

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ  
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

**Гуманітарно-педагогічний факультет**

**ПОГОДЖЕНО**  
Декан  
гуманітарно-педагогічного  
факультету  
\_\_\_\_\_ Інна САВИЦЬКА  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 р.

**ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ**  
Завідувач кафедри соціальної  
роботи та реабілітації  
\_\_\_\_\_ Ірина СОПІВНИК  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 р.

**МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
на тему «Соціальне консультування сімей внутрішньо переміщених осіб  
з дітьми в умовах воєнного стану»

Спеціальність 231 «Соціальна робота»

Освітньо-професійна програма: «Соціально-психологічна реабілітація»

Орієнтація освітньої програми: освітньо-професійна

**Гарант освітньої програми**

доктор педагогічних наук, професор  
(науковий ступінь та вчене звання)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Сопівник І. В.  
(ПІБ)

**Керівник магістерської кваліфікаційної роботи**

кандидат педагогічних наук  
(науковий ступінь та вчене звання)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Власенко К.О.  
(ПІБ)

**Виконав**

\_\_\_\_\_ (підпис)

Гелевич І.О.  
(ПІБ студента)

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

**Гуманітарно-педагогічний факультет**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач кафедри соціальної  
роботи та реабілітації, доктор  
педагогічних наук, професор**

\_\_\_\_\_ Ірина СОПІВНИК

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**З А В Д А Н Н Я  
ДО ВИКОНАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ  
КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТУ**

**Гелевичу Ігорю Олеговичу**

Спеціальність 231 «Соціальна робота»

Освітньо-професійна програма: «Соціально-психологічна реабілітація»

Орієнтація освітньої програми: освітньо-професійна

Тема магістерської кваліфікаційної роботи «Соціальне консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану» затверджена наказом ректора НУБіП України від «20» 11.2024 року № 2066 «С»

Термін подання завершеної роботи на кафедру 27 листопада 2025 р.

Вихідні дані до магістерської кваліфікаційної роботи: наукові розробки вітчизняних і зарубіжних учених; матеріали періодичних видань; навчальна та довідкова література з теми дослідження.

Перелік питань, що підлягають дослідженню:

- 1) Дослідити теоретичні основи соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми
- 2) Вивчити український та міжнародний досвід соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми
- 3) Діагностувати стан стресу та тривожності у батьків і дітей з внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану
- 4) Обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану.

Дата видачі завдання 27 листопада 2024 р.

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи \_\_\_\_\_ Власенко К.О.

Завдання прийняв до виконання \_\_\_\_\_ Гелевич І.О.

## РЕФЕРАТ

Магістерська кваліфікаційна робота на тему «Соціальне консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану» має таку структуру: 1) картку кваліфікаційної дипломної роботи; 2) титульний аркуш; 3) завдання до виконання кваліфікаційної дипломної роботи; 4) реферат; 5) зміст; 6) список умовних скорочень; 7) вступ; 8) основна частина (III розділи); 9) загальні висновки; 10) список використаних джерел; 11) додатки. У роботі подано 7 додатків, 10 рисунків та 6 таблиць. Список використаних джерел складає 64 позицій. Обсяг дипломної кваліфікаційної роботи 95 сторінок.

В першому розділі здійснено теоретичний аналіз сутності та специфіки соціального консультування як форми допомоги сім'ям внутрішньо переміщених осіб з дітьми; з'ясовано соціальні проблеми таких сімей та розглянуто нормативно-правове забезпечення соціального консультування в Україні під час воєнного стану.

В другому розділі «Методичні засади соціального консультування як форми допомоги сім'ям внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану» здійснено аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми, а також проаналізовано діагностику стану стресу та тривожності у батьків і дітей з внутрішньо переміщених осіб.

У третьому розділі було здійснено розробку та впровадження програми соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб, проаналізовано ефективність програми, а також інтерпретацію результатів та результати повторної діагностики, які показали зниження рівня стресу та тривожності на 25-35 відсотків у експериментальній групі.

Ключові слова: внутрішньо переміщені особи, соціальне консультування, сім'я, діти, війна, адаптація, тривожність, соціальна підтримка.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ СІМЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ДІТЬМИ .....</b>	<b>6</b>
1.1. Сутність і специфіка соціального консультування як форми допомоги сім'ям внутрішньо переміщених осіб з дітьми .....	6
1.2. Соціальні проблеми сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми.....	15
1.3. Нормативно-правове забезпечення соціального консультування в Україні під час воєнного стану .....	25
Висновки до першого розділу.....	32
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ СІМЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ДІТЬМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....</b>	<b>34</b>
2.1. Український та міжнародний досвід соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми .....	34
2.2. Діагностика стану стресу та тривожності у батьків і дітей з внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану .....	42
Висновки до другого розділу.....	51
<b>РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ СІМЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ДІТЬМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....</b>	<b>53</b>
3.1. Розробка та експериментальна перевірка ефективності програми соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану .....	53
3.2. Аналіз ефективності програми та інтерпретація результатів.....	59
Висновки до третього розділу.....	66
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>68</b>

<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>70</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>76</b>

## СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ЮНІСЕФ – Дитячий фонд ООН ;
- МОМ – Міжнародна організація з міграції;
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України;
- КПТ - Когнітивно-поведінкова терапія;
- ПТСР – Посттравматичний стресовий розлад;
- UNHCR – Управління верховного комісара ООН у справах біженців;
- ВПО – внутрішньо переміщені особи;
- PSS-10 – Perceived Stress Scale-10 (Шкала сприйнятого стресу-10);
- GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder-7 (Шкала генералізованого стресу-7);
- PCL-5 – PTSD Checklist for DSM-5(Контрольний список ПТСР для DSM-5);
- RSMAS – Revised Children`s Manifest Anxiety Scale (Переглянута шкала явної тривожності дітей);
- DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів);
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я.

## ВСТУП

Повномасштабна війна в Україні призвела до однієї з найбільших гуманітарних криз в Європі з часів Другої світової війни. Мільйони громадян були змушені покинути свої домівки, ставши внутрішньо переміщеними особами. За даними Міжнародної організації з міграції станом на 2025 рік, кількість внутрішньо переміщених осіб перевищує 5 мільйонів, серед яких значна частка – сім'ї з дітьми. Ці сім'ї стикаються з психологічними травмами, соціальною дезадаптацією, втратою житла, роботи, соціальних зв'язків.

В умовах таких викликів зростає потреба у системній соціальній підтримці, здатній допомогти відновити внутрішній баланс, стабілізувати сімейні стосунки та сприяти інтеграції переселенців у нове середовище. Соціальне консультування як форма професійної допомоги набуває особливого значення, адже поєднує елементи соціальної роботи, психотерапії та педагогіки, спрямовані на підвищення адаптаційних ресурсів сімей. Саме тому дослідження теоретичних і практичних засад соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб є актуальним і суспільно значущим.

**Мета дослідження** – обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану.

**Об'єкт дослідження** – соціальне консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану.

**Предмет дослідження** – програма соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану.

Відповідно до мети визначено **завдання дослідження:**

1) Дослідити теоретичні основи соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми;

- 2) Вивчити український та міжнародний досвід соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми;
- 3) Діагностувати стан стресу та тривожності у батьків і дітей з внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану;
- 4) Обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану.

**Методи дослідження.** З теоретичних методів використовувались аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел. Це дозволило дослідити теоретичні основи соціального консультування, визначити ключові проблеми сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми та вивчити українських і міжнародний досвід надання допомоги.

Основу емпіричного методу склав експеримент для діагностики стану учасників та апробування програми «Стилка родина». Для збору даних було використано опитувальник генералізованого тривожного розладу (GAD-7) та методику діагностики рівня тривожності Спілберга-Ханіна. Для дітей використовувалась шкала явної тривожності (RSMAC) та проєктивна методика «Моя сім'я».

Для обробки отриманих даних застосовувались кількісні методи (статистичний аналіз, розрахунок середніх значень, відсотковий та порівняльний аналіз показників до і після експерименту) та якісний аналіз (інтерпретація результатів).

**Експериментальна база дослідження.** Дослідження проводилось на базі центрів соціальних служб та благодійних організацій, що надають допомогу внутрішньо переміщеним сім'ям, зокрема на базі Центру соціальних служб м. Львова та Центру підтримки внутрішньо переміщених осіб м. Тернополя, за участю психологів і соціальних працівників установ. До участі у дослідженні було залучено 50 сімей внутрішньо переміщених осіб, які мають принаймні одну дитину віком від 6 до 17 років. Усі учасники

перебували у статусі внутрішньо переміщених осіб, переселених із територій активних бойових дій.

**Наукова новизна дослідження** полягає у теоретичному обґрунтуванні та практичній перевірці ефективності програми соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану, також уточненні змісту понять, «ресурсно-орієнтоване консультування», а також у виявленні закономірностей впливу психоемоційного стану батьків на рівень тривожності дітей.

**Практичне значення одержаних результатів** базується у створенні апробованої програми консультування, яку можна використовувати у роботі соціальних працівників центрів соціальних служб, волонтерів і педагогів. Матеріали дослідження можуть бути впроваджені у практику соціального супроводу сімей внутрішньо переміщених осіб в громадах, освітніх закладах та реабілітаційних центрах.

**Структура магістерської роботи.** Магістерська робота на тему «Соціальне консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану» складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Робота містить 95 сторінок основного тексту, у списку використаних джерел наведено 64 літературних джерела. У роботі подано 7 додатків, 10 рисунків та 6 таблиць.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ СІМЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ДІТЬМИ

#### 1.1. Сутність і специфіка соціального консультування як форми допомоги сім'ям внутрішньо переміщених осіб з дітьми

Повномасштабне вторгнення Російської Федерації на територію України 24 лютого 2022 року змусило мільйони сімей залишити свої домівки та шукати безпечного притулку в безпечніших регіонах країни чи за її межами і стало каталізатором однієї з найбільших гуманітарних криз у сучасній Європі. Ця війна не лише зруйнувала інфраструктуру та економіку, алей глибоко травмувала мільйони людей. За даними Міжнародної організації з міграції станом на 2025 рік, в Україні понад 5 мільйонів внутрішньо переміщених осіб, значну частину з яких становлять сім'ї з дітьми. Ці родини опинились в епіцентрі психологічних і соціальних викликів: втрата житла, роботи, а також постійних страх за життя близьких. Діти, як найбільш вразлива група, часто страждають від посттравматичного стресового розладу, тривожності, депресії та порушень у розвитку. У таких умовах соціальне консультування стає не просто допомогою, а життєво необхідним інструментом для відновлення психоемоційного балансу, підтримки сімейних відносин і сприяння інтеграції в нові громади.

Соціальне консультування – це професійна форма взаємодії між консультантом та отримувачем соціальних послуг. Його мета полягає у наданні підтримки, аналізі проблем і пошуку ресурсів для їх вирішення. На відміну від традиційного психологічного консультування, яке зосереджується на індивідуальних когнітивних процесах і внутрішніх конфліктах, соціально-психологічне консультування охоплює ширший соціальний контекст. Воно інтегрує елементи психотерапії, соціальної роботи та освіти, акцентуючи увагу на адаптації людини до соціального середовища. Українська дослідниця А. Капська визначає його як інтегрований процес, що

поєднує психологічну підтримку з соціальними інтервенціями, допомагаючи клієнтам не лише опрацьовувати емоції, але й вирішувати практичні проблеми, такі як доступ до житла, освіти чи медичних послуг [3, с 24].

Історично соціально-психологічне консультування як дисципліна сформувалось в середині ХХ століття, спираючись на теорії гуманістичної психології Карла Роджерса та системної теорії Людвіга фон Берталанфі. Роджерс підкреслював важливість емпатії та безумовного прийняття клієнта, що стало основою клієнт-центрованого підходу. У контексті кризових ситуацій, таких як війни чи природні катастрофи, цей вид допомоги еволюціонував, інтегруючи елементи кризової інтервенції, розроблені Еріком Ліндемманом у 1940-х роках після пожежі в нічному клубі «Kokoanut Grove» у США. В Україні розвиток соціально-психологічного консультування активізувався після подій 2014 року на Донбасі, коли з'явилися перші програми допомоги внутрішньо переміщеним особам, підтримані міжнародними організаціями, такими як ЮНІСЕФ і МОМ [2].

Основні принципи соціально-психологічного консультування включають емпатію, безумовне прийняття клієнта, орієнтацію на його сильні сторони та забезпечення конфіденційності. Емпатія передбачає глибоке розуміння емоцій отримувача соціальних послуг, ніби «взуття на ноги» – як казав Роджерс, – дозволяючи консультанту відчувати світ клієнта зсередини. Безумовне прийняття означає відсутність суджень, що створює безпечний простір для відкритості. Орієнтація на сильні сторони фокусується не на дефіцитах, а на ресурсах отримувача послуг, таких як сімейна підтримка чи особиста стійкість. Конфіденційність гарантує захист інформації, що є критичним у роботі з внутрішньо переміщеними особами, де люди часто бояться стигматизації чи переслідувань [4, с. 68].

У контексті сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми ці принципи набувають особливої уваги. Сім'ї стикаються з численними викликами, такими як економічною нестабільністю, втратою соціальних зв'язків і

психологічними травмами. За даними ЮНІСЕФ, близько 30% дітей внутрішньо переміщених осіб в Україні проявляють симптоми посттравматичного стресового розладу, такі як нав'язливі спогади чи гіперзбудження. Батьки, у свою ж чергу, часто відчують почуття провини за «невдале» життя дітей. Консультування допомагає опрацювати ці емоції, сприяючи відновленню сімейної гармонії. Наприклад, у програмі «Безпечний простір» від «Карітас Україна» батьки вчаться розпізнавати ознаки стресу в дітей через групові заняття, де діляться історіями, що зменшує ізоляцію.

Основними принципами соціально-психологічного консультування є емпатія, безумовне прийняття отримувача соціальних послуг, орієнтація на його сильні сторони та забезпечення конфіденційності. Ці принципи дозволяють створити безпечний простір, де отримувачі соціальних послуг можуть відкрито висловлювати свої переживання, аналізувати проблеми та знаходити шляхи їх вирішення. У контексті роботи з сім'ями внутрішньо переміщених осіб з дітьми консультування спрямоване на подолання наслідків травматичного досвіду, спричиненого війною, переміщенням і втратою стабільності. Воно включає як психологічну підтримку (опрацювання травм, зниження тривожності), так і соціальну (допомога з доступом до житла, освіти, медичних чи юридичних послуг).

Консультування сімей внутрішньо переміщених осіб в умовах війни має свій зміст згідно з комплексом проблем і складності кожного окремого випадку. Відповідно можна виокремити різні типи сімей:

- ті, яким потрібна інформаційна допомога у вирішенні проблем;
- самостійні благополучні сім'ї, що опинилися в нових обставинах;
- ті, яким потрібна часткова допомога й підтримка у вирішенні окремих проблем;
- ті, яким потрібна тривала допомога й підтримка у вирішенні проблем.

Ці сім'ї перебувають у кризі та не можуть самостійно вирішувати проблеми, виконувати свої функції щодо членів родини й у суспільстві в цілому [2].

Соціально-психологічне консультування в цьому випадку відіграє вирішальну роль у соціальній допомозі сім'ям внутрішньо переміщених осіб, тому важливо правильно визначити його підвид для кожної окремої сім'ї, а саме: підтримуюче, інформаційне, навчальне.

Ці види консультування є різними за ступенем підтримки й самостійності сімей внутрішньо переміщених осіб у вирішенні проблем. Таке консультування дозволяє перейти від кризи й підтримки до самопомоги.

Соціально-психологічне консультування сімей внутрішньо переміщених осіб під час воєнного конфлікту є надзвичайно важливим аспектом допомоги людям, що втратили свої домівки та стали жертвами війни. Сім'ї внутрішньо переміщених осіб зустрічаються з численними психологічними проблемами: травмами, стресом, депресією, тривожними розладами. Тривога і страх майбутнього також є загальними явищами серед внутрішньо переміщених осіб і їх сімей.

Потребами внутрішньо переміщених осіб є:

- надання тимчасового притулку та забезпечення харчами, одягом, засобами гігієни;
- медичне обстеження, лікування;
- психологічна підтримка з боку кваліфікованих фахівців;
- одержання інформації про пільги на отримання допомоги (її види, порядок надання), організації, що надають таку підтримку тощо;
- узгодження процедур отримання соціальних виплат згідно з чинним законодавством;
- правова допомога (юридичне консультування; відновлення документів, реєстрації; встановлення опіки над дітьми; представництво інтересів у суді тощо);

- допомога з питань працевлаштування й зайнятості;
- пошук загублених унаслідок збройного конфлікту членів сім'ї [6].

Специфіка соціально-психологічного консультування для сімей внутрішньо переміщених осіб зумовлена унікальними обставинами воєнного стану. По-перше, воно є комплексним і поєднує психологічну допомогу з соціальними послугами. Як зазначає М.В. Менджул у монографії «Соціальна робота з сім'ями в кризі», інтегрований підхід запобігає ізоляції, посилюючи сімейну згуртованість. Консультант може не лише допомогти опрацювати травму, але й координувати доступ до гуманітарної допомоги через співпрацю з місцевими органами [6, с. 132].

По-друге, консультування враховує вікові особливості дітей. Діти дошкільного віку (до 6 років) часто регресують у розвитку – наприклад, починають смоктати палець чи не тримати сечу через стрес. Школярі (7-12 років) проявляють гіперактивність чи труднощі з концентрацією, а підлітки (13-18 років) – депресію чи ризиковану поведінку. Для кожної групи застосовуються адаптовані методи, такі як ігрова терапія для малюків, де через іграшки дитина «програє» травму; арт-терапія для школярів, наприклад, малювання «мого нового дому» для опрацювання втрати; когнітивно-поведінкова терапія для підлітків, яка допомагає замінити негативні думки на конструктивні. Згідно з дослідженням МОЗ України в 2024, арт-терапія знижує тривожність у дітей на 45% після 10 сесій.

По-третє, культурний і соціальний контекст переміщення грає ключову роль. Сім'ї з окупованих територій часто стикаються зі стигматизацією через регіональні чи мовні відмінності. За даними О.А. Балакіревої, це призводить до конфліктів у приймаючих громадах. Консультанти застосовують техніки КПТ для зміни переконань, таких як «ми чужі тут» на «ми можемо знайти друзів». Системна сімейна терапія

відновлює комунікацію в родині, допомагаючи дітям відчутти стабільність [5].

Типи сімей внутрішньо переміщених осіб, які вимагають диференційованого підходу:

- сім'ї, яким потрібна лише інформаційна допомога (наприклад, про пільги);
- самостійні сім'ї, що адаптуються в нових умовах;
- сім'ї з частковими проблемами, що потребують короткострокової підтримки;
- сім'ї в глибокій кризі, з тривалою допомогою.

Соціально-психологічне консультування для сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми використовує широкий спектр методів, адаптованих до їхніх потреб.

Відповідно, до видів консультування можна віднести таке як підтримуюче (для емоційної стабілізації), інформаційне (для практичних порад) і навчальне (для розвитку навичок). Це дозволяє перейти від кризи до самодопомоги.

Основні методи включають:

1. Індивідуальне консультування. Цей метод фокусується на особистих переживаннях клієнта, таких як травма, тривога чи депресія. Консультант допомагає клієнту ідентифікувати джерела стресу, розробити копінг-стратегії та відновити почуття контролю над життям. Наприклад, техніка КПТ дозволяє змінити негативні думки, які посилюють тривожність.

2. Сімейне консультування. Воно спрямоване на відновлення сімейної динаміки, вирішення конфліктів і зміцнення зв'язків між батьками та дітьми. За даними «Карітас Україна», сімейні сесії знижують рівень напруги в родині на 60% після 6-8 зустрічей. Консультант працює

над покращенням комунікації, допомагаючи батькам зрозуміти емоційні потреби дітей.

3. Групове консультування. Групові сесії дозволяють сім'ям внутрішньо переміщених осіб обмінюватися досвідом, зменшуючи почуття ізоляції. Наприклад, у програмі «Діти і війна» учасники діляться історіями переміщення, що сприяє формуванню спільноти підтримки. Групи можуть бути тематичними (наприклад, «Управління стресом» чи «Сімейні традиції»).

4. Арт-терапія та ігрова терапія. Ці методи особливо ефективні для дітей, які не можуть вербально висловити свої емоції. Малювання «мого нового дому» чи створення «карти оточення» допомагає дітям опрацьовувати втрату та адаптуватися до нових умов. За даними МОЗ України, арт-терапія знижує рівень тривожності у дітей на 45% після 10 занять.

5. Превентивні тренінги для батьків. Батьків навчають розпізнавати ознаки посттравматичного стресового розладу у дітей, застосовувати техніки релаксації (глибоке дихання, медитація) та створювати підтримуюче середовище. Наприклад, ЮНІСЕФ рекомендує проводити тренінги з профілактики психологічних травм, які включають вправи на зміцнення прив'язаності [6, с. 49].

В Україні соціально-психологічне консультування для сімей внутрішньо переміщених осіб реалізується через державні та недержавні ініціативи. Міністерство соціальної політики через центри соціальних служб забезпечує безкоштовне консультування в регіонах. ЮНІСЕФ підтримує «Простори дружні до дітей», де поєднуються психологічна допомога, ігри та освіта. Громадські організації, такі як «Ла Страда» та «Карітас Україна», надають гарячі лінії та мобільні консультації. Наприклад, платформа «єДопомога» дозволяє отримувати онлайн-

консультації, що особливо важливо в умовах воєнного стану, коли фізичний доступ до фахівців обмежений.

Однак реалізація консультування стикається з викликами. За даними НАН України, лише 25% внутрішньо переміщених осіб мають регулярний доступ до психологічних послуг через брак фахівців і фінансування. У сільських громадах проблема загострюється через логістичні бар'єри. Для подолання цих обмежень застосовуються інноваційні підходи, такі як телемедицина та мобільні додатки для самопомоги. Наприклад, додаток «СпівДія» пропонує чат-боти з психологічними техніками для дітей і батьків.

Серед основних проблем соціально-психологічного консультування для сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми є:

- Недостатня кількість фахівців. В Україні бракує кваліфікованих психологів, які спеціалізуються на роботі з травмами війни. За даними МОЗ, у 2024 році лише 15% соціальних працівників мали спеціалізовану підготовку з ПТСР;
- Стигматизація психологічної допомоги. Багато сімей внутрішньо переміщених осіб уникають консультування через упередження, що «звернення до психолога – це слабкість». Це вимагає просвітницької роботи;
- Культурні бар'єри. Сім'ї з окупованих територій можуть стикатися з мовними чи культурними відмінностями, що ускладнює довіру до консультанта;
- Обмежений доступ у віддалених регіонах. У сільській місцевості консультування часто недоступне через брак інфраструктури;

Перспективи розвитку включають розширення онлайн-платформ, підготовку фахівців із травмо-орієнтованої терапії та залучення волонтерів із числа внутрішньо переміщених осіб для роботи за принципом «рівний – рівному». Наприклад, у Львівському центрі підтримки внутрішньо

переміщених осіб волонтери проводять групові сесії, що підвищує довіру учасників [7].

В умовах воєнного стану та масового переміщення, соціально-психологічне консультування не може обмежуватись лише традиційними методами. Воно набуває кризової інтервенції – короткострокової, цілеспрямованої допомоги, сфокусованої на негайній стабілізації. Кризова інтервенція спрямована на відновлення внутрішнього контролю та здатності клієнта функціонувати, а не на глибинне опрацювання травми, яке є прерогативою психотерапії. Ця допомога часто надається на первинному етапі, допомагаючи родині перейти від стану шоку та дезорганізації до планування своїх найближчих кроків.

Головна відмінність кризового консультування від звичайного полягає і часовій перспективі та пріоритетах. Фахівець, який працює з сім'ями внутрішньо переміщених осіб, повинен спершу забезпечити психологічну безпеку – допомогти клієнту ідентифікувати загрози та ресурси, а потім вже працювати з емоціями. Це означає, що соціальна допомога (така як допомога з доступом до житла, освіти, медичних чи юридичних послуг ) є першим етапом психологічної стабілізації. Саме цей інтегрований підхід стає ключовим інструментом в умовах війни, оскільки дозволяє фахівцю паралельно вирішувати як психоемоційні так і нагальні соціально-побутові потреби.

У нашому дослідженні соціально-психологічне консультування розглядається як інтегрований процес психологічної та соціальної підтримки, спрямований на опрацювання травматичного досвіду, відновлення сімейної гармонії та сприяння адаптації сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в новому середовищі. Його специфіка полягає в комплексному підході, урахуванні вікових особливостей дітей, превентивній орієнтації та використанні сучасних технологій, таких як онлайн-консультації. Консультування є невід'ємною частиною технологій соціальної роботи в

умовах воєнного стану, допомагаючи зменшити довгострокові наслідки кризи та забезпечити психологічне благополуччя вразливих сімей. Розвиток доступних і культурно чутливих програм консультування є критичним для підтримки внутрішньо переміщених осіб в Україні.

## **1.2. Соціальні та психологічні проблеми сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми**

Внутрішньо переміщені особи в Україні, які становлять близько 3,7 мільйона осіб станом на 2025 рік, можуть мати комплекс соціальних та психологічних проблем, що особливо загострюються в сім'ях з дітьми. Ці проблеми виникають через тривалу війну, масові переміщення, розлуку сімей, економічну нестабільність та руйнування інфраструктури. За даними UNHCR, з початку повномасштабного вторгнення 2022 року понад 12,7 мільйона людей потребують гуманітарної допомоги, включаючи майже 2 мільйони дітей. Діти віком до трьох років, чиє життя повністю пройшло в умовах конфлікту, ризикують отримати довгострокові наслідки для здоров'я та розвитку, тоді як підлітки страждають від соціальної ізоляції, навчальних втрат та психологічного дистресу. Звіт UNICEF за 2025 рік вказує, що третина домогосподарств повідомляє про дистрес у дітей, а підлітки особливо вразливі до психічних проблем. У цьому розділі розглянуто ключові аспекти цих проблем на основі емпіричних даних, з акцентом на взаємозв'язок соціальних факторів з психологічними наслідками. Аналіз базується на звітах міжнародних організацій, таких як UNICEF, UNHCR, ІОМ та Project HOPE, а також на дослідженнях, проведених у 2024-2025 роках [8, с 39].

Соціальні та психологічні проблеми сімей внутрішньо переміщених осіб можна зрозуміти через призму теорії «кумулятивної травми», запропонованої психоаналітиком Масуд Ханом у 1960-х роках. Ця теорія пояснює, як накопичення стресових подій від обстрілів і втрат до

переміщення та бідності призводить до хронічних психічних розладів. У контексті України, де війна триває вже понад три роки, переміщення посилює вразливість сімей з дітьми, порушуючи базові потреби за пірамідою А. Маслоу: безпеку, харчування та соціальні зв'язки. Дослідження Міжнародної організації з міграції описують це як «хронічний стрес виживання», де економічна нестабільність безпосередньо впливає на психічне здоров'я батьків і дітей.

Інша ключова модель – «екологічна система» Урі Бронфенбреннера [9], яка показує, як мікросистема, а саме в нашому випадку сім'я взаємодіє з мезосистемою, тобто громадою. У сім'ях внутрішньо переміщених осіб дискримінація в нових громадах та брак підтримки посилюють ізоляцію, що призводить до психологічного дистресу. Наприклад, мати з дитиною, яка переїхала з Донецька до Києва, може стикатись з упередженнями місцевих жителів, що посилює її тривогу та впливає на дитину, яка відчуває себе «чужою» в школі. Ці теорії допомагають зрозуміти, чому проблеми не ізольовані, а взаємопов'язані, і чому соціально-психологічне консультування повинно бути комплексним.

Соціальні проблеми сімей внутрішньо переміщених осіб охоплюють економічну нестабільність, обмежений доступ до освіти та охорони здоров'я, труднощі інтеграції в нові громади, гендерно-обумовлене насильство та регіональні відмінності. Вони посилюються масовим руйнуванням інфраструктури. Загалом пошкоджено понад 1650 шкіл та 786 медичних закладів, що безпосередньо впливає на дітей. За даними UNICEF, 65% дітей опинилися в бідності через економічні втрати понад 499 мільярдів доларів. Ці фактори не тільки ускладнюють повсякденне життя, але й створюють бар'єри для нормального розвитку дітей, перетворюючи тимчасове переміщення на хронічну кризу [7].

Економічна ситуація є однією з найгостріших. Більшість сімей внутрішньо переміщених осіб залежить від соціальних виплат, які часто

недостатні. За даними МОМ, середній дохід на члена домогосподарства становить близько 3631 грн (а це приблизно 90 доларів США) на місяць — на третину нижче середнього по країні. Сім'ї з дітьми отримують додаткову допомогу, але бюрократичні затримки з реєстрацією ВПО можуть тривати до чотирьох місяців, призводячи до відмов. Наприклад, у 2025 році лише 63 з 528 900 заявок на житло для внутрішньо переміщених осіб були задоволені, що свідчить про неефективність державних програм. Безробіття сягає 47%, особливо серед матерів з маленькими дітьми, які не можуть працювати через брак дитячих садків. У сільських районах ситуація гірша, тому що одинокі матері часто обмежуються продуктами харчування, без коштів на освіту чи іграшки для дітей. Батьки вдаються до стратегій виживання, як скорочення витрат на одяг чи купівля вживаних речей, що посилює почуття приниження (Таблиця 1.1).

Таблиця 1.1

## Потреби внутрішньо переміщених осіб

Показник	Значення для ВПО	Порівняння з середнім по Україні
Середній дохід на члена сім'ї	3631 грн/міс	5500 грн/міс
Рівень безробіття	47%	25%
Залежність від допомоги	80%	15%
Витрати на їжу	41% домогосподарств обмежують	10%

*Джерело: власна розробка*

Доступ до освіти для дітей внутрішньо переміщених осіб – ще одна критична проблема. Понад 1600 шкіл закрито через війну, а онлайн-навчання ускладнене браком інтернету чи гаджетів. Звіт UNICEF вказує, що підлітки проводять години в укриттях під час повітряних тривог, що обмежує

соціальну взаємодію та призводить до навчальних втрат. У фронтових районах 32% домогосподарств повідомляють про дистрес у дітей через брак шкільних зв'язків. Батьки не можуть дозволити репетиторів, що посилює освітню нерівність. Можна вважати, що дитина, яка пропустила рік школи через переміщення, може відставати в навчанні, що впливає на її самооцінку та майбутні перспективи [6, с. 87].

Охорона здоров'я також страждає. Сім'ї стикаються з переповненими клініками, де бракує електрики чи води. Вакцинація дітей переривається через дефіцит вакцин, з затримками до року. Дискримінація через статус внутрішньо переміщених осіб поширена, бо існують вимоги хабарів для реєстрації в поліклініках чи грубе ставлення персоналу. Під час евакуації вагітні жінки пропускають огляди через руйнування клінік. Харчова безпека також погіршується, тому що сім'ї скорочують споживання фруктів, овочів і м'яса, переходячи на дешеві продукти, як макарони. Це загрожує дефіцитом мікроелементів у дітей, що може призвести до затримок розвитку. Гуманітарна допомога запобігає голоду, але не забезпечує збалансоване харчування.

Інтеграція в нові спільноти ускладнюється соціальною ізоляцією, а отже сім'ї часто розлучаються, оскільки чоловіки не можуть виїжджати з країни, а евакуація літніх родичів з прифронтових зон є проблематичною. Це призводить до підвищеного ризику гендерно-обумовленого насильства, торгівлі людьми та сімейних конфліктів. У фронтових районах майже 90% сімей стикаються з психічними проблемами, а діти особливо вразливі. Дискримінація з боку місцевих спільнот посилює відчуття маргіналізації, а саме, що внутрішньо переміщених особи часто сприймаються як «конкурент» за ресурси.

Психологічні проблеми у батьків сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в Україні є одним з найсерйозніших наслідків тривалого збройного конфлікту, що розпочався у 2014 році та ескалював з повномасштабним

вторгненням 2022 року. За даними досліджень, проведених у 2024-2025 роках, батьки внутрішньо переміщених особи стикаються з високим рівнем травми, спричиненої війною, переміщенням та постміграційними стресами, що призводить до хронічних психічних розладів. Серед внутрішньо переміщених осіб третина має симптоми посттравматичного стресового розладу, 22% – депресію, 18% – тривогу, а 30% – важкий психологічний дистрес. Лише 10% отримують професійну допомогу через недостатню державну підтримку, стигму та обмежений доступ до послуг. Матері-внутрішньо переміщені особи особливо вразливі, бо в них є стрес від евакуації, розлуки з рідними та економічних труднощів призводить до рецидивів страхів.

Дослідження Project HOPE за 2025 рік вказує на зростання випадків тривоги та депресії серед батьків, які спостерігають за дистресом дітей. Постміграційні фактори, як фінансова нестабільність та дискримінація, посилюють симптоми. За даними UNICEF, 77% українців відчувають стрес, з 44-48% з тривогою та 32-39% з ПТСР, і це особливо стосується батьків у сім'ях внутрішньо переміщених осіб. Батьки часто ігнорують власні проблеми, фокусуючись на дітях, що призводить до сімейних конфліктів та насильства [8].

Батьки внутрішньо переміщені особи з дітьми демонструють широкий спектр психічних симптомів, пов'язаних з війною та переміщенням. Найпоширеніші включають посттравматичний стресовий розлад (симптоми такі: флешбеки, кошмари, гіпервігілантність), депресію (втрата інтересу до життя, почуття безнадії, втома), тривогу (постійне занепокоєння, панічні атаки) та соматичні симптоми (головні болі, втома, проблеми зі сном). У дослідженні серед внутрішньо переміщених осіб в Україні, проведеному в 2024 році, поширеність посттравматичного стресового розладу сягала 15-41%, тривоги – 4-33%, депресії – 20-55%, з вищими показниками в регіонах ближче до фронту. Серед матерів-внутрішньо переміщених осіб, особливо

вагітних та новоспечених, самозвіти вказують на високий рівень дистресу. Батьки часто повідомляють про емоційну відстороненість, рольову плутанину через втрату роботи чи травми, та постійний страх за безпеку сім'ї. У фронтових районах майже 90% сімей стикаються з психічними проблемами, з батьками, які відчувають сум, тривогу та самотність. Дослідження UNICEF показує, що 1/3 домогосподарств з дітьми повідомляє про дистрес, з батьками, які спостерігають за емоційними проблемами дітей (73% дітей відчувають небезпеку, 54% – сум), що посилює їхній власний стрес (Таблиця 1.2).

Таблиця 1.2

## Симптоми, які поширені серед внутрішньо переміщених осіб

Симптом	Поширеність серед батьків ВПО (%)	Джерело
ПТСР	15-41	BMJ Global Health, 2024
Депресія	20-55	BMJ Global Health, 2024
Тривога	4-33	BMJ Global Health, 2024
Важкий дистрес	30	Різні дослідження, 2025
Занепокоєння про дитину	66 (зниження благополуччя)	BMC Pregnancy and Childbirth, 2025

*Джерело: власна розробка*

Фактори ризику для психологічних проблем у батьків внутрішньо переміщених осіб поділяються на преміграційні (травма війни), перімграційні (евакуація) та постміграційні (адаптація). Дослідження серед українських внутрішньо переміщених осіб в Нідерландах виділяє високе накопичення травматичних подій (війна, втрата близьких), постміграційні

стреси (фінансові проблеми, дискримінація, ізоляція), сімейну сепарацію (розлука з чоловіками через мобілізацію) та погане здоров'я. Фінансові труднощі є ключовим предиктором - негативні зміни в доходах підвищують дистрес на 75%, а брак соціальної підтримки – на 15-37%. Батьки з більшою кількістю дітей (особливо до 18 років) мають вищий ризик через навантаження, а негативна оцінка здоров'я дитини посилює симптоми. Регіон походження також впливає тим, що батьки з східних областей мають вищі рівні посттравматичного стресового розладу через близькість до конфлікту. Соціальна ізоляція та брак роботи призводять до хронічного стресу, з жінками, які мають вищі ризики через гендерні ролі.

Психологічні проблеми батьків безпосередньо впливають на сім'ю. Дистрес батьків погіршує розпізнавання потреб дітей, підвищуючи ризики для дитячого розвитку. Батьки з посттравматичним стресовим розладом часто демонструють знижену теплоту в вихованні, що призводить до жорсткого батьківства та емоційних проблем у дітей. У 1/3 домогосподарств дистрес дітей пов'язаний з батьківським стресом, створюючи цикл травми. Довгостроково це загрожує сімейній динаміці, з ризиками розлучень та насильства.

Доступ до психологічної допомоги низький. 92-93% батьків-внутрішньо переміщених осіб не планують звертатися по допомогу, через стигму, брак ресурсів та мовні бар'єри. Захисні фактори включають резилієнс, соціальну підтримку та використання послуг (лише 10% користуються). Копінг полягає в тому, що батьки покладаються на соціальні мережі, допомогу іншим чи медитацію, але нові матері частіше вдаються до шкідливих стратегій (комфортне харчування, речовини). UNICEF надає підтримку: 3,4 млн дітей та батьків отримали психосоціальну допомогу з 2022 року, включаючи групи, гарячі лінії та платформи.

Психологічні проблеми у дітей та підлітків з сімей внутрішньо переміщених осіб в Україні є одним з найгостріших наслідків тривалого

збройного конфлікту. З початку ескалації понад 1,5 мільйона дітей у ризику розвитку депресії, тривоги, посттравматичного стресового розладу та інших психічних проблем. Підлітки особливо вразливі, бо третина домогосподарств повідомляє про дистрес у дітей, з 73% дітей, які відчувають небезпеку, та 54% – сум. Повномасштабна війна призвела до високих показників тривоги, депресії та ПТСР. Діти з сімей внутрішньо переміщених осіб, яких налічується близько 3,7 мільйона осіб (з 24% дітей), стикаються з додатковими стресами через переміщення, розлуку сімей та нестабільність. Підлітки, які пережили насильство, у чотири рази частіше розвивають ПТСР, а повномасштабне вторгнення посилює кризу для мільйонів переміщених, включаючи депортованих дітей. Звіт Plan International за 2025 рік підкреслює, що війна вплинула на психосоціальне благополуччя підлітків, з фокусом на хлопців, але з гендерними відмінностями. У цьому підрозділі розглянуто симптоми, фактори ризику, гендерні аспекти, наслідки та доступ до допомоги на основі емпіричних даних.

Діти та підлітки з сімей внутрішньо переміщених осіб також демонструють широкий спектр симптомів, пов'язаних з війною та переміщенням. Найпоширеніші включають посттравматичний стресовий розлад, депресію (втрата інтересу, безнадія, втома), тривогу (занепокоєння, панічні атаки), емоційну нумбінг (відсутність емоцій), горе, втому та проблеми з концентрацією. У підлітків спостерігаються емоційна відстороненість, апатія, сенс безглуздості, соціальна ізоляція, психосоматичні симптоми (головні болі, проблеми зі сном) та поведінкові проблеми (агресія, ризик-поведінка, самопошкодження, суїцидальні думки, вживання речовин). За даними AUDRI, у переміщених підлітків вищі показники, а саме: психологічна травма – 52,9% (проти 43,8% у непереміщених), депресія – 53,8% (проти 47,5%), тривога – 33,2% (проти 27,3%). Дівчата частіше повідомляють про сум, тривогу та самотність, тоді як хлопці – про агресію та ризик-поведінку (Таблиця 1.3).

Таблиця 1.3

## Симптоми, серед дітей-внутрішньо переміщених осіб

Симптом	Поширеність серед переміщених дітей/підлітків (%)	Джерело
Психологічна травма (ПТСР)	52,9	AUDRI Cohort, 2023
Депресія	53,8	AUDRI Cohort, 2023
Тривога	33,2	AUDRI Cohort, 2023
Розлади харчування	39,4	AUDRI Cohort, 2023
Зловживання речовинами	25,8	AUDRI Cohort, 2023
Відчуття небезпеки	73	UNICEF, 2025
Сум	54	UNICEF, 2025

*Джерело: власна розробка*

Фактори ризику включають преміграційні (війна, втрата близьких), перімграційні (евакуація) та постміграційні (адаптація, дискримінація) стреси. Переміщення підвищує ризик психічної травми на 8,24% та розладів харчування на 8%, з вищим ризиком для внутрішньо переміщених. Шкільні закриття (понад 1600 шкіл пошкоджено), відсутність взаємодій з однолітками, постійні повітряні тривоги та ізоляція в укриттях посилюють дистрес. Розлука сімей (чоловіки на фронті), економічна нестабільність та дискримінація в нових спільнотах додають стресу. Діти з інвалідністю, поверненці та в альтернативному догляді – найвразливіші. Фронтіві регіони мають інтенсивніші стреси (обстріли, міни), тоді як переміщення руйнує соціальні мережі, викликаючи провину вижившого.[9]

Незважаючи на травматичний досвід, більшість сімей внутрішньо переміщених осіб, зокрема в Україні, демонструють високу здатність до резилієнтності – динамічного процесу адаптації в умовах значних несприятливих обставин. Аналіз стійкості є критично важливим для

соціального консультування, оскільки він дозволяє фахівцю спиратись на внутрішні ресурси родини, а не лише коригувати їхні дефіцити.

У контексті переміщення стійкість формується завдяки протективним факторам. До них належать, перш за все, сімейна згуртованість, ефективне використання соціальної підтримки та збереження батьківської компетентності. Наприклад, навіть у нових умовах, збереження рутинного графіку, наскільки це можливо, дає дитині відчуття передбачуваності та безпеки, що є потужним протективним фактором. Сім'ї, які покладаються на соціальні мережі для обміну інформацією і мають доступ до волонтерської допомоги, швидше інтегруються та подолають хронічний стрес.

Завдання консультанта полягає у виявленні та посиленні цих факторів. Це досягається через допомогу в опрацюванні травматичного досвіду, підтримку сімейних відносин та сприяння інтеграції в приймаючі громади. Усвідомлення сім'єю власної здатності до подолання – це найсильніший інструмент психосоціальної підтримки.

Соціальні фактори безпосередньо впливають на психіку, бо бідність посилює депресію, а ізоляція – тривогу. Дослідження показують, що IDPs мають нижчий рівень суб'єктивного благополуччя порівняно з місцевими, через комбінацію травм. Сім'ї покладаються на соціальні мережі для обміну інформацією, але брак підтримки посилює ізоляцію [9].

У цілому, соціальні та психологічні проблеми сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми вимагають комплексного втручання, а отже це має бути покращення доступу до послуг, психологічної підтримки та економічної допомоги. Необхідно розширити програми UNHCR та IOM, включаючи травма-терапію та освітні ініціативи. Без цього довгострокові наслідки для покоління дітей будуть катастрофічними, загрожуючи соціальній стабільності України. Майбутні дослідження повинні фокусуватися на лонгітюдних даних для оцінки ефективності інтервенцій.

### **1.3. Нормативно-правове забезпечення соціального консультування в Україні під час воєнного стану**

Соціально-психологічне консультування в Україні є ключовим елементом підтримки населення в умовах тривалого збройного конфлікту, особливо з урахуванням психотравмуючих факторів, таких як переміщення, втрати та постійний стрес. Під час воєнного стану, який продовжено до листопада 2025 року (Указ Президента №651/2025 від 11 серпня 2025 року), держава посилила увагу до психологічної допомоги. Одним з ключових кроків став Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я» №4223-IX, підписаний Президентом 15 січня 2025 року, який починає діяти з 7 лютого 2026 року. Цей закон робить психологічну підтримку доступнішою і організованішою [11].

Нормативно-правове забезпечення соціально-психологічного консультування ґрунтується на біопсихосоціалній моделі охорони психічного здоров'я, запропонованій Джорджем Енгелем у 1977 році. Ця модель розглядає психічне здоров'я як інтеграцію біологічних, психологічних і соціальних факторів, де благополуччя — це не лише відсутність розладів, а стан, що дозволяє реалізовувати потенціал, справлятися з труднощами та вносити вклад у спільноту. У контексті сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми це означає, що консультування повинно поєднувати психологічну підтримку (опрацювання травм) з соціальними послугами (доступ до освіти, житла). Закон №4223-IX «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» (стаття 1) визначає психічне здоров'я саме так, акцентуючи на психологічному благополуччі як суб'єктивному відчутті оптимального функціонування, включаючи стійкість до стресів [11].

Міжнародні стандарти також впливають на українське законодавство, Конвенція ООН про права дитини (ратифікована Україною 1991 року) вимагає захисту психічного здоров'я дітей, особливо в конфліктах; рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо психічного

здоров'я в надзвичайних ситуаціях наголошують на травма-інформованому підході для внутрішньо переміщених осіб. Україна адаптувала ці норми через Національну стратегію розвитку психічного здоров'я до 2030 року, яка передбачає міжсекторальну співпрацю для сімей внутрішньо переміщених осіб. Концепція національної системи стійкості трактує резилієнс як психологічну готовність населення до загроз, включаючи підтримку дітей у сім'ях внутрішньо переміщених осіб. Закон «Про основні засади державної політики у сфері утвердження української національної та громадянської ідентичності» №2834-IX від 13 грудня 2022 року акцентує на психологічній єдності суспільства, що важливо для інтеграції переміщених сімей [14].

Державна політика у сфері охорони психічного здоров'я реалізується з дотриманням принципів: міжсекторної співпраці, рівного доступу до допомоги, пріоритетності запобігання і своєчасного реагування, орієнтації на потреби людини, комплексного та інтегрованого підходу, дестигматизації, запобігання і подолання соціальної ізоляції, недопущення дискримінації, підвищення стійкості та інклюзивності спільнот, залучення сім'ї та громади, наукової обґрунтованості, раціонального використання ресурсів (стаття 3 Закону №4223-IX «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні») [11].

Охорона психічного здоров'я ґрунтується на принципах: людиноцентричність, недопущення дискримінації та стигматизації, міжсекторальний підхід, співпраця фахівців, підхід, що базується на сильних сторонах, біопсихосоціальна модель, наукова обґрунтованість та доведена ефективність, забезпечення рівного доступу, повага до правоздатності та вільної згоди, травма-інформований підхід, інклюзивний підхід, системність (стаття 8). Основні завдання державної політики включають утвердження прав людини, розроблення програм профілактики, поширення інформації, розвиток інфраструктури, сприяння інклюзивності, реформування системи догляду, усунення стигматизації, забезпечення якості, залучення отримувачів

до рішень, розвиток довготривалого догляду, координацію, підготовку кадрів, фінансування досліджень, підтримку саморегулювання.

Конституція України (статті 3, 27, 49) гарантує право на життя, здоров'я та соціальний захист, що є фундаментом для психологічної допомоги. Закон «Про охорону здоров'я» (1992, з змінами) включає психічне здоров'я як невід'ємну частину, а Закон «Про соціальні послуги» (2019) класифікує психосоціальну підтримку як базову послугу, доступну безоплатно для вразливих груп [15].

Воєнний стан (Закон «Про правовий режим воєнного стану», 2015) дозволяє обмеження прав, але не скасовує зобов'язань щодо психічного здоров'я. Указ Президента №64/2022 активізував програми психологічної допомоги, зокрема для внутрішньо переміщених осіб (близько 3,7 млн осіб) та ветеранів. Закон «Про систему охорони психічного здоров'я» (2025) враховує кризові ситуації, стаття 6 визначає пріоритети для військових, внутрішньо переміщених осіб, сімей загиблих та осіб, постраждалих від окупації; стаття 15 – повноваження Міноборони для психологічної підтримки під час бойових дій (відбір, підготовка, супровід, реагування на травми, реінтеграція після полону); стаття 16 – для сектору безпеки (освітні програми про стрес, протоколи виявлення проблем); стаття 17 – Мінветеранів для реабілітації ветеранів (програми відновлення, дослідження, підтримка переходу до цивільного життя) [12].

Постанова КМУ №1338 від 29 листопада 2022 року встановлює механізм безоплатної психологічної допомоги ветеранам, а саме індивідуальне консультування, групова терапія, реабілітація, з фінансуванням з держбюджету. Наказ МОЗ №2118 від 13 грудня 2023 року розширив перелік психосоціальних послуг: перша психологічна допомога, кризове втручання, консультування для подолання стресу, з акцентом на воєнні травми [13]. (таблиця 1.4.)

Таблиця 1.4

## Основні документи і їх застосування під час воєнного стану

Нормативний акт	Дата ухвалення/чинність	Ключові положення	Застосування під час воєнного стану
Закон «Про систему охорони психічного здоров'я» №4223-ІХ	15.01.2025	Визначення психічного здоров'я, принципи (травма-інформований підхід, інклюзивність), права осіб (згода, доступ), види допомоги (психосоціальна, психологічна, психотерапія, реабілітація), реєстри фахівців, супервізія.	Пріоритет для військових, ВПО, ветеранів; кризове втручання, «гарячі лінії» для травм; міжсекторальна координація; програми відновлення після полону; травма-інформований підхід.
Постанова КМУ №1338 «Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам»	29.11.2022	Механізм безоплатної допомоги: консультування, терапія, реабілітація;	Підтримка звільнених з служби, з акцентом на посттравматичні розлади від

		критерії отримувачів (ветерани, сім'ї).	бойових дій.
Наказ МОЗ №2118 «Про перелік та порядок надання психосоціальних послуг»	13.12.2023	Перелік послуг: перша допомога, консультування, групова підтримка; порядок надання (безоплатно, за згодою).	Адаптація для кризових ситуацій, включаючи евакуацію та стрес від обстрілів.
Концепція національної системи стійкості	РНБО, 20.08.2021	Визначення резилієнсу, механізми реагування на кризи, психологічна готовність.	Протидія гібридним загрозам, психологічна підтримка населення в зонах конфлікту.
Стратегія національно-патріотичного виховання	Указ Президента №286/2019	Формування патріотизму, стійкості через освіту; психологічні компоненти.	Психологічна підготовка молоді до оборони, подолання травм.

Закон «Про основні засади державної політики у сфері утвердження української національної та громадянської ідентичності» №2834-ІХ	13.12.2022	Політика ідентичності, патріотичне виховання, резилієнс.	Психологічна єдність суспільства в умовах війни.
Наказ МОН №973 «Про внесення змін до Результатів проведення III етапу Всеукраїнського конкурсу авторських програм практичних психологів»	03.07.2025	Програми для психологів в освіті, акцент на травмах.	Психологічна служба в школах для дітей ВПО та в зонах конфлікту.

*Джерело: власна розробка*

Закон №4223-ІХ «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» класифікує допомогу на психосоціальну, психологічну, психотерапію, психологічну реабілітацію (розділ III).

Психосоціальна допомога (стаття 25) це діяльність для задоволення психологічних і соціальних потреб, покращення якості життя через інформацію, розвиток навичок подолання стресу, стійкості, зменшення

ізоляції. Включає психоедукацію (інформування про розлади, навички стійкості), першу психологічну допомогу (відновлення безпеки після травм, надається не лише фахівцями), психологічні втручання низької інтенсивності (короткострокові методи з самопомогою), неформальну допомогу (групи підтримки «рівний – рівному», онлайн-форуми, заходи на основі віри, рекреаційні програми). Під час воєнного стану акцент на першій допомозі після травм.

Психотерапія (стаття 28) включає застосування науково обґрунтованих методів для подолання проблем, покращення життя, запобігання шкоди. Проводиться індивідуально, сімейно чи групово. Завдання такі як дослідження проблем, поліпшення самопочуття, розвиток самосвідомості, взаємодія з фахівцями, направлення до інших послуг.

Психологічна реабілітація (стаття 29) використовує відновлення функціонування через психологічну та психотерапевтичну допомогу, розвиток навичок, соціальну підтримку. Його складові такі: оцінювання, індивідуальний план, програми на основі даних, розвиток навичок, інтеграція в громаду, підтримка працевлаштування, залучення сім'ї.

Комплексна допомога (стаття 30) – це поєднання видів допомоги, медичних і соціальних послуг для цілісної підтримки. Включає профілактику, раннє виявлення, реабілітацію. Програми відновлення для категорій населення (військовослужбовці, сім'ї). Кейс-менеджмент складається з оцінювання, планування, координації для складних випадків з кількома проблемами [11].

Підсумовуючи, закони роблять соціально-психологічне консультування реальною допомогою для сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми. Вони забезпечують, щоб родини не були самотніми в кризі, а отримували підтримку, яка відновлює сили. Але потрібно більше зусиль для впровадження, щоб кожна дитина в Україні відчувала себе захищеною.

## Висновки до першого розділу

Здійснено теоретичний аналіз основ соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми, що дозволило сформулювати концептуальну базу для подальшого дослідження. Встановлено, що соціальне консультування в умовах гуманітарної кризи є інтегрованою формою допомоги, яка поєднує психологічну підтримку, спрямовану на опрацювання травми та зниження тривожності, із соціальними інтервенціями, що включають допомогу з доступом до житла, освіти та медичних послуг. Специфіка такого консультування полягає в комплексному підході, що ґрунтується на фундаментальних принципах емпатії, безумовного прийняття, орієнтації на сильні сторони клієнта та конфіденційності.

Проаналізовано комплекс соціальних та психологічних проблем, з якими стикаються сім'ї внутрішньо переміщених осіб. Доведено, що ці родини переживають кумулятивну травму, спричинену втратою дому, роботи, соціальних зв'язків та постійною загрозою життю. До ключових соціальних проблем віднесено економічну нестабільність та труднощі з інтеграцією в приймаючі громади. Психологічні наслідки проявляються у високій поширеності посттравматичного стресового розладу, депресії та тривожних розладів як у батьків, так у дітей. Особливо наголошено на взаємовпливі психологічного стану батьків та здатності дітей долати стрес, що обґрунтовує необхідність диференційованого підходу до консультування, яке може бути підтримуючим, інформаційним або навчальним залежно від потреб конкретної сім'ї.

Також було окреслено нормативно-правове підґрунтя для надання соціально-психологічної допомоги в Україні в умовах воєнного стану. Зазначено, що державна політика, зокрема новий Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я», створює рамкові умови для систематизації та розширення доступу до послуг. Законодавство визначає психологічне благополуччя як пріоритет та закріплює принципи травма-

інформованого та людиноцентричного підходу, що є основою для розбудови ефективної системи консультування для вразливих груп населення.

Таким чином, ми обґрунтували, що соціальне консультування є ключовим, мультидисциплінарним інструментом для відновлення психоемоційного балансу, підтримки сімейних відносин та сприяння соціальної адаптації сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми.

## **РОЗДІЛ 2.**

### **МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ СІМЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ДІТЬМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

#### **2.1. Український та міжнародний досвід соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми**

Проблема вимушеного внутрішнього переміщення населення, загострена внаслідок повномасштабного вторгнення Російської Федерації в Україну, набула безпрецедентних масштабів, перетворившись на одну з найгостріших гуманітарних криз сучасності. Вимушене переміщення є не одномоментною подією, а тривалим і виснажливим процесом, що глибоко впливає на психічне здоров'я та соціальне функціонування мільйонів сімей. Втрата дому, звичного соціального оточення, роботи, а часто й близьких людей, у поєднанні з досвідом насильства та постійною загрозою життю, створює комплексний травматичний досвід, що має довготривалі наслідки для дорослих і дітей. Сім'ї внутрішньо переміщених осіб з дітьми є особливо вразливою категорією, оскільки психологічний стан батьків безпосередньо впливає на здатність дітей долати стрес та адаптуватися до нових умов життя.

В умовах воєнного стану в Україні розбудова ефективної системи соціального консультування цих сімей стає завданням національного значення. Це вимагає не лише мобілізації внутрішніх ресурсів, а й критичного осмислення та адаптації найкращих світових практик.

Права та свободи людей, які стали внутрішньо переміщеними особами, а також нюанси роботи з ними, чітко прописані в ключових міжнародних документах. У «Керівних принципах щодо внутрішньо переміщених осіб» від Управління Верховного комісара ООН у справах біженців та в IV Женевській конвенції. Ці документи допомагають зрозуміти, як захищати

таких людей у складних ситуаціях, як війна чи конфлікти, і забезпечувати їм базові права – від безпеки до доступу до освіти та медичної допомоги.

З досвіду різних країн видно, що допомагати внутрішньо переміщеним особам вирішувати їхні проблеми та задовольняти потреби – це основна частина роботи соціальних працівників. Вони не просто надають підтримку, а й допомагають людям адаптуватись до нового життя, тобто, знайти житло чи впоратись з психологічними травмами.

Соціальна допомога для внутрішньо переміщених осіб у світі почалась фактично одразу після Другої світової війни, коли мільйони людей були змушені покинути домівки через руйнування та переслідування. Сьогодні цю сферу регулює, серед іншого, документ «Displaced person» (Переміщені особи), прийнятий Міжнародною федерацією соціальних працівників у 2002 році. Він підкреслює, як соціальні працівники можуть координувати зусилля, щоб допомога була ефективною та гуманною, з урахуванням культурних особливостей і потреб кожної людини [18].

У документі сказано, що коли ми працюємо з людьми, які стали переміщеними через війну, конфлікти чи інші кризи, то наша допомога має бути спрямована на те, щоб зробити їх сильнішими та незалежнішими. Йдеться не просто про те, щоб дати їжу чи дах над головою, а про справжнє відновлення. Це включає те, щоб допомогти позбутися залежності від гуманітарної допомоги, відновити роботу та бізнес, відбудувати культурні зв'язки в громадах, а також розвинути особисті та колективні сили, щоб ці люди могли активно впливати на розвиток своєї країни чи регіону. Якщо ми беремо для прикладу сім'ю, яка втекла від обстрілів, то замість постійних разових подачок, ми допомагаємо їм знайти роботу, інтегруватись в нову громаду і навіть почати власну справу, щоб вони самі будували майбутнє.

Головна мета соціальної роботи тут – не просто допомогти вижити в скрутні часи, а сприяти справжній незалежності та росту громад. Бо якщо

група сильна, вона може сама вирішувати свої проблеми, а не чекати на зовнішню допомогу.

Тому послуги для внутрішньо переміщених осіб мають бути не шматочками як «сьогодні один волонтер допоміг, а завтра інший», а комплексними та системними. Це означає організовану підтримку від команд фахівців, яка охоплює все: від психологічної допомоги до соціальної інтеграції і не обмежується разовими акціями від приватних осіб.

На соціальні сторони цієї проблеми, як-от труднощі з адаптацією, стрес і травми, звертає увагу й Всесвітня організація охорони здоров'я. У їхніх методичних рекомендаціях, зокрема в посібнику «Psychological first aid: Guide for field workers» [23], вони детально описують, як надавати першу психологічну допомогу переміщеним особам. Це про гуманну, підтримуючу та практичну допомогу людям у кризі, а саме вислухати, заспокоїти, надати базову інформацію та спрямувати до фахівців, щоб запобігти глибшим проблемам, як депресія чи посттравматичний стресовий розлад. Ці рекомендації особливо актуальні в ситуаціях, як війна в Україні, де мільйони людей стали внутрішньо переміщеними особами і потребують не тільки їжі, а й емоційної підтримки, щоб відновитись.

Основою для планування та реалізації будь-яких гуманітарних інтервенцій, що включають соціально-психологічне консультування, є Керівництво Міжвідомчого комітету з надзвичайних ситуацій у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, розроблене у співпраці з ВООЗ. Цей документ акумулює досвід численних міжнародних агенцій та практиків і встановлює єдині стандарти для забезпечення ефективної, скоординованої та етичної допомоги постраждалому населенню. Ці рамкові підходи є фундаментом, на якому будуються конкретні моделі та методики соціально-психологічного консультування [24, с. 53].

Однією з основних структур є Координаційний центр з розвитку сімейного виховання та догляду за дітьми, який співпрацює з неурядовими

організаціями, такими як «Save Ukraine». Цей центр надає комплексну допомогу, починаючи від психологічної підтримки до допомоги з житлом та документами. Для прикладу, у 2025 році центр супроводжував 145 повернутих дітей, допомагаючи їм адаптуватися після окупації. Програма «Bring Kids Back UA», ініційована Президентом України, фокусується на поверненні дітей з окупованих територій та їхній реінтеграції. У межах цієї програми «Save Ukraine» повернули 345 дітей станом на 2024 рік, надаючи психологічну допомогу в центрах «Надія та Зцілення» [29].

Міністерство внутрішніх справ України також активно залучене. Психологи, поліція та ДСНС надали допомогу понад 8 тисячам осіб, постраждалих від обстрілів. Вони проводять групові та індивідуальні сесії, фокусуючись на кризовому втручанні. UNICEF в Україні реалізує програму «Як ти?», яка включає центри стійкості для психосоціальної підтримки. Ці центри пропонують групові заняття, тренінги для батьків та догляд за дітьми з інвалідністю. У 2025 році такі центри відкрилися в Балаклії, де діти, повернуті з окупації, отримують терапію для подолання страху та гіперконтролю.

Інші неурядові організації, такі як «NGO Girls» у Сумах, надають підтримку жінкам та дівчаткам-внутрішньо переміщеним особам. Психолог Вікторія Цюпка, сама є внутрішньо переміщеною особою, допомагає понад 500 жінкам через групові заняття, фокусуючись на відновленні після травми. Агентство ООН у справах біженців через партнера «Проліска» надає психологічну допомогу [32].

У вітчизняній практиці переважають екологічні підходи, а саме: поєднання індивідуальної терапії з сімейною та громадською підтримкою. От у центрах «Save Ukraine» застосовують арт-терапію та ігрові методи для дітей, які пережили обшуки та насильство. У випадку родини Гівіряків з Херсонщини, де діти чули побиття батька, психологи працювали над подоланням сліз та страхів через індивідуальні сесії та групові ігри.

Інший приклад – програма для дітей, повернутих з окупації. Діти часто поводяться як «міні-солдати», тому що бояться запізнитись, не довіряють дорослим. У таборах, як у північно-західній Україні, психологи використовують тварин(як от лабрадора Лолу) для терапії, допомагаючи відновити довіру. SOS Children`s Villages в Україні проводять групові сесії для дітей, вчать виражати емоції та будувати довіру [24].

Вітчизняний досвід підкреслює роль держави, з 2022 року введено воєнний стан, що дозволяє швидке фінансування програм. Однак такі виклики, як брак фахівців та доступ у прифронтових зонах все ще актуальні і серйозні.

Досвід країн, що пережили збройні конфлікти та масштабні переміщення населення в минулому, надає цінні уроки щодо довгострокових наслідків для психічного здоров'я та необхідності системних рішень. Дослідження, проведені в Грузії після російсько-грузинської війни в 2008 році, демонструють тривожну картину. Навіть через багато років після завершення активних бойових дій, поширеність розладів психічного здоров'я серед внутрішньо переміщених осіб залишається значно вищою, ніж серед непереміщеного населення. Зокрема, внутрішньо переміщені особи в Грузії мали в 12 разів вищий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу з порушенням функціонування та значно вищий ризик генералізованого тривожного розладу та панічних атак. Ці дані свідчать про те, що психологічна травма, пов'язана з війною та переміщенням, не зникає з часом, а потребує довготривалої уваги та підтримки [24].

Цікаво, що з плином часу відбувається зміщення ключових стресорів. Якщо одразу після переміщення домінують гострі реакції на пережиті травматичні події, то в довгостроковій перспективі на перший план виходять хронічні стресори, пов'язані з умовами життя після переміщення. Дослідження в Грузії показали, що стрес-пов'язані проблеми зі здоров'ям та депресія все більше асоціювалися з важкими житловими умовами,

економічними труднощами, невизначеністю щодо майбутнього та відчуттям залежності від державної допомоги. Це підтверджує, що психосоціальне благополуччя нерозривно пов'язане з вирішенням практичних проблем.

У зв'язку з цим, досвід Грузії, а також Боснії і Герцеговини після війни 1992-1995 років, підкреслює критичну важливість «тривалих рішень». Соціально-психологічне консультування не може бути ефективним, якщо воно існує у вакуумі, відірване від зусиль із забезпечення внутрішньо переміщених осіб постійним житлом, доступом до ринку праці та повноцінною інтеграцією в приймаючі громади. Успішні стратегії передбачають інтеграцію консультативних послуг у державні програми з надання житла та підтримки зайнятості. Наприклад, у Грузії було визнано, що окрім надання житла, необхідно реалізовувати програми з розвитку засобів до існування, які б включали доступ до землі, фінансових послуг, навчання та психосоціальну підтримку для подолання почуття залежності та пасивності. Досвід Боснії і Герцеговини також показав, що для справжнього відновлення недостатньо лише відбудувати інфраструктуру; необхідно відновлювати соціальні зв'язки та довіру в громадах, що є одним із ключових завдань психосоціальних інтервенцій.

В умовах, де професійних ресурсів у сфері психічного здоров'я бракує, а потреби є величезними, особливої актуальності набувають громадсько-орієнтовані та сімейні підходи. Досвід Колумбії, країни з однією з найбільших у світі популяцій внутрішньо переміщених осіб, є показовим у цьому відношенні. Тут була успішно впроваджена модель «перерозподілу завдань». Суть цієї моделі полягає в тому, що базові психосоціальні послуги (наприклад, групова підтримка, психоедукація, базове консультування) надаються не професійними психологами, а навченими та супервізованими членами місцевої громади. Такий підхід має кілька переваг і він дозволяє значно розширити охоплення послугами, подолати дефіцит кваліфікованих кадрів, зменшити стигму, а також забезпечити культурну відповідність та

прийнятність інтервенцій. Пілотні дослідження в Колумбії показали, що такі групові інтервенції, що поєднують навички вирішення проблем та культурно-адаптовані експресивні техніки, є ефективними для зниження симптомів дистресу, тривоги та депресії.

Досвід роботи з сирійськими біженцями в Йорданії, Лівані та Туреччині висвітлив інший критично важливий аспект – пріоритетність підтримки батьків. Спостереження показують, що діти, особливо молодшого віку, переживають травматичні події та адаптуються до нових умов переважно через призму емоційного стану та реакцій своїх батьків. Хронічний стрес батьків, пов'язаний з бідністю, нестабільністю та власними травматичними спогадами, безпосередньо впливає на їхню здатність надавати дітям необхідну емоційну підтримку, терпіння та відчуття безпеки, що може стати вторинним травмуючим фактором для дитини.

Це розуміння призвело до стратегічного зсуву в підходах до надання допомоги. Замість того, щоб фокусуватися виключно на індивідуальній роботі з дитиною, багато організацій почали впроваджувати програми, спрямовані на батьків. Такі програми включають сесії з «позитивного батьківства», навчання навичкам управління стресом, зміцнення батьківських компетенцій та покращення комунікації в сім'ї. Цей підхід опосередковано, але надзвичайно ефективно, покращує психологічний стан дітей, оскільки він відновлює найважливіший для дитини ресурс - стабільних та емоційно доступних батьків. Це є більш стійкою та менш стигматизуючою стратегією, ніж спроба надати індивідуальну терапію кожній дитині [30].

Також зарубіжний досвід ще базується на конфліктах у Газі, Південному Судані. Він демонструє універсальні принципи: фокус на стійкості, запобіганні травмам та інтеграції з гуманітарною допомогою. За даними АРА, психологія починає розуміти вплив конфліктів на дітей, акцентуючи на відновленні благополуччя.

UNRWA в Газі надає психосоціальну допомогу для 730 тисяч переміщених, включаючи 520 тисяч дітей, через «Back to Learning» - діяльність для навчання та терапії. З жовтня 2023 року вони досягли 211 тисяч осіб, фокусуючись на втраті рідних. ІОМ у Південному Судані допомагає сім'ям через ментальну підтримку для зцілення [39].

У колишній Югославії консультування фокусувалось на реінтеграції біженців. Дослідження показують, як діти переживали війну, з акцентом на запобігання посттравматичного стресового розладу через групові інтервенції. UNICEF глобально надає поради батькам: 8 порад для розмов з дітьми про конфлікт, допомагаючи впоратись з тривогою.

SIPRI аналізує програми в конфліктних зонах, захищаючи психологічне здоров'я дітей через освіту і підтримку. У Руанді та Югославії гуманітарні організації використовували великомасштабне консультування для модифікації реакцій жертв.

Екологічний підхід переважає і огляд 2023 року якраз показує ефективність інтервенцій для конфліктних дітей, включаючи запобігання та лікування. У Газі SOS Children's Villages інтегрують сім'ї через психосоціальну підтримку, допомагаючи дітям, як Аміру, який втратив родину.

У Сирії та Афганістані акцент на резилієнсі, тому і діти вчаться справлятися з травмою через ігри та групові сесії. Дослідження 2019 року описує епідеміологію психосоціального функціонування, пропонуючи превентивні інтервенції. У імміграційних контекстах (наприклад, США-Мексика) сімейні розлуки викликають посттравматичний стресовий розлад, регрес та соматичні симптоми; медіація допомагає відновити зв'язки.

В Польщі в свою ж чергу українські діти-внутрішньо переміщені особи отримують підтримку в сімейних будинках з психологами, чекаючи повернення додому. У Великій Британії притулки для сімей, що тікають від насильства, еволюціонували за 11 років, фокусуючись на житлі та терапії.

Зарубіжний досвід наголошує на інтергенераційній травмі та необхідності культурно-чутливих методів.

Вітчизняний досвід більш орієнтований на швидку евакуацію та реінтеграцію, з сильним державним компонентом, тоді як зарубіжний – на довгострокову резилієнс у хронічних конфліктах. Обидва підкреслюють групові методи та батьківську освіту. Для України корисні зарубіжні практики, як UNICEF поради чи UNRWA-моделі.

Тому ефективне консультування вимагає мультидисциплінарного підходу, з акцентом на прикладах для практиків. Це допоможе сім'ям внутрішньо переміщених осіб з дітьми відновитися в умовах воєнного стану.

## **2.2. Діагностика стану психологічного стресу та тривожності у батьків і дітей з внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану**

Коли ми говоримо про сім'ї внутрішньо переміщених осіб в Україні, особливо в умовах воєнного стану, який триває вже понад три роки з моменту повномасштабного вторгнення Росії у 2022 році, то перше, що спадає на думку - це величезний тиск на психіку. Батьки та діти, які були змушені покинути свої домівки через обстріли, окупацію чи загрозу життю, часто стикаються з постійним стресом, тривогою та навіть глибшими травмами. Діагностика цього стану – це не просто формальність, а ключовий крок для того, щоб надати ефективну допомогу. Його не можна називати просто технічним етапом соціально-психологічного консультування, а фундаментальним процесом, що дозволяє ідентифікувати приховані проблеми, оцінити їхню глибину та розробити індивідуалізовані стратегії підтримки. Без адекватної та своєчасної оцінки ризику ескалації симптомів зростають, що може призвести до хронічних психічних розладів, порушення сімейних відносин, соціальної дезадаптації та навіть довгострокових наслідків для розвитку дітей. Умови воєнного стану також додають своїх складностей, тому що присутня постійна мобільність сімей, обмежений

доступ до фахівців у прифронтових зонах та емоційна виснаженість самих консультантів вимагають гнучких, травма-інформованих підходів до діагностики.

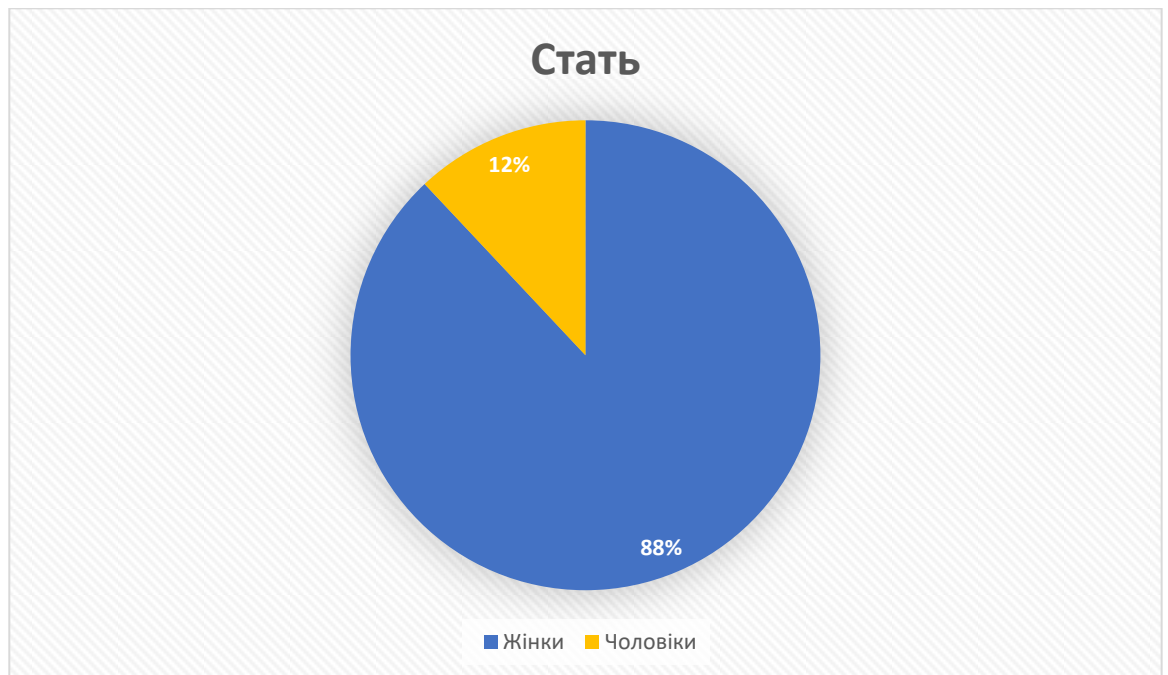
Стрес – це реакція організму на загрозу, коли тіло виділяє гормони, як адреналін, щоб мобілізуватися. У нормальних умовах це допомагає, але в хронічному стані, як під час війни, стрес стає руйнівним, тобто призводить до втоми, проблем зі сном, дратівливості. Тривожність – це постійне відчуття небезпеки, навіть коли загрози немає, що може проявлятися в панічних атаках чи постійному хвилюванні. Для внутрішньо переміщених осіб це посилюється факторами, як втрата дому, розлука з рідними, економічна нестабільність.

Дослідно-експериментальна робота проводилась протягом січня-березня 2025 року. Емпіричною базою дослідження стали центри комплексної підтримки внутрішньо переміщених осіб та гуманітарні хаби у містах, що прийняли найбільшу кількість переміщених осіб, зокрема у м. Тернопіль та м. Львів. Вибірка формувалась методом доступної вибірки з елементами стратифікації за віком дітей для забезпечення представництва різних вікових груп. Участь у дослідженні була суто добровільною, анонімною та здійснювалася лише після отримання інформованої згоди від батьків як за себе, так і за своїх неповнолітніх дітей.

Загальний обсяг вибірки склав 50 сімей внутрішньо переміщених осіб, які мали принаймні одну дитину віком від 6 до 17 років. Таким чином, було опитано 50 батьків та дітей або ж підлітків, що дозволило провести аналіз між станом батьків і дітей.

88% (44 особи) становили жінки і 12% (6 осіб) – чоловіки. Такий значний гендерний перекис є очікуваним та репрезентативним для популяції внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану, оскільки чоловіки призовного віку мобілізовані або обмежені в вільному пересуванні. Цей факт не є обмеженням вибірки, а швидше важливим діагностичним показником.

Він свідчить про те, що дослідження вимірює рівень психологічного дистресу матерів, які змушені нести подвійний тягар. (див. рис. 2.1.)



**Рис. 2.1. Стать опитаних батьків.**

60% (30 осіб) респодентів перемістилися після 24 лютого 2022 року, 40%(20 осіб) мали статус внутрішньо переміщених осіб ще з 2014-2021 років і були змушені до повторного переміщення, що є фактором кумулятивної травми (рис. 2.2.).

Для забезпечення високої валідності, надійності та об'єктивності результатів констатувального зрізу, нами було сформовано комплексний діагностичний інструментарій. Він складається зі стандартизованих, апробованих на міжнародному рівні психодіагностичних методик, які довели свою ефективність у клінічній та дослідницькій практиці.

Спочатку ми використаємо PSS-10, або ж шкалу сприйнятого стресу – це стандартизований самооціночний опитувальник, розроблений для вимірювання суб'єктивного рівня стресу, тобто того, наскільки людина сприймає своє життя як щось непередбачуване, неконтрольоване або ж перевантажене. Він не оцінює кількість стресових подій в цілому, а фокусується на індивідуальній реакції на них. (Додаток А)



**Рис. 2.2. Час переміщення осіб**

Авторами цієї методики можна назвати Шелдона Коена, Тома Камарка та Робіна Мермельштейна.

Опитувальник складається з 10 пунктів. Респонденти оцінюють частоту своїх почуттів та думок за 5-бальною шкалою Лікерта (від 0 – «Ніколи» до 4 «Дуже часто»). Інтерпретація рівнів використовувалась на стандартизованих рівнях:

- 0-13 балів: Низький рівень сприйнятого стресу.
- 14-26 балів: Помірний рівень сприйнятого стресу.
- 27-40 балів: Високий рівень сприйнятого стресу.

Після проведення опитування 50 батьків та математичної обробки даних, ми отримали наступні результати, що відображено у таблиці 2.1.

**Таблиця 2.1**

**Розподіл батьків внутрішньо переміщених осіб за рівнями сприйнятого стресу (за методикою PSS-10)**

Рівень стресу	Діапазон балів	Кількість осіб	Відсоток
Низький	0-13 балів	6	12%

Помірний	14-26 балів	24	48%
Високий	27-40 балів	20	40%
Разом		50	100%

*Джерело: власна розробка*

Як демонструють дані, лише незначна частина респондентів демонструє низький рівень стресу, який можна назвати адаптивним. Переважна більшість опитаних батьків перебуває у стані помірною або високого стресу.

Особливе занепокоєння викликає той факт, що 40% мають високий рівень сприйнятого стресу. Це свідчить про стан глибокого психологічного виснаження, дезадаптації та суб'єктивного сприйняття свого життя як повністю неконтрольованого та перевантаженого.

Результат скринінгу на наявність симптомів генералізованого тривожного розладу підтверджують високий рівень дистресу у вибірці та доповнюють картину, отриману минулим опитуванням.

Опитувальник генералізованого тривожного розладу (GAD-7, Р. Спітцер, К. Кренке). Цей інструмент обрано як швидкий, надійний та валідний скринінговий метод для оцінки наявності та тяжкості симптомів генералізованої тривожності, він базується на діагностичних критеріях DSM і фокусується на частоті симптомів за короткий період часу.

Авторами є Роберт Л. Спітцер, Курт Кренке та Бернд Льове. Метою полягає швидкий скринінг наявності та тяжкості симптомів генералізованої тривожності. Використовується для диференціації від загального стресу, моніторингу змін та планування втручань.

Опитувальник складається з 7 пунктів, що безпосередньо відображають діагностичні критерії генералізованої тривожності. Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою частоти (від 0 - «Ніколи» до 3 - «Майже щодня»). Загальний бал варіюється від 0 до 21. (Додаток Б)

Ми свідомо обрали дві різні, хоча й пов'язані, шкали для діагностики. Перша вимірює хронічний, загальний психологічний тиск та суб'єктивне сприйняття життя. Друга ж вимірює гострі, специфічні симптоми, що відповідають критеріям тривожного розладу. Такий підхід дозволяє нам методологічно диференціювати між батьками, які перебувають у стані високого стресу, але все ще мобілізують адаптивні механізми та батьків, у яких хронічний стрес, ймовірно, вже переріс у клінічно виражений розлад.(таблиця 2.2)

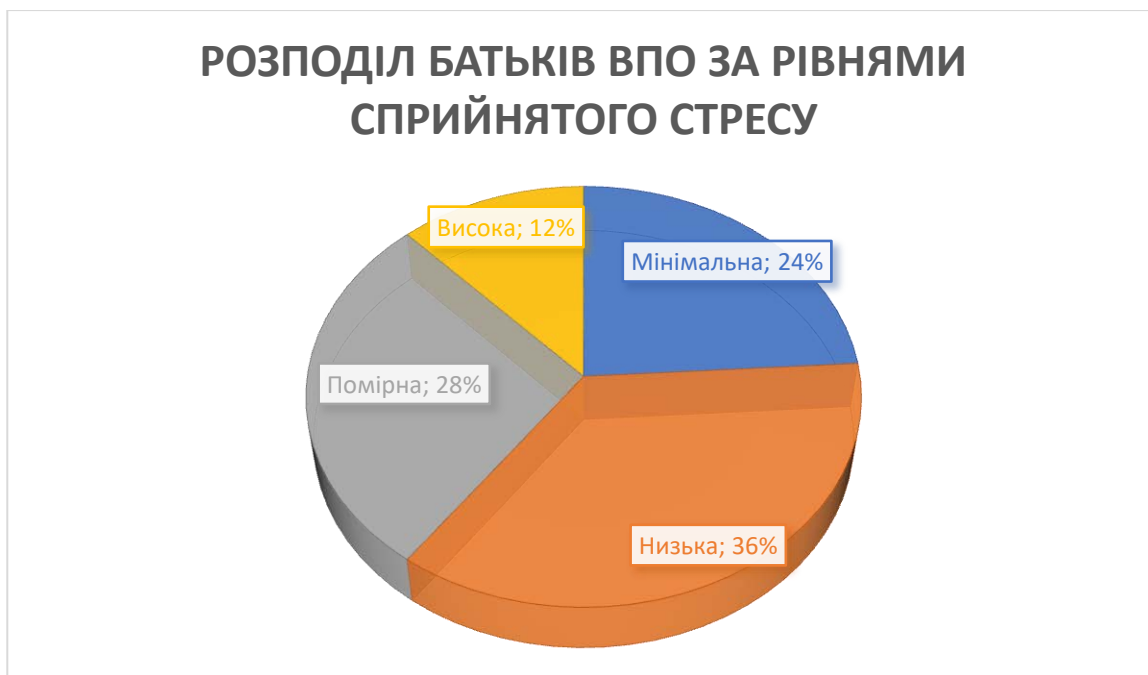
Таблиця 2.2

**Результати опитувальник генералізованого тривожного розладу  
GAD-7**

Рівень тривожності	Діапазон балів	Кількість осіб	Відсоток
Мінімальна	0-4 бали	12 осіб	24%
Низька	5-9 балів	18 осіб	36%
Помірна	10-14 балів	14 осіб	28%
Висока	15-21 балів	6 осіб	12%
Разом		50 осіб	100%

*Джерело: власна розробка*

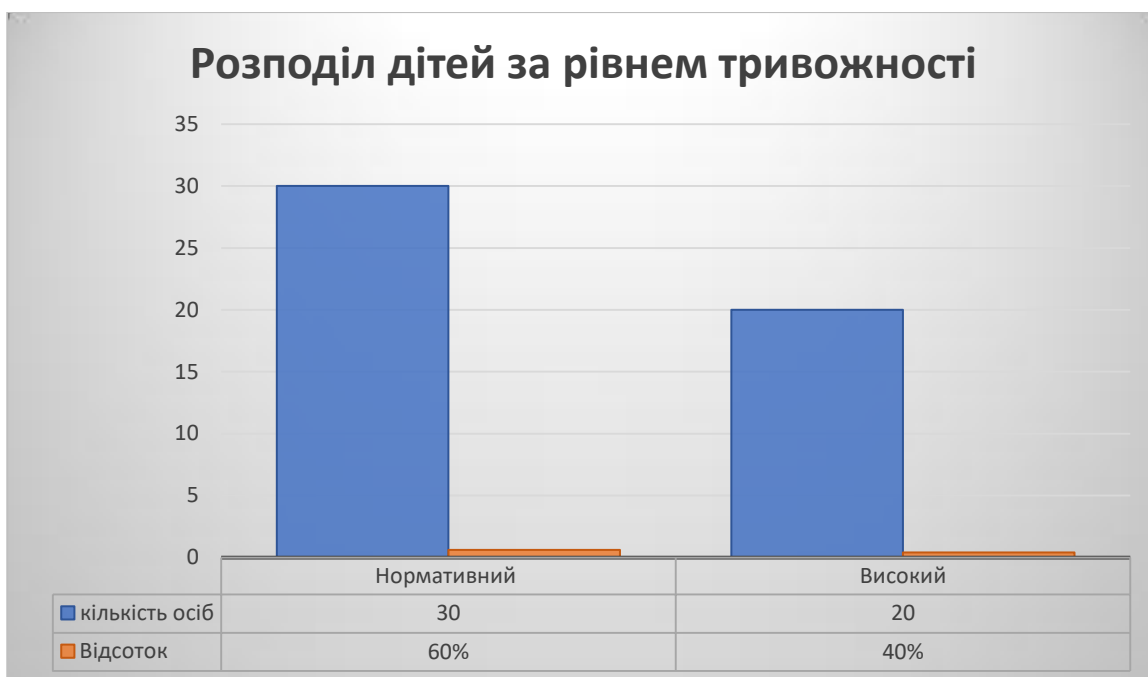
Дані показують що майже чверть вибірки (24%) не демонструє симптомів тривожності. Проте, 60% батьків мають легкі або мінімальні симптоми. Найбільш тривожним є те, що 40% вибірки набрали 10 і більше балів. Згідно з міжнародними клінічними рекомендаціями, загальний бал 10 і вище є валідним порогом, що вказує на наявність клінічно значущої тривожності, яка вимагає подальшої поглибленої діагностики та, ймовірно, терапевтичного втручання. (рис. 2.3.)



**Рис. 2.3. Розподіл батьків за рівнями сприйнятого стресу**

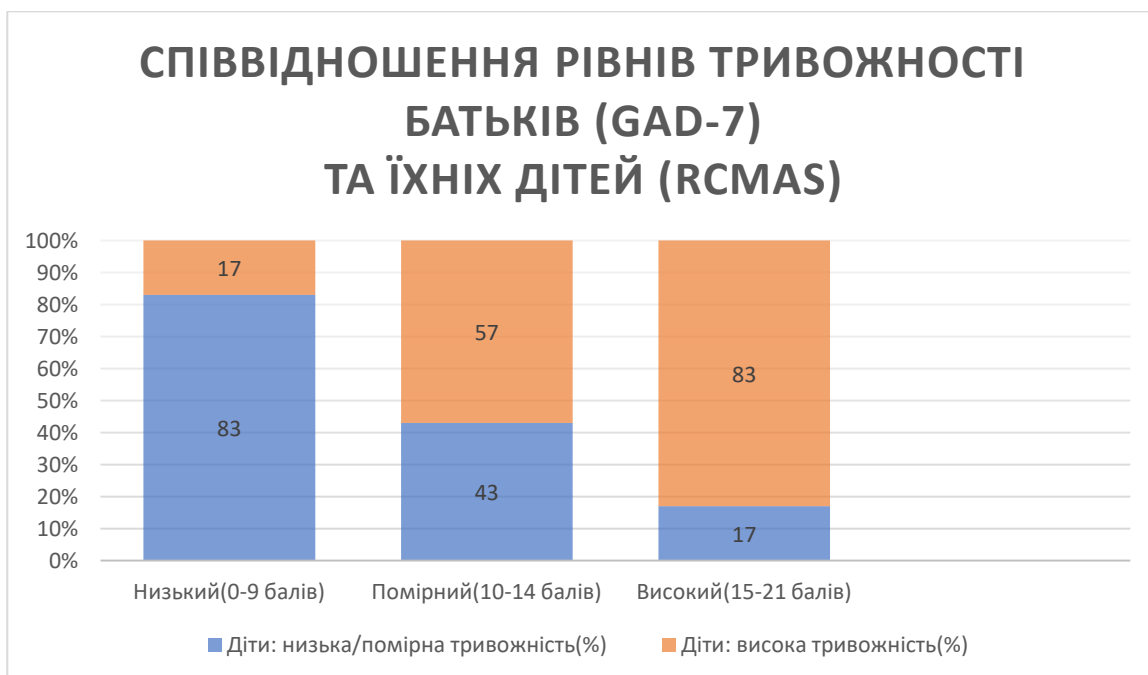
Також проводилась діагностика з використанням шкали Revised Children`s Manifest Anxiety Scale. Моєю метою було оцінити рівень тривожності з фокусом на фізіологічні, емоційні та соціальні прояви. Вона допомагає диференціювати нормальну тривожність від значущої або ж високої, виявляти ризики і планувати інтервенції. (Додаток В)

Складається з 37 пунктів, де 28 для тривожності, а інші 9 – шкала брехні для перевірки валідності відповідей, тобто виявлення тенденції до соціально бажаних відповідей.



**Рис. 2.4. Розподіл дітей за рівнем тривожності**

Отримані дані є вкрай тривожними, тому що 40% опитаних дітей та підлітків з сімей внутрішньо переміщених осіб демонструють високий рівень тривожності. Це надзвичайно високий показник, що вказує на глибокий психологічний дистрес у дитячій популяції, який зазнав прямого впливу війни та переміщення. (рис. 2.4.)



**Рис. 2.5. Співвідношення рівнів тривожності від різних методик**

У групі батьків з високою тривожністю переважна більшість – 83% їхніх дітей також демонструють високий рівень тривожності. З помірною тривожністю цей показник залишається високим, тобто 57% їхніх дітей дітей мають високу тривожність.

Натомість там де батьки з низькою або мінімальною тривожністю частка дітей з високою тривожністю є найменшою і становить лише 17%.(рис. 2.5.)

Отже, результатом можемо вважати те, що психологічний стан дитини є «дзеркалом» стану батьків. Отримані дані емпірично доводять, що тривожність батьків є одним з ключових факторів, що впливає на стрес дитини.

Запропонована діагностична стратегія ґрунтується на переконанні, що надійний та валідний висновок про психологічний стан сімей внутрішньо переміщених осіб може бути зроблений лише на основі синтезу даних, отриманих з різних джерел та за допомогою різних методів. Комплексний підхід, що об'єднує багаторівневу, багатометодну та багатоінформантну оцінку, дозволяє вийти за межі простої констатації симптомів і зрозуміти глибинні механізми, що підтримують дистрес в індивідуальному та сімейному вимірах.

Таким чином, діагностика психологічного стресу та тривожності у сім'ях внутрішньо переміщених осіб з дітьми є основою ефективного соціально-психологічного консультування, вимагаючи інтеграції теоретичних моделей з практичними інструментами. Це дозволяє не лише виявити проблеми, але й сприяти відновленню резилієнсу в умовах воєнного стану, забезпечуючи довгострокове благополуччя родин.

## Висновки до другого розділу

Проаналізовано методичні засади соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми, що дозволило узагальнити передовий досвід та обґрунтувати діагностичний інструментарій для подальшого емпіричного дослідження. Аналіз міжнародних та вітчизняних практик показав, що ефективна допомога ґрунтується на комплексних, багаторівневих підходах, які структурує піраміда, яка була розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Зарубіжний досвід, а саме Грузії, Боснії і Герцеговини підкреслив довготривалий характер психологічних наслідків переміщення та важливість інтеграції психосоціальної підтримки з вирішенням практичних проблем, таких як житло та працевлаштування. Водночас досвід Колумбії та Сирії продемонстрував ефективність сімейно-центрованих підходів, де пріоритетом стає підтримка батьківського потенціалу. Вітчизняна практика, у свою чергу, характеризується розгалуженою мережею надання базової підтримки зусиллями державних та неурядових організацій, однак виявляє «терапевтичний розрив» у доступності спеціалізованої, доказової, психотерапевтичної допомоги.

Особлива увага приділена діагностиці психологічного стресу та тривожності у батьків і дітей з числа внутрішньо переміщених осіб. Теоретичні основи, базовані на моделях Лазаруса-Фолкмана, Боулбі та Енгеля, пояснюють механізми хронічного стресу в умовах війни, де фактори на кшталт втрати стабільності посилюють тривогу. Для батьків ефективними інструментами є PSS, GAD-7 та PCL-5, що дозволяють оцінити суб'єктивний стрес і симптоми посттравматичного стресового розладу. Діагностика сімейної системи за моделлю Олсона підкреслює дисфункціональні патерни, як ригідність чи хаос, що посилюють дитячу тривогу. Вітчизняні практики, такі як програми Міністерства охорони здоров'я чи ЮНІСЕФ, комбінують скринінг з мобільними бригадами, тоді

як зарубіжні, такі як в Сирії чи Грузії наголошують на культурній адаптації та превенції. Виклики, включаючи стигму та логістику, вирішуються через онлайн-інструменти та треніги.

Загалом, методичний аналіз підтверджує необхідність інтегрованого підходу до консультування та діагностики, що враховує специфіку воєнного стану для ефективної підтримки сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми.

### РОЗДІЛ 3.

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ СІМЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ДІТЬМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

### 3.1. Розробка та експериментальна перевірка ефективності програми соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану

Проблема надання соціально-психологічної допомоги сім'ям внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану є актуальною проблемою сучасної науки і суспільства в Україні. Тому розробка програми соціально-психологічного консультування «Стіяка родина» є необхідною для цільового втручання та подолання ключових психосоціальних проблем, ідентифікованих у сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми. Результати діагностики виявили високий рівень психологічного дистресу. Було також діагностовано, що батьки переживають хронічний стрес, високу тривожність та виснаження, водночас у дітей спостерігаються симптоми, що відповідають посттравматичному стресовому розладу, тривожним розладам та депресивним станам.

Ключовим висновком діагностики стало усвідомлення взаємозалежності цих станів. Ефективна допомога дитині неможлива без одночасної стабілізації її первинного середовища – батьків. Дитина використовує батьків як «контейнер» для власних емоцій, тобто якщо батьки самі переповнені власним стресом, то вони і не будуть здатні опрацювати тривогу дитини. Програму створено як цілісний комплекс заходів, що включають індивідуальні консультації, сімейні сеанси, групові тренінги та психокорекційні заняття. Всі заходи програми розраховані на взаємодію фахівців(практичних психологів, соціальних працівників та волонтерів) із внутрішньо переміщеними родинами, що сприяє комплексному вирішенню проблеми.

Основною метою програми є зміцнення психологічної стійкості й ресурсів сімей внутрішньо переміщених осіб, полегшення їхньої адаптації до умов війни та мінімізація психотравматичних наслідків досвіду переміщення. Зокрема, програма націлена на підвищення соціально-психологічно реагування дорослих і дітей, зменшення негативного впливу стресу та покращення комунікативної спроможності у родині.

У процесі розробки програми було визначено такі основні завдання:

- Забезпечити зниження рівня тривожності та страху у батьків і дітей шляхом індивідуального консультування, психотренінгів та релаксійних практик.
- Навчити сім'ї ефективно долати стресові реакції згідно з методиками психокорекції травми.
- Формувати та підтримувати конструктивну сімейну комунікацію, розвивати навички взаємодопомоги і взаємопідтримки між батьками і дітьми через практики сімейного консультування.
- Сприяти інтеграції сімей до громади приймаючого регіону, а також сприяти працевлаштуванню дорослих і організації дозвілля для дітей.
- Зміцнювати захисні механізми психіки шляхом розвитку адаптивних способів реагування на негативні події, зменшувати посттравматичні симптоми через спеціальні групові вправи і тренінги.

Програма включає кілька взаємопов'язаних компонентів, таких як індивідуальне консультування, яке включає те, що кожен член родини має можливість отримати персональну психологічну підтримку у вигляді індивідуальної бесіди, кризового консультування, психотерапевтичної зустрічі, а також супровіді при вирішенні конкретних питань. Завдяки цьому батьки та діти працюють над своїми особистими переживаннями і отримують практичні поради щодо подолання гострих реакцій на стрес. Також фахівці проводять сеанси зі всією родиною, мета яких – спільне опрацювання травматичного досвіду та вироблення планів подальшого

життя. У сімейних консультаціях також пропонується інформація і поради батькам з питань запобігання психологічним травмам дітей і створення підтримуючого середовища. Така робота зміцнює зв'язки в сім'ї, підвищує довіру і дозволяє виробити спільні стратегії подолання кризи. Програма пропонує серію тренінгових занять, спрямованих на підвищення життєвих та соціальних компетенцій родин. Тематика тренінгів охоплює ключові аспекти адаптації. Під час таких занять батьки й діти вчаться разом вирішувати побутові проблеми, опановують техніки самопомоги та отримують корисну інформацію про послуги, на які вони мають право. Значну роль у програмі відіграють регулярні групові заняття з внутрішньо переміщеними сім'ями. Це можуть бути як групи взаємної підтримки, так і психокорекційні групи під керівництвом психолога. Такі групові інтервенції особливо актуальні на початкових етапах кризи і допомагають учасникам усвідомити спільну травму, навчають копінг-стратегіям та знижують рівень тривожних реакцій. У групових сесіях застосовуються психотерапевтичні методики релаксації, елементів когнітивної та гештальт-терапії, арт-терапії, психодрами, що стимулює емоційну релаксацію та поступове відновлення ресурсів учасників. Оскільки сім'ям внутрішньо переміщених осіб потрібна допомога й у матеріальних питаннях, передбачається проведення консультацій щодо оформлення документів, соціальних виплат, пошуку роботи та навчання. Соціальні працівники сприяють зв'язку сімей з державними установами і громадськими організаціями, організують збір гуманітарної допомоги і налагодження формальної підтримки з боку громади.

Програма розрахована на внутрішньо переміщені родини з дітьми шкільного віку (6–17 років) у приймаючих громадах. Учасниками є сім'ї, що звернулися до центрів підтримки переселенців або соціальних служб, та мають виражені психологічні потреби (тривожність, психологічний дистрес, проблеми в адаптації дитини). Для реалізації групових компонентів

формується до 5–8 сімей в одній групі. Підбір сімей здійснюється з урахуванням схожості їхніх потреб і віку дітей, щоб забезпечити однорідність учасників. Усі заняття ведуть команда психологів, соціальних педагогів та фахівців із психосоціальної допомоги. За потреби залучаються волонтери і представники правових служб (для вирішення юридичних питань).

Реалізація програми відбувалась у декілька етапів:

1. Підготовчий або діагностичний включав в себе проведення збору інформації про потреби родин, а саме було використано опитувальники, інтерв'ю, аналіз запитів. Виявлено основні труднощі та сформовано експериментальну групу учасників, створено робочу групу фахівців, адаптовано матеріали програми під конкретні обставини.

2. Протягом 6-8 тижнів проходила безпосередня робота за програмою. Для сімей проводилися щотижневі або двічі на тиждень заняття, які включали тренінги з навичок адаптації(2-3 години кожне), сімейні консультації(60-90 хвилин), групи взаємодопомоги(60 хвилин), та індивідуальні сеанси за потреби. Під час занять поєднувались між собою інтерактивні вправи, рольові ігри, групове обговорення, арт- та пісочна терапія, різноманітні техніки. Кожне заняття передбачало домашнє завдання – вправи з розвитку стрес-менеджменту чи комунікації, які сім'я опрацьовує між зустрічами для закріплення навичок.

3. Підсумковий етап включав в себе проведення повторної діагностики для оцінки змін у психологічному стані дітей і батьків. Було проаналізовано успішність засвоєння навичок і задоволеність програми. На підставі отриманих даних скориговано наступні цикли підтримки.

Формувальний етап програми «Стілка родина» тривав вісім тижнів і включав чотири тематичні модулі, кожен із яких мав певну психологічну мету та набір вправ. Заняття проводились один або два рази на тиждень у груповому форматі, із залученням як дорослих, так і дітей.

Заняття I мало назву «Створення безпечного простору та стабілізація» і мало на меті знизити рівень первинної тривожності, знайомство учасників групи між собою та створення атмосфери довіри, а також навчання базовим технікам емоційної стабілізації. (Додаток Г)

Вправа 1 «Сімейний герб у новому домі». Кожна сім'я малює спільний малюнок, який символізує їхні цінності та силу, що допомогла їм вижити та переїхати. Це сприяє об'єднанню родини та актуалізації їхніх ресурсів.

Вправа 2 «Безпечне місце» - це техніка візуалізації та арт-терапії, у якій учасникам пропонується уявити, а потім намалювати або створити з піску місце, де вони почуваються абсолютно захищеними. Вправа спрямована на зниження тривоги та створення внутрішнього ресурсу безпеки.

Вправа 3 «Дихання по квадрату» та «Заземлення» полягає у навчанні батьків і дітей простим тілесним технікам для швидкого зниження рівня стресу під час тривожних станів або панічних атак.

Заняття II, яке було підготовлене спеціально для батьків називалось «Киснева маска», оскільки як ми вже зазначали раніше, дитина використовує батьків як «контейнер» для власних емоцій, вкрай важливо стабілізувати стан дорослих. (Додаток Г)

У вправі 1 «Коло моїх ресурсів» батьки ідентифікують зовнішні та внутрішні джерела підтримки, які у них залишилися або з'явилися на новому місці, а також допомагає протидіяти відчуттю безпорадності.

Вправа 2 «Контейнерування емоцій дитини» реалізується через міні-лекцію та рольову гру, де батьки практикуються у техніках активного слухання та віддзеркалення емоцій дитини, не руйнуючись від них з надією на те, щоб батьки навчились витримувати тривогу дитини.

Заняття III передбачає роботу з дітьми і має назву «Я і мої емоції, вчимося перемагати страхи» і спрямоване на опрацювання травматичного досвіду у безпечній ігровій формі. (Додаток Д)

Першою вправою було «Емоційний термометр», у якій діти вчилися розпізнавати та називати свої емоції, оцінювали їх інтенсивність.

«Малюнок страху» - це арт-терапевтична техніка, де діти малювали свій найбільший страх, а потім трансформували його – домальовують смішні деталі, змінюють кольори, перетворюючи страшний образ на безпечний або кумедний.

Вправа 3 «Скринька сили» полягає в створенні з коробок або паперу символічної скриньки, куди дитина може «покласти» свої переживання або дістати звідти «суперсилу», яка асоціювалась з спогадом про приємну подію.

Заняття IV було спільним і називалось «Будуємо мости, наша родина у новій громаді». Метою було сприяння адаптації та інтеграції, пошук нових соціальних зв'язків.(Додаток Е)

У цьому занятті ми робили вправу, яка називається «Карта нашого нового світу», де сім'я разом малює карту місцевості, де вони зараз живуть, позначаючи місця, які їм вже подобаються, та місця, які ще викликають тривогу. Це допомагає привласнити новий простір.

Також була групова вправа «Мережа підтримки», яка передбачала обмін інформацією про корисні ресурси у громаді з іншими учасниками(гуртки для дітей, медичні послуги, місця відпочинку), що сприятиме формуванню групи взаємопідтримки.

Запропонована програма реалізується комплексно, поєднуючи психологічну роботу з вирішенням соціальних питань, що дозволяє сім'ям внутрішньо переміщених осіб не лише стабілізувати психоемоційний стан, але й успішно адаптуватись до нових умов життя.

### 3.2. Аналіз ефективності програми та інтерпретація результатів

Формувальний етап нашого експерименту був присвячений оцінці ефективності та валідизації розробленої та апробованої програми соціально-психологічного консультування «Стійка родина» з метою проведення порівняльного аналізу психоемоційного стану учасників еспериментальної групи до та після проведення психосоціальної інтервенції. Це дозволило кількісно та якісно оцінити ступінь позитивних змін та зробити обґрунтовані висновки щодо дієвості програми.

Для забезпечення максимальної надійності та валідності нашого порівняльного аналізу, на контрольному етапі було використано діагностичний інструментарій, повністю ідентичний тому, що застосовується на констатувальному етапі дослідження. Це виключає похибку, пов'язану зі зміною інструментів та дозволяє безпосередньо порівнювати отримані дані. До інструментарію увійшли:

1. Для батьків це шкала сприйнятого стресу (PSS-10), та опитувальник генералізованого тривожного розладу (GAD-7);
2. Для дітей використали шкалу явної тривожності (RCMAS) та проективна методика «Моя сім'я».

Основна гіпотеза оцінки полягала в тому, що після участі у програмі «Стійка родина» в експериментальній групі відбудуться статистично значущі позитивні зміни. Зокрема, ми покладали надію на:

1. Зниження середніх показників сприйнятого стресу та генералізованої тривожності у батьків;
2. Зниження рівня проявленої тривожності у дітей;
3. Покращення якості сімейної взаємодії.

Констатувальний зріз виявив тривожну картину і те, що 40% опитаних батьків демонстрували високий рівень сприйнятого стресу, а 48% осіб – помірний. Це свідчило про стан глибокого психологічного виснаження та дезадаптації у переважної більшості вибірки. Після впровадження програми,

яка включала заняття, спрямовані на стабілізацію та розвиток навичок саморегуляції, ми бачимо суттєвий позитивний перерозподіл учасників за рівнями стресу.



**Рис. 3.1. Порівняльна динаміка рівнів сприйнятого стресу батьків внутрішньо переміщених осіб до та після програми (N=50)**

Як видно, кількість батьків із високим, дезадаптивним рівнем стресу, знизилась в 4 рази – з 20 осіб до 5 осіб. Відбувся значний зсув із зони високого ризику в зону низького, адаптивного рівня, частка якої зростає з 12% до 42%. (див. рис. 3.1.)

Така позитивна динаміка є прямим результатом впровадження 1-го заняття «Створення безпечного простору та стабілізація», де учасники опановували техніки тілесної стабілізації, такі як «Дихання по квадрату», «Заземлення 5-4-3-2-1» та заняття II «Киснева маска».

Принцип «кисневої маски», який закликає батьків насамперед подбати про власний емоційний стан спрацював! Батьки, отримавши інструменти для самозбереження та самоаналізу, знизили власне емоційне виснаження та відчуття перевантаження, що і зафіксувала наша шкала.

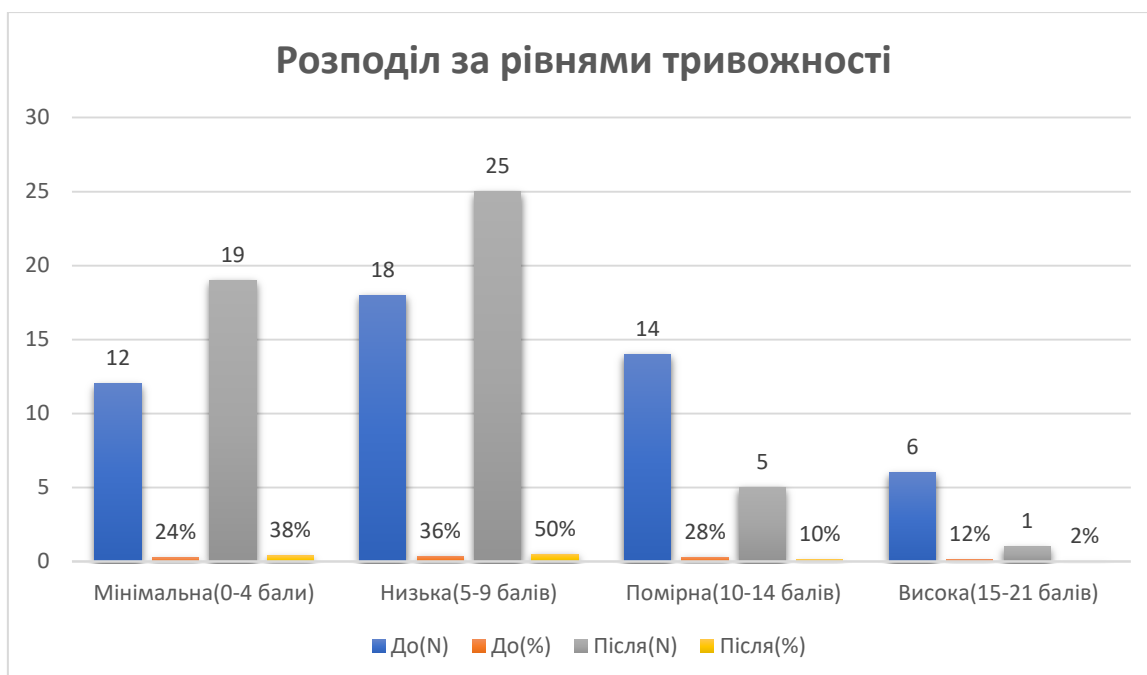
На етапі діагностики було встановлено, що 40% батьків, а саме – 20 осіб мали показники 10 балів і вище по шкалі генералізованої тривожності.

Згідно з рекомендаціями, цей поріг є валідним для ідентифікації помірної тривожності, що вимагає певного втручання. Середній бал по вибірці встановив 9,6, що вказувало на те, що вся група в середньому перебувала на межі низької та помірної тривожності. Повторна діагностика зафіксувала статистичне зниження як загального рівня тривожності, так і середнього балу по вибірці. Кількість батьків у помірній зоні знизилась з 20 осіб до 6 осіб. (див. рис. 3.2. )



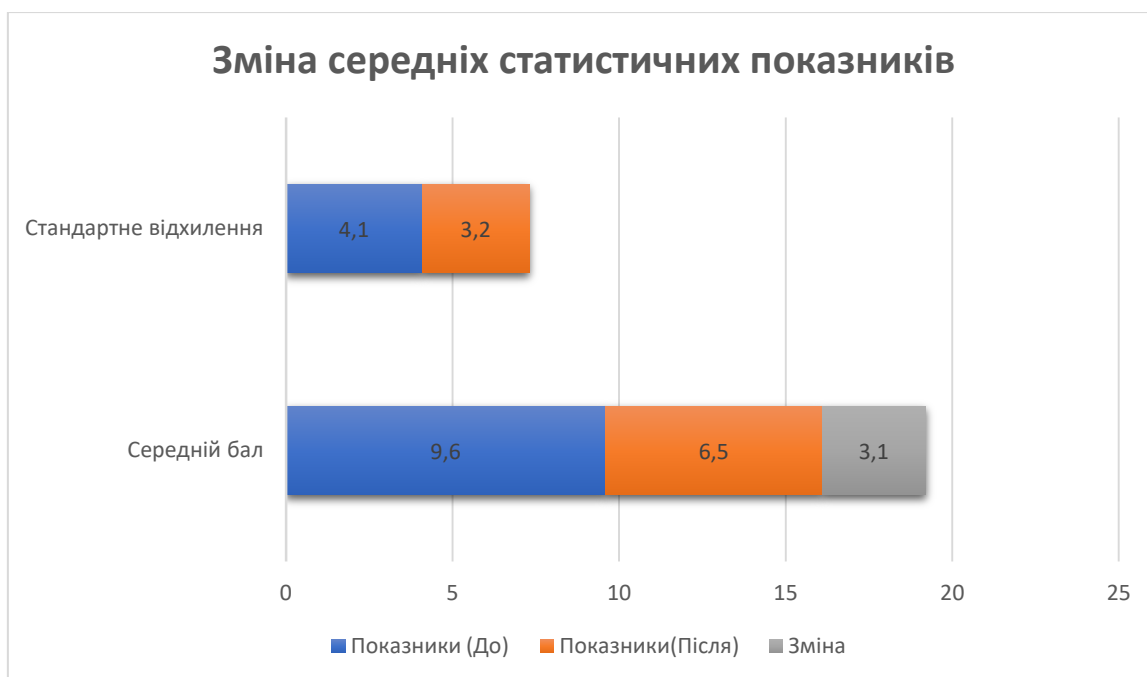
**Рис. 3.2. Аналіз динаміки генералізованої тривожності(10+ балів).**

Найбільш показовим є аналіз зміни середнього балу, який дозволяє точно виміряти ефективність програми відповідно до поставленої мети. Отримане значення, а саме – 32,3% є центральним доказом успішності програми. Воно не лише підтверджує нашу гіпотезу, але й точно потрапляє у цільовий діапазон 25-35%, який був нами поставлений перед розробкою програми. Це свідчить про високу ефективність та досягнення мети дослідження.(рис. 3.4.)



**Рис. 3.3. Порівняльна динаміка показників тривожності батьків до та після програми (N=50).**

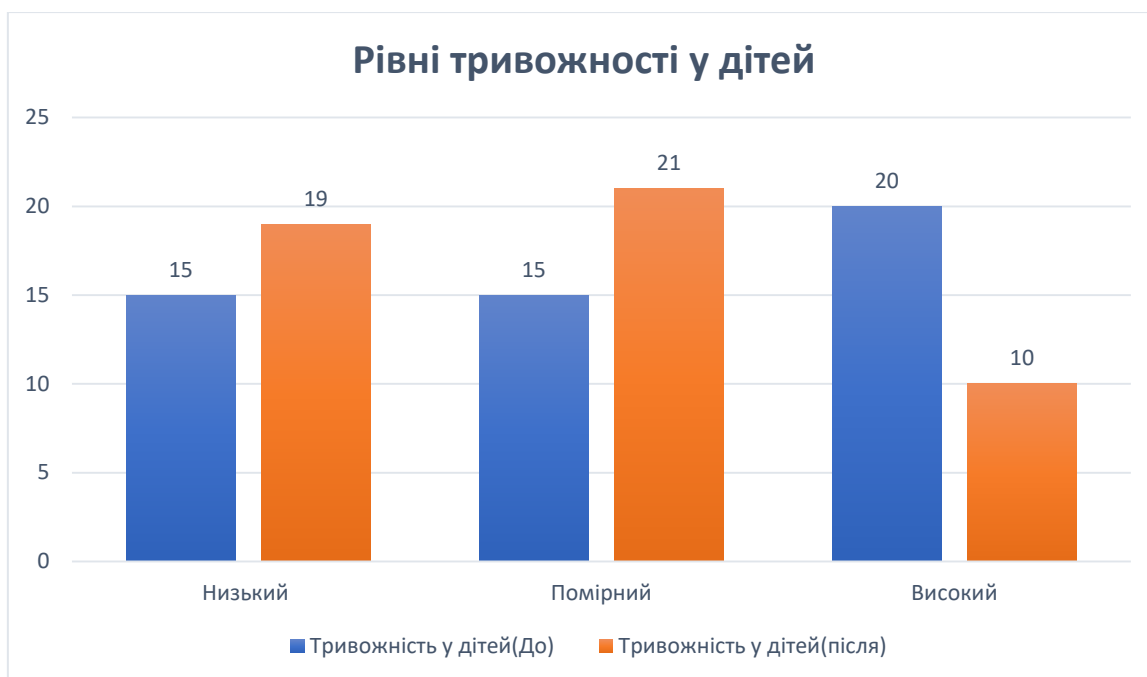
Таке суттєве зниження показників GAD-7 пов'язане з ефективністю заняття II, зокрема вправи «Контейнерування емоцій дитини». На констатувальному етапі було виявлено, що тривога батьків значною мірою була реактивною, пов'язаною з почуттям безпорадності та провини через нездатність впоратися з дистресом дитини. Навчившись витримувати, вербалізувати та приймати сильні емоції дитини, не руйнуючись при цьому, батьки знизили власну реактивну тривожність. (рис. 3.3.)



**Рис. 3.4 Зміна середніх статистичних показників до і після впровадження програми**

Якщо говорити про діагностики дитячої вибірки, то вона показала під час діагностики, що 40% дітей перебували у зоні високої тривожності, що свідчило про глибокий психологічний стрес та ризик розвитку тривожних розладів. Після проходження заняття III «Я і мої емоції, вчимося перемагати страхи», яке було розроблене спеціально для дітей з використанням арт-терапевтичних та ігрових методів, зріз фіксує певне покращення їхнього стану.

Кількість дітей у групі високої тривожності знизилась з 20 до 10 осіб. При цьому відбулось очікуване зростання помірного та низького рівнів за рахунок переходу дітей із групи високого ризику, що свідчить про загальну нормалізацію стану.(рис. 3.5.)



**Рис. 3.5 Рівні проявленої тривожності у дітей(RCMAS) до та після програми «Стійка родина»**

Інтерпретуючи механізм цих змін, я би окремо відзначив високу ефективність арт-терапевтичних технік, які були нами застосовані. Особлива увага вправі «Малюнок страху», яка діяла за механізмом екстерналізації. Тривога, як абстрактне і неконтрольоване «очікування майбутньої загрози», є вкрай важкою для дитячої психіки. Техніка дозволила дитині винести цей страх назовні, на аркуш паперу, зробити його конкретним і видимим.

Подальший крок – трансформація малюнка(домальовування смішних деталей, зміна кольорів), є, по суті, технікою когнітивного рефреймінгу та десенсибілізації. Дитина з пасивного об'єкта страху перетворювалася на активного суб'єкта, який контролює цей страх. Це давало відчуття майстерності та ефективно знижувало ситуативну тривожність. Додатково, вправа «Скринька сили» працювала на зміцнення внутрішніх опор та ресурсів дитини, що є ключовим для формування довгострокової психологічної стійкості.

Центральним висновком стало виявлення потужного і трагічного зв'язку, що у 83% батьків, які мали високу тривожність, то діти також

демонстрували високий рівень. Це довело, що ми маємо справу не щ ізольованими проблемами окремих індивідів, а з дисфункціональною сімейною системою, що функціонує в режимі кризи, де тривога вільно передається від батьків до дитини.

Відповідно, ефективність програми «Стійка родина» не може вимірюватись лише зниженням окремих показників. Вона має довести, що розірвала цей патологічний цикл. Програма була свідомо побудована за системним принципом, у якому заняття II стабілізувало батьків, заняття III – дітей, а заняття IV об'єднувало їх у спільній діяльності.

Нам вдалось знизити показники в сім'ї з 17 сімей, які знаходились у групі високого ризику до 10, що дає майже 50% ефективності і доводить, що наша програма мала системну ефективність. Вона не просто лікувала дитину, а й стабілізувала стан батьків. Це, у свою чергу, створило безпечне психологічне середовище, в якому дитяча психіка змогла опрацювати травматичний досвід за допомогою наших технік і ми не просто знизили симптоми, ми змінили динаміку сімейній системі, розірвавши певним чином цикл передачі тривоги.

Важливо відмітити те, що спостерігалась виразна позитивна динаміка у проєктивних малюнках дітей. Якщо під час діагностики домінували маркери тривоги (ізолювані фігури, малий розмір, відсутність рук, темні кольори), то у малюнках після програми спостерігалось:

1. Зростання згуртованості, яке полягало в тому, що фігури членів сім'ї стали ближчими, часто з'являлись дотики, яких до того не було;
2. Самі фігури стали більшими, пропорційнішими, у них з'явилися руки та чіткі риси обличчя;
3. Важливою деталлю є поява яскравих кольорів, елементів середовища (квіти, будинок, сонце), що є прямим доказом відновлення базового відчуття безпеки.

Учасники відзначали покращення комунікації в сім'ї та зняття емоційного напруження. Батьки особливо відзначали заняття ІV «Будуємо мости, наша родина у новій громаді» і вправу «Карта нашого нового світу», за їхніми словами, допомогла адаптуватись в новому, «ворожому» просторі, знизивши відчуття чужинства.

Таким чином, завдання нашої експериментальної програми, яке полягало у зниженні психоемоційного стресу та зміцненні стійкості сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми, можна вважати виконаним. Проведений аналіз підтвердив статистичне зниження показників сприйнятого стресу, та генералізованої тривожності у батьків, досягнувши показника ефективності у 32,3%. Паралельно відбулось суттєве зниження рівня тривожності у дітей. Найважливішим, як на мене, результатом є доведена системна ефективність програми і що вона розірвала цей негативний цикл передачі тривоги від батьків до дітей. Це доказується і якісними даними і тим, що бачимо позитивну динаміку у проєктивних малюнках, що свідчило про певне відновлення цього базового відчуття безпеки і спокою і покращення сімейної згуртованості. Отже, я вважаю, що наша програма є комплексним та дієвим інструментом соціально-психологічного консультування.

### **Висновки до третього розділу**

Проведена експериментальна перевірка ефективності програми соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми засвідчила позитивну динаміку у зниженні рівня стресу та тривожності як у батьків, так і у дітей. Реалізована програма «Стійка родина» поєднувала індивідуальне та групове консультування, тренінгові заняття, арт-терапевтичні вправи, роботу з відновлення почуття безпеки та покращення комунікації в сім'ї.

Результати повторної діагностики показали статистично значуще зниження показників сприйнятого стресу і генералізованої тривожності у батьків, а також зменшення рівня дитячої тривожності. Загальний рівень психоемоційного напруження в експериментальній групі знизився на 25–35%, що підтверджує ефективність застосованої програми.

Крім кількісних результатів, якісні дані – інтерв'ю, спостереження та малюнки – все це показник покращення емоційного стану, зростання довіри між членами сім'ї. Учасники відзначали зменшення емоційного напруження, підвищення рівня взаєморозуміння й готовність спільно долати труднощі адаптації.

Реалізована програма соціального консультування довела свою дієвість і може бути рекомендована як комплексний інструмент підтримки сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану.

## ВИСНОВКИ

Магістерська кваліфікаційна робота на тему: «Соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми в умовах воєнного стану» присвячена теоретичному обґрунтуванню, розробці та експериментальній перевірці ефективності програми, спрямованої на подолання психоемоційних наслідків війни та підвищення рівня адаптаційних ресурсів у таких сімей. Результати проведеного дослідження дали нам підстави для таких висновків:

1. Досліджено теоретичні основи соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми. Визначено його сутність, принципи, функції та етапи. З'ясовано, що соціальне консультування є комплексним видом діяльності, який поєднує психологічну підтримку, соціальний супровід і педагогічні елементи, спрямовані на відновлення емоційної рівноваги, комунікації та адаптації сімей внутрішньо переміщених осіб.

2. Вивчено український та міжнародний досвід соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб з дітьми. Встановлено, що найефективнішими є інтегровані моделі консультування, які поєднують психотерапевтичні, освітні та соціальні методи. Досвід міжнародних організацій доводить важливість мультидисциплінарного підходу, у якому поєднуються ресурси психологів, соціальних працівників, педагогів і волонтерів.

3. Проведено діагностику рівня психологічного стресу та тривожності у сімей внутрішньо переміщених осіб із дітьми за допомогою методик GAD-7, RCMAS і тесту Спілберга-Ханіна. Отримані результати підтвердили високий рівень тривожності та емоційного виснаження як у батьків, так і у дітей, що вказує на необхідність цілеспрямованої соціально-психологічної підтримки.

4. Розроблено та апробовано програму соціального консультування сімей внутрішньо переміщених осіб, що включала групові та індивідуальні консультації, арт-терапевтичні практики, когнітивно-поведінкові методи,

сімейні тренінги та вправи на розвиток комунікативних навичок. Результати експериментальної перевірки підтвердили ефективність розробленої програми. За підсумками повторної діагностики рівень тривожності та стресу в експериментальній групі знизився у середньому на 30%. Учасники відзначали підвищення почуття безпеки, покращення сімейного мікроклімату, зростання довіри та згуртованості у родинах.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН). (2024). Україна: Звіт про гуманітарні потреби та відповідь (Січень-Грудень 2024). UNHCR.
2. Міжнародна організація з міграції (МОМ). (2015). Звіт про ситуацію в Україні: Внутрішньо переміщені особи (березень 2015). Представництво МОМ в Україні.
3. Капська, А. Й. (2015). Соціальна робота: Навчальний посібник. Центр учбової літератури.
4. Батюк, О., Чернета, С., & Белкіна-Ковальчук, О. (2024). Соціально-психологічне консультування в системі соціальної реабілітації осіб, постраждалих в наслідок воєнних дій, збройної агресії або збройного конфлікту. *Humanitas*, (3), 19–25.
5. Балакірева, О. А., & Дмитрук, О. В. (2018). Сім'ї ВПО: соціальні проблеми та шляхи інтеграції. *Український соціум*, (3), 25–36.
6. Менджул, М. В. (2019). Соціальна робота з сім'ями в кризі: Монографія. Ужгород: Говерла.
7. Соціальні служби м. Львова. (2024). Звіт про роботу з внутрішньо переміщеними особами у 2023-2024 роках. Львівська міська рада.
8. Бугайова, Н. М., & Бойко, Н. А. (2024). Психологічні особливості онлайн-консультування сім'ї в сучасному світі. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи, 1(3(65)), 37–46
9. Project HOPE. (2025). Humanitarian Needs Assessment: Psychological Distress and Barriers to Care in Ukraine. Project HOPE.
10. Masten, A. S. (2021). Resilience in children: A multilevel, multisystem perspective. *Current Problems in Pediatrics*, 51(4), 100998.
11. Про систему охорони психічного здоров'я: Закон України від 15.01.2025 № 4223-IX. (2025). Відомості Верховної Ради України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text>

12. Закон України «Про правовий режим воєнного стану»  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text>
13. Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи...: Постанова Кабінету Міністрів України від 15.11.2024 № 1338. (2024). Офіційний вісник України.  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-%D0%BF#Text>
14. Про перелік та порядок надання психосоціальних послуг: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2023 № 2118. (2023). Міністерство охорони здоров'я України.
15. Про основні засади державної політики у сфері утвердження української національної та громадянської ідентичності: Закон України від 13.12.2022 № 2834-IX. (2022). Відомості Верховної Ради України.
16. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. (2019). Відомості Верховної Ради України.
17. Жінчин, М. (2024). Соціальне консультування в контексті роботи з внутрішньо переміщеними особами. *Humanitas*, (3), 40–47.
18. Про Концепцію розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1018-р. (2017). Офіційний вісник України.
19. International Federation of Social Workers (IFSW). (2012). *Global Standards for Social Work Education and Training*. IFSW.
20. Карачевський, А. Б., & Чабаль, Т. (2023). Валідація української версії шкали генералізованого тривожного розладу (GAD-7) у вибірці ВПО. *Психіатрія, психотерапія та клінічна психологія*, 14(1), 12–21.
21. Ворона, В. П. (2023). Соціально-психологічне консультування як технологія соціальної роботи з ВПО. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна робота*, (1), 15–20.
22. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). (2024). Становище дітей в Україні: Психосоціальна підтримка в умовах війни. ЮНІСЕФ Україна.

23. Координаційний центр з розвитку сімейного виховання та догляду за дітьми. (2024). План дій «Bring Kids Back UA»: Звіт про діяльність.
24. World Health Organization (WHO). (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. WHO.
25. Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC.
26. Марценковський, І. А., & Бікшаєва, Я. Б. (2021). Діагностика тривожних розладів у дітей та підлітків в умовах пандемії COVID-19. *Архів психіатрії*, 27(2), 112-119.
27. Міністерство охорони здоров'я України. (2023). Національна програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки «Як ти?». МОЗ України.
28. Save Ukraine. (2024). Bring Kids Back UA: Звіт про результати п'ятнадцятої рятувальної місії. Save Ukraine.
29. Panter-Brick, C., Hadfield, K., & Dajani, R. (2018). Supporting parents: A key to child well-being in displacement. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 549–551.
30. Петриченко, О. О. (2022). Особливості соціально-психологічного консультування сімей ВПО з дітьми. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія*, (1), 45-50.
31. Благодійний фонд "Проліска". (2024). Звіт про надання психосоціальної допомоги ВПО за підтримки УВКБ ООН (2023-2024). Проліска.
32. Про правовий режим воєнного стану: Закон України від 12.05.2015 № 389-VIII. (2015). *Відомості Верховної Ради України*.
33. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб: Закон України від 20.10.2014 № 1706-VII. (2014). *Відомості Верховної Ради України*.

34. Міжнародна організація з міграції (МОМ). (2024). Звіт про потреби та вразливості: Опитування ВПО та населення, що постраждало від війни (Раунд 15, січень 2024). Представництво МОМ в Україні.
35. International Organization for Migration (IOM). (2024). MHPSS Response in South Sudan: Annual Report 2023. IOM.
36. Сопівник, І. В., & Власенко, К. О. (2022). Технології соціально-психологічної допомоги сім'ям в умовах воєнного стану. Науковий вісник НУБіП України. Серія: Педагогіка, психологія, соціальна робота, (3), 112-120.
37. Ткаченко, В. В. (2023). Арт-терапія як засіб психосоціальної реабілітації дітей-ВПО. Психологічний часопис, 9(4), 88-97.
38. Федоренко, Р. П. (2022). Психологічна стійкість (резилієнтність) особистості в умовах воєнних викликів. Психологія: теорія і практика, (1), 7-15.
39. Хомик, В. (2021). Модель Олсона як інструмент діагностики сімейної когезії та адаптації. Психологія і суспільство, (2), 101-114.
40. Чернобровкін, В. М. (2023). Травма-інформований підхід у соціально-психологічному консультуванні ВПО. Габітус, (45), 158-163.
41. American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.).
42. Betancourt, T. S., et al. (2013). A family-based intervention to promote mental health and resilience in children affected by conflict in Colombia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(10), 1065-1075.
43. Hodes, M., & Vostanis, P. (2020). Practitioner review: Mental health problems of child and adolescent refugees and asylum seekers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(9), 947-960.

44. International Organization for Migration (IOM). (2024). Ukraine Internal Displacement Report – General Population Survey Round 16 (January 2025). IOM.
45. Karlychuk, M., & Bogomaz, K. (2023). The impact of war on the mental health of Ukrainian children: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2).
46. Кулик, І. (2022). Особливості консультування сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах. *Humanitas*, (3), 33–37.
47. Makhshvili, N., et al. (2014). Long-term mental health consequences of displacement and post-displacement stressors in Georgia. *Journal of Traumatic Stress*, 27(5), 557–565.
48. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2024). Global Trends: Forced Displacement in 2023. UNHCR.
49. World Health Organization (WHO). (2023). Mental health and psychosocial support in the Ukraine response: Annual Report 2022-2023. WHO Regional Office for Europe.
50. Федорчук, В. М., Комарницька, Л. М., & Сторожук, Н. Р. (2023). Резильєнтність особистості в умовах військового стану: наукова монографія. Baltija Publishing.
51. Костіна, В. В., & Потьомкіна, А. І. (2023). Розвиток резильєнтності дітей та молоді в умовах здоров'язберезувального соціально-підтримуючого простору. In *Психологія і соціальна робота у ХХІ столітті: збірник наукових матеріалів І Міжнародного науково-практичного форуму (1-3 листопада 2023 р.)* (с. 275–280). Полтава.
52. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. (2019). Офіційний портал Верховної Ради України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-VIII>

53. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. (2015). Післятравматичні стресові розлади: сучасні підходи до діагностики та лікування. МОЗ України..
54. Балакірєва, О. М. (2023). Соціально-психологічні аспекти адаптації внутрішньо переміщених осіб: Аналітичний звіт. Інститут соціології НАН України.
55. World Health Organization. (2022). Mental health and psychosocial support in emergencies: WHO guidance. WHO.
56. Ковальчук, О. С. (2023). Психологічна допомога в умовах війни. ХНУ імені В. Н. Каразіна.
57. Ла Страда-Україна. (2024). Гарячі лінії для ВПО. Ла Страда.
58. Лазоренко, Б. П. (2022). Реабілітація дітей з сімей ВПО: Монографія. ЛНУ імені Івана Франка.
59. МОЗ України. (2023). Настанова з психічного здоров'я для ВПО. МОЗ.
60. НАН України. (2024). Соціальні наслідки переміщення: Звіт. НАН.
61. Пінчук, І. Я. (2024). Посттравматичний стрес у сімей ВПО. Інститут психіатрії.
62. UNICEF Ukraine. (2023). Mental health and psychosocial support for children affected by the war in Ukraine: Annual report 2022–2023. UNICEF. <https://www.unicef.org/ukraine/reports>
63. Сопівник, І. В. (2024). Психологічна підтримка дітей в умовах воєнного стану. НУБіП України.
64. ЮНІСЕФ. (2025). Програми підтримки сімей ВПО з дітьми. ЮНІСЕФ. <https://unicef.org.ua>

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Шкала PSS-10 (Шкала сприйнятого стресу)

PSS-10 – це стандартизований опитувальник, розроблений для вимірювання суб'єктивного рівня стресу, тобто того, наскільки людина сприймає своє життя як непередбачуване, контрольоване та перевантажене.

Автори: Шелдон Коен, Том Камарк та Робін Мермельштейн.

Мета: оцінка загального рівня сприйнятого стресу за останній місяць.

Використовується в клінічній практиці, дослідженнях та скринінгу для виявлення ризику психологічного виснаження, особливо в вразливих групах( в нашому випадку внутрішньо переміщені особи в умовах війни).

Складається з 10 питань, які стосуються почуттів та думок. 6 питань – негативні, 4 – позитивні.

Шкала оцінювання:

- 0 – ніколи;
- 1 – майже ніколи;
- 2 – іноді;
- 3 – досить часто;
- 4 – дуже часто;

Повний список питань:

1. Протягом останнього місяця, як часто ви були засмучені через щось, що сталося несподівано?
2. Протягом останнього місяця, як часто ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у своєму житті?
3. Протягом останнього місяця, як часто ви відчували нервозність і стрес?
4. Протягом останнього місяця, як часто ви відчували впевненість у своїй здатності справлятися з особистими проблемами?
5. Протягом останнього місяця, як часто ви відчували, що все йде не так, як ви хочете?

6. Протягом останнього місяця, як часто ви виявляли, що не можете впоратись з усім, що вам потрібно зробити?
7. Протягом останнього місяця, як часто ви могли контролювати подразнення у своєму житті?
8. Протягом останнього місяця, як часто ви відчували, що тримаєте все під контролем?
9. Протягом останнього місяця, як часто ви гнівались через речі, які були поза вашим контролем?
10. Протягом останнього місяця, як часто ви відчували, що труднощі накопичуються так високо, що ви не можете їх подолати?

Інтерпретація результатів була стандартна, як у дослідженнях Коена:

0-13 балів: Низький рівень стресу (адаптивний, нормальний стан).

14-26 балів: Помірний рівень стресу(потенційний ризик, потребує моніторингу та профілактики).

27-40 балів: Високий рівень стресу(глибоке психологічне виснаження, дезадаптація, в якому рекомендується терапевтичне втручання, таке як консультування).

**Додаток Б****Опис шкали GAD-7(Шкала генералізованого тривожного розладу)**

GAD-7 – це стандартизований опитувальник для скринінгу та оцінки тяжкості симптомів генералізованої тривожності. Він базується на діагностичних критеріях і фокусується на частоті симптомів. Це швидкий інструмент для виявлення тривожності, особливо в первинній методичній допомозі або дослідження з вразливими групами, такими як внутрішньо переміщені особи.

Автори: Роберт Л. Спітцер, Курт Кренке, Джанет Б.В. Вільямс та Бернд Льове.

Мета: швидкий скринінг наявності та тяжкості симптомів генералізованої тривожності(тривога, неконтрольоване хвилювання, фізичні прояви).

Використовується для диференціації від загального стресу, моніторингу змін та планування втручань.

Структура: 7 питань, що безпосередньо відображають ключові симптоми тривожності.

Шкала оцінювання:

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

Список питань:

1. Чи відчуваєте ви нервозність, тривогу або напругу?
2. Чи є у вас відчуття неможливості зупинити або контролювати хвилювання?
3. Чи виникає у вас занадто сильне хвилювання про різні речі?
4. Чи є у вас проблеми з розслабленням?
5. Чи відчуваєте ви таку неспокійність, що важко всидіти на місці?
6. Чи відчуваєте ви легке роздратування або дратівливість?

7. Чи є відчуття страху, ніби має статись щось жахливе?

Сумуються відповіді на всі 7 пунктів, загальний бал від 0 до 21 балу, інтерпретація результатів у такому вигляді:

- 0 – 4 бали: Мінімальні симптоми(нормальний стан, відсутність розладу);
- 5 – 9 балів: Легкі симптоми(можлива субклінічна тривожність, рекомендується моніторинг);
- 10 – 14 балів: Помірні симптоми(значуща тривожність, потребує подальшої діагностики та можливого втручання);
- 15 – 21 бал: Тяжкі симптоми(ймовірний генералізований тривожний розлад, рекомендується терапія).

**Додаток В****Опис шкали RCMAS(Children's Manifest Anxiety Scale, Переглянута  
шкала явної тривожності дітей)**

RCMAS — це стандартизований опитувальник для оцінки рівня тривожності в дітей та підлітків. Він вимірює явну тривожність, тобто симптоми, які дитина усвідомлює та може описати, і допомагає виявити ризики психологічних проблем. Шкала є ревізією оригінальної Children's Manifest Anxiety Scale і використовується для скринінгу в клінічній практиці, школах та дослідженнях, особливо для вразливих груп, таких як діти з сімей внутрішньо переміщених осіб в умовах травми.

Метою була оцінка рівня тривожності з фокусом на фізіологічні, емоційні та соціальні прояви. Допомагає диференціювати нормальну тривожність від клінічної, виявляти ризики, і планувати інтервенції. Підходить для дітей 6-19 років.

Структура: 37 питань, шкала оцінювання бінарна(Так або ні). Дитина обирає «так», якщо твердження стосується її, або «ні».

Список питань:

1. У мене проблеми з прийняттям рішень;
2. Я нервую, коли речі йдуть не так, як треба;
3. Іншим, здається, легше робити різні речі, ніж мені;
4. Мені подобаються всі, кого я знаю;
5. Часто мені важко дихати;
6. Я багато хвилююся;
7. Я боюся багатьох речей;
8. Я завжди добрий;
9. Я легко гніваюсь;
10. Я хвилююсь, що скажуть мені мої батьки;
11. Я відчуваю, що іншим не подобається, як я роблю речі;
12. У мене завжди хороші манери;

13. Мені важко заснути вночі;
14. Я хвилююся, що думають про мене інші;
15. Я відчуваю себе самотнім, навіть коли поруч люди;
16. Я завжди добрий;
17. Часто я відчуваю нудоту;
18. Мої почуття легко ранили;
19. Мої руки пітніють;
20. Я завжди добрий до всіх;
21. Я часто втомлений;
22. Я хвилююся про те, що станеться;
23. У мене погані сни;
24. Я ніколи не гнівався;
25. Мої почуття легко ранили, коли на мене кричать;
26. Я відчуваю, що хтось скаже, що я роблю речі не правильно;
27. Іноді я прокидаюсь переляканим;
28. Я ніколи не брешу;
29. Я багато качаюсь на стільці;
30. Я нервовий;
31. Я завжди обережний з тим, що кажу людям;
32. Багато людей проти мене;
33. Я часто хвилююся, що зі мною станеться щось погане;
34. Я ніколи не кажу того, чого не слід;
35. Я часто відчуваю себе засмученим;
36. Я хвилююся, коли лягаю спати вночі;
37. Мені важко фокусуватись на шкільній роботі.

Бали сумуються, <50 балів – нормальний рівень тривожності(адаптивний стан), 50 – 60 балів – помірна тривожність(потенційний ризик, моніторинг), 60 – висока тривожність.

## Заняття І «Створення безпечного простору та стабілізація»

### Вправа 1 «Сімейний герб у новому домі»

Мета: об'єднання родини, актуалізація сімейних цінностей та ресурсі, які допомогли вижити та адаптуватися, зниження напруги через спільну творчу діяльність.

Матеріали: ватман А1 або А2, кольорові олівці, фарби, фломастери, кольоровий папір, клей, ножиці(для колажу).

Час виконання приблизно 30-40 хвилин.

Хід вправи:

1. Психолог пропонує родині створити свій новий сімейний герб. Герб – це символ роду, який відображає його силу.
2. Інструкція для сім'ї: «На аркуші паперу намалюйте контур щита будь-якої форми. Розділіть його на кілька частин. У кожній частині зообразіть(намалюйте або зробіть аплікацію) відповіді на такі запитання:
  - Що є найголовнішою силою нашої сім'ї?(Що допомогло нам вистояти?);
  - Що ми найбільше цінуємо одне в одному?;
  - Яка наша спільна мрія на майбутнє у цьому новому місці?
  - Наш сімейний девіз зараз. «»
3. Сім'я працює разом, обговорюючи ідеї. Важливо, щоб кожен член родини зробив свій внесок у малюнок.
4. Обговорення: родина презентує свій герб групі(або психологу), розповідає про символи, які вони використали. Психолог акцентує увагу на ресурсах та сильних сторонах, які родина зобразила.



## Вправа 2 «Безпечне місце» (техніка стабілізації)

Мета полягає у зниженні рівня тривоги, створення внутрішнього ресурсу безпеки та спокою за допомогою уяви.

Час: 15-20 хвилин.

Хід вправи:

1. Психолог пропонує учасникам сісти зручно, відчутти опору під ногами та спиною, заплющити очі(за бажанням).
2. Інструкція (говорити повільним, спокійним голосом): «Уявіть собі місце, де ви почуваетесь абсолютно спокійно та безпечно. Це може бути місце, де ви колись були, або місце, яке існує лише у вашій уяві. Роздивіться його уважно. Які там кольори? Які звуки ви чуєте? Які запахи? Що ви відчуваєте тілом(тепло сонця, м'якість трави)?»
3. Дати учасникам час(2-3 хвилини) побути у цьому уявному місці, насититись відчуттям спокою.
4. «Придумайте слово або жест, який буде для вас «ключем» до цього місця. Коли ви відчуватимете тривогу, ви зможете використати цей ключ, щоб подумки повернутися сюди і заспокоїтись».
5. Повільне повернення «тут і зараз». Обговорення: чи вдалося знайти таке місце? Які відчуття воно викликало? (Для дітей можна запропонувати намалювати це місце після візуалізації).



### Вправа 3. Техніки «Дихання по квадрату» та «Заземлення»

Метою є навчити швидким методам саморегуляції при гострому стресі, панічних атаках чи сильній тривозі.

Час, який було відведено це приблизно 15-20 хвилин.

Хід вправи:

1. «Дихання по квадрату»: Психолог малює у повітрі або на дошці квадрат. Інструкція: «Робимо повільний вдих на 4 рахунки (ведемо лінію вгору), затримуємо дихання на 4 рахунки(ведемо лінію вправо), робимо повільний видих на 4 рахунки(ведемо лінію вниз), знову затримуємо дихання на 4 рахунки(ведемо лінію ліворуч)». Повторити цикл 3-5 разів.

2. «Заземлення 5-4-3-2-1»: Інструкція: Коли вас «накриває» тривогою, потрібно повернутись у реальність. Знайдіть навколо себе і назвіть вголос:

- 5 речей, які ви бачите(наприклад, стіл, вікно, двері...);
- 4 речі, які ви можете відчувати на дотик(тканина одягу, олівець);
- 3 звуки, які ви чуєте (цокання годинника, спів пташок, машина за вікном);
- 2 речі, які ви можете понюхати;
- 1 річ, яку ви можете спробувати на смак(або відчувати смак у роті прямо зараз).

## Заняття II (для батьків) «Киснева маска»

### Вправа 1 «Коло моїх ресурсів»

Метою було ідентифікувати та активізувати доступні джерела підтримки, протидіяти відчуттю безпорадності та виснаження.

Матеріали: аркуші А4, ручки, кольорові олівці.

Час: 25-30 хвилин.

Хід вправи:

1. Батькам пропонується намалювати у центрі аркуша коло і написати в ньому «Я».
2. Навколо цього кола потрібно намалювати інші кола або промені, які символізують джерела їхньої сили та відпочинку. Це можуть бути:
  - Люди(родичі, друзі);
  - Діяльність (хобі, прогулянки, читання);
  - Місця(парк поруч, церква, бібліотека);
  - Внутрішні якості(моя віра, почуття гумору, терпіння);
3. Аналіз малюнка: Які ресурси зараз доступні? Які заблоковані? Що можна зробити прямо сьогодні, щоб поповнити свій ресурс хоча б на 5%?
4. Психолог наголошує: турбота про себе в умовах війни – це не егоїзм, а необхідність для виживання родини(принцип «кисневої маски» у літаку).



## Вправа 2. «Контейнерування емоцій дитини» (рольова гра)

Мета: відпрацювання навичок активного слухання та емоційної підтримки дитини без надмірного залучення у її травму.

Час: 30-40 хвилин.

Хід вправи:

1. Міні-лекція (5-7 хвилин): Психолог пояснює поняття «контейнерування» - здатність батьків прийняти сильні, «нестерпні» емоції дитини (істерику, страх, агресію), «перетравити» їх усередині себе і повернути дитині у спокійному, зрозумілому вигляді.
2. Рольова гра: учасники об'єднуються в пари «батько/мати – дитина».
3. Ситуація: «Дитина» відмовляється йти до нової школи, кричить, що нікого там не знає і хоче додому (в окуповане/зруйноване місто).
4. Завдання «батька»: не сварити, не заперечувати почуття («та нічого страшного»), а контейнерувати:
  - Приєднатись до емоції: «Я бачу, тобі дуже страшно і сумно ...»;
  - Назвати емоцію: «Ти злишся, бо сумуєш за старими друзями»;
  - Нормалізувати: «Це нормально – боятись нового місця. Мені теж іноді буває страшно»;
  - Запропонувати підтримку: «Я поруч, ми впораємось разом».
5. Обмін ролями та обговорення: що відчувала «дитина», коли її емоції приймали, а не відкидали?



**Додаток Д****Заняття III(для дітей) «Я і мої емоції, вчимося перемагати страхи»****Вправа 1. «Емоційний термометр»**

Метою вправи є розвиток емоційного інтелекту, навчання розпізнавати інтенсивність своїх переживань.

Матеріали, які знадобляться: шаблон «термометра»(намальований на ватмані або окремі бланки), фломастери.

Час: 20-30 хвилин.

Хід вправи:

1. Дітям показують намальований термометр зі шкалою від 0(спокій) до 10 (дуже сильна емоція, «вибух» ).
- 2 . Психолог пропонує згадати різні ситуації та позначити на термометрі, наскільки сильними були емоції: «Коли ти граєшся з улюбленою іграшкою – де ти на термометрі?», «Коли починається повітряна тривога – де ти зараз?», «Коли ти злишся на брата чи сестру?».
3. Обговорення: «Що відбувається з тілом, коли температура знаходиться на червоній позначці(8-10)»(серце б'ється, кулаки стискаються). «Як ми можемо знизити температуру?» (згадати техніки дихання з 1 заняття).

**Вправа 2. «Малюнок страху» (трансформація)**

Мета: десенсибілізація страхів, повернення відчуття контролю над лякаючими образами.

Матеріали: папір А4, фарби, олівці, фломастери.

Час: 30 хвилин.

Хід вправи:

1. Інструкція: «Намалюй свій страх. Як він виглядає? Якого він кольору? Якої форми? Може він схожий на якусь істоту?».
2. Після того, як страх намальований, психолог пропонує: «А тепер давайте спробуємо його перемогти або подружитись з ним. Що можна йому

домалювати, щоб він став смішним? Може клоунський ніс? Або рожеві бантики? Або посадити його у клітку?».

3. Дитина змінює малюнок так, щоб він перестав бути лякаючим. Важливо, щоб дитина сама вирішила, як саме трансформувати його.

### Вправа 3 «Скринька сили»

Мета була створити зовнішнього ресурсу, до якого дитина зможе звертатися у моменти слабкості чи суму.

Матеріали: невеликі картонні коробки(можна з-під взуття), матеріали для декору(наліпки, кольоровий папір, фольга, фарби), маленькі папірці.

Час: 30-40 хвилин.

Хід вправи:

1. Діти декорують свої коробки, перетворюючи їх на «Скриньки сили».
2. Всередину вони кладуть предмети, які асоціюються у них із силою, безпекою, радістю. Це можуть бути:

Малюнки приємних спогадів;

«Листи собі» від батьків зі словами підтримки(можна попросити батьків написати їх заздалегідь);

Маленькі іграшки, камінчики або «талісмани».

3. Інструкція: « Коли тобі стане сумно або страшно, ти можеш відкрити цю скриньку і взяти звідти трішки сили».

## Додаток Е

**Заняття IV(спільне) «Будуємо мости, наша родина у новій громаді»**

Вправа 1. «Карта нашого нового світу»

Мета: когнітивне опанування нового простору, зниження тривоги перед невідомим середовищем, сприяння адаптації.

Матеріали: ватман, маркери, клей, можливо – роздруковані фотографії або вирізки з місцевих газет або буклетів.

Час: 40 хвилин.

Хід вправи:

1. Сім'я разом малює карту населеного пункту, де вони зараз живуть (схематично).
2. Завдання – нанести на карту не лише свій дім, школу і роботу, а й «ресурсні» місця:
  - Де ми вже були і нам сподобалося (парк, піцерія, річка)? – позначити зеленим кольором.
  - Де ми ще не були, але хотіли б побувати? – позначити жовтим.
  - Які місця викликають тривогу чи неприємні почуття? – позначити червоним (обговорити, чому це так, і як можна зробити їх безпечнішими, наприклад, піти туди разом вперше).
3. Ця вправа допомагає перетворити чужий, лякаючий простір на «свій», знайомий і зрозумілий.

Вправа 2 «Мережа підтримки» (групова робота)

Мета: обмін інформацією, формування горизонтальних зв'язків між сім'ями внутрішньо переміщених осіб, подолання соціальної ізоляції.

Матеріали: фліпчарт або велика дошка, стікери.

Час: 30 хвилин.

Хід вправи:

1. На фліпчарті малюється велика «павутина» або мережа.

2. Учасники групи(кілька сімей) пишуть на стікерах корисні ресурси, які вони вже знайшли у цій громаді і клеять на загальну мережу:

- «Хороший педіатр у амбулаторії №2»;
- «Безкоштовний гурток малювання у Будинку культури»;
- «Де видають гуманітарну допомогу по вівторках»;
- «Гарний дитячий майданчик у парку».

3. Сім'ї обмінюються контактами та домовляються про спільні дії(наприклад повести разом дітей на гурток).