмами виникнення цих станів
2	Психологічні захисти та адаптація до змін	Обговорення внутрішніх захисних реакцій психіки; адаптаційні ресурси

3	Як ми думаємо: автоматичні думки і переконання	Вступ до когнітивної моделі. Визначення негативних автоматичних думок
4	Когнітивні викривлення і як їх розпізнати	Навчання розпізнаванню помилок мислення, вправа «Пастки думок»
5	Як змінити переконання	Практика переоцінки ситуацій. Робота з катастрофізацією
6	Рольові ситуації і моделювання складних моментів	Розігрування типових ситуацій. Відпрацювання нових реакцій
7	Дихальні практики та тілесна релаксація	Навчання заземленню, техніки «4–7–8», прогресивна м'язова релаксація
8	Робота з тілесним напруженням і тривогою	Вправи на уважність до тіла, зняття соматичних проявів тривоги
9	Арттерапія: «Безпечне місце»	Створення зображення місця, де учасник відчувається у безпеці
10	Арттерапія: «Я і мої ресурси»	Виявлення особистих ресурсів через символічне зображення
11	Групова підтримка та емоційна відкритість	Спільне обговорення досвіду, підтримка одне одного
12	Завершення. Інтеграція досвіду	Підбиття підсумків, фокус на здобутках та планування подальшої самопідтримки

Опис основних напрямів роботи.

1. Психоедукація (Заняття 1–2).

Мета: підвищити обізнаність учасників про природу їхніх психологічних станів, зменшити тривожність через розуміння, дати відчуття контролю та нормалізувати емоційні реакції.

Заняття 1. Що таке стрес, тривога і депресія.

Коротка лекція з презентацією: що таке тривога, стрес і депресія, чим вони відрізняються, які симптоми є типовими.

Групове обговорення: «Як я відчуваю тривогу / стрес?», «Чи мав/мала я подібне раніше?».

Вправа «Мій стан сьогодні» – описати на папері або через малюнок, як відчуваєшся зараз.

Домашнє завдання: протягом дня фіксувати в щоденнику прояви тривоги або стресу.

Заняття 2. Психологічні захисти та адаптація до змін.

Пояснення понять: механізми захисту (витіснення, проекція, раціоналізація), адаптаційні стратегії.

Вправа «Мої захисти» – розпізнавання, як учасник зазвичай реагує на стрес.

Міні-кейс: «Втеча, боротьба, завмирання» – аналіз реакцій на умовно травматичну ситуацію.

Практика: дихальна вправа на зниження напруги.

2. *Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) у груповому форматі, Заняття 3–6).*

Мета: навчити учасників виявляти неадаптивні думки, формувати альтернативні переконання, змінювати деструктивні поведінкові шаблони.

Заняття 3. Як ми думаємо: автоматичні думки.

Інформаційний блок: модель АВС (подія – думка – емоція/поведінка).

Вправа «Думка чи факт?» – учасники вчаться відрізняти факти від інтерпретацій.

Групова робота: приклади автоматичних думок у повсякденних ситуаціях.

Заняття 4. Когнітивні викривлення.

Огляд типових викривлень: чорно-біле мислення, гіперузагальнення, читання думок, катастрофізація.

Вправа «Пастки мислення» – кожен отримує картку з ситуацією і шукає можливі викривлення.

Домашнє завдання: щоденник автоматичних думок (записувати протягом тижня).

Заняття 5. Як змінити переконання.

Метод «Сократівського діалогу» – учасники вчаться ставити питання до своїх переконань.

Практика: заміна деструктивних думок на більш збалансовані.

Групова вправа: «А що, якби...» – переосмислення важких ситуацій.

Заняття 6. Рольові ігри та моделювання.

Сценки на типові стресові ситуації (наприклад: конфлікт, страх втрати).

Зворотний зв'язок – що я відчув(-ла), що можна було змінити?

Практика реагування з акцентом на конструктивну поведінку та асертивність.

3. Методи тілесно-орієнтованої терапії (Заняття 7–8).

Мета: допомогти учасникам розпізнавати тілесні сигнали стресу та тривоги, навчити знижувати фізичне напруження і повертати контроль над тілесними відчуттями.

Заняття 7. Дихання і саморегуляція.

Пояснення механізму тривожного дихання (поверхнєве, прискорене) та його впливу на нервову систему.

Практика діафрагмального дихання – лежачи або сидячи: вдих – живіт піднімається, видих – опускається.

Техніка «4–7–8»:

Вдих – 4 секунди, затримка – 7, повільний видих – 8 секунд.

Повторити 4 цикли, між ними – пауза на самоусвідомлення.

Обговорення відчуттів після вправ.

Заняття 8. Релаксація та заземлення.

Метод прогресивної м'язової релаксації Джекобсона:

Почергове напруження й розслаблення м'язів (обличчя, плечі, руки, ноги).

Усвідомлення контрасту між напругою і спокоєм.

Вправи на заземлення:

«5-4-3-2-1»: назвати 5 речей, які бачиш, 4 – які чуєш, 3 – яких торкаєшся, 2 – запахи, 1 – смак.

«Якорі безпеки»: згадати й описати місце, де було добре, з опорою на тілесні відчуття.

Підсумкова вправа: «Як моє тіло зараз?» – рефлексія через малюнок або опис.

4. Арттерапевтичні практики (Заняття 9–10).

Мета: надати учасникам інструменти невербального самовираження, відреагування емоцій та побудови внутрішніх ресурсів через творчість.

Заняття 9. «Безпечне місце».

Коротка візуалізація: закриті очі, ведена уява – уявити місце, де відчуваєш спокій, тепло, захист.

Завдання: намалювати або зобразити «своє безпечне місце» будь-якими доступними матеріалами (фарби, олівці, крейда).

Обговорення: з чим асоціюється цей простір, що там є, як тіло реагує при згадці про нього.

Вправа на збереження образу: сфотографувати малюнок або описати словами – використовувати як ментальний ресурс у стресі.

Заняття 10. «Моя внутрішня опора».

Завдання: створити символ, який уособлює вашу силу, витривалість або підтримку.

Матеріали: кольоровий папір, вирізки з журналів (колаж), пластилін або акварель.

Обговорення: чому саме цей образ? У чому його сила? Як ним скористатись у складний момент?

Практика «Я – мій ресурс»: учасники вголос озвучують, що в собі вважають ресурсом (наприклад: «Я вмію слухати», «Я пережив втрату»).

5. Групова підтримка та емоційне обговорення (Заняття 11–12).

Мета: створити простір довіри, емоційного обміну та зміцнення почуття приналежності до групи.

Заняття 11. Відкритий діалог.

Коло довіри: кожен ділиться, що найбільше запам'яталося з попередніх занять.

Техніка активного слухання: «Я чую тебе», повторення змісту без оцінки.

Вправа «Моя історія – мій шлях» – коротко розповісти про свій шлях до сьогодні, хто/що допомогло.

Мета: показати, що навіть у схожих умовах – досвід у кожного унікальний і цінний.

Заняття 12. Завершення і підсумки.

Групове коло: що забираєш із собою? Яку зміну помічаєш?

Вправа «Мій лист собі» – написати коротке послання собі в майбутнє (можна зачитати або залишити собі).

Ритуал закриття групи (наприклад: спільне коло, створення загального символу – «Дерево сил» або «Мозаїка опори»).

Ці заняття адаптовані до потреб осіб, які пережили стресові або травматичні події на окупованих територіях, з фокусом на відновлення безпеки, саморегуляції та підтримки.

У ході впровадження реабілітаційних заходів для осіб, які проживали на окупованих територіях, було реалізовано комплексну програму з 12 тематичних занять, що охоплювали психоедукацію, когнітивно-поведінкову терапію, тілесно-орієнтовані та арттерапевтичні методи, а також групову підтримку. Заняття тривали протягом чотирьох тижнів (3 рази на тиждень) та були спрямовані на зниження рівня тривоги, стресу і депресії, формування навичок саморегуляції, зміцнення внутрішніх ресурсів і соціальної підтримки. Інтеграція

різних підходів дозволила максимально адаптувати допомогу до потреб цільової групи.

2.3. Оцінка ефективності реабілітаційного процесу: вихідне оцінювання та аналіз змін

Після завершення циклу реабілітаційних заходів було проведено вихідне оцінювання рівня тривожності серед осіб, які тривалий час проживали на окупованих територіях. Для цього знову було використано шкалу Спілбергера – Ханіна, що дозволяє розрізняти реактивну (ситуативну) та особистісну тривожність.

За результатами вихідного етапу обстеження 40 респондентів отримано такі дані (табл. 2.6 та рис. 2.5):

Таблиця 2.6

Розподіл респондентів за рівнем тривожності (після реабілітації)

Рівень тривожності	Кількість осіб	Відсоток
Низький	16	40%
Середній	18	45%
Високий	6	15%
Усього	40	100%

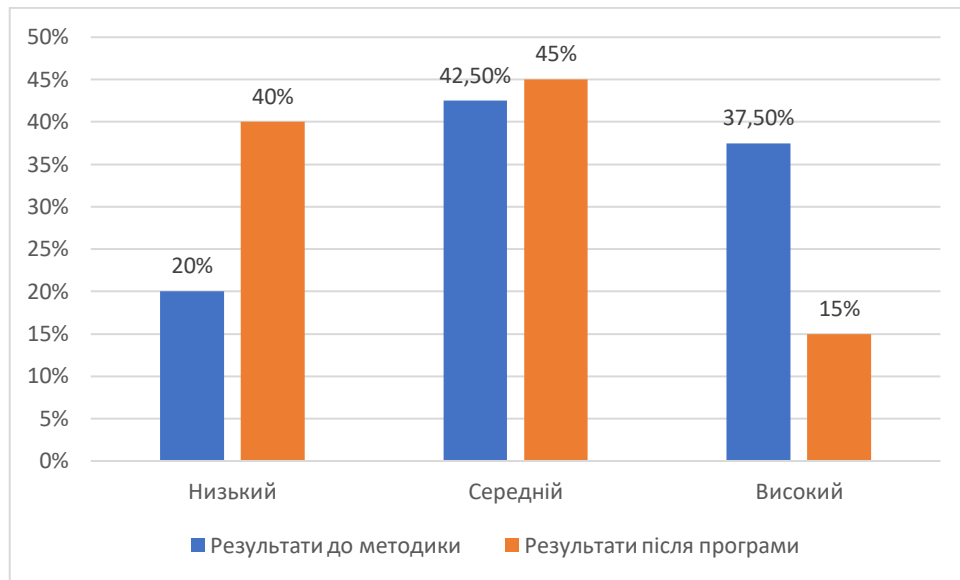


Рисунок 2.5. Порівняння результатів до та після реабілітації шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна

Вихідний аналіз показав позитивну динаміку:

Кількість респондентів із низьким рівнем тривожності зросла з 20% до 40%, що свідчить про підвищення загальної психологічної стійкості;

Число осіб із середнім рівнем тривожності майже не змінилось (42,5% – 45%), що може відображати природний процес адаптації та потребу в подальшій підтримці;

Найбільш помітним є зменшення кількості учасників із високим рівнем тривожності – тобто з 37,5% до 15%, що вказує на зниження психоемоційного напруження та ефективність використаних методів реабілітації.

Повторно проведено оцінювання рівня психологічного напруження серед учасників дослідження із застосуванням «Шкали сприйманого стресу» (PSS-10). Отримані результати свідчать про позитивні зміни (табл. 2.7 та рис. 2.6):

Таблиця 2.7

Розподіл респондентів за рівнем сприйманого стресу (після реабілітації)

Рівень стресу	Кількість осіб	Відсоток
Низький	18	45%
Середній	15	37,5%
Високий	7	17,5%
Усього	40	100%

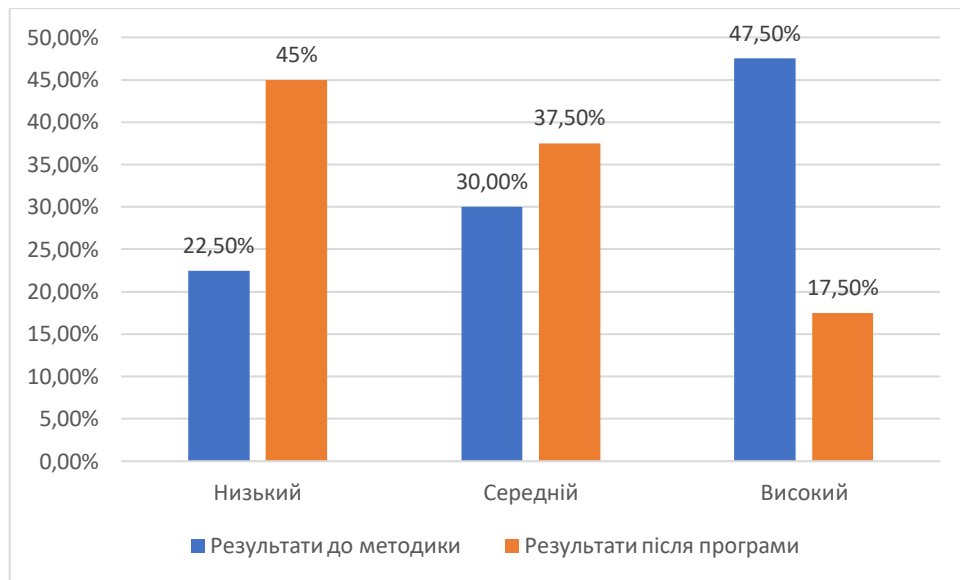


Рисунок 2.6. Порівняння результатів до та після реабілітації за «Шкала сприйманого стресу» (The Perceived Stress Scale, PSS-10)

Аналіз змін у рівні стресу продемонстрував суттєве покращення психоемоційного стану респондентів:

Кількість осіб із низьким рівнем стресу збільшилась удвічі – з 22,5% до 45%, що свідчить про зміцнення внутрішніх ресурсів та покращення адаптації до життєвих обставин;

У середньому діапазоні залишились 37,5%, що відображає зниження навантаження для частини респондентів із високого рівня;

Значно зменшилась кількість осіб із високим рівнем стресу – тобто з 47,5% до 17,5%, що підтверджує ефективність реабілітаційних методик у зниженні психоемоційної напруги.

Після завершення реабілітаційної програми повторно було застосовано «Анкету здоров'я пацієнта» PHQ-9, що дозволяє оцінити динаміку змін у симптомах депресії серед осіб, які проживали на тимчасово окупованих територіях. Результати після реабілітації наведено в таблиці 2.8 та рис. 2.7:

Таблиця 2.8

Розподіл респондентів за ступенем вираженості симптомів депресії за шкалою PHQ-9 (після реабілітації)

Ступінь депресії	Кількість осіб	Відсоток
Відсутність депресії	18	45%
Легка депресія	14	35%
Помірна депресія	6	15%
Виражена депресія	2	5%
Важка депресія	0	0%
Усього	40	100%

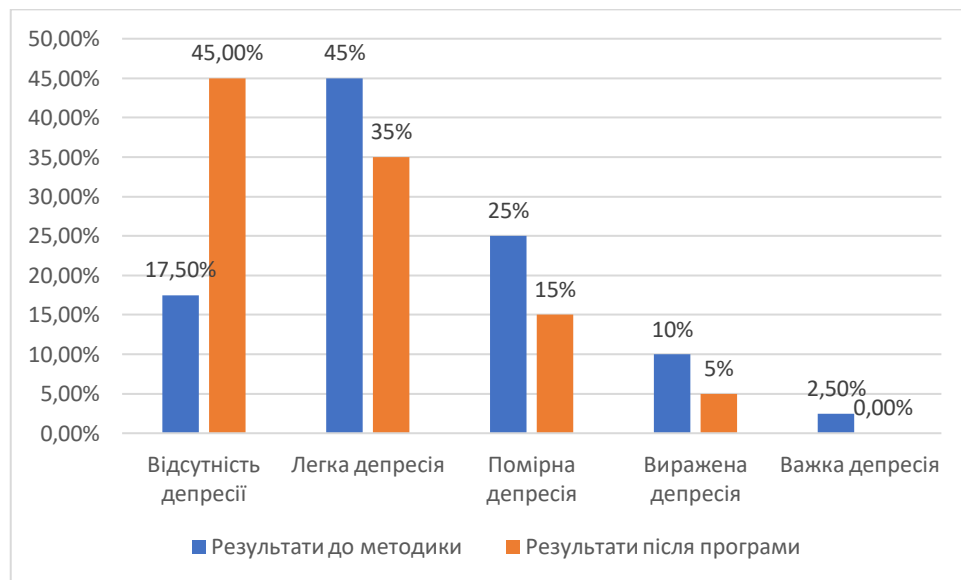


Рисунок 2.7. Порівняння результатів до та після реабілітації за «Анкета здоров'я пацієнта» PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

Аналіз результатів показав помітне покращення психоемоційного стану учасників:

Кількість осіб без ознак депресії зросла більш ніж удвічі з 17,5% до 45%, що свідчить про відновлення емоційного балансу;

Легкий рівень депресії зменшився до 35% (раніше – 45%), що може свідчити про зменшення впливу стресогенних факторів;

Помірні та виражені форми депресії зменшилися з 35% до 20%;

Ознак тяжкої депресії після реабілітації не виявлено.

Загалом, результати вихідного оцінювання підтверджують ефективність застосованих психосоціальних інтервенцій і доцільність їх використання для підтримки ментального здоров'я осіб, які пережили досвід окупації.

Також знову застосовано «Шкалу тривоги Бека» (Beck Anxiety Inventory, BAI) – інструмент, що дозволяє виявити інтенсивність тривожних симптомів як на когнітивному, так і на соматичному рівні. Результати свідчать про позитивну динаміку (табл. 2.9 та рис. 2.8):

Таблиця 2.9

Розподіл респондентів за рівнем тривожності за шкалою Бека (після реабілітації)

Рівень тривожності	Кількість осіб	Відсоток
Нормальний рівень	17	42,5%
Легкий рівень	13	32,5%
Помірний рівень	8	20%
Високий рівень	2	5%
Усього	40	100%

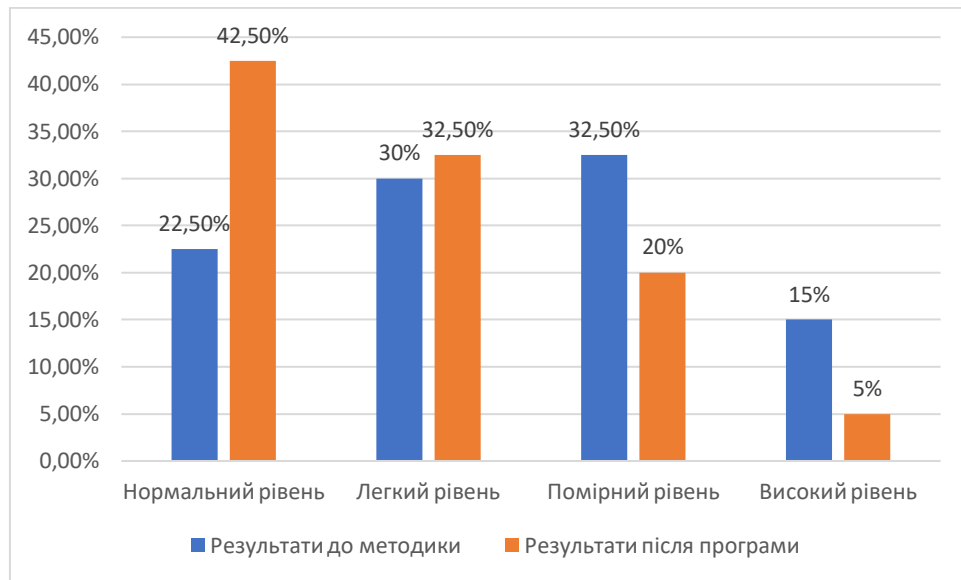


Рисунок 2.8. Порівняння результатів до та після реабілітації за «Шкала тривоги Бека» (Beck Anxiety Inventory, BAI)

Інтерпретація результатів:

Нормальний рівень тривожності було зафіксовано у 42,5% – удвічі більше, ніж до реабілітації, що свідчить про зниження психоемоційного напруження та підвищення стресостійкості;

Легкий рівень спостерігався у 32,5% – цей показник залишився відносно стабільним, але більшість респондентів із помірного рівня перейшли саме в цю категорію;

Помірний рівень тривожності знизився до 20%, що вказує на зменшення тривожних переживань у частини учасників;

Високий рівень було виявлено лише у 5% – раніше таких було 15%, що встрось зменшило кількість осіб з клінічно значущою тривожністю.

Отримані результати свідчать про ефективність психореабілітаційної програми в зменшенні інтенсивності тривожних проявів та покращенні психоемоційного стану учасників.

Проведене вихідне оцінювання після впровадження реабілітаційних заходів показало позитивну динаміку в психоемоційному стані респондентів. За всіма використаними методиками спостерігається зниження рівня тривожності, депресивності та стресу. Зросла кількість осіб із нормальними показниками, а кількість респондентів із високим рівнем психоемоційного напруження суттєво зменшилась. Це свідчить про ефективність запропонованої програми психосоціальної підтримки для осіб, які проживали на окупованих територіях.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було проведено практичне дослідження ефективності соціально-психологічної реабілітації осіб, які проживали на тимчасово окупованих територіях. На констатувальному етапі здійснено вхідне оцінювання психологічного стану 40 респондентів за допомогою стандартизованих методик – шкал Спілбергера–Ханіна, PSS-10, PHQ-9 та BAI. Результати свідчили про значну поширеність високого рівня тривожності, стресу та депресивних симптомів серед учасників.

Під час формувального етапу було реалізовано програму реабілітаційних заходів, що включала психоедукацію, когнітивно-поведінкову терапію, методи тілесно-орієнтованої терапії, арттерапевтичні практики та групову підтримку. Заняття тривали протягом кількох тижнів і були спрямовані на зменшення психоемоційного напруження, покращення навичок саморегуляції та емоційного відновлення.

На контрольному етапі вихідне оцінювання показало позитивну динаміку – зменшення кількості осіб з високими рівнями тривоги, стресу й депресії та збільшення частки респондентів з нормальними або помірними показниками. Це підтверджує ефективність запропонованої програми реабілітації та її значення для підтримки осіб, які зазнали психологічних наслідків життя в умовах окупації.

ВИСНОВКИ

У ході виконання роботи було досягнуто поставленої мети – теоретично обґрунтовано та практично досліджено особливості соціально-психологічної реабілітації осіб, які проживали на окупованих територіях. Для цього були розв’язані всі поставлені завдання.

На першому етапі було здійснено аналіз наукових підходів до визначення сутності соціально-психологічної реабілітації. Узагальнено, що цей процес охоплює не лише психологічну допомогу постраждалим, а й заходи соціального супроводу, спрямовані на відновлення повноцінного функціонування особистості у суспільстві. Реабілітація розглядається як багатовимірне явище, що поєднує індивідуальну роботу з особистісними травмами та подолання наслідків соціальної ізоляції, втрачених зв’язків і ресурсів.

У межах теоретичного аналізу було також окреслено основні психологічні наслідки перебування в умовах окупації. Встановлено, що найбільш поширеними проявами стали підвищена тривожність, симптоми депресії, емоційне виснаження, порушення адаптації та зниження відчуття безпеки. Окрему увагу приділено соціальним аспектам адаптації – зокрема труднощам у комунікації, зниженню довіри до соціального середовища та дефіциту підтримки, які значною мірою впливають на реінтеграцію постраждалих у нові життєві умови.

На другому етапі проведено практичне дослідження. Було сформовано вибірку з 40 осіб віком 18–40 років, які тривалий час проживали на тимчасово окупованих територіях. За допомогою стандартизованих психодіагностичних методик (шкали Спілбергера–Ханіна, BAI, PSS-10, PHQ-9) проведено первинне оцінювання психологічного стану респондентів. Результати засвідчили високий рівень психоемоційного напруження серед більшості учасників: майже половина

виявила високий рівень стресу і тривожності, значна частина – симптоми депресивного спектра.

У подальшому було розроблено та впроваджено комплексну програму реабілітаційних заходів, що включала такі компоненти, як психоедукація, когнітивно-поведінкова терапія, методи тілесно-орієнтованої терапії, арттерапевтичні практики та групова підтримка. Заняття тривали кілька тижнів у структурованому форматі, відповідно до попередньо розробленого плану. Реабілітаційна робота мала на меті зниження рівня тривожності, покращення навичок саморегуляції, зменшення соматичних проявів стресу, а також зміцнення внутрішніх ресурсів та соціальної взаємодії.

На завершальному етапі було проведено повторне оцінювання учасників із використанням тих самих методик, що й на початку дослідження. Порівняльний аналіз результатів засвідчив виражену позитивну динаміку: зменшилась кількість респондентів із високим рівнем тривожності, депресії та сприйманого стресу, натомість зросла частка осіб з нормальними або помірними показниками. Це дозволяє зробити висновок про ефективність запропонованої програми соціально-психологічної реабілітації.

Отже, теоретичні узагальнення та емпіричні результати дослідження підтверджують необхідність та результативність комплексного підходу до реабілітації осіб, що пережили досвід окупації. Врахування індивідуальних, соціальних і психофізіологічних чинників у роботі з постраждалими сприяє відновленню їхнього емоційного стану, адаптації та поверненню до активного життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондарчук А., Ключев О. ОКУПОВАНІ. Як змінюються жителі ТОТ і чому час має значення. URL: <https://www.oporaua.org/viyna/okupovani-iaak-zminiuiutsia-zhiteli-tot-i-chomu-chas-maie-znachennia-24299> (дата звернення: 11.05.2025).
2. Герасимова І. В. Механізми адаптаційних процесів. *Вісник Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького*. 2017. № 7. С. 15-24.
3. Герман О., Янусь М. Психологічна та соціальна адаптація постраждалих внаслідок військових конфліктів та техногенних катастроф: проблеми та можливості. *Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки: Збірник тез III Міжнародної наукової конференції, 20-21 квітня 2023 р.* / упоряд. Криськов А.А., Габрусєва Н.В. – Тернопіль: ФОП Паляниця В. А., 2023. С. 13.
4. Гордієнко Н.В., Навошицький М.Т. До проблеми соціальної адаптації внутрішньо переміщених осіб у приймаючих громадах та організації соціальної роботи з ними. *The 10th International scientific and practical conference «Science, innovations and education: problems and prospects»* (May 4-6, 2022) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2022. P. 323-333.
5. Гундертайло Ю. Д. Особливості психологічної допомоги впо у сучасних реаліях. *Всеукраїнський науково-практичний семінар, м. ІХ-ті Гротівські читання Ракурси психологічного благополуччя особистості*. 2017. С. 54–58.
6. Гусак Н. Є. Соціальна реабілітація в соціологічному дискурсі : соціологічний підхід. *Соціальні виміри суспільства*. 2011. №3. С. 175-186.
7. Євдокімова О. О., Нечітайло І. С., Брусакова О. В. та ін. Психологічні наслідки війни: міждисциплінарний нарис про Харківщину та її мешканців :

монографія / За заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. В. В. Сокурєнка; Харківський національний університет внутрішніх справ. Харків : Факт, 2024. 411 с.

8. Загородній М. Як продовжувати життя людям, які пройшли окупацію? Поради МОЗ. Українська Правда. Життя. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2022/09/18/250488/> (дата звернення: 10.05.2025).

9. Заходи державної політики із розбудови/відновлення довіри жителів тимчасово окупованих територій до Української держави, влади, суспільства : аналіт. доп. (резюме) / [В. Яблонський, Ю. Тищенко, О. Мартиненко та ін.] ; за заг. ред. Ю. Тищенко. – Київ : НІСД, 2019. 49 с.

10. Камбур А.В. Соціальна адаптація особистості : монографія. Чернівці : Вид-во «Золоті литаври», 2012. 252 с.

11. Кравченко О. О., Чупіна К. О. Соціально-психологічна реабілітація ВПО: з досвіду уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини. *Габітус*. 2022. №44. С. 251-254.

12. Кузьмич Т. Соціальна адаптація внутрішньо переміщених сімей з дітьми. *Традиції та нові наукові стратегії у центральній та східній Європі*. 2020. С. 126–134.

13. Логвиненко Б. О. Право на охорону здоров'я у механізмі реінтеграції тимчасово окупованих територій України. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2024. №3. С. 115-118.

14. Могильова Н.М. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни: досвід України. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. №2. С.81-85.

15. Мойса Б. Реабілітація жертв конфлікту. Чи пропонує держава щось, крім встановлення інвалідності та милиць? Українська Гельсінська спілка з прав людини. К., 2018. 64 с.

16. Паніна Н. В. Обрані праці по соціології. НАН. Інститут соціології. Соціол. Центр ім. Н. В. Паніної. 2008.
17. Панок В. Г. Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 2023. №5(1). С. 1-12.
18. Песоцька Ю. Соціальна реабілітація та соціальна адаптація внутрішньо переміщених осіб. *Social Work and Education*. 2022. № 9. С. 89–99.
19. Песоцька Ю. Соціальна реабілітація та соціальна адаптація внутрішньо переміщених осіб. *Social Work and Education*, 2022. Vol. 9, No. 1. P. 91-100.
20. Пиголенко І. В., Пиголенко Ю. А., Кукса К. М. Вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я українців. *Габітус*. 2023. №45. С. 243-248.
21. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. Національний Інститут Стратегічних Досліджень. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny> (дата звернення: 12.05.2025).
22. Психіка після окупації: пояснили психологи HoldYou. URL: <https://holdyou.net/news/psihologiya-okupatsiyi-yak-zhiti-tim-hto-yiyi-projs> (дата звернення: 10.05.2025).
23. Путінцев А. В., Пащенко Ю.Є. Адаптація внутрішньо переміщених осіб в регіонах України: сутність, поняття, підходи. *Економіка. Фінанси. Менеджмент: актуальні питання науки і практики*. 2018. № 9. С. 110-121.
24. Рекомендації (дорожня карта) щодо політики реінтеграції дітей та молоді, які перебували в окупації. URL: <https://almenda.org/wp-content/uploads/2024/03/Dorozhnya-karta-shchodo-polityky-reintehratsii-ditey-ta-molodi.pdf> (дата звернення: 30.05.2025).
25. Свеженцева І. «Бийся, тікай або завмири» – як життя в умовах війни впливає на психоемоційну стабільність людини. *Суспільне | Новини*. URL:

<https://suspilne.media/238315-bijsa-tikaj-abo-zavmri-ak-zitta-v-umovah-vijni-vplivae-na-psihoemocijnu-stabilnist-ludini/> (дата звернення: 10.05.2025).

26. Соловійова В. Пошук шляхів надання спеціалізованої психологічної допомоги дітям впо через систему перенаправлення. Головна сторінка eKMAIR. URL:

http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/13285/Soloviova_Poshukia_s_hliakhiv_nadannia_spetsializovanoi_psykholohichnoi_dopomohy.pdf?sequence=1 (дата звернення: 01.05.2025).

27. Соціологія: словник термінів і понять / Біленький Є.А., Дебой В.М., Козловець М.А., Котвицький А.А. та ін. Київ : Кондор, 2006. 372 с.

28. Титаренко Т. М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. №41. С. 157-167.

29. Уркаєв В. С., Плєскач Б. В. Соціально-психологічні аспекти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. *Збірник наукових праць інституту психології імені г. с. Костюка НАПН України*. 2017. III, № 13. С. 74–84.

30. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український Медичний Часопис*. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-232297-mediko-psihologichni-naslidki-distresu-vijni-v-ukrayini-shho-mi-ochikuyemo-ta-shho-potribno-vrahovuvati-pri-nadanni-medichnoyi-dopomogi> (дата звернення: 11.05.2025).

31. Чуйко О. Соціальна реабілітація: підходи до змістових характеристик процесу. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. № 4 (29). С. 152–158.

32. Чупіна К. О. Соціально-психологічна реабілітація осіб з інвалідністю засобами інклюзивного туризму. *Габітус*. 2020. Т.1. №12. С. 211-216.
33. Щепанський Я. Елементарні понятті соціології. *Прогрес*. 1969. С. 140-141.
34. Chernetska Y., Gorelov I. Rehabilitation of military personnel prone to addictive behavior. *Social Pedagogy Theory and Practice*, 2023. №2. Pp. 58–65.
35. Helm P. Manifest and Latent Functions. *The Philosophical Quarterly* (1950-). 1971. №21(82). Pp. 51–60.
36. Liberman R. P. Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach. *American Journal of Psychiatry*. 2008. №165(7). Pp. 924–925.
37. Onishchenko N., Perelygina L., Nazarov O., Karikov S., Riabinina O., Gontarenko L. Psychosocial support in the process of social rehabilitation: prospects for recovery and reintegration. *Revista de Gestão e Secretariado (Management and Administrative Professional Review)*. 2023. V. 14, №10. Pp. 17050-17070.
38. Psychiatric Rehabilitation Association. URL: <http://www.uspra.org/about/who-we-are/about-pra> (дата звернення: 01.05.2025).
39. Sergeeva Ya. S. Aspects of the evolution of the concepts of providing social services to the population. *Modern strategies of sustainable development of the state and society in the context of global challenges. International scientific conference Wloclawek*. 2023. №2-3. Pp. 35-38.
40. Thoradeniya K. War-affected children and psycho-social rehabilitation. *Sri Lanka Journal of Social Sciences*, 2017. №40(1). Pp. 17-30.

ДОДАТКИ

Додаток А

Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (тест Спілбергера-Ханіна)

Цей тест досліджує рівень ситуативної тривожності. Респонденту потрібно в пустій графі поставити галочку або вписати «+».

	Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди
1) Я спокійний				
2) Мені ніщо не загрожує				
3) Я перебуваю в напруженні				
4) Я внутрішньо скутий				
5) Я відчуваю себе вільно				
6) Я засмучений				
7) Мене хвилюють можливі невдачі				
8) Я відчуваю душевний спокій				
9) Я стривожений				
10) Я відчуваю внутрішнє задоволення				
11) Я впевнений в собі				
12) Я нервую				
13) Я не знаходжу собі місця				
14) Я напружений				
15) Я не відчуваю скутості, напруження				
16) Я задоволений				
17) Я стурбований				
18) Я дуже збуджений і мені не по собі				
19) Мені радісно				

20)	Мені приємно				
21)	У мене буває піднесений настрій				
22)	Я буваю дратівливим				
23)	Я легко впадаю в розпач				
24)	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші				
25)	Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути				
26)	Я відчуваю приплив сил і бажання працювати				
27)	Я спокійний, урівноважений та зібраний				
28)	Мене турбують можливі труднощі				
29)	Я дуже переживаю через дрібниці				
30)	Я буваю цілком щасливий				
31)	Я все приймаю близько до серця				
32)	Мені не вистачає впевненості в собі				
33)	Я відчуваю себе беззахисним				
34)	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів				
35)	У мене буває хандра				
36)	Я буваю задоволений				
37)	Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене				

38) Буває, що я відчуваю себе невдахою				
39) Я врівноважена людина				
40) Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи				

При аналізі результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній із підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При загальній інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів – низька;
- 31–44 бали – помірна (середня);
- 45 і більше – висока.

Зіставлення результатів за обома під шкалами дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента.

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом останнього місяця. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує як часто ви відчували або міркували в певний спосіб: 0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

№	Протягом останнього місяця, як ви відчували:	Ніколи	Майже ніколи	Іноді	Досить часто	Дуже часто
1	Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?	0	1	2	3	4
2	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?	0	1	2	3	4
3	Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?	0	1	2	3	4
4	Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?	0	1	2	3	4
5	Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?	0	1	2	3	4

6	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?	0	1	2	3	4
7	Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість	0	1	2	3	4

Інтерпретація результатів:

Рівень сприйнятого стресу (діапазон: 0-40 балів). Від 14 до 26 балів: низький рівень стресу.

Від 14 до 26 балів: помірний рівень стресу.

Від 27 до 40 балів: сильний рівень сприйнятого стресу.

Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9)

ІМ'Я: _____

ДАТА: _____

Протягом останніх двох тижнів як часто вас турбували будь-які з перерахованих проблем?
(використовуйте "✓" для відповідей)

	Ніколи	Кілька днів	Більше половини часу	Майже щодня
1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ				
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії				
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість				
4. Відчуття втоми або зниження енергії				
5. Поганий апетит або переїдання				
6. Негативне відчуття щодо себе — що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину				
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора				
8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і неприйнятна вам метушливість та активність				
9. Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду				

додайте колонки: + +

(Спеціалістам з охорони здоров'я: Для інтерпретації ЗАГАЛЬНОЇ СУМИ, будь ласка, зверніться до супровідної карти)

загальна сума:

Якщо ви відзначили будь-які проблеми, то наскільки вони ускладнили для вас виконання вашої роботи, домашніх обов'язків, або наскільки ускладнили стосунки з людьми?	Не ускладнили взагалі	
	Дещо ускладнили	
	Дуже ускладнили	
	Надзвичайно ускладнили	

1. Додайте кількість «✓» у кожній колонці. За кожну ✓: Кілька днів = 1 Більше, ніж половина часу = 2 Майже щодня = 3
2. Додайте бали всіх колонок, щоб отримати ЗАГАЛЬНУ СУМУ.

PHQ-9 КАРТА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ

лише для використання спеціалістами у сфері охорони здоров'я

Підрахунок балів — додайте бали за шкалою PHQ-9

За кожну ✓: Ніколи = 0; Кілька днів = 1;
Більше половини днів = 2; Майже щодня = 3

Інтерпретація результатів

Загальна сума	Ступінь важкості депресії
0-4	Депресія відсутня
5-9	Депресія легкого ступеню
10-14	Депресія помірного ступеню
15-19	Депресія вираженого ступеню
20-27	Депресія важкого ступеню

Шкала Тривоги Бека

Прізвище, ім'я _____ Вік ____ Дата дослідження _____

Прошу обрати одну з можливостей відповіді на кожне запитання.
Старайтесь відповідати швидко.

	0.Зовсім не турбує	1.Злегка турбує	2.Середньо турбує	3.Дуже турбує
1.Відчуття оніміння та поколювання в тілі				
2.Відчуття жару				
3.Тремтіння в ногах				
4.Неможливість розслабитись				
5.Страх, що станеться найгірше				
6.Головокружіння				
7.Прискорене серцебиття				
8.Нестійкість, нестабільність				
9.Відчуття жаху, це кінець				
10.Дратівливість				
11.Тремтіння в руках				
12.Відчуття задухи				
13.Нерівна хода				
14.Страх втрати контролю				
15.Труднощі з диханням				
16.Страх смерті				
17.Переляк				
18.Шлунково-кишкові розлади				
19.Непритомність				
20.Прилив крові до обличчя				
21.Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)				

0–5 норма

6-8 легкий рівень тривоги

9-18 середній рівень тривоги

Більше 19 балів – високий рівень тривоги