

Методичні рекомендації з комплексної психологічної допомоги та соціальної реінтеграції ветеранів та ветеранок в життя громад



Підготовлено на основі матеріалів Спеціальної короткострокової програми підвищення компетенцій учасників Мережі «Згуртовані заради відновлення» у 2025 році



Виконавець



Створення практичного посібника «Методичні рекомендації з комплексної психологічної допомоги та соціальної реінтеграції ветеранів та ветеранок в життя громад» стало результатом реалізації у 2025 році проєкту «Згуртовані заради відновлення» із забезпечення комплексної психологічної допомоги та соціальної реінтеграції ветеранів та ветеранок Харківської області в життя громад через підвищення кваліфікації і впровадження ґендерно-орієнтованих підходів в роботу фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб, працівників соціальних служб і медичних закладів, представників комунальних установ, підприємств, громадських організацій та інших інституцій, які займаються наданням послуг ветеранам війни, членам їхніх сімей та родинам полеглих Захисників і Захисниць.

Практичний посібник разом з описовою частиною включає інформацію про відеозаписи навчальних заходів Мережі на YouTube-каналі «Згуртовані заради відновлення», які можна переглянути за посиланням: <https://www.youtube.com/@МережаЗгуртовані>

Будемо вдячні за відгуки щодо практичних результатів використання наведених матеріалів, які очікуємо отримати від користувачів посібника на E-mail: kharkivoblast@gmail.com

Методичні рекомендації розроблені ГО «Ресурсний центр «Ветеранський простір ПЛІЧ-О-ПЛІЧ» у межах проєкту GIZ Ukraine «Ґендерно-чутливі підходи до ментального здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні», що здійснюється Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH та фінансується урядом Німеччини. Думки, висновки або рекомендації належать авторам або укладачам посібника і не обов'язково відображають погляди уряду Німеччини і Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH).

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ.....	4
ПЕРЕДМОВА.....	5
РОЗДІЛ 1. ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ І ЧЛЕНАМ ЇХНІХ СІМЕЙ.....	7
1.1 Методологічні питання роботи з ветеранами війни.....	7
1.2 Інформаційно-комунікативна підтримка процесів реінтеграції ветеранів.....	11
1.3 Організація роботи фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб.....	14
1.4 Особливості психологічної допомоги дружинам ветеранів, безвісти зниклих, військовополонених і полеглих Героїв.....	17
РОЗДІЛ 2. ІНСТРУМЕНТАРІЙ ФАХІВЦІВ ДЛЯ РОБОТИ З ВЕТЕРАНАМИ.....	21
2.1 Тілесно-орієнтована терапія у роботі з ветеранами та ветеранками з ПТСР.....	21
2.2 Арттерапія як невербальний інструмент вираження емоцій і подолання ПТСР....	24
2.3 Психодрама як метод подолання посттравматичного стресового розладу.....	26
2.4 Подолання ПТСР за допомогою EMDR-терапії.....	28
2.5 VR-технології для психологічної допомоги ветеранам війни і членам їхніх сімей.....	31
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ РОБОТИ З ВЕТЕРАНАМИ.....	33
3.1 Державна ветеранська політика.....	33
3.2 Роль ветеранських просторів у реалізації державної ветеранської політики.....	35
3.3 Організація системи моніторингу та оцінки ефективності надання послуг.....	37
ВИСНОВКИ.....	41

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АЗПСМ	амбулаторія загальної практики – сімейної медицини
ВП	ветеранський простір
ВПО	внутрішньо переміщені особи
ГО	громадська організація
ДПД	домедична психологічна допомога
ЗДО	заклад дошкільної освіти
ЗЗСО	заклад загальної середньої освіти
ЗПСМ	загальна практика сімейної медицини
ЗСУ	Збройні Сили України
КЗ	комунальний заклад
КМУ	Кабінет міністрів України
КНП	комунальне неприбуткове підприємство
КУ	комунальна установа
Мінвет	Міністерство у справах ветеранів України
МіО	моніторинг і оцінка
МЗВВ	Мережа «Згуртовані заради відновлення»
МТД	міжнародна технічна допомога
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ОМС	органи місцевого самоврядування
ПКД	проектно-кошторисна документація
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
ТГ	територіальна громада
ТОВ	товариство з обмеженою відповідальністю
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
ФОП	фізична особа - підприємець
ФСВ	фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб
ЦНАП	Центр надання адміністративних послуг
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦСС	Центр соціальних служб
GIZ	Німецьке Товариство міжнародного співробітництва
EMDR	десенсибілізація і репроцесінг за допомогою рухів очей (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing)
VR	технології віртуальної реальності (Virtual Reality)

ПЕРЕДМОВА

Проект «Згуртовані заради відновлення» було ініційовано громадською організацією «Ресурсний центр «Ветеранський простір «ПЛІЧ-О-ПЛІЧ» у співпраці з проектом GIZ Ukraine «Гендерно-чутливі підходи до ментального здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні» та комунальним закладом «Ветеранський простір «ПЛІЧ-О-ПЛІЧ» Харківської обласної ради.

Мета проекту: забезпечення комплексної психологічної допомоги та соціальної реінтеграції ветеранів та ветеранок Харківської області в життя громад через підвищення кваліфікації і впровадження ґендерно-орієнтованих підходів в роботу фахівців екосистеми надання реінтеграційної допомоги ветеранам/нкам та об'єднання їх в мережу активної взаємодії «Згуртовані заради відновлення».

Під час реалізації проекту фахівці із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб, працівники соціальних служб і медичних закладів, представники комунальних установ, підприємств, громадських організацій та інших інституцій, які займаються наданням послуг ветеранам війни, членам їхніх сімей та родинам полеглих Захисників і Захисниць Харківської області мали можливість взяти участь офлайн або онлайн у наступних тренінгах:

- Ґендерно-орієнтовані підходи в організації надання послуг психологічної допомоги та соціальної реінтеграції ветеранів та ветеранок Харківської області в життя громад;
- Організація роботи фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб Харківської області, впровадження в роботу ґендерно-орієнтованих підходів з особливою увагою до питань допомоги дітям воїнів/воїнок та загиблих Героїв/Героїнь;
- Методологічні питання соціальної адаптації і психотерапевтичної допомоги ветеранам війни та демобілізованим особам від учасників мережі «Згуртовані заради відновлення», впровадження в роботу ґендерно-орієнтованих підходів з особливою увагою до питань допомоги дітям воїнів/воїнок та загиблих Героїв/Героїнь»;
- Інформаційно-комунікативна підтримка процесу адаптації ветеранів війни і демобілізованих осіб від учасників мережі «Згуртовані заради відновлення»;
- Арт-терапія для невербального способу вираження емоцій і подолання ПТСР;
- Психодрама для подолання ПТСР: теорія і практика;
- Тілесно-орієнтована терапія ПТСР: відновлення через покращення контакту з тілом;
- Комп'ютерні технології для подолання ПТСР (тренінг проводиться двічі – для різних груп учасників);
- Організація у громадах Харківської області комплексної роботи ветеранських просторів з надання послуг психологічної допомоги та соціальної реінтеграції ветеранів та ветеранок;
- Надання послуг психологічної допомоги дружинам ветеранів, безвісти зниклих/військовополонених і полеглих Героїв;
- Подолання ПТСР з допомогою методів EMDR-терапії (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing);
- Організація у ветеранських просторах громад Харківської області системи моніторингу та оцінки ефективності надання послуг психологічної допомоги та соціальної реінтеграції ветеранів та ветеранок.

Після кожного тренінгу учасники мережі «Згуртовані заради відновлення» мали можливість взяти участь у консультаційних сесіях з питань практичного використання знань, отриманих під час навчання. Тому практичний посібник «Методичні рекомендації з комплексної психологічної допомоги та соціальної реінтеграції ветеранів та ветеранок в життя громад» поєднав в собі і первинні презентаційні матеріали, представлені під час тренінгів, і додаткові напрацювання, які біли отримані під час консультаційних сесій.

Для спрощення роботи навчально-методичні матеріали посібника згруповані у трьох розділах:

1. Основи соціальної адаптації та психотерапевтичної допомоги ветеранам війни і членам їхніх сімей
2. Інструментарій фахівців для роботи з ветеранами
3. Організаційні питання роботи з ветеранами війни та членами їхніх сімей

Такий підхід дозволив уникнути дублювання матеріалів, які були загальними для різних тренінгів, а також спрощує ознайомлення з «Методичними рекомендаціями» для різних професійних груп користувачів. У той же час необхідно зазначити, що найбільш докладну інформацію за кожним з розглянутих питань надають відеозаписи навчальних заходів Мережі на YouTube-каналі «Згуртовані заради відновлення», які можна переглянути за посиланням: <https://www.youtube.com/@МережаЗгуртовані>

РОЗДІЛ 1. ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ І ЧЛЕНАМ ЇХНІХ СІМЕЙ

1.1 Методологічні питання роботи з ветеранами війни

Бойовий стрес як специфічна форма травматизації

Бойовий стрес є природною, але надзвичайно інтенсивною реакцією психіки та організму людини на екстремальні умови війни: постійну загрозу життю, втрату побратимів і посестер, тривалий вплив небезпеки, болю та невизначеності. Його специфіка полягає у раптовості, масштабності та неможливості повноцінної підготовки для більшості залучених до бойових дій людей.

У бойових умовах організм працює на межі можливостей, мобілізуючи всі ресурси для виживання. Коли навантаження перевищує індивідуальні можливості адаптації, виникають гострі стресові реакції. Важливо підкреслити: **ці реакції не є ознакою слабкості чи психічного розладу**, а нормальною відповіддю на ненормальні обставини.

Принциповим є розмежування військової психології як системи підготовки та організації служби і психологічної допомоги при бойовій травмі. Недостатня підготовка впливає не стільки на сам факт можливого розвитку ПТСР, скільки на рівень бойових і психогенних втрат, тяжкість гострих реакцій та ризик подальших ускладнень.

Роль підготовки та психоедукації

Психологічна та бойова підготовка виконують потужну профілактичну функцію, а саме:

- знижують ризик фатальних наслідків гострих стресових реакцій (ступор, хаотичне збудження);
- дозволяють побратимам і командирам надавати базову психологічну допомогу безпосередньо в бойових умовах;
- зменшують імовірність віддалених ускладнень – депресії, залежностей, суїцидальної поведінки.

Близько 65% людей демонструють поступове зменшення посттравматичних проявів протягом року незалежно від рівня підготовки. Водночас психоедукація істотно знижує ризик деструктивних способів саморегуляції та сприяє використанню навичок самодопомоги: контрольованого дихання, заземлення, м'язової релаксації, структурування поведінки.

Гострі бойові реакції та перша психологічна допомога

Гострий бойовий стрес супроводжується різким фізіологічним збудженням, активацією амігдали та масивним викидом адреналіну і дофаміну. У цей момент домінує інстинкт виживання, а когнітивні функції можуть істотно порушуватися.

До типових гострих бойових реакцій належать:

- тимчасова дезорієнтація;
- труднощі з концентрацією уваги та фокусуванням, втрата здатності чітко мислити або приймати рішення;
- ступор, заціпеніння, тремтіння;
- надмірне збудження, істеричні реакції;
- апатія, емоційне «вимкнення».

Важливо розуміти, що такі прояви не є ознаками психічних розладів – це захисні реакції психіки на надмірне навантаження. У такі моменти критично важливою є підтримка побратимів, командирів і людей, які перебувають поруч.

При цьому ключовим чинником є швидкість повернення контролю. Найпростіша базова дія: повільний, подовжений видих, що запускає відновлення дихання і дозволяє перейти до більш усвідомлених дій.

Гостра стресова реакція, ГСР і ПТСР

У клінічній логіці розрізняють:

- гостру стресову реакцію – до кількох діб після події;
- гострий стресовий розлад – від кількох діб до одного місяця;
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – симптоми зберігаються понад місяць і мають стійкий характер.

Тривалість і стійкість симптомів є ключовими критеріями для вибору тактики допомоги та необхідності залучення спеціалізованих фахівців.

Складні форми травматичного стресу

Комплексний ПТСР – супроводжується наступними проявами:

- втратою відчуття власної ідентичності;
- відчуттям порожнечі та відсутності сенсу життя;
- соромом, провинною;
- труднощами у міжособистісних стосунках;
- глибоким відчуженням від соціального середовища.

Моральна травма – виникає в ситуаціях, коли людина була змушена діяти всупереч власним моральним цінностям, під тиском обставин, наказів або умов війни. Її наслідками можуть бути:

- втрата довіри до себе;
- втрата довіри до системи, суспільства і світу;
- духовний конфлікт;
- постійне почуття провини;
- втрата сенсу життя.

Моральна травма є окремим видом психологічного ураження і потребує спеціального терапевтичного підходу.

Адаптація до цивільного життя: особливості та виклики

Адаптація до цивільного життя є перехідним процесом, який у нормі може тривати до шести місяців. Водночас повернення ветерана з війни не є поверненням до попереднього життя – необхідно будувати нову життєву реальність з урахуванням військового досвіду.

Серед типових труднощів під час адаптації до цивільного життя:

- тривожність і дратівливість;
- уникання соціальних контактів;
- складність прийняття нової соціальної ролі;
- втрата чіткої організаційної структури і системи, до якої людина звикла під час служби.

Супутні проблеми бойового стресу

Бойовий стрес рідко існує ізольовано. Часто він поєднується з:

- депресивними станами;
- зловживанням психоактивними речовинами;
- хронічним болем і фізичними травмами;
- наслідками черепно-мозкових травм і контузій;
- порушенням пам'яті, уваги і мислення.

Ці фактори суттєво ускладнюють процес психологічної адаптації і потребують комплексного міждисциплінарного підходу.

Гендерні особливості переживання бойового стресу

Жінки-військовослужбовиці часто переживають бойовий стрес інакше, ніж чоловіки.

Для них характерні:

- вищий ризик депресивних станів;
- психосоматичні прояви;
- дисоціативні реакції;
- підвищена вразливість у разі досвіду дискримінації, насильства або полону.

Тому надзвичайно важливо створювати безпечне, недискримінаційне середовище, у якому жінки можуть говорити про свій досвід без страху повторної травматизації.

Необхідність комплексної реабілітації

Бойовий стрес рідко існує ізольовано й часто поєднується з депресією, залежностями, хронічним болем, наслідками контузій і черепно-мозкових травм. Це потребує мультидисциплінарного підходу, у якому психологічна допомога інтегрована в загальний процес медичної та соціальної реабілітації.

Разом із медикаментозною підтримкою (за призначенням лікаря) та використанням спеціальних психотерапевтичних методик (EMDR, VR-терапії) в цьому процесі важливу роль відіграють: сім'я, допомога фахівців із супроводу ветеранів та демобілізованих осіб, групові форми роботи за принципом «рівний – рівному», підтримка ветеранів з боку усіх мешканців громади, психоедукація для зниження стигми та підвищення обізнаності..

Сім'я як ключовий ресурс адаптації

Сім'я є основним ресурсом відновлення ветерана, але водночас може стати джерелом нових конфліктів. Повернення ветерана змінює всю сімейну систему, вимагаючи:

- прийняття змін;
- перерозподілу ролей;
- формування нових моделей взаємодії;
- відновлення довіри.

При цьому особливої уваги потребують діти ветеранів, які також зазнали впливу війни і потребують підтримки через арттерапевтичні, ігрові та сімейні форми роботи.

Девіантна та адиктивна поведінка як наслідок травми

Війна підсилює ризики девіантної та адиктивної поведінки, які слід розглядати не як «слабкість волі», а як симптом глибших психологічних проблем.

Серед поширених проявів:

- агресія та домашнє насильство;
- залежності;
- суїцидальна та автоагресивна поведінка;
- ризиковані та криміналізовані дії.

Робота фахівців у таких ситуаціях має бути спрямована на розвиток навичок самодопомоги, формування здорових копінг-стратегій та відновлення ціннісних орієнтирів.

Значення раннього втручання

Раннє виявлення симптомів і своєчасна підтримка суттєво знижують ризик залежностей, девіантної поведінки, суїцидальних тенденцій і втрати соціальної функціональності. Структурування життя, менторська підтримка та ціннісно орієнтовані підходи є ключовими чинниками довготривалого відновлення.

Загалом, ефективна допомога військовослужбовцям, ветеранам і ветеранкам можлива лише за умови комплексного, міждисциплінарного та ґендерно чутливого підходу, який поєднує психологічну, медичну, соціальну, сімейну та громадську підтримку і розглядає людину не лише крізь призму травми, а як носія ресурсу, досвіду та потенціалу відновлення.

1.2 Інформаційно-комунікативна підтримка процесів реінтеграції ветеранів

Інформаційно-комунікативна підтримка є одним із ключових компонентів процесу реінтеграції ветеранів і ветеранок у цивільне життя громад. Вона спрямована на формування довіри, зниження рівня тривожності, відновлення відчуття власної цінності та підтримку мотивації до змін. Ефективна комунікація допомагає ветеранам адаптуватися до нових соціальних ролей, налагодити взаємодію з родиною, громадою та фахівцями допоміжних професій.

Особливості досвіду ветеранів, які необхідно враховувати в комунікації

Повертаючись із війни, ветеран несе з собою унікальний життєвий досвід, який суттєво впливає на світогляд, систему цінностей і сприйняття реальності. Серед ключових змін:

- трансформація життєвих пріоритетів і цінностей;
- зміна сприйняття часу та орієнтація на принцип «жити тут і тепер», орієнтуючись на виживання та виконання завдання;
- підвищене відчуття несправедливості;
- формування нових критеріїв оцінки людей і ситуацій;
- досвід бойового братерства як особливої форми соціальної взаємодії.

Фахівцям, які працюють з ветеранами, важливо визнавати та поважати цей досвід, не порівнюючи його з власним цивільним життям. При цьому ефективна взаємодія з ветеранами має ґрунтуватись на слуханні, розумінні та підтримці.

Ресурсний підхід у роботі з ветеранами

Робота з ветеранами має починатись з оцінки мотивації до змін. Якщо внутрішніх сил недостатньо, доцільно опиратися на базові ресурси, які сформувалися під час служби:

- психологічна стійкість і здатність долати труднощі;
- навички швидкого відновлення після стресу;
- дисципліна, організованість, відповідальність;
- досвід командної роботи;
- уміння діяти та приймати рішення в складних умовах.

Завдання фахівця супроводу – допомогти ветерану усвідомити цінність цього досвіду та побачити, як він може бути використаний у цивільному житті, навіть якщо наразі людина відчуває розгубленість через побутові, сімейні, медичні чи бюрократичні труднощі.

Мотивація до змін: внутрішні та зовнішні чинники

Важливо підтримувати розвиток внутрішньої мотивації, яка може ґрунтуватися на:

- прагненні покращити якість життя;
- бажанні відновити стосунки з близькими;
- потребі реалізувати свій потенціал;
- переосмисленні життєвих цінностей і сенсів.

У ситуаціях перевантаження доцільно застосовувати ранжування завдань – рух від простих і швидко досяжних кроків до складніших. Завершення навіть невеликих завдань знижує тривогу та повертає відчуття спроможності. При цьому надзвичайно важливо забезпечувати демонстрацію визнання та поваги з боку суспільства, залучати зовнішні мотиваційні чинники: підтримку сім'ї та побратимів, позитивні приклади інших ветеранів.

Принципи ефективної комунікації з ветеранами

Активне слухання – передбачає повну присутність у взаємодії, уточнення, переформулювання та підбиття підсумків розмови. Воно допомагає уникнути непорозумінь і чітко визначити запит ветерана. Емпатія в професійній взаємодії – це не злиття з емоціями ветерана, а здатність розпізнати, назвати та прийняти їх, зберігаючи власну емоційну

стабільність. Фахівець має «міцно стояти на ногах», адже лише в такому стані можливе якісне надання підтримки.

Важливо пам'ятати про ризик вторинної травматизації та необхідність регулярної супервізії, інтервізії або професійної підтримки для фахівців, які працюють із травматичним досвідом.

Відзеркалення емоцій – називання та визнання емоцій ветерана сприяє усвідомленню власного стану й знижує напругу. Емоції визнаються як нормальна реакція на пережитий досвід.

Безоцінчне ставлення – фахівець має утримуватись від осуду, ярликів і моральних оцінок. Поведінка ветерана розглядається в контексті конкретної ситуації та наявних на той момент ресурсів.

Принцип «тут і тепер» – фокус роботи спрямовується на актуальні потреби ветерана та пошук рішень, які допоможуть стабілізувати стан у теперішній момент, зменшити тривогу та відновити відчуття контролю. Усі плани дій мають ухвалюватися разом із ветераном, що підтримує його автономію та відповідальність за власне життя.

Мова поваги та партнерська позиція

У спілкуванні з ветеранами важливо:

- використовувати коректні звернення відповідно до побажань людини;
- уникати фамільярності та знецінення;
- бути толерантними до проявів емоцій;
- дотримуватися партнерської позиції, визнаючи автономію ветерана;
- спільно ухвалювати рішення та плани дій.

Гнучкість стилю комунікації, дотримання темпу розмови та повага до особистих меж є обов'язковими складовими ефективної взаємодії.

Психоедукація як інструмент зниження стигми

Психоедукація спрямована на підвищення обізнаності ветеранів, їхніх сімей і громади щодо психічних станів, наслідків травматичного досвіду та шляхів допомоги. Вона сприяє зниженню тривожності, руйнуванню стереотипів і кращій взаємній адаптації.

Основні принципи психоедукації:

- доступність і зрозумілість інформації;
- наукова обґрунтованість;
- повага до досвіду учасників;
- гарантія психологічної безпеки.

Форми роботи можуть бути індивідуальними, груповими, сімейними або онлайн – залежно від готовності та потреб аудиторії.

Меморіалізація та інтеграція травматичного досвіду

Меморіалізація є важливим процесом збереження пам'яті та надання сенсу пережитому досвіду. Вона має особистісний, соціальний і моральний виміри та сприяє інтеграції травматичного досвіду в життєву історію людини.

Безпечні простори, час і підтримуюче середовище дозволяють ветеранам повертатися до цього досвіду без руйнівних наслідків, проживати втрати, завершувати процес горювання та поступово відновлювати здатність відчувати задоволення від мирного життя.

Інформаційні ресурси та підтримка

Фахівці ветеранських просторів мають орієнтувати ветеранів у достовірних джерелах інформації та підтримки, зокрема:

- державних сервісах (Міністерство у справах ветеранів, Дія, ЦНАП);

- гарячих лініях психологічної, юридичної та кризової допомоги;
- медичних і реабілітаційних закладах;
- ветеранських і громадських організаціях;
- програмах освіти, працевлаштування та розвитку підприємництва;
- цифрових інструментах і чат-ботах.

Надання достовірної інформації та розвиток критичного мислення підсилюють відчуття автономії ветерана та його здатність самостійно ухвалювати рішення.

Таким чином, інформаційно-комунікативна підтримка ветеранів є багаторівневим процесом, що поєднує професійну комунікацію, ресурсний підхід, психоедукацію та меморіалізацію. Її мета – сприяти адаптації, зменшенню стигми та формуванню системного, відповідального бачення життя після війни.

1.3 Організація роботи фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб

Психосоціальна адаптація ветеранів війни та демобілізованих осіб є комплексним процесом, що передбачає:

- відновлення психологічного та емоційного балансу;
- розвиток навичок саморегуляції;
- ресоціалізацію – тобто відновлення або формування нових соціальних ролей (у сім'ї, професійній сфері, громаді).

Фахівець із супроводу має розглядати ветерана/ветеранку не лише як отримувача окремої послуги, а як особистість у процесі глибоких життєвих змін. Тому фахівцям із супроводу у роботі з ветеранами та ветеранками доцільно спиратися на низку наступних взаємодоповнюючих підходів:

- Системному аналізу, який розглядає ветерана не ізольовано, а у взаємозв'язку з певними спільнотами:
 - родиною;
 - ветеранською спільнотою;
 - громадою;
 - суспільством в цілому.
- Теорії стресу та копінг-стратегій, яка концентрується на наступних чинниках:
 - розумінні індивідуальних стресових реакцій ветерана;
 - виявленні способів подолання стресу, які він/вона використовує;
 - коригуванні деструктивних копінг-стратегій, пропонуючи більш конструктивні альтернативи.
- Біопсихосоціальній моделі, яка розглядає ветерана, як цілісну особистість у єдності наступних складових:
 - фізичного здоров'я;
 - емоційного та когнітивного стану;
 - сімейних відносин;
 - професійної реалізації;
 - участі у житті громади.

Цей підхід дозволяє уникати фрагментарної допомоги та формувати індивідуальні плани супроводу.

- Екзистенційному підході, який враховує, що досвід війни викликає у багатьох ветеранів:
 - кризу сенсів;
 - переосмислення життєвих цінностей;
 - пошук нових життєвих орієнтирів.

Обговорення таких питань є нормальною та необхідною частиною процесу адаптації.

- Моделі посттравматичного зростання, яка зосереджена на використанні травматичного досвіду війни у якості основи для важливих трансформацій:
 - для переосмислення життєвих пріоритетів;
 - формування нових цінностей;
 - розвитку внутрішньої стійкості та нової ідентичності.
- Соціально-рольовій теорії адаптації, яка пов'язує реінтеграцію ветеранів з наступним:

- відновленням або набуттям соціальних ролей (батько/мати, партнер, працівник, громадянин, фахівець);
- узгодженням військового досвіду з мирним життям.

Для практичного розуміння процесів реінтеграції ветеранів у цивільне життя доцільно використовувати модель життєвих переходів, яка включає три етапи: завершення військової служби, період невизначеності, новий початок.

Завершення військової служби може мати наступні прояви:

- почуття втрати;
- сум, тривога, невпевненість;
- переживання розриву з важливою частиною ідентичності.

Період невизначеності має наступні ознаки:

- стара реальність вже втрачена;
- нова ще не сформована;
- відбувається зіткнення військового досвіду з мирним життям;
- зростає рівень тривоги та дезорієнтації.

Етап «Новий початок» має наступні прояви:

- прийняття нової реальності;
- поява нових або відновлення раніше неактивних навичок;
- формування інтегрованої ідентичності, що включає військовий досвід як ресурс.

Ключовим елементом ефективної роботи фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб є формування відносин довіри за принципом «Поруч, а не над» – тобто коли фахівець не займає директивну чи авторитарну позицію, а діє як партнер.

До базових інструментів роботи фахівців із супроводу належать:

- активне слухання;
- мотиваційне інтерв'ю як структурований інструмент виявлення потреб і ресурсів;
- надання можливості вибору, що сприяє поверненню відчуття контролю над власним життям.

Будь-яке спілкування з ветераном слід розглядати як мікроінтервенцію, що може запускати процеси осмислення і змін. При цьому фахівці супроводу належать до першої лінії реагування – тому мають володіти базовими навичками виявлення ризиків.

Ознаки підвищених ризиків, на які мають обов'язково реагувати фахівці супроводу:

- прямі вербальні висловлювання про небажання жити;
- почуття безнадійності, провини, безпорадності;
- соціальна ізоляція;
- зловживання психоактивними речовинами;
- пошук інформації про способи самогубства;
- психосоматичні прояви (безсоння, виснаження).

При цьому фахівці супроводу мають використовувати наступні алгоритми:

- ставити прямі запитання (вони не провокують, а знижують ризик);
- використовувати короткі скринінгові опитувальники;
- оцінювати фактори ризику та захисту;
- рекомендувати звернення до профільних фахівців;

- у разі прямої загрози – залучати екстрені служби.

При цьому робота з травматичними історіями впливає на ресурсність фахівців супроводу і створює високий ризик професійного вигорання, індикаторами якого є:

- емоційне виснаження;
- цинізм та деперсоналізація;
- знецінення власної професійної ефективності.

Тому фахівцям супроводу важливо регулярно відстежувати власний стан, використовувати супервізію як обов'язковий інструмент підтримки і, у разі потреби, звертатися по професійну допомогу.

У роботі з ветеранами фахівці супроводу зазвичай діють не самостійно, а разом з іншими фахівцями у складі певної команди:

- міждисциплінарної команди – групи фахівців різних установ і секторів, які координують зусилля;
- мультидисциплінарної команди – групи фахівців, які спільно реалізують індивідуальний план супроводу ветерана.

Загалом, організація роботи фахівців із супроводу ветеранів має ґрунтуватися на:

- комплексному, системному та ґендерно-орієнтованому підході;
- повазі до досвіду ветеранів і ветеранок;
- партнерських взаєминах;
- професійній відповідальності та турботі про власну ресурсність фахівців.

1.4 Особливості психологічної допомоги дружинам ветеранів, безвісти зниклих, військовополонених і полеглих Героїв

Дружини військовослужбовців, ветеранів, безвісти зниклих, військовополонених і загиблих Захисників належать до груп підвищеної психоемоційної вразливості. Їхній стан формується під впливом тривалого стресу, втрати без підтвердження, хронічної невизначеності, травматичних подій та соціального перенавантаження.

Метою психологічної допомоги є:

- стабілізація психоемоційного стану;
- зниження рівня тривоги та дистресу;
- підтримка процесів адаптації, горювання або проживання невизначеності;
- відновлення відчуття контролю, внутрішніх і зовнішніх ресурсів;
- попередження тяжких психічних розладів і кризових станів.

Психологічні портрети та ключові потреби цільових груп

Дружина ветерана

Психологічний контекст: жінка, чоловік якої повернувся з війни, може стикатися з наслідками його бойової травми, у тому числі ПТСР (за умови клінічної діагностики); часто вона перебуває у стані хронічного напруження та емоційного виснаження.

Типові прояви:

- емоційне дистанціювання від партнера та оточення;
- підвищена дратівливість, агресія;
- конфлікти в родині;
- стан емоційного вигорання;
- відчуття безсилля та втрати впливу на ситуацію.

Основні напрями допомоги:

- емоційна підтримка;
- навчання встановленню особистих кордонів;
- розвиток навичок саморегуляції;
- навчання ефективній комунікації з ветераном;
- навчання відновленню ресурсного стану та профілактиці емоційного вигорання;
- залучення до участі в групі підтримки дружин ветеранів.

Дружина військовослужбовця, який перебуває на фронті

Психологічний контекст: жінка, яка живе в умовах постійної тривоги за життя чоловіка, характеризується залежністю емоційного стану від наявності зв'язку з ним; вимушена брати на себе більшу частину сімейної відповідальності.

Типові прояви:

- хронічна тривога і страх;
- емоційна залежність від наявності зв'язку;
- самотність;
- перевантаження відповідальністю за сім'ю;
- труднощі з балансом між різними життєвими ролями;
- виснаження.

Основні напрями допомоги:

- навчання управлінню стресом;
- розвиток емоційної стійкості;
- супровід у кризових ситуаціях;
- формування системи щоденної підтримки та самозбереження.

Дружина безвісти зниклого

Психологічний контекст: жінка, яка перебуває у стані хронічної невизначеності через відсутність підтвердженої інформації про долю чоловіка. Це одна з найбільш психологічно виснажливих ситуацій – так зване «заморожене горе».

Типові прояви:

- постійна тривога;
- депресивні або клінічно депресивні стани;
- труднощі з плануванням майбутнього;
- емоційні коливання між надією і відчаєм;
- психосоматичні симптоми.

Основні напрями допомоги:

- психотерапія невизначеності;
- підвищення толерантності до невизначеності;
- підтримка прийняття обмеженого контролю над ситуацією;
- інформування щодо правового та соціального статусу;
- формування стабілізуючих щоденних рутин.

Дружина військовополоненого

Психологічний контекст: жінка, яка перебуває в постійному очікуванні новин та відчуває обмежений або відсутній контакт із чоловіком, знаходиться у стані постійної інформаційної напруги.

Типові прояви:

- високий рівень тривоги;
- безсилля;
- емоційна ізоляція;
- агресія або пригнічена ненависть без можливості вираження.

Основні напрями допомоги:

- техніки саморегуляції;
- робота з емоційною безпорадністю;
- юридична та соціальна інформаційна підтримка;
- психологічний супровід очікування змін статусу.

Дружина загиблого Захисника

Психологічний контекст: жінка, яка переживає втрату чоловіка та процес горювання, що часто має характер ускладненого горя – застрягання на одній зі стадій втрати.

Типові прояви:

- інтенсивний біль втрати;
- соціальна та фінансова невизначеність;
- втрата сенсу життя;

- емоційне «оніміння».

Основні напрями роботи:

- підтримка процесу горювання;
- робота з травмою втрати;
- адаптація до нової реальності;
- пошук нових сенсів і життєвих опор;
- залучення до груп підтримки вдів.

Симптоми, що потребують негайного втручання

Емоційно-поведінкові симптоми:

- суїцидальні думки або наміри;
- аутоагресія, ризикована поведінка;
- вибухи неконтрольованої агресії;
- дезорієнтація, застрягання у травматичних спогадах.

Симптоми тяжкого стресу:

- неконтрольовані панічні напади;
- нав'язливі флешбеки;
- тривале безсоння;
- виражені психосоматичні реакції.

Соціально-функціональні порушення:

- відмова від догляду за собою чи дітьми;
- повна соціальна ізоляція;
- зловживання психоактивними речовинами.

Психотичні прояви:

- галюцинації, марення;
- втрата орієнтації в реальності;
- неусвідомлення місця, часу, оточення.

За наявності цих симптомів фахівець зобов'язаний направити людину до лікаря-психіатра або іншого спеціаліста з психічного здоров'я.

Алгоритм підтримки LIVES у роботі з дружинами військових включає наступні складові:

L – Listening (слухання)

Створення безпечного простору, уважне слухання без перебивань.

I – Inquiry, Interest (уточнення, інтерес)

Відкриті запитання для розуміння емоційного стану.

V – Validation (валідація)

Визнання почуттів, нормалізація реакцій, уникнення знецінення.

E – Empowerment (надання сили)

Підкреслення внутрішніх ресурсів, відновлення відчуття контролю.

S – Support (підтримка)

Спрямування до ресурсів, груп підтримки, служб допомоги.

Алгоритм першої психологічної допомоги (PFA) включає наступні етапи:

Побачити – оцінка безпеки, стану, потреб.

Підійти – встановлення контакту, стабілізація.

Підтримати – заземлення, задоволення базових потреб.

Спрямувати – передача інформації та контактів допомоги (передача до відповідних служб)

Завершити – позитивне та стабілізуюче завершення контакту.

Узагальнені протоколи підтримки:

- створення безпечного простору;
- активне слухання та валідація;
- психоедукація;
- навчання саморегуляції;
- формування короткострокових планів;
- залучення до груп підтримки;
- довготривалий супровід та інтеграція.

Загалом, робота з дружинами військовослужбовців вимагає високого рівня чутливості, стабільності фахівця та чітких алгоритмів дій. Комплексна підтримка допомагає не лише подолати кризу, а й сформувати основу для довготривалого психологічного відновлення та збереження сімейної системи.

Скористайтесь відеозаписами навчальних заходів за посиланням:

<https://www.youtube.com/@МережаЗгуртовані>

РОЗДІЛ 2. ІНСТРУМЕНТАРІЙ ФАХІВЦІВ ДЛЯ РОБОТИ З ВЕТЕРАНАМИ

2.1 Тілесно-орієнтована терапія у роботі з ветеранами та ветеранками з ПТСР

Загальні засади тілесно-орієнтованої терапії

Тілесно-орієнтована терапія (ТОТ) – це напрям психотерапевтичної роботи, який ґрунтується на розумінні тіла як носія життєвого досвіду, включно з травматичними подіями. Тіло зберігає інформацію про пережиті стреси з моменту народження людини, а психотравмуючі події, зокрема досвід війни, фіксуються не лише на рівні свідомих спогадів, а й на рівні м'язів, внутрішніх органів, фасціальних структур і нервової системи.

Для ветеранів війни тілесний рівень часто стає ключовим місцем збереження травми, оскільки в умовах бойових дій саме тіло забезпечує виживання через автоматичні реакції напруги, мобілізації або замирання. Після повернення до цивільного життя ці реакції можуть зберігатися у хронічній формі, заважаючи адаптації та відновленню.

Ефективне зцілення можливе лише за умови комплексної роботи на трьох рівнях: психічному, емоційному і тілесному.

Тіло як носій травматичної пам'яті

Травматичний досвід не зберігається виключно у спогадах. Він продовжує існувати у тілі як сигнал постійної загрози, активуючи автономну нервову систему навіть у безпечному середовищі.

Хронічні прояви тілесної травми можуть включати:

- постійну м'язову напругу або спазми;
- біль без чіткої медичної причини;
- порушення дихання;
- дисоціацію або «відключення» від тілесних відчуттів;
- відчуття внутрішнього панцира або заціпеніння.

Науковою базою тілесно-орієнтованої терапії є, зокрема, полівагальна теорія Стівена Порджеса, яка пояснює роль автономної нервової системи у реагуванні на травму. Відповідно до цієї теорії, організм автоматично обирає один із базових станів:

- безпека і соціальна взаємодія;
- мобілізація (боротьба або втеча);
- замирання (колапс, дисоціація).

У ветеранів ці реакції часто залишаються активованими після завершення бойових дій, що унеможливорює повноцінне відчуття безпеки у цивільному житті. Тілесна пам'ять травми значною мірою пов'язана з фасціями – сполучнотканинними структурами, які реагують на стрес і фіксують напругу. Саме тому робота з тілом дозволяє безпосередньо впливати на глибинні механізми травматичного досвіду.

Базові принципи тілесно-орієнтованої терапії

Присутність у тілі («тут і тепер») – формування здатності усвідомлювати себе у поточному моменті, відрізняючи реальність від травматичних спогадів і флешбеків.

Усвідомлення тілесних сигналів – навчання розпізнаванню болю, дискомфорту, напруги як сигналів психоемоційного стану.

Робота з тілесними імпульсами – залучення природних рухових і дихальних реакцій для поступового розблокування травми.

Регуляція автономної нервової системи – відновлення балансу між збудженням і заспокоєнням – здатності нервової системи самостійно регулювати рівні активації та заспокоєння.

Індивідуальний темп роботи – швидкість терапевтичного процесу визначається готовністю нервової системи клієнта.

Основні напрямки тілесно-орієнтованої терапії

У роботі з ветеранами можуть застосовуватися такі підходи:

Соматичний досвід (Somatic Experiencing) – робота з тілесними відчуттями та завершення незавершених захисних реакцій.

Біоенергетичні методи – робота з м'язовими блоками через дихання та пози.

Травма-реліз вправи (Trauma Release Exercises – TRE) – використання нейрогенного тремтіння для вивільнення хронічної напруги.

Психомоторна терапія – інтеграція руху, дихання й усвідомлення.

Застосування глибинних технік потребує спеціальної підготовки. У ветеранських просторах доцільно використовувати м'які, стабілізаційні, універсальні та безпечні практики.

Універсальні техніки для роботи у ветеранських просторах

Техніки заземлення – спрямовані на повернення контакту з реальністю у разі дисоціації або флешбеків:

- усвідомлення контакту стоп із підлогою;
- фокус на диханні;
- дотик до навколишніх поверхонь;
- називання предметів навколо (у т.ч. за кольором).

Дихальні практики – повільне, ритмічне дихання з акцентом на повний видих:

- знижує частоту серцевих скорочень;
- зменшує рівень кортизолу;
- активує парасимпатичну нервову систему.

Робота з м'язовою напругою – напруга розглядається як захисний механізм, який:

- спочатку визнається і приймається;
- поступово знижується через чергування напруження і розслаблення.

Відновлення тілесних меж – робота з відчуттям дистанції, контакту, безпеки у взаємодії з іншими людьми – допомагає відновити відчуття власних меж та зменшити соціальну напругу.

Вікно толерантності та безпечний темп роботи

У ветеранів часто спостерігаються два полярні стани:

- гіпоактивація (заціпеніння, відключення);
- гіперактивація (надмірне збудження).

Тому завдання фахівця: допомогти ветерану знайти вікно толерантності – стан, у якому можлива безпечна терапевтична робота.

Швидкість процесу зцілення визначається нервовою системою клієнта, а не терапевтом – тому повільність і м'якість є необхідною умовою ефективної роботи.

Безпечна структура терапевтичного процесу

Безпечна тілесно-орієнтована робота передбачає такі етапи:

- стабілізація нервової системи;
- формування безпечного середовища;
- встановлення довіри;
- усвідомлення тілесних реакцій.

Лише після цього можливе обережне торкання травматичного досвіду – без стабілізації та безпеки робота з травмою є неможливою.

Образ тіла та його порушення внаслідок травми

Образ тіла – це суб'єктивне внутрішнє відчуття власного тіла, сформоване життєвим досвідом.

Травма може призводити до:

- втрати відчуття окремих частин тіла;
- порушення координації;
- дисоціації («я – не моє тіло»).

Особливо глибокі порушення образу тіла спостерігаються у людей, які пережили тортури, насильство або сексуальні злочини.

Метод Фельденкрайза у відновленні образу тіла

Метод Фельденкрайза ґрунтується на:

- усвідомленому повільному русі;
- роботі без болю та зусиль;
- інтеграції руху, емоцій і поведінки.

Техніки включають:

- сканування тіла в лежачому положенні;
- спостереження за симетрією рухів;
- аналіз дихання.

Ці методи дозволяють діагностувати зони напруги та розпочати процес відновлення.

Роль фахівця та професійна етика

Фахівець, який працює з тілесно-орієнтованими методами, має:

- сам перебувати у стабільному психоемоційному стані;
- регулярно практикувати техніки саморегуляції;
- дотримуватися меж власної компетентності;
- працювати під супервізією.

Терапевт є «спокійною нервовою системою» для клієнта, транслюючи безпеку та стабільність.

Ключові висновки щодо тілесно-орієнтованої терапії, як напряму психотерапевтичної роботи:

1. Травма зберігається не лише в пам'яті, а й у тілі.
2. Тілесно-орієнтована терапія є ефективним компонентом комплексної допомоги ветеранам і ветеранкам з ПТСР.
3. М'якість, повільність і безпека – основа успішної роботи.
4. Інтеграція психічних і тілесних методів сприяє цілісному відновленню та соціальній реінтеграції.
5. Тіло має власну мудрість і здатність до відновлення – завдання фахівця: створити умови, у яких цей процес може відбутися.

2.2 Арттерапія як невербальний інструмент вираження емоцій і подолання ПТСР

Арттерапія є одним із найбільш ефективних невербальних підходів у роботі з психотравмою та посттравматичним стресовим розладом. Її ключова цінність полягає у здатності працювати з тими переживаннями, які складно або неможливо вербалізувати. Через творчу діяльність людина отримує можливість поступово інтегрувати фрагментований травматичний досвід у цілісну картину власного життя, що безпосередньо пов'язано з процесами психічного відновлення та зниження симптоматики.

Практика арттерапії наочно демонструє один із фундаментальних принципів психотерапії: рух від фрагментації до цілісності. У стані психотравми людина часто переживає себе як «розірвану»: окремі емоції, спогади, тілесні відчуття та потреби не поєднуються між собою. У процесі арттерапевтичної роботи ця роз'єднаність поступово трансформується у відчуття внутрішньої цілісності, що є маркером психічного оздоровлення.

Місце арттерапії в системі допомоги

Арттерапія може застосовуватися на різних рівнях допомоги:

- як складова глибокої психотерапевтичної роботи, що проводиться підготовленими арттерапевтами;
- як елемент комплексної реабілітації та психосоціальної підтримки;
- як доступна форма ресурсної та стабілізаційної роботи у групових форматах.

Практичний досвід показує, що навіть прості арттерапевтичні заняття, організовані в лікарнях, реабілітаційних центрах або ветеранських просторах, мають значний позитивний ефект. Вони сприяють зниженню напруги, підвищенню згуртованості групи, формуванню відчуття залученості та тимчасовому зменшенню інтенсивності соматичних проявів, зокрема хронічного болю. Важливо, що такі заняття можуть проводитися не лише психотерапевтами, а й фахівцями мистецького профілю або підготовленими волонтерами, за умови чіткого розуміння меж відповідальності.

Арттерапія і нейробіологія травми

Для коректного застосування арттерапії необхідно розуміти, як психотравма та ПТСР формуються на нейробіологічному рівні. Реакція на загрозу запускає вроджену систему виживання («fight, flight, freeze» – «бий, біжи, замри»), що супроводжується активацією гормональних і нейрофізіологічних процесів. У більшості людей ці реакції є адаптивними і з часом стабілізуються.

Однак за певних умов можливий перехід від гострої стресової реакції до ПТСР. Це пов'язано з дисбалансом у роботі мозкових структур, зокрема гіпокампа, мигдалеподібного тіла та префронтальної кори. У такому стані посилюється тривога, знижується емоційний контроль, порушується сон, виникають флешбеки та уникання.

Арттерапевтичні техніки сприяють:

- зниженню гіперактивації мигдалеподібного тіла та рівня тривоги;
- активації префронтальної кори, відповідальної за усвідомлення і рефлексію;
- формуванню нейропластичності та інтеграції травматичних спогадів у автобіографічну пам'ять;
- стимуляції вироблення нейромедіаторів, пов'язаних із відчуттям задоволення та безпеки.

Межа між терапією та реабілітацією через творчість

Принципово важливо розрізняти арттерапію як психотерапевтичний метод і творчу діяльність як ресурсну або реабілітаційну практику. Арттерапія стає терапією тоді, коли її застосовує фахівець, який розуміє механізми психотравми та цілеспрямовано використовує техніки для інтеграції переживань на психічному, тілесному й емоційному рівнях.

Натомість художньо-творча діяльність без терапевтичного втручання виконує важливу, але іншу функцію – відновлення ресурсу, формування безпечного простору, підвищення

життєстійкості та особистісного потенціалу. Обидва підходи можуть і мають доповнювати один одного в системі допомоги ветеранам.

Основні арттерапевтичні напрями у роботі з ПТСР

До найбільш ефективних невербальних методів належать:

- Ізотерапія (малювання) – робота з кольором, формою та образом як способом вираження складних емоцій і поступового аналізу травматичного досвіду.
- Ліплення та робота з пластичними матеріалами – сенсорна стимуляція, повернення у стан «тут і тепер», фізичне вивільнення напруги.
- Музикотерапія – створення спільного ритму, підвищення згуртованості, зниження відчуття ізоляції.
- Кінотерапія – опосередковане проживання досвіду через історії героїв, що дозволяє безпечніше працювати з власними переживаннями.

Кінотерапія застосовується, як структурований інструмент рефлексії – за чіткою процедурою та включає декілька рівнів аналізу:

- емоційний – усвідомлення почуттів, що виникають під час перегляду;
- когнітивний – осмислення подій, рішень і дій персонажів;
- екзистенційний – звернення до цінностей, сенсів і життєвих орієнтирів;
- особистісний – інтеграція побаченого у власний життєвий досвід.

Такий підхід допомагає поступово відновлювати здатність до рефлексії, знижувати емоційне оніміння та формувати нові адаптивні способи реагування.

Фазність арттерапевтичної роботи

Робота з травмою в арттерапевтичному підході є поетапною:

1. Стабілізація та ресурсування – створення безпечного простору, відновлення базового відчуття контролю.
2. Контейнізація та опрацювання емоцій – відокремлення болісного досвіду від поточного життя.
3. Трансформація та інтеграція – включення травматичних подій у життєву історію без повторної травматизації.

Таким чином, арттерапія є науково обґрунтованим та ефективним інструментом у роботі з ПТСР за умови її інтеграції з травмафокусованими методами психотерапії. Вона сприяє відновленню відчуття безпеки, зниженню інтенсивності симптомів, покращенню соціального функціонування та поверненню людини до активного життя.

Для ветеранських просторів і громад арттерапія може стати як доступним ресурсним інструментом, так і частиною комплексної системи психосоціальної підтримки, за умови чіткого розуміння її можливостей, меж і необхідності міждисциплінарної взаємодії.

2.3 Психодрама як метод подолання посттравматичного стресового розладу

Психодрама – це психотерапевтичний метод дії, заснований Якобом Леві Морено, що ґрунтується на принципі: «Дія є важливішою за слово». Метод дозволяє досліджувати внутрішній світ людини через драматичну імпровізацію, рольову взаємодію та тілесний досвід.

Психодрама розглядає особистість як сукупність ролей, які формуються протягом життя. Саме ролі: тілесні, емоційні, соціальні, трансцендентні – визначають спосіб переживання реальності та взаємодії із зовнішнім світом. Травматичний досвід може «заморожувати» окремі ролі, обмежуючи спонтанність і гнучкість поведінки – психодрама створює умови для їх поступового «розморожування» та інтеграції.

Хоча психодрама традиційно є груповим методом, у сучасній практиці вона також успішно застосовується в індивідуальному форматі (монодрама), а її елементи широко використовуються в різних формах психологічної допомоги.

Актуальність психодрами у роботі з ветеранами та їхніми сім'ями

В умовах домінування цифрових технологій і віртуального спілкування психодрама пропонує живий, тілесно-орієнтований досвід, що є особливо важливим у роботі з травмою.

Метод ефективний для:

- безпечного відтворення травматичного досвіду;
- зниження соціальної тривожності;
- відновлення почуття впевненості та суб'єктності;
- інтеграції різних аспектів особистості;
- розвитку креативності та спонтанності.

Ключові поняття та інструменти психодрами

Роль – є базовим елементом структури особистості. Особистість формується не як стала характеристика, а як динамічна система ролей, які людина засвоює та проживає впродовж життя. Травма може обмежувати доступ до окремих ролей, а психодрама дозволяє їх дослідити, трансформувати та відновити.

Спонтанність – це здатність діяти новим способом у нових умовах. Вона не є імпульсивністю, а навпаки – проявом автентичної, гнучкої реакції, що не ґрунтується на шаблонах або нав'язаних сценаріях.

Катарсис – у психодрамі це емоційне переживання та трансформація почуттів через сценічну дію. Повторне безпечне проживання значущого досвіду дозволяє змінити емоційний заряд травматичних спогадів.

Група як терапевтичне середовище – в психодрамі виконує роль котерапевта. Вона створює безпечний простір, у якому можливе експериментування з новими ролями, підтримка сильних емоцій і перенесення здобутих змін у реальне життя. Група функціонує як «соціум у мініатюрі».

Пріоритет дії над словом – психодрама виходить з того, що дія має глибший терапевтичний ефект, ніж вербальне обговорення. Через тілесний досвід активізуються емоції, знижується вплив психологічних захистів і стає доступним неусвідомлений матеріал.

Основні складові психодраматичного процесу

Протагоніст – це учасник групи, який працює зі своєю особистою темою. Він обирає інших учасників для виконання ролей, що відображають значущі фігури або частини внутрішнього світу.

Допоміжні «Я» – учасники, які виконують ролі у сцені. Акторські здібності не потрібні, оскільки важливими є не зовнішня гра, а автентичне проживання ролі «тут і тепер».

Глядачі – спостерігачі, які не є пасивними глядачами, а надають цінні відгуки під час шерінгу, допомагаючи протагоністу побачити ситуацію з різних перспектив.

Ведучий (директор психодрами) – поєднує ролі психотерапевта й режисера, допомагаючи внутрішньому світу протагоніста розгорнутися у сценічній формі безпечно та екологічно.

Фази психодраматичної роботи

Фаза розігріву – актуалізація почуттів, ситуації та запиту клієнта.

Фаза дії – безпосереднє розігрування сцени, дослідження ролей, символів, тілесних реакцій.

Фаза шерінгу та інтеграції – учасники діляться почуттями й асоціаціями; завершальне слово завжди залишається за протагоністом, який інтегрує досвід і визначає подальші кроки.

Теоретичне підґрунтя роботи з травмою

У нормі пам'ять зберігає події у вигляді цілісного наративу. Травматичний досвід часто порушує цю цілісність, формуючи фрагментовану пам'ять, що проявляється флешбеками, кошмарами, нав'язливими образами та тілесними реакціями.

Травматична пам'ять зберігається не лише у спогадах, а й у тілі, емоціях і поведінці. Саме тому ефективна робота з ПТСР потребує методів, які виходять за межі вербального рівня.

Сутність чинників, які забезпечують ефективність психодрами для переходу від травматичної сцени до відновлення суб'єктності:

- Тілесність і дія – завершення заблокованих реакцій;
- Безпечне відтворення – повернення контролю над досвідом;
- Символічність і метафора – робота з невимовним досвідом;
- Можливість змінити сценарій – нове завершення травматичної історії;
- Групова підтримка – зниження ізоляції, сорому та провини;
- Інтеграція пам'яті – формування цілісного наративу;
- Безпечна дистанція через роль – контакт із болем без ретравматизації;
- Тренування нових ролей – формування адаптивних моделей поведінки.

Психодрама дозволяє:

- відтворити первинний травматичний досвід у безпечному форматі;
- ввести підтримуючі фігури та ресурси;
- створити альтернативне завершення;
- відновити відчуття впливу, сили та вибору.

Інтеграція досвіду, отриманого під час психодрами, допомагає включити оновлений травматичний наратив у загальну історію життя людини. Таким чином, психодрама є потужним, глибоким і водночас гнучким методом роботи з ПТСР. Вона дозволяє перейти від фрагментованого травматичного досвіду до інтеграції, від безпорадності – до відновлення суб'єктності, від ізоляції – до підтримки й взаємодії.

2.4 Подолання ПТСР за допомогою EMDR-терапії

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – інтегративний психотерапевтичний підхід, розроблений американською психологинєю Франсін Шапіро у 1987 році. Метод спеціально створювався для роботи з ПТСР, зокрема ПТСР у ветеранів війни у В'єтнамі, та з того часу пройшов понад 30 років клінічних і нейробіологічних досліджень.

Сьогодні EMDR-терапія застосовується більш ніж у 130 країнах світу та рекомендована багатьма міжнародними професійними організаціями як один із провідних методів лікування ПТСР.

Теоретичні основи: модель адаптивної переробки інформації

EMDR ґрунтується на теорії адаптивної переробки інформації (Adaptive Information Processing, AIP), відповідно до якої психологічні розлади виникають унаслідок неповної або дисфункціональної переробки травматичних спогадів.

У нормі мозок має здатність інтегрувати життєвий досвід у адаптивні нейронні мережі. Проте за умов інтенсивної або тривалої травми цей природний процес може блокуватися. У результаті спогади зберігаються у фрагментованому вигляді разом із:

- інтенсивними емоціями;
- тілесними реакціями;
- негативними переконаннями про себе;
- відчуттям «тут і тепер», ніби подія триває.

EMDR-терапія активізує природні механізми переробки інформації та сприяє інтеграції травматичного досвіду в цілісну автобіографічну пам'ять.

Центральним інструментом EMDR є білатеральна (двобічна) стимуляція, яка по чергово активізує ліву та праву півкулі мозку.

Основні форми білатеральної стимуляції:

- візуальна – рухи очей за рукою терапевта або світловим стимулом зліва направо;
- аудіальна – звуки, що чергуються між лівим і правим вухом (у навушниках);
- тактильна – по чергові дотики, поплескування або вібрація (руки, коліна, плечі, спеціальні пульсатори).

Білатеральна стимуляція активізує нейронні процеси, подібні до тих, що відбуваються у фазі швидкого сну (REM-фаза), сприяючи зниженню емоційної інтенсивності травматичних спогадів та формуванню нових адаптивних асоціацій.

Нейробіологічні ефекти EMDR

Сучасні дослідження демонструють, що EMDR впливає на ключові структури мозку:

- Амігдала – відбувається зменшення гіперактивності центрів страху й тривоги;
- Гіпокамп – покращується контекстуалізація спогадів, розрізнення минулого й теперішнього;
- Префронтальна кора – посилюється саморегуляція, раціональне мислення та контроль емоцій.

У результаті знижується загальна збудженість нервової системи, тілесна напруга та розширюються можливості когнітивної переробки досвіду.

Восьмифазний протокол EMDR-терапії

EMDR є структурованим методом, який реалізується через вісім послідовних фаз:

1. Збір анамнезу та планування – оцінка травматичного досвіду, ресурсів, готовності клієнта, формування терапевтичного альянсу.
2. Підготовка та стабілізація – навчання технік саморегуляції, ресурсування, створення відчуття безпеки.

3. Оцінка цільового спогаду – ідентифікація образу, емоцій, тілесних відчуттів, негативних і позитивних переконань, оцінка рівня дистресу.
4. Десенсибілізація – білатеральна стимуляція з фокусом на спогаді до зниження суб'єктивного дистресу.
5. Інсталяція позитивного переконання – закріплення адаптивного переконання через повільнішу стимуляцію.
6. Сканування тіла – перевірка залишкової тілесної напруги та її доопрацювання.
7. Завершення – стабілізація стану, підбиття підсумків сесії.
8. Переоцінка – оцінка стійкості результатів на наступних зустрічах.

Переваги та обмеження методу

Переваги:

- висока швидкість досягнення терапевтичних результатів;
- відсутність потреби у детальному вербальному перепроживанні травми;
- доведена ефективність при ПТСР;
- менший ризик ретравматизації;
- чітка структура і прогнозованість процесу.

Можливі ризики та обмеження:

- потреба у спеціалізованому навчанні терапевта;
- необхідність ретельної оцінки готовності клієнта;
- не є універсальним методом для всіх психічних станів.

Показання, протипоказання та етичні принципи

Показання:

- ПТСР та гострі стресові розлади;
- тривожні розлади, фобії;
- наслідки насильства, втрат, бойових дій;
- порушення прихильності;
- дисоціативні симптоми (за умови стабілізації).

Протипоказання:

- нестабільний психічний стан без етапу стабілізації;
- активні суїцидальні наміри;
- неконтрольована епілепсія;
- серйозні офтальмологічні порушення (у цьому випадку можуть бути використані альтернативні форми стимуляції);
- активне вживання психоактивних речовин.

Етичні принципи:

- інформована згода;
- конфіденційність;
- професійна компетентність;
- регулярна супервізія та самоогляд фахівця;
- своєчасне направлення до інших спеціалістів за потреби.

Вибір цільових спогадів у EMDR

Ефективність терапії значною мірою залежить від правильного відбору спогадів. Для цього використовується модель «дерева травми»:

- коріння – ранні дитячі переживання;
- стовбур – підліткові та повторювані травматичні події;
- гілки – поточні життєві ситуації;
- плоди – тригери та симптоми ПТСР.

Підходи до відбору:

- хронологічний;
- тематичні кластери;
- за рівнем емоційної інтенсивності;
- за функціональним впливом на теперішнє життя;
- з урахуванням ресурсів і стабільності клієнта.

Групові формати EMDR в умовах масової травматизації

В умовах війни та гуманітарних криз EMDR було адаптовано до групової роботи за протоколами IGTP і GTEP.

IGTP (Integrative Group Treatment Protocol):

- орієнтований на складну, тривалу або множинну травму;
- групи до 100 осіб;
- використання арттерапії, малювання, письма, техніки «метелика»;
- мінімізація вербалізації травматичного досвіду.

GTEP (Group Traumatic Episode Protocol):

- орієнтований на раннє втручання після недавньої травми;
- малі групи до 12 осіб;
- чітка структура, візуальне відображення досвіду;
- профілактика розвитку ПТСР.

Переваги групових форматів:

- масштабованість допомоги;
- економічна ефективність;
- зниження вторинної травматизації;
- подолання мовних бар'єрів;
- посилення колективної резилієнтності.

Таким чином, EMDR-терапія є одним із найбільш досліджених і ефективних методів роботи з ПТСР. Її структурованість, нейробіологічна обґрунтованість і можливість адаптації до групових форматів роблять метод особливо цінним для застосування у ветеранських просторах та програмах психосоціальної підтримки в умовах війни.

2.5 VR-технології для психологічної допомоги ветеранам війни і членам їхніх сімей

В умовах повномасштабної війни в Україні спостерігається стрімке зростання кількості осіб, які зазнали психотравмуючого досвіду. За різними оцінками, від 30 до 50 % ветеранів війни, внутрішньо переміщених осіб та членів їхніх сімей мають симптоми стрес-асоційованих розладів, зокрема ПТСР, тривожних, депресивних та адаптаційних порушень. Водночас значна частина людей не звертається по допомогу через стигматизацію, недовіру, страх осуду або фізичну недоступність послуг.

Комп'ютерні технології, зокрема інструменти віртуальної реальності (VR), відкривають нові можливості для надання психологічної та психосоціальної допомоги. Вони дозволяють знизити бар'єри доступу до підтримки, підвищити мотивацію клієнтів до участі у процесі відновлення та забезпечити безпечний, контрольований і доказовий формат роботи.

Місце комп'ютерних технологій у системі допомоги при ПТСР

ПТСР є однією з можливих, але не єдиною формою реакції психіки на травматичний досвід. Значно частіше фахівці мають справу зі стрес-асоційованими розладами, до яких належать гострі стресові реакції, розлади адаптації та інші порушення, пов'язані з переживанням надмірного або тривалого стресу.

У відповідь на загрозу активується нейробіологічна система виживання («бий – біжи – замри»), що залучає мигдалеподібне тіло, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь та нейромедіаторні системи. За умов хронічної або надмірної травматизації ця система може виходити за межі «вікна толерантності», що проявляється у станах гіперактивації або гіпоактивації.

Завдання фахівців – не негайна глибинна робота з травмою, а поетапна стабілізація стану людини, повернення її у межі вікна толерантності та формування відчуття безпеки як основи для подальшої терапевтичної та соціальної роботи. При цьому комп'ютерні та VR-технології виступають інструментом у комплексній системі підтримки, який:

- забезпечує психоосвіту та первинну стабілізацію;
- допомагає знизити рівень тривоги та фізіологічного збудження;
- сприяє навчанню навичок саморегуляції;
- створює основу для подальшого застосування доказових психотерапевтичних методів (КПТ, EMDR тощо);
- зменшує ризик вторинної травматизації.

Особливу цінність VR має на етапах низькоінтенсивних інтервенцій, коли людині складно самостійно переключати увагу або утримувати відчуття стабільності.

Віртуальна реальність як терапевтичне середовище

VR у психологічній та соціальній роботі – це контрольоване віртуальне середовище, у якому клієнт переживає безпечний досвід, що активує механізми заспокоєння, відновлення та навчання нових способів реагування. Віртуальна реальність може застосовуватися у різних форматах:

- доповнена реальність, яка накладає віртуальні елементи на реальний простір;
- повністю імерсивна реальність, що забезпечує глибоке занурення і тимчасове відключення від зовнішніх подразників.

Ключовою перевагою VR є можливість керування інтенсивністю стимулів і поступового введення клієнта у терапевтичний досвід у безпечному темпі.

Основні цілі VR-сесій:

- зниження тривоги та фізіологічного збудження;
- стабілізація емоційного стану;
- відновлення здатності до емоційної регуляції;

- навчання навичкам дихання, заземлення, усвідомлення тіла;
- формування «безпечного місця»;
- підготовка до подальшої психотерапії, соціальної та професійної реінтеграції.

VR-технології можуть застосовуватися для:

- ветеранів і ветеранок війни;
- звільнених з полону осіб;
- цивільних, які пережили бойові дії, втрати, евакуацію;
- членів сімей військовослужбовців, які зазнали вторинної травматизації.

На сьогодні в Україні апробовані спеціалізовані платформи, розроблені з урахуванням травма-інформованого підходу. Такі платформи пропонують:

- релаксаційні природні та абстрактні середовища;
- дихальні практики;
- стабілізаційні вправи;
- сценарії для тілесної усвідомленості;
- вправи для формування безпечного місця.

Сценарії можуть використовуватися як окремо, так і в межах поетапних програм підтримки.

Роль соціальних працівників і психологів у VR-інтервенціях:

- проведення оцінки стану клієнта та визначення доцільності VR-втручання;
- підбір відповідних сценаріїв;
- перебування поруч протягом усієї сесії;
- контроль фізичної та психологічної безпеки;
- фіксація реакцій та динаміки стану клієнта;
- допомога інтегрувати отриманий досвід після завершення сесії.

Для проведення VR-сесій необхідні:

- VR-окуляри (автономні або з підключенням до ПК);
- комп'ютер або ноутбук з відповідними технічними характеристиками;
- стабільне інтернет-з'єднання;
- безпечне приміщення з мінімумом тригерів.

Під час проведення VR-сесій важливо дотримуватися протипоказів: не використовувати VR-окуляри під час гострих психотичних станів, алкогольної чи наркотичної інтоксикації, виражених вестибулярних порушень.

VR-технології у ветеранських просторах можуть стати ефективним компонентом комплексної роботи, доповнюючи психоосвіту, арт-терапію, тілесно-орієнтовані практики та психотерапію. Вони підвищують доступність допомоги, зменшують навантаження на фахівців і сприяють формуванню безпечного, сучасного та привабливого середовища для ветеранів і членів їхніх родин.

Скористайтесь відеозаписами навчальних заходів за посиланням:

<https://www.youtube.com/@МережаЗгуртовані>

РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ РОБОТИ З ВЕТЕРАНАМИ

3.1 Державна ветеранська політика

Державна ветеранська політика в Україні ґрунтується на поєднанні законодавчих, стратегічних та програмних документів, що визначають комплексний підхід до підтримки ветеранів війни та членів їхніх сімей.

Базовим нормативно-правовим актом, який визначає категорії ветеранів, їхні права, соціальні гарантії та пільги, є Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Водночас сучасна ветеранська політика значно ширша за систему пільг і виплат та орієнтована на довгострокову реінтеграцію, відновлення людського капіталу й активну участь ветеранів у житті громад.

Ключовим стратегічним документом поточного етапу є «Стратегія ветеранської політики на період до 2030 року», затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2024 року. Вона закладає перехід від фрагментарної допомоги до системної, міжвідомчої та людиноцентричної моделі підтримки.

Стратегія ветеранської політики спрямована на комплексну підтримку ветеранів, ветеранок та членів їхніх сімей шляхом відновлення людського капіталу та підвищення рівня добробуту. Вперше на державному рівні чітко зафіксовано, що цільовою аудиторією ветеранської політики є не лише самі ветерани, а й їхні родини.

Цим документом визначені наступні стратегічні цілі:

1. Відновлення людського капіталу та добробуту ветеранів/ветеранок, членів їх сімей;
2. Повага та вшанування пам'яті;
3. Визначення участі ветеранів/ветеранок у забезпеченні національної безпеки та обороноздатності.

Таким чином, посилення національної безпеки та обороноздатності України розглядається через збереження і розвиток людського потенціалу, створення умов для повноцінної соціальної, професійної та психологічної реінтеграції.

Стратегія передбачає реалізацію операційного плану заходів до 2027 року – першого кроку до глибоких системних змін у державній ветеранській політиці.

У межах Стратегічної цілі №1, спрямованої на відновлення людського капіталу та добробуту ветеранів, особливе значення має Оперативна ціль 1.1: Координація державної ветеранської політики, діяльності надавачів послуг для ветерана/ветеранки, забезпечення доступності послуг для цільової аудиторії.

Ключовими завданням у межах цієї оперативної цілі є запровадження ефективних інструментів для забезпечення переходу від військової служби до цивільного життя, зокрема шляхом запровадження діяльності фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб, утворення центрів ветеранського розвитку та ветеранських просторів.

Індикатором виконання цього завдання визначено формування розгалуженої мережі органів, установ і організацій, які надають ветеранам підтримку у сферах охорони здоров'я, психологічної допомоги, соціального захисту, професійної реалізації та участі в житті громади.

Для практичної реалізації Стратегії ветеранської політики до 2030 року Міністерством у справах ветеранів України розроблено та затверджено низку методичних документів. Серед них особливе значення мають Методичні рекомендації щодо створення та функціонування ветеранських просторів, затверджені наказом Міністерства у справах ветеранів України від 5 червня 2024 року № 168.

Ці рекомендації стали каталізатором розвитку мережі ветеранських просторів на регіональному рівні. Зокрема, в Харківській області їх упровадження сприяло ухваленню рішення Харківської обласної ради від 21 серпня 2024 року № 934-VIII про створення комунального закладу «Ветеранський простір «Пліч-о-пліч», діяльність якого розпочалася у грудні 2024 року.

Водночас ветеранська інфраструктура регіону не обмежується одним закладом – у Харківській області реалізується Комплексна програма підтримки захисників і захисниць України та членів їхніх сімей, а також відіграють значну роль громадські ініціативи, проєкти міжнародної технічної допомоги та програми, що реалізуються у співпраці з органами місцевого самоврядування.

Слід відзначити, що сфера підтримки ветеранів перебуває у зоні відповідальності кількох центральних органів виконавчої влади:

- Міністерства у справах ветеранів України, яке відповідає за формування державної ветеранської політики, координацію системи підтримки, ведення Єдиного державного реєстру ветеранів війни, організацію психологічної допомоги та реабілітації, кар'єрну підтримку й політику вшанування пам'яті;
- Міністерства соціальної політики України, яке забезпечує соціальні гарантії та виплати, організацію соціальних послуг на рівні громад, пенсійне забезпечення, нормативне регулювання стандартів соціальних послуг і соціальну інтеграцію;
- Міністерства охорони здоров'я України, яке відповідає за медичну допомогу, фізичну та психіатричну реабілітацію, а також інтеграцію психологічної допомоги у медичну систему.

Така модель створює можливості для комплексної підтримки, але водночас вимагає високого рівня міжвідомчої та міжсекторальної координації.

Ключовою державною соціальною послугою, спеціально орієнтованою на ветеранів і членів їхніх сімей, є соціальна адаптація. Вона визначена у Класифікаторі соціальних послуг наступним чином:

- допомога в аналізі життєвої ситуації, визначення основних методів розв'язання проблем і перенаправлення (за потреби) до відповідних фахівців з метою їх розв'язання (за задекларованим / зареєстрованим місцем проживання (перебування));
- надання психологічної допомоги, проведення корекції психологічного стану та поведінки в повсякденному житті;
- сприяння в отриманні психіатричної допомоги (за самозверненням та відповідно до виявлених потреб);
- допомога в зміцненні / відновленні родинних і суспільних зв'язків, у тому числі шляхом сімейного консультування;
- створення умов для формування та розвитку соціальних і комунікаційних навичок; надання інформації з питань соціального захисту;
- проведення групових сімейних психологічних тренінгів з питань, що стосуються персональних та сімейних цінностей, підтримки власних ресурсів в поточних умовах та підтримки один одного;
- організація сімейного бюджетування;
- організація змістовного дозвілля дітей.

При цьому соціальна адаптація розглядається як двосторонній процес: з одного боку, суспільство і громади мають створювати умови для інтеграції ветеранів, з іншого – сам ветеран має поступово адаптуватись до цивільних ролей і норм, інтегруючи військовий досвід у мирне життя.

Одним із ключових викликів для реалізації державної ветеранської політики є фрагментація допомоги – адже ефективна підтримка можлива лише за умови міжсекторальної взаємодії, прямої комунікації між соціальними, медичними та ветеранськими службами та спільної відповідальності за результат. При цьому важливою умовою успіху реінтеграції ветеранів є формування в громадах ветеранських просторів, в яких роль фахівців супроводу є критично важливою – адже саме від їх професійної позиції залежить, чи стане підтримка ветеранів системною, здатною забезпечити повернення їх до повноцінного цивільного життя.

3.2 Роль ветеранських просторів у реалізації державної ветеранської політики

Створення ветеранських просторів (хабів) в Україні є одним із пріоритетів сучасної державної та місцевої ветеранської політики. Ветеранський простір розглядається як інструмент реінтеграції ветеранів у цивільне життя через принцип «єдиного вікна» та взаємодію за принципом «рівний – рівному».

Такі простори поєднують у собі функції підтримки, навігації, соціалізації та розвитку ветеранської спільноти на рівні громад.

Ветеранський простір – це багатофункціональна інституція, метою діяльності якої є реінтеграція ветеранів війни та членів їхніх сімей шляхом надання інформаційно-консультаційної підтримки, організації реабілітації, адаптації та соціальної взаємодії.

Ветеранський простір – це не лише місце надання послуг, а й безпечне середовище для:

- соціалізації ветеранів;
- формування ветеранської спільноти;
- зниження ізольованості;
- відновлення соціальних зв'язків;
- підтримки ініціатив самих ветеранів.

Ветеранські простори можуть функціонувати у різних організаційно-правових формах, серед яких до цього часу найчастіше використовуються:

- комунальні установи або заклади, створені органами місцевого самоврядування та фінансовані з місцевого бюджету;
- громадські організації, засновані ветеранами або активістами, що працюють за грантові кошти, донорську підтримку та у партнерстві з органами влади.

Крім того, постановою Кабінету Міністрів України №1560 від 26 листопада 2025 року закладено формування нової державної мережі ветеранських просторів з єдиним операційним центром у вигляді державного некомерційного товариства «Державний ветеранський простір».

Відповідно до Методичних рекомендацій щодо створення та функціонування ветеранських просторів, затверджених наказом Міністерства у справах ветеранів України №168 від 5 червня 2024 року, ветеранські простори мають забезпечувати:

- інформаційно-консультаційну підтримку;
- надання психологічної допомоги;
- надання правничої допомоги;
- соціальний супровід і кейс-менеджмент;
- соціальну адаптацію та реабілітацію;
- фізкультурно-спортивну реабілітацію;
- організацію груп взаємопідтримки;
- професійну адаптацію та розвиток цифрової грамотності;
- проведення навчальних, культурних і творчих заходів, організацію дозвілля та активного відпочинку;
- підтримку ветеранських ініціатив та громадських об'єднань;
- мережування ветеранів та формування ветеранської спільноти.

Ефективна діяльність ветеранського простору можлива лише за умови системної взаємодії з:

- органами місцевого самоврядування;
- соціальними службами;

- центрами зайнятості;
- закладами охорони здоров'я;
- громадськими та благодійними організаціями;
- міжнародними партнерами.

Ветеранський простір виконує функцію хабу координації та живої взаємодії між ветеранами і всією інфраструктурою підтримки громади, він має стати частиною публічного простору громади, а не ізольованою інституцією.

Організацію надання психологічної допомоги відвідувачам ветеранського простору рекомендується здійснювати із залученням фахівців у сфері психічного здоров'я, зокрема тих, що включені до Реєстру суб'єктів надання послуг із психологічної допомоги для ветеранів та членів їх сімей, освітній та кваліфікаційний рівень яких відповідає вимогам чинного законодавства, які володіють специфічними методами, рекомендованими міжнародними клінічними настановами та протоколами, а навички та досвід дозволяють надавати ефективну підтримку відвідувачам простору.

Психологічна допомога у ветеранських просторах має на меті:

- збереження та відновлення психічного здоров'я;
- профілактику психічних і поведінкових розладів;
- подолання наслідків травматичних подій;
- запобігання інвалідності.

При цьому види психологічних послуг включають: першу психологічну допомогу, психологічну діагностику, психоедукацію, психологічне консультування. А формами надання цих послуг можуть бути: індивідуальна, сімейна, групова (рекомендовано до 10 осіб).

Для організації ветеранських просторів суб'єктам господарювання рекомендується:

- передбачати функціональні зони (для індивідуальної роботи, групових заходів, дозвілля, фізичної реабілітації);
- забезпечувати безбар'єрність приміщень;
- організовувати роботу мобільних груп для віддалених територій;
- застосовувати підхід «кейс-менеджмент» (case management – «ведення випадку»);
- вести базову облікову та звітну документацію.

Таким чином, створення у громадах ветеранських просторів має стати організаційним підґрунтям для забезпечення реінтеграції ветеранів у цивільне життя у відповідності до Стратегії ветеранської політики України.

3.3 Організація системи моніторингу та оцінки ефективності надання послуг

Організація роботи і окремих фахівців із супроводу ветеранів та демобілізованих осіб, і ветеранських просторів в цілому вимагає створення відповідної системи моніторингу та оцінки (MiO – Monitoring and Evaluation). І це не просто бюрократична вимога, а критично важливий інструмент, який є ключовою умовою забезпечення якості психологічної допомоги та соціальної реінтеграції ветеранів і ветеранок у цивільне життя. MiO дозволяє не лише звітувати про діяльність, а й постійно вдосконалювати послуги, адаптуючи їх до реальних потреб ветеранів та членів їхніх сімей.

Система MiO покликана:

- оцінювати доступність, якість і результативність послуг з реінтеграції ветеранів у цивільне життя;
- забезпечувати безперервне вдосконалення практик допомоги;
- підтримувати професійний розвиток фахівців супроводу ветеранів;
- підвищувати довіру ветеранів до послуг громади.

Базові принципи MiO:

- Орієнтація на людину – пріоритет безпеки, гідності та потреб ветерана;
- Етичність – добровільність участі, конфіденційність, чутливість до травми;
- Реалістичність – врахування умов воєнного часу та ресурсних обмежень;
- Розвитковий характер – MiO як інструмент вдосконалення, а не тільки контролю;
- Відображення ключових індикаторів ефективності надання послуг.

Доступність послуг

В умовах війни не в кожній громаді є достатня кількість надавачів послуг ветеранам – тому базовим показником ефективності є доступність послуг. Основні індикатори доступності:

- кількість осіб або сімей, які отримали допомогу за певний період;
- середній час між зверненням клієнта та початком надання допомоги;
- частка клієнтів, які мають постійний доступ до психолога в громаді;
- наявність і використання інструментів дистанційного консультування.

Ці показники дозволяють оцінити, наскільки послуги реально досяжні для ветеранів і членів їхніх сімей.

Безперервність і системність підтримки

Психологічна робота може включати як кризові одноразові інтервенції, так і середньо- та довгостроковий супровід. Для досягнення сталих результатів важливо, щоб допомога надавалася послідовно і системно, а не епізодично. Індикатори системності:

- регулярність зустрічей із клієнтом;
- середня тривалість участі клієнта в програмі підтримки;
- частка завершених випадків, у яких досягнуті цілі, визначені в індивідуальному плані супроводу;
- наявність і використання індивідуальних планів психологічного супроводу.

Якість процесу надання послуг характеризують наступні індикатори:

- відповідність кваліфікації фахівців;
- дотримання професійних і етичних стандартів;
- наявність супровідної документації;
- фіксація суб'єктивних змін у стані клієнтів.

Результативність і задоволеність клієнтів можуть характеризувати наступні індикатори:

- рівень довіри та відкритості;
- оцінка взаємодії з фахівцем;
- готовність повторно звертатися або рекомендувати послугу.

Організаційну сталість надання послуг можуть відображати наступні індикатори:

- наявність локальних нормативних документів;
- рівень ресурсного забезпечення фахівців;
- наявність дієвої системи звітності та аналізу.

Компетентність фахівців як ключовий чинник якості

Якість послуг неможлива без системного розвитку компетентностей спеціалістів, які працюють із ветеранами.

Професійну компетентність відображають наступні показники:

- знання психології травми;
- розуміння кризових станів і стресових реакцій;
- навички надання першої психологічної допомоги;
- орієнтація в сучасних методах терапії;
- розпізнавання діагностичних ознак без постановки діагнозів;
- вміння своєчасно перенаправляти клієнтів.

Етична компетентність включає:

- конфіденційність;
- повагу до досвіду ветерана;
- керівництво принципом «не нашкодь»;
- дотримання професійних меж;
- недискримінаційний підхід;
- роботу з власними упередженнями через супервізію.

Комунікативну компетентність характеризують наступні навички:

- активне слухання;
- перефразування й уточнення;
- емпатійне реагування;
- адаптація стилю спілкування;
- уважність до невербальних сигналів;
- коректна робота з військовим гумором і жаргоном.

Кризова компетентність включає:

- вміння оцінювати ризики;
- рівень технік стабілізації та заземлення;
- усвідомлення власних меж і тригерів;
- коректна поведінка в ситуаціях агресії чи зриву;
- рівень саморегуляції фахівця.

Методи збору даних для моніторингу та оцінки

Громади самостійно визначають методи збору даних з урахуванням безпекових і ресурсних обмежень. Основні методи МiО:

- Інтерв'ю – структуровані офлайн або онлайн-інтерв'ю дозволяють глибоко зрозуміти індивідуальний досвід клієнтів; при цьому обмеженням для проведення інтерв'ю є значні часові та кадрові витрати;
- Спостереження – дають змогу оцінити поведінку, емоційні реакції, групову динаміку та взаємодію в родині; недоліком цього методу є вплив факту спостереження на поведінку клієнта;
- Аналіз документації – включає аналіз індивідуальних планів супроводу, журналів консультацій, звітів про супервізію та групову роботу; метод ефективний для оцінки організаційної сталості, але не відображає якісних змін стану клієнта;
- Психодіагностичні методики – валідні шкали й опитувальники (тривожність, депресія, стрес, емоційне вигорання) використовуються як скринінг і для оцінки динаміки стану; потребують фахової підготовки та часу;
- Фокус-групи – надають колективну оцінку ефективності послуг і генерують ідеї для вдосконалення; обмеженням методу є безпекові ризики та неготовність учасників ділитися особистим досвідом;
- Аналіз кейсів – дозволяє отримати цілісну картину допомоги від звернення до результату; при цьому дані складно узагальнювати, але вони надзвичайно цінні для навчання.

Вибір того, чи іншого методу для МiО визначається з урахуванням безпеки, ресурсів і підготовки персоналу.

Етичні засади збору та зберігання даних

Ветерани є групою підвищеної сенситивності, тому збір даних має ґрунтуватися на чітких етичних засадах:

- добровільність участі;
- конфіденційність і анонімність;
- чутливість до травматичного досвіду;
- право відмови від відповідей або участі;
- безпечне зберігання даних.

Цифрові інструменти підтримки МiО

Для полегшення МiО можуть використовуватися доступні цифрові рішення:

- Google Forms – опитування та збір зворотного зв'язку;
- Google Sheets – бази даних, аналітика, візуалізація показників;
- CRM-системи – комплексне управління даними (потребує додаткових ресурсів).

Алгоритм впровадження системи МiО в громаді включає наступні етапи:

1. Визначення цілей і очікуваних результатів.
2. Розробка індикаторів.
3. Вибір методів збору даних.
4. Призначення незалежних відповідальних осіб.
5. Формування системи звітності.
6. Регулярний аналіз і обговорення результатів.
7. Використання результатів для вдосконалення послуг.

Таким чином, впровадження ефективної системи моніторингу та оцінки є інструментом розвитку якості послуг з реінтеграції ветеранів у цивільне життя. У поєднанні з високою професійною та етичною компетентністю фахівців МіО створює основу для стійкої, довірливої та ефективної підтримки ветеранів і ветеранок у громадах.

Скористайтесь відеозаписами навчальних заходів за посиланням:

<https://www.youtube.com/@МережаЗгуртовані>

ВИСНОВКИ

Проект «Згуртовані заради відновлення» було реалізовано у відповідь на безпрецедентні виклики, спричинені повномасштабною війною. Кількість осіб, які в Україні потребують психологічної, психосоціальної та реінтеграційної підтримки, постійно зростає – це не тільки ветерани війни, а й члени родин ветеранів, безвісти зниклих, військовополонених і полеглих Героїв; а також і цивільне населення, яке в результаті бойових дій зазнало травматичного досвіду.

У цих умовах особливої ваги набуває якісна підготовка фахівців супроводу, здатних працювати з наслідками бойової травми і складними психоемоційними станами, спроможних допомогти реінтеграції ветеранів і ветеранок у цивільне життя. Саме тому тренінги проекту охопили широку тематику: від основ соціальної адаптації та психотерапевтичної допомоги ветеранам війни і членам їхніх сімей до питань формування ветеранських просторів; від практичних методів роботи з ветеранами до розбудови системи оцінки якості послуг, які надаються.

При цьому реалізація проекту ґрунтувалася на таких ключових принципах:

- комплексному і мультидисциплінарному підході до питань реінтеграції ветеранів;
- використанні під час тренінгів науково підтверджених методик;
- ґендерно чутливому підході до проведення тренінгів;
- протидії стигматизації;
- розумінні реінтеграції не як простої адаптації, а як комплексного процесу повернення людини до повноцінного цивільного життя, відновлення соціальних ролей, професійної реалізації, ідентичності та життєвих перспектив.

Сформована під час реалізації проекту Мережа «Згуртовані заради відновлення» об'єднала понад 340 представників з 48 територіальних громад Харківської області: фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб, працівників соціальних служб і медичних закладів, представників комунальних установ, підприємств, громадських організацій та інших інституцій, які займаються наданням послуг ветеранам війни, членам їхніх сімей та родинам полеглих Захисників і Захисниць.

Учасники Мережі отримали можливість брати офлайн або онлайн участь у тренінгах спеціальної короткострокової програми підвищення компетенцій, завдяки чому у регіоні розпочалось створення дієвої екосистема реінтеграції ветеранів у цивільне життя громад. Але попереду ще дуже багато роботи – тому слідкуйте за новинами нашої роботи на сайті <https://www.ua4veterans.org.ua> і на YouTube-каналі «Згуртовані заради відновлення» за посиланням: <https://www.youtube.com/@МережаЗгуртовані>