

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ  
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ  
ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**ПОГОДЖЕНО**

Декан гуманітарно-педагогічного  
факультету

кандидат філософ. наук, доцент

\_\_\_\_\_ Савицька І.М.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 р.

**ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ**

Завідувач кафедри соціальної  
роботи та реабілітації

доктор педагогічних наук, професор

\_\_\_\_\_ Сопівник І.В.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 р.

**МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему

**«СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД  
НАСИЛЬСТВА»**

Спеціальність  
Освітня програма

*231 «Соціальна робота»  
«Соціально-психологічна реабілітація»*

**Гарант освітньої програми**

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

\_\_\_\_\_ (підпис)

Ірина СОПІВНИК  
(ПІБ)

**Керівник магістерської кваліфікаційної роботи**

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

\_\_\_\_\_ (підпис)

Інна ОСАДЧЕНКО  
(ПІБ)

**Виконав**

\_\_\_\_\_ (підпис)

Микита КОРНІЄНКО  
(ПІБ студента)

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ  
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**  
Гуманітарно-педагогічний факультет

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри соціальної  
роботи та реабілітації

Ірина СОПВНИК.

(підпис)

(ПІБ)

«19 » Грудня 2025 р.

**ЗАВДАННЯ  
ДО ВИКОНАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ  
КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ**

Спеціальність 231 «Соціальна робота»  
Освітня програма «Соціально-психологічна реабілітація»

Тема магістерської кваліфікаційної роботи  
**«СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД  
НАСИЛЬСТВА»,**

затверджена наказом ректора НУБіП України від «20» 11 2024 р. № 2066 «С»  
Термін подання завершеної роботи на кафедру «14 » 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, які потрібно розробити:

1. Проаналізувати теоретичні засади соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства.
2. Схарактеризувати методи та технології соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства.
3. Розробити та експериментально перевірити ефективність авторської програми соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства.
4. Укласти методичні рекомендації щодо соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства.

Дати видачі завдання «27 » листопада 2024р.

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи \_\_\_\_\_ Інна Осадченко

Завдання прийняв до виконання \_\_\_\_\_ Корнієнко Микита

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна магістерська робота на тему «Соціальна реабілітація осіб постраждалих від насильства» має таку структуру:

Проведене дослідження дозволило комплексно розкрити сутність, закономірності, принципи та механізми соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства, а також перевірити ефективність авторської соціальної програми, спрямованої на їхнє відновлення.

У першому розділі теоретично обґрунтовано багатовимірну природу насильства як соціально-психологічного феномену, що порушує базові права людини, деструктивно впливає на її психічне, емоційне та соціальне функціонування. Визначено основні види насильства – фізичне, психологічне, сексуальне, економічне, соціальне та цифрове – відповідно до класифікації ВООЗ (2022). Показано, що насильство має не лише індивідуальні, а й колективні наслідки: воно підриває довіру, знижує соціальну згуртованість і відтворює коло вторинної віктимізації.

Узагальнено, що теоретичну основу соціальної реабілітації становлять травма-інформований підхід, когнітивно-поведінкова модель, екологічна концепція розвитку У. Бронфенбреннера, ресилієнс-підхід та теорія посттравматичного зростання Тедескі й Калгуна. Вони задають рамку безпечної, етичної й ресурсно-орієнтованої допомоги.

У другому розділі розкрито основні принципи, етапи та практичні механізми реабілітації постраждалих від насильства. Визначено, що ключовими принципами є безпека, недискримінаційність, добровільність, поінформована згода, мультидисциплінарність, участь громади та профілактика вторинної травматизації. Описано поетапну модель реабілітаційного процесу – від виявлення випадку і стабілізації до соціальної реінтеграції та моніторингу.

Висвітлено роль індивідуальної й групової психотерапії, соціальної підтримки та діяльності соціальних служб у процесі відновлення. Узагальнено міжнародний досвід (ВООЗ, ООН-Жінки, ЄС), що підтверджує доцільність

короткотермінових програм із залученням громади. Особливу увагу приділено етичним аспектам роботи з жертвами насильства – конфіденційності, емпатії, межах професійної відповідальності.

У третьому розділі проведено експериментальну перевірку авторської програми соціальної реабілітації на базі ТОВ «БЛЮТІТ». Програма тривалістю один місяць поєднувала когнітивно-поведінкові техніки, арттерапію, майндфулнес-практики, тілесно-орієнтовані вправи та психоосвітні елементи. Участь у ній взяли 7 осіб, які пережили різні форми насильства.

Результати показали позитивну динаміку: рівень тривожності знизився на 25%, депресії – на 30%, самооцінка зросла на 6,5 бали, соціальна підтримка – на 20%. Це підтвердило ефективність програми у зменшенні симптомів травматизації, підвищенні психологічної стійкості та розвитку довіри до соціуму.

На основі отриманих результатів сформульовано методичні рекомендації для впровадження програми у практику соціальної роботи:

- адаптація змісту до цільової групи;
- обов'язкова підготовка фахівців у сфері кризової психології;
- створення безпечного простору для групових занять;
- регулярний моніторинг стану учасників і післяпрограмна підтримка;
- інтеграція з діяльністю місцевих соціальних служб і НУО.

Таким чином, проведене дослідження доводить, що соціальна реабілітація постраждалих від насильства повинна базуватись на принципах безпеки, партнерства, поваги до гідності та розвитку внутрішніх ресурсів. Запропонована авторська соціальна програма є ефективним, короткотерміновим і доступним інструментом допомоги, який може бути впроваджений у практику центрів соціальних служб, кризових притулків і громадських ініціатив.

Її впровадження сприятиме відновленню психосоціального благополуччя постраждалих, формуванню стійкості до стресу, зниженню ризику повторної віктимізації та розбудові системи соціальної реабілітаційної підтримки в українському суспільстві.

У роботі подано 3 додатки, та 3 таблиць. Список використаних джерел складає 72 позицію. Обсяг магістерської кваліфікаційної роботи 60 сторінок.

**Ключові слова:** насильство; постраждалі; соціальна реабілітація; психосоціальна підтримка; травма-інформований підхід; когнітивно-поведінкова терапія; посттравматичне зростання; соціальні служби; вторинна віктимізація; етичні принципи; соціальна інтеграція; реабілітаційна програма; тривожність; депресивність; самооцінка; соціальна підтримка.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД НАСИЛЬСТВА</b> .....	<b>7</b>
1.1. Поняття та класифікація видів насильства.....	7
1.2. Психологічні наслідки насильства для особистості.....	11
1.3. Соціальні аспекти насильства та його вплив на жертву.....	13
1.4. Основи соціальної реабілітації: теоретичні підходи.....	16
<i>Висновок до першого розділу.....</i>	<i>20</i>
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД НАСИЛЬСТВА.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	
2.1. Принципи та етапи соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства.....	22
2.2. Психосоціальна допомога: індивідуальна та групова терапія особам, постраждалих від насильства.....	29
2.3. Соціальна підтримка та роль соціальних служб.....	36
2.4. Міжнародний досвід реабілітації осіб, постраждалих від насильства .....	36
2.5. Етичні аспекти роботи з жертвами насильства.....	39
<i>Висновки до другого розділу.....</i>	<i>42</i>
<b>РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД НАСИЛЬСТВА.....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	
3.1. Організація та методика експериментального дослідження.....	44

3.2. Авторська програма соціальної реабілітації.....	51
3.3. Аналіз емпіричних результатів дослідження та методичні рекомендації щодо впровадження програми соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насилства.....	57
<i>Висновки до третього розділу.....</i>	<i>61</i>
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>63</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>65</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>7</b>

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Проблема насильства у сучасному суспільстві залишається однією з найгостріших і багатогранних. У контексті сучасної України, з огляду на військові дії, економічну нестабільність та соціальні кризи, зростає кількість осіб, які зазнали різних форм насильства: фізичного, психологічного, економічного чи сексуального. Насильство завдає не лише фізичних травм, а й значної шкоди психічному здоров'ю, що впливає на здатність людини до адаптації, інтеграції у суспільство, формування стосунків та реалізації свого потенціалу.

Соціальна реабілітація є важливою складовою роботи з постраждалими від насильства. Вона спрямована на відновлення соціально-психологічного благополуччя, соціальних зв'язків та активізацію внутрішніх ресурсів людини. Однак, незважаючи на розробку різних програм реабілітації, в Україні спостерігається недостатність комплексного підходу до цієї проблеми, особливо в умовах роботи із вразливими групами населення. Вивчення та вдосконалення соціальної допомоги таким особам є необхідним для зменшення наслідків насильства та відновлення їхньої життєздатності.

Важливий внесок, у розвиток комплексної соціальної реабілітації зробили науковці, чії праці, присвячені застосуванню природно-терапевтичних методів – лісотерапії, анімалотерапії, ароматерапії, які, за висновками українських дослідників (Ю. Мосаєв), підсилюють ефект соціальної підтримки та сприяють відновленню емоційної стабільності особи. Зокрема, дослідження І. Шапошникова «Соціальна реабілітація в умовах війни: світовий досвід» акцентує увагу на необхідності інтеграції психологічної, освітньої, професійної та економічної допомоги в єдину систему, що дозволяє досягти тривалого ефекту реінтеграції постраждалих у суспільство.

**Об'єкт дослідження** – соціальна реабілітація осіб, постраждалих від насильства.

**Предмет дослідження** – програма соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити програму соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства.

Обрана мета обумовлює необхідність вирішення таких **завдань дослідження**:

1. Проаналізувати теоретичні засади соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства.
2. Схарактеризувати методи та технології соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства.
3. Розробити та експериментально перевірити ефективність авторської програми соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства.
4. Укласти методичні рекомендації щодо соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства.

**Методи дослідження**: теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, систематизація наукових джерел із соціальної роботи та реабілітології, психології тощо; емпіричні: спостереження, анкетування, тестування, психодіагностика, аналіз випадків; статистичні: кількісний та якісний аналіз результатів дослідження, методи математичної статистики для визначення достовірності отриманих даних.

Теоретичне значення дослідження полягає в теоретичному узагальненні й практичному обґрунтуванні авторської програми соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства, побудованої на інтеграції психологічних, соціальних і когнітивно-поведінкових методів відновлення. Вказане також полягає у: поєднанні ресурсно-орієнтованого, травма-інформованого та резилієнс-підходів у соціальній роботі з постраждалими; розробці структурованої моделі етапів соціальної реабілітації, що враховує індивідуальні потреби клієнтів та український соціокультурний контекст; визначенні соціальних чинників, які впливають на ефективність реінтеграції осіб після пережитого насильства; уточненні змісту поняття «соціальна

реабілітація» як міждисциплінарної системи підтримки, що охоплює психічне, емоційне, соціальне й поведінкове відновлення особистості.

**Практичне значення роботи** полягає у можливості безпосереднього використання результатів дослідження у: діяльності центрів соціальних служб, кризових притулків, реабілітаційних і психологічних центрів; підготовці та підвищенні кваліфікації фахівців соціальної сфери, психологів, волонтерів і педагогів, які працюють з жертвами насильства; впровадженні розробленої автором програми як модульного елемента у навчальні курси із соціального консультування та соціальної роботи; розробці локальних протоколів взаємодії між соціальними, медичними та правоохоронними структурами для ефективного реагування на випадки насильства.

**Апробація результатів дослідження:** виступ на секційному засіданні на тему: «Програма соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства» ІХ Міжнародної науково-практичної онлайн – конференції здобувачів вищої освіти, аспірантів і молодих вчених «Роль молоді у розвитку АПК України» (15-16 квітня 2025 р., Національний університет біоресурсів і природокористування України) [29].

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів та висновків до них, загальних висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи – сторінки.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД НАСИЛЬСТВА

### 1.1. Поняття та класифікація видів насильства

Проблема насильства як соціального та психологічного феномену є однією з найскладніших у сучасному світі. Насильство в будь-якому його вигляді (соціальному, економічному, психологічному, сексуальному тощо) порушує фундаментальні права людини, деструктивно впливає на психофізіологічний стан, а також різні соціальні інститути людини – сім'ю, громаду, державу.

Насильство – це умисне застосування фізичної сили або влади, реальне чи погрозливе, спрямоване проти себе, іншої особи, групи чи спільноти, яке призводить або може призвести до травм, смерті, психологічної шкоди, порушення розвитку або позбавлення, згідно визначення ВООЗ [67].

Схарактеризуємо окремі види та класифікацію насильства.

Класифікація насильства може здійснюватися за різними критеріями: за формою прояву, за суб'єктом і об'єктом, за мотивами чи наслідками. Найпоширенішою є класифікація ВООЗ, згідно з якою виділяють три основні групи:

1. Самонасильство (насильство, спрямоване проти себе) – включає суїцидальну поведінку, самоушкодження, ризиковані для життя дії.
2. Міжособистісне насильство – насильницькі дії між окремими людьми, що поділяються на:
  - сімейне або побутове насильство (між партнерами, членами родини, батьками та дітьми);
  - насильство поза родиною (у трудовому, освітньому, соціальному середовищі).

3. Колективне насильство – насильство, що здійснюється групами людей або державними структурами (військові конфлікти, тероризм, геноцид, політичні репресії, тощо).

У контексті соціально-психологічної роботи особливу увагу приділяють міжособистісному насильству, яке безпосередньо зачіпає базові сфери життя людини – емоційну, соціальну, матеріальну та фізичну.

Залежно від характеру впливу, виділяють такі основні види насильства:

1. Фізичне насильство – це умисне застосування сили, що спричиняє тілесні ушкодження або біль. Воно може проявлятися у вигляді побиття, штовхання, катування, обмеження рухів, позбавлення їжі чи сну.

2. Психологічне насильство – дії, спрямовані на приниження, залякування, маніпуляцію, ізоляцію, контроль або навіювання почуття провини. Воно може не залишати фізичних слідів, але завдає глибоких емоційних травм.

3. Сексуальне насильство – будь-які дії сексуального характеру, здійснені без згоди особи. До нього належать зґвалтування, примус до статевого акту, сексуальні домагання, експлуатація. У період війни сексуальне насильство часто набуває форми воєнного злочину, спрямованого на приниження гідності людини.

4. Економічне насильство – це позбавлення людини фінансових ресурсів, заборона працювати або контролювання доходів і витрат. Воно порушує автономію особистості та часто супроводжує інші форми насильства.

5. Соціальне насильство – обмеження прав людини через соціальну ізоляцію, дискримінацію, примусову залежність або позбавлення доступу до інформації, освіти, спілкування.

6. Цифрове (кібернасильство) – сучасна форма психологічного впливу, яка реалізується через соціальні мережі, месенджери та інтернет. Вона включає кібербулінг, переслідування, поширення особистої інформації без згоди особи [26; 27].

Опишемо особливості прояву насильства в українському контексті.

У сучасній Україні зростання рівня насильства має безпосередній зв'язок із соціальними потрясіннями, воєнними подіями, вимушеним переселенням та економічними труднощами. Від початку 2024 року в Україні відкрили 8185 кримінальних проваджень, пов'язаних із домашнім насиллям. Це на 80% більше, ніж у 2023-му році. Про це повідомила начальниця відділу протидії домашньому насильству Офісу Генерального прокурора І. Шурхно [12]. Станом на жовтень 2024 року постраждалими від домашнього насилля вважають понад 5 тисяч осіб, більшість з них - жінки та діти. Особливу тривогу викликають випадки насильства щодо дітей, людей похилого віку та військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій.

Загострення соціально-економічної нестабільності, втрата житла, вимушена міграція та розлука з членами сім'ї створюють передумови для зростання рівня агресії та психологічної напруги у суспільстві. За даними Національної соціальної сервісної служби України, після початку повномасштабної війни кількість звернень на гарячу лінію 15-47 щодо насильства збільшилась утричі [10]. Фахівці визначають появу нових форм насильства – психологічного тиску через волонтерську діяльність, “економічного контролю” у внутрішньо переміщених сім'ях, а також цифрового насильства (кіберпереслідування, публічне приниження в соціальних мережах).

Окрему увагу привертає проблема насильства серед військовослужбовців та ветеранів, які повертаються з фронту з ознаками посттравматичного стресового розладу. За даними Центру психічного здоров'я МОЗ України (2024), понад 35% демобілізованих чоловіків демонструють агресивні реакції, дратівливість і схильність до імпульсивних дій, що може проявлятися у конфліктах з членами родини [6]. Така поведінка потребує не покарання, а цільової соціально-психологічної реабілітації, спрямованої на зниження рівня агресії, відновлення самоконтролю та формування нових моделей спілкування.

Серед молоді та підлітків спостерігається поширення булінгу та кібербулінгу, які набувають ознак систематичного психологічного насильства. У звіті ЮНІСЕФ (UNICEF Ukraine, 2024) зазначено, що майже 47% українських підлітків хоча б раз зазнавали цькування або приниження в інтернеті [27]. Такі форми насильства є менш видимими для дорослих, але не менш травматичними, адже призводять до соціальної ізоляції, депресії та саморуйнівних тенденцій.

За даними незалежних аналітичних оглядів, опублікованих у серпні 2024 року, кількість звернень щодо насильства під час війни невідомо зростає, а держава поки що не має достатньо ресурсів для комплексної відповіді на цю проблему [27]. Це підкреслює важливість розвитку системи кризових центрів, гарячих ліній, освітніх програм та інтеграції психологічної допомоги у всі рівні соціальної підтримки.

Психологи зазначають, що насильство має тенденцію до відтворення у міжособистісних стосунках, коли особи, що колись були жертвами, згодом самі можуть ставати агресорами. Це вказує на необхідність не лише каральних, але й реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення емоційної рівноваги, довіри та соціальних навичок.

Узагальнюючи викладене, можна стверджувати, що насильство – це умисне застосування фізичної сили, психологічного впливу або владного примусу, спрямоване на заподіяння шкоди, обмеження свободи чи контролю над іншою особою. Воно порушує базові права людини, підриває її гідність і деструктивно впливає як на психіку, так і на соціальні зв'язки. Класифікація насильства, запропонована Всесвітньою організацією охорони здоров'я та адаптована сучасними дослідниками, дає змогу виділити три основні рівні прояву – самонасильство, міжособистісне та колективне – і кілька типів за характером впливу: фізичне, психологічне, сексуальне, економічне, соціальне та цифрове. Кожен із цих видів має власні механізми прояву, наслідки та потребує різних форм втручання. Таке системне розуміння дозволяє розглядати насильство не лише як окремий інцидент, а як соціальний феномен,

що вкорінений у культурних, економічних і міжособистісних відносинах. Визначення його форм і видів є ключовим для побудови ефективної системи соціальної реабілітації, адже саме від точного розпізнавання типу насильства залежить вибір методів допомоги, рівень втручання та стратегія відновлення особистості.

## **1.2. Психологічні наслідки насильства для особистості**

Для кожної людини, яка пережила насильство (психологічне, сексуальне, фізичне, тощо) – це стає переломною подією в її житті, часто залишивши шрами не тільки на тілі, но і в глибині психіці. Деякі наслідки можуть проявитися відразу, а деякі – чекати багато років залежно від характеру насильства, особистих ресурсів людини, підтримки ззовні. Людина ніби постійно “насторожі” – очікує повторення болю.

Першими наслідками найчастіше є емоційні розлади такі як: тривога, страх, сором, відчай, провина. Часто ці емоції змішуються в один стан коли жертва насильства вже не може чітко пояснити, що саме відчуває. Людина може або закриватися, ставати апатичною, або, навпаки, реагувати надмірною збудливістю, дратівливістю, спалахами гніву. З часом формується емоційне вигорання, що проявиться байдужістю до себе та світу [47].

Особливо небезпечним є відчуття власної провини, яке часто нав'язується суспільством або самим агресором. Постраждалі починають вважати, що “самі спровокували ситуацію” чи “zasлужили” таке ставлення до них. Це явище називають вторинною віктимізацією – коли замість підтримки людина стикається з осудом, недовірою або байдужістю. Саме це часто ускладнює процес одужання набагато більше, ніж саме насильство. Також великою проблемою цього є зазвичай великий рівень стигматизації суспільства [47; 67].

Дуже поширеним наслідком є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Людина постійно повертається до події у спогадах, снах, відчуттях. З'являються “флешбеки” – короткі, але дуже реальні епізоди, коли здається,

що все повторюється знову. У такі моменти тіло реагує як під час небезпеки: частішає серцебиття, з'являється піт, тремтіння, відчуття паніки. Дехто навпаки – «завмирає» й втрачає здатність відчувати емоції, немовби стає стороннім спостерігачем власного життя [34; 43; 44].

Якщо насильство повторювалося або тривало довго, формується комплексна травма. Це не лише окремі симптоми, а ціла зміна особистості: втрата цілісного “Я”, занижена самооцінка, хронічна тривога, страх близькості. Людина перестає довіряти навіть тим, хто хоче допомогти. Такі зміни не зникають самі собою – вони потребують тривалої психологічної підтримки й безпечного середовища.

Насильство часто залишає сліди у тілі. Навіть коли медичні обстеження не показують фізичних пошкоджень, люди скаржаться на біль у серці, шлунку, м'язах, голові, безсоння або хронічну втому. Це психосоматичні прояви – тіло говорить замість душі. Людина може не плакати, не висловлювати емоції, але тіло “пам'ятає” [51].

Поведінка після пережитого насильства теж змінюється. Дехто починає уникати спілкування, закривається в собі, уникає знайомств і стосунків. Інші – навпаки – шукають гострих відчуттів або ризику, намагаючись таким чином довести собі контроль над життям. Часто люди починають вживати алкоголь чи інші речовини, щоб “заглушити” біль.

В українських реаліях ці проблеми стали ще гострішими після 2022 року. Війна, втрати, вимушене переселення, тривале відчуття небезпеки - усе це створює середовище, де психіка перебуває у постійному стресі. За даними сучасних досліджень майже кожен третій українець має симптоми тривожних або депресивних розладів, а серед жертв насильства ці показники вищі в кілька разів. Особливо вразливими є жінки, діти та військовослужбовці після повернення із фронту – у них частіше спостерігаються прояви агресії, замкненості, панічних атак і безсоння [6; 24].

Ще одна небезпечна риса – передача травми “по колу”. Діти, які виростили в сім'ях, де було насильство, у дорослому віці часто або повторюють модель

агресора, або несвідомо шукають подібних стосунків. Таким чином насильство “успадковується”, і це вже не просто індивідуальна проблема, а соціальна.

Психологічні наслідки насильства є багатовимірними й охоплюють емоційну, когнітивну, поведінкову та соціальну сфери життя людини. Пережите насильство призводить до глибоких внутрішніх змін, серед яких домінують тривожність, депресивні стани, почуття провини, сорому, емоційне вигорання та втрата довіри до інших. У багатьох випадках формується посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який супроводжується повторними спогадами про подію, порушенням сну, емоційною нестабільністю та соматичними симптомами.

Тривале або систематичне насильство часто породжує комплексну травму, що змінює структуру особистості, занижує самооцінку та руйнує здатність до близьких стосунків. Такі зміни не зникають самостійно й потребують тривалого процесу відновлення, який включає психологічну підтримку, безпечне середовище та соціальне прийняття.

Таким чином, насильство – це не лише індивідуальна психічна травма, а соціальна проблема, наслідки якої виходять за межі особистого досвіду. Втрата довіри, соціальна ізоляція та дезадаптація постраждалих осіб негативно позначаються на суспільстві загалом. Тому створення ефективної системи соціальної реабілітації є необхідною умовою не лише для відновлення психічного здоров'я людини, але й для стабільності та згуртованості суспільства.

### **1.3. Соціальні аспекти насильства та його вплив на жертву**

Насильство у всіх його проявах є масштабною соціальною проблемою сучасності. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, майже кожна третя жінка у світі зазнавала фізичного чи сексуального насильства протягом життя. Будь-які прояви насильства грубо порушують основоположні права людини та принципи вільного, справедливого існування. Отже,

насильство – це не суто приватна справа, а суспільне явище, що стосується прав та безпеки широких верств населення.

Соціальні чинники та норми відіграють ключову роль у породженні і толеруванні насильства. Експерти зазначають, що гендерна нерівність у суспільстві та поблажливе ставлення до насильницьких моделей поведінки є одними з кореневих причин цього явища. Іншими словами, стереотипи щодо ролей чоловіка і жінки та дискримінаційні уявлення здатні виправдовувати агресію у сім'ї. Саме тому нагальною є потреба позбутися таких стереотипів і виробити нульову толерантність до насильства в приватному і публічному житті. Лише зміна суспільних установок – утвердження рівноправ'я та недопущення насильства – може послабити його поширеність у довгостроковій перспективі [20; 21].

Насильство спричиняє важкі наслідки для постраждалих, охоплюючи фізичне здоров'я, психіку та соціальне благополуччя жертви. У фізичному вимірі воно нерідко призводить до травм і навіть загибелі: за даними ВООЗ, близько 42% жінок, які пережили насильство з боку партнера, отримують тілесні ушкодження, а в крайніх випадках наслідками можуть стати вбивство або суїцид. Окрему проблему становлять і репродуктивні ризики: сексуальне насильство може мати результатом небажану вагітність, гінекологічні ускладнення чи інфекції. Таким чином, фізичне та сексуальне насильство завдає серйозної шкоди здоров'ю жертви у короткостроковій і довгостроковій перспективі [67].

Психологічний вплив насильства на жертву проявляється у глибоких травмах та розладах. Постраждалі особи часто страждають на депресію, тривожні розлади, безсоння, розвиток посттравматичного стресового розладу. За результатами досліджень, жінки, які зазнали насильства в сім'ї, майже вдвічі частіше стикаються з депресивними станами або проблемним вживанням алкоголю. Українські науковці також відзначають значно вищі показники психічних розладів (депресії, генералізованої тривожності, ПТСР, залежностей) у жінок, що пережили домашнє насильство, порівняно з тими,

хто його не зазнавав. Психологічні наслідки можуть зберігатися тривалий час навіть після припинення відкритої агресії, негативно впливаючи на якість життя жертви [14].

Важливо врахувати і соціально-економічні наслідки насильства для постраждалих. Жертви нерідко опиняються в ізоляції – через сором або контроль з боку кривдника вони втрачають соціальні контакти та підтримку. Фізичні і психологічні травми можуть призвести до втрати працездатності, що тягне за собою фінансові труднощі. ВООЗ підкреслює, що насильство має величезну соціально-економічну ціну: постраждалі жінки можуть втратити можливість працювати, заробіток, участь у звичних життєвих активностях; часто їм важче піклуватися про себе та дітей. Домашнє насильство безпосередньо пов'язане із матеріальною скрутою в родині, таким чином підтримуючи порочне коло бідності і залежності жертви від агресора [67].

Окремого розгляду потребують соціальні наслідки у вигляді стигматизації жертв. У багатьох культурах потерпілих від насильства можуть несправедливо звинувачувати у тому, що сталося, чи ставитися до них з упередженням. Таке суспільне тавро призводить до вторинної віктимізації: коли після пережитого насильства людина знову зазнає осуду або відторгнення з боку оточення. Зокрема, у контексті сексуального насильства дослідники називають соціальне відкинення жертви своєрідною «соціальною смертю», настільки глибоко стигма ламає її життя. Вторинна травматизація підриває психічне здоров'я і соціальні зв'язки постраждалих, ускладнюючи їх реабілітацію та повернення до нормального життя. Таким чином, насильство виявляється багатовимірним явищем – воно вражає не лише тіло, але й душу та соціальне становище жертви. Усвідомлення цих аспектів є необхідним для формування комплексної системи підтримки постраждалих та ефективного запобігання насильству в суспільстві.

Соціальні аспекти насильства відображають його системний характер і тісний зв'язок із культурними, економічними та гендерними особливостями суспільства. Насильство не виникає у вакуумі – воно формується під впливом

соціальних норм, нерівності, дискримінації, стереотипів та економічної вразливості. Таким чином, насильство є не лише індивідуальним актом агресії, а суспільним явищем, що відтворюється у сім'ї, громаді, трудових колективах і навіть у державних інституціях.

Його наслідки виходять далеко за межі особистого рівня: воно руйнує соціальні зв'язки, знижує рівень довіри у суспільстві, породжує почуття страху, беззахисності та соціальної ізоляції постраждалих. Жертви часто стикаються з вторинною віктимізацією – осудом, упередженням або байдужістю, що ще більше поглиблює їхню травму й ускладнює процес реабілітації.

Таким чином, насильство слід розглядати як комплексний соціальний феномен, який одночасно руйнує особистість і підриває соціальну стабільність. Ефективна протидія цьому явищу потребує системних змін – підвищення соціальної відповідальності, формування культури рівноправ'я та нульової толерантності до будь-яких форм агресії. Лише за таких умов можливо створити середовище, у якому людина почуватиметься захищеною, а соціально-психологічна реабілітація матиме довготривалий ефект.

#### **1.4. Основи соціальної реабілітації: теоретичні підходи**

Соціально-психологічна реабілітація – це процес відновлення психічного, емоційного та соціального стану людини після травматичних подій чи тривалого впливу насильства. Її головна мета – повернення особи до повноцінного функціонування в суспільстві, відновлення почуття безпеки, гідності та контролю над власним життям [8].

Реабілітація не обмежується лише психологічною допомогою. Вона передбачає комплексну підтримку – емоційну, соціальну, професійну, духовну. Як зазначає Всесвітня організація охорони здоров'я, ефективна система психосоціальної підтримки має базуватися на міждисциплінарній співпраці психологів, соціальних працівників, медиків, педагогів і громадських інституцій [67].

Один із ключових сучасних напрямів – травма-орієнтований підхід, або Trauma-Informed Care (TIC). Він виник у США у сфері соціальної роботи та охорони психічного здоров'я й нині активно впроваджується в Європі та Україні [46]. Основна ідея цього підходу – визнання впливу травми на всі сфери життя людини. Працівник, який допомагає постраждалому, має розуміти, що будь-яка форма насильства залишає слід у поведінці, емоціях, сприйнятті світу. Тому робота будується не за принципом “що з тобою не так?”, а “що з тобою сталося?” [46; 56].

Цей підхід базується на чотирьох принципах, визначених Канадським центром з дослідження травми (2022):

1. Безпека – створення фізично й психологічно безпечного простору;
2. Довіра та прозорість – чіткість і чесність у діях спеціаліста;
3. Підтримка та взаємність – залучення клієнта як активного учасника процесу;
4. Посилення ресурсів і самовизначення – допомога людині відчувати контроль і власну силу [38].

Підхід, заснований на сильних сторонах (Strength-Based Approach). На противагу традиційним моделям, що зосереджуються на дефіцитах, цей підхід акцентує увагу на ресурсах, здібностях і потенціалі людини [61]. Реабілітація тут розглядається не як “лікування”, а як партнерство, де спеціаліст допомагає людині віднайти внутрішні сили для подолання травматичного досвіду. Дослідження 2021 року (MDPI) підтверджують, що робота, спрямована на розвиток сильних сторін, підвищує самооцінку, адаптивність і здатність до соціальної інтеграції [67].

В українському контексті цей підхід особливо важливий для роботи з ветеранами, переселенцями, жертвами насильства. Він допомагає переосмислити власну історію не лише через біль, а й через здобутий досвід і витривалість.

Екологічний підхід (Ecological Systems Theory). Цей підхід, заснований на теорії У. Бронфенбреннера, розглядає особистість у системі

взаємопов'язаних соціальних середовищ: сім'ї, громади, держави [37]. Жертва насильства не існує ізольовано – на її відновлення впливають родинні стосунки, умови проживання, соціальна політика, культурні норми. Тому реабілітація має включати не лише індивідуальну терапію, а й зміни у середовищі: доступ до житла, освіти, правової допомоги, соціальних гарантій.

В Україні цей підхід знайшов відображення у програмах соціально-психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб, які поєднують індивідуальну роботу з психологом і громадське залучення через волонтерські, культурні та освітні ініціативи [3,8].

Резилієнс-підхід (Resilience-Based Approach). Поняття ресилієнс (психологічна стійкість) означає здатність людини адаптуватися й зберігати функціональність попри травму. Резилієнс-підхід базується на розвитку емоційної саморегуляції, підтримувальних стосунків і сенсу життя [11]. Дослідження 2023 року показують, що люди з високим рівнем психологічної стійкості мають нижчий ризик розвитку ПТСР, депресії та соціальної ізоляції після насильства [46; 63].

Для ефективної реабілітації важливо формувати не лише навички подолання, а й нові життєві орієнтири – бачення майбутнього, залученість у спільноту, почуття власної значущості. Саме тому багато українських програм для ветеранів і постраждалих цивільних комбінують психотерапію з арттерапією, груповими зустрічами та волонтерською діяльністю.

У сучасних наукових підходах дедалі більше уваги приділяється інтеграції різних моделей. ВООЗ та UNICEF рекомендують мультидисциплінарні програми, що поєднують елементи травма-орієнтованої допомоги, ресурсного підходу та соціального відновлення [65; 68]. Такий формат дозволяє не лише подолати наслідки травми, а й запобігти її повторенню – через підвищення соціальної стійкості спільнот, розвиток навичок самодопомоги та підтримку родинних зв'язків.

Теоретичні підходи до соціально-психологічної реабілітації показують, що відновлення особистості після насильства – це не лише психологічний, а й глибоко соціальний процес.

Ефективна реабілітація поєднує емпатію, безпеку, залучення громади та розвиток внутрішніх ресурсів людини. Саме завдяки поєднанню травма-орієнтованих, ресурсних, екологічних і ресилієнс-підходів можна створити систему, що реально повертає людині відчуття гідності, сили й належності до суспільства.

Теоретичною основою соціально-психологічної реабілітації осіб, постраждалих від насильства, є інтеграція кількох взаємодоповнюючих підходів, що забезпечують цілісне відновлення особистості – психологічне, соціальне, емоційне й поведінкове.

Ключовими з них є:

- травма-інформований підхід, який визнає вплив травми на всі сфери життя людини й базується на принципах безпеки, довіри, участі та підтримки;
- ресурсно-орієнтований і ресилієнс-підхід, що зосереджується на внутрішніх силах особистості, розвитку психологічної стійкості та здатності до посттравматичного зростання;
- екологічний підхід, який розглядає людину у взаємодії з її соціальним середовищем – сім'єю, громадою, державними інституціями;
- когнітивно-поведінковий підхід, що дає інструменти для роботи з травматичними спогадами, емоційною регуляцією та зміною деструктивних моделей мислення і поведінки.

Поєднання цих підходів формує мультидисциплінарну основу реабілітаційної практики, де психологічна допомога тісно пов'язана із соціальною підтримкою, правовим захистом та розвитком життєвих навичок.

Отже, соціальна реабілітація ґрунтується на принципах комплексності, гуманізму, наукової обґрунтованості та особистісно орієнтованого підходу, що забезпечує відновлення цілісності, автономії та соціального

функціонування особи. Теоретичну основу цього процесу становить інтеграція низки доказових концепцій, зокрема травма-інформованого підходу, який передбачає створення безпечних умов і мінімізацію ризику повторної травматизації; підходу, орієнтованого на сильні сторони, що акцентує увагу на внутрішніх ресурсах особистості; резилієнс-підходу, спрямованого на формування психологічної стійкості та здатності до посттравматичного зростання; екологічної моделі, яка розглядає відновлення в контексті взаємодії індивіда з його соціальним середовищем; а також когнітивно-поведінкового підходу, що забезпечує зміну дезадаптивних переконань і формування конструктивних стратегій подолання. Комплексне застосування цих підходів створює цілісну методологічну платформу, що дозволяє ефективно організовувати процес реабілітації осіб, постраждалих від насильства, та забезпечує відтворення їхнього психологічного благополуччя й соціальної включеності.

### **Висновок до розділу 1**

Узагальнюючи теоретичні підходи, можна стверджувати, що насильство є умисним застосуванням фізичної сили, психологічного тиску або владного впливу, який спрямований на завдання шкоди, обмеження свободи чи встановлення контролю над людиною. Воно порушує фундаментальні права особистості, принижує її гідність і негативно впливає як на психічне здоров'я, так і на соціальні зв'язки. Сучасні наукові підходи, зокрема класифікація ВООЗ, дозволяють розглядати насильство як багаторівневий феномен, що проявляється на індивідуальному, міжособистісному та колективному рівнях і включає різні типи впливу – фізичний, психологічний, сексуальний, економічний, соціальний та цифровий. Кожен із них має специфічні механізми прояву та наслідки, що визначає необхідність диференційованих форм реагування й допомоги. Такий системний підхід дає змогу трактувати насильство не як одноразову подію, а як соціально зумовлений феномен, що вкорінений у культурних нормах, міжособистісних взаєминах та економічних умовах.

Важливо підкреслити, що насильство не обмежується індивідуальною травмою; воно створює ширші соціальні наслідки, зумовлюючи втрату довіри, ізоляцію та зниження рівня соціальної участі постраждалих осіб. Тому побудова ефективної системи соціальної реабілітації є важливою умовою не лише для відновлення психічного здоров'я, а й для зміцнення суспільної стабільності та соціальної згуртованості. У цьому контексті подолання насильства потребує комплексного підходу, що включає розвиток культури рівноправ'я, посилення соціальної відповідальності та формування нульової толерантності до будь-яких проявів агресії.

Система соціальної реабілітації постраждалих ґрунтується на принципах комплексності, гуманізму та наукової обґрунтованості, що забезпечує відновлення цілісності особистості, її автономії та здатності до повноцінного соціального функціонування. Теоретичну основу цього процесу становить інтеграція доказових підходів: травма-інформованого, який орієнтований на створення безпечного середовища та запобігання повторній травматизації; підходу, орієнтованого на сильні сторони, що акцентує увагу на внутрішніх ресурсах особистості; резилієнс-підходу, який сприяє формуванню психологічної стійкості та посттравматичного зростання; екологічної моделі, що розглядає людину у взаємодії з її соціальним оточенням; а також когнітивно-поведінкового підходу, спрямованого на корекцію дезадаптивних переконань і розвиток конструктивних стратегій подолання. Узгоджене застосування цих концепцій формує цілісну методологічну основу, що забезпечує ефективну організацію реабілітаційної допомоги та сприяє відновленню психологічного благополуччя й соціальної включеності осіб, які зазнали насильства.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД НАСИЛЬСТВА

#### 2.1. Принципи та етапи соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства

Соціальна реабілітація жертв насильства – це не «разова консультація», а керований, поетапний процес, у якому поєднуються психологічні втручання, соціальна підтримка, правовий супровід і робота з життєвим середовищем людини. Головне не заглушити першочергові симптоми, а реінтегрувати людину у суспільство, з здоровим баченням сьогодення.

Ключові принципи соціально-психологічної реабілітації при насильстві є: принцип безпеки і “не нашкодь”; травма-інформативний підхід, орієнтація на сильні сторони та резилієнс, культурна чутливість і недискримінація, добровільність і поінформована згода, мультидисциплінарність і міжсекторальна взаємодія, конфіденційності і захисту персональних даних, участь сім’ї та громади, а також моніторинг і оцінка результативності [64].

1. Принцип безпеки і “не нашкодь” є першочерговим завданням спеціаліста у створенні фізичного й емоційного безпечного простору для жертви. Будь-яке втручання починається з оцінки рівня небезпеки – для самої жертви, дітей, оточення. Спеціаліст повинен уникати повторної травматизації, контролювати тон спілкування, дотримуватися нейтральності й підтримки. Формується індивідуальний план безпеки, який включає телефони довіри, контакти кризових центрів, порядок дій у разі виникнення загрози.

2. Травма-інформативний принцип полягає у тому, що фокус постраждалого змінюється з того “що зі мною не так?” на “що зі мною сталося?”. Він передбачає усвідомлення того, що поведінка постраждалих може бути наслідком пережитої травми, а не «слабкості» чи «нездатності впоратися». Допомога надається через прозорі, передбачувані кроки, із

залученням клієнта до прийняття рішень. Це зміцнює відчуття контролю, що є важливим етапом відновлення після насильства.

3. Орієнтація на сильні сторони та резилієнс клієнта. Замість концентрації на проблемах, підхід зосереджується на потенціалі людини. Спеціаліст допомагає клієнту побачити власні ресурси – навички, зв'язки, цінності, досвід подолання труднощів. Це формує віру у власні можливості, що підсилює відчуття внутрішньої сили й сприяє посттравматичному зростанню. Гарним прикладом цього існують в подальшому кураторство таких самих клієнтів, що пройшли це.

4. Реабілітація має враховувати як стать, вік, національність, соціальний статус, гендерну ідентичність, стан здоров'я, статус ВПО тощо. Усі дії фахівця мають бути позбавлені упереджень. Для осіб із вадами слуху, зору чи мовлення необхідно забезпечувати перекладачів і спеціальні форми комунікації.

5. Жодне втручання не може бути без згоди клієнта. Людина має право знати, що саме відбуватиметься, які методи будуть застосовані, та приймати участь у плануванні допомоги. Це формує довіру і підсилює почуття контролю, особливо після відчуття втрати.

6. Мультидисциплінарність і міжсекторальна взаємодія. Ефективна допомога можлива лише у співпраці психологів, соціальних працівників, лікарів, юристів, педагогів, поліцейських, духовенства, волонтерів. Для цього розробляються маршрути перенаправлення, які дозволяють швидко і безпечно залучити необхідні служби [8; 9; 23].

7. Конфіденційність і захист персональних даних. Будь-яка інформація, отримана від клієнта, є конфіденційною. Її не можна розголошувати без дозволу, крім випадків, коли існує реальна загроза життю. Для дітей чи осіб із ризиком суїциду діють окремі протоколи повідомлення.

8. Участь сім'ї та громади. Якщо ситуація безпечна, до процесу реабілітації варто залучати близьке оточення – родину, друзів, колег, громаду.

Їхня підтримка допомагає людині повернутися до звичного ритму життя, відчутти приналежність і прийняття.

9. Моніторинг і оцінювання результативності. Реабілітація не завершується після кількох зустрічей. Необхідно оцінювати зміни у стані клієнта, рівень безпеки, самооцінку, якість життя, соціальну активність. Це дає змогу коригувати програму, підсилюючи ефективність підтримки. [68,70]

Будь яка реабілітація має починатися з плану і рухатись поетапно. Кожен етап яких має власну мету, завдання та інструменти, а їх послідовність забезпечує логічність і систематичність в процесі відновлення особистості. Така структура не лише має надавати підтримку, а й забезпечувати довготривалі результати, фіналом яких є повна реінтеграція в суспільство, та продовження безпечного, автономного і гідного життя.

Першим етапом завжди є виявлення випадку та первинний скринінг. Цей етап є фундаментом усієї програми реабілітації, адже вчасно виявлена проблема рятує життя. Його завдання - помітити сигнали насильства над особою та створити безпечні умови для розмови з нею. Фахівці - соціальні працівники, педагоги, медики, представники поліції, психологи - повинні бути навчені розпізнавати непрямі ознаки: зміни у поведінці, емоційній реакції, зовнішньому вигляді людини, скарги на безсоння, тривогу, втрату апетиту чи контактності. [2,3,69]

Первинний скринінг проводиться за допомогою коротких, етичних опитувальників (наприклад, WHO Violence Assessment Tool або опитувальник HITS). Розмова ведеться в атмосфері довіри, без тиску, без сторонніх осіб. Головне правило – не ставити під загрозу безпеку людини. [68,69,70]

Отримані дані фіксуються конфіденційно, без розголошення третім особам. Якщо факт насильства підтверджується – клієнта перенаправляють до відповідного спеціаліста або кризового центру.

На другому етапі, після виявлення факту насильства необхідно усунути будь-яку поточну загрозу життю чи здоров'ю постраждалого. На цьому етапі

формується індивідуальний план безпеки – покрокова інструкція дій у разі небезпеки. До таких дій належать:

- евакуація до притулку або безпечного місця;
- виклик поліції чи швидкої допомоги;
- встановлення «тихих» каналів зв'язку для екстрених повідомлень (наприклад, через месенджери з кодовими словами);
- забезпечення юридичного захисту (оформлення термінового обмежувального припису) [4; 5].

Паралельно надається перша психологічна допомога (PFA) – коротка, підтримувальна комунікація, що допомагає людині стабілізувати емоції, зменшити паніку, повернути контроль над ситуацією. Основна мета цього етапу – знизити ризик повторного насильства та запобігти подальшій травматизації

Третій етап, починається з комплексної оцінки потреб (біопсихосоціальна модель). Після стабілізації проводиться глибока оцінка стану постраждалого. Вона базується на біопсихосоціальному підході, який розглядає людину цілісно – через три взаємопов'язані площини:

- Біологічна: фізичне здоров'я, наявність травм, хронічних хвороб, потреба у медичній допомозі.
- Психологічна: емоційний стан, рівень тривоги, симптоми ПТСР, почуття провини, самооцінка, когнітивні спотворення.
- Соціальна: стосунки з родиною, наявність соціальної підтримки, житло, фінанси, зайнятість, правові питання.

На основі оцінки формуються короткострокові, середньострокові та довгострокові цілі. Наприклад:

- короткострокові – зниження тривожності, забезпечення житлом;
- середньострокові – відновлення соціальних зв'язків, працевлаштування;

- довгострокові – повернення до самостійного життя без залежності від агресора [2; 3; 69].

На четвертому етапі починається розробка індивідуального плану реабілітації. На цьому етапі клієнт разом із фахівцем створює індивідуальний план реабілітації – документ, що визначає структуру подальшої роботи.

У ньому зазначаються:

- конкретні цілі (наприклад, відновлення сну, отримання роботи, проходження терапії);
- форми допомоги (індивідуальна, групова, сімейна);
- методи (когнітивна терапія, арттерапія, тренінги комунікації тощо);
- терміни та частота зустрічей;
- критерії оцінки прогресу.

Кожен клієнт має координатора випадку (кейс менеджера) – фахівця, який відповідає за взаємодію між усіма учасниками процесу (психологом, юристом, соціальним працівником, лікарем). Така модель гарантує системність і зменшує ризик дублювання дій [2; 3; 69].

Самий найзмістовнішим і довготривалим етапом є п'ятий – реалізація програми реабілітації. Він охоплює комплекс заходів, спрямованих на психологічне, соціальне, економічне й правове відновлення постраждалого. Психологічні втручання. Застосовуються науково обґрунтовані методики – когнітивно-поведінкова терапія (СВТ), десенсибілізація та переробка травми рухом очей (EMDR), гештальт-підхід, арттерапія, психоедукація. Метою є допомогти людині переосмислити травматичний досвід, повернути відчуття безпеки, навчитися розпізнавати тригери й контролювати реакції.

#### 1. Соціальна підтримка.

Надається допомога з відновленням документів, пошуком житла, працевлаштуванням, отриманням фінансової допомоги або субсидій. Це допомагає людині не лише вижити, а й повернути автономність.

## 2. Юридичний супровід.

Постраждалим забезпечують консультації, допомогу у відкритті кримінального провадження, підготовці заяв, отриманні захисних приписів чи аліментів.

## 3. Освітньо-профілактичні програми.

Проводяться тренінги з ненасильницької комунікації, саморегуляції, вирішення конфліктів, розвитку навичок самозахисту.

## 4. Підтримка батьківства.

Для батьків, які постраждали від насильства, важливо відновити довіру у стосунках із дітьми. Їм допомагають сформувати нові, безпечні способи виховання без приниження чи контролю [31; 65].

Реабілітаційна робота проводиться в темпі, комфортному для клієнта, з повагою до його меж та готовності говорити про травму.

Одним з фінальних етапів є соціальна реінтеграція. Коли психоемоційний стан стабілізується, починається етап повернення до звичного життя.

Головне завдання якого, є допомогти людині знову відчувати себе частиною суспільства:

- повернутися до роботи чи навчання;
- відновити соціальні зв'язки;
- брати участь у культурних чи волонтерських заходах;
- розвивати власні інтереси.

Соціальна реінтеграція знижує ризик повторної віктимізації, адже людина більше не почувається ізольованою, має підтримку і нові сенси життя. Часто цей етап поєднують із програмами наставництва чи груп взаємодопомоги.

Останній етап – це підтримувальна робота після завершення активної реабілітації.

Фахівці відстежують стан клієнта: чи зберігається емоційна стабільність, чи не з'являються нові ризики насильства, чи вдалося досягти самостійності.

Проводяться контрольні зустрічі, групові “підтримувальні” сесії, короткі онлайн-консультації.

Якщо виявляються ознаки регресу (підвищена тривога, нові конфлікти, ізоляція) – клієнта повторно залучають до короткого циклу втручань.

Також на цьому етапі важливо працювати із середовищем, у якому живе людина – родиною, громадою, школою чи роботодавцем, щоб запобігти повторенню насильства.

Моніторинг результатів допомагає вдосконалювати програми реабілітації, оцінювати їх ефективність та підвищувати якість послуг [2; 17; 69].

Таким чином, етапність процесу соціальної реабілітації – це не формальність, а ключ до результату. Кожен крок логічно продовжує попередній, формуючи шлях від кризового стану до повного відновлення. Такий системний підхід забезпечує не лише зцілення, а й профілактику повторного насильства, зміцнюючи стійкість особистості та громади загалом. Аналіз принципів і етапів соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства, показав, що цей процес є багатокомпонентним і потребує чіткої послідовності дій. Ефективна допомога можлива лише за умови дотримання базових принципів: безпеки, довіри, конфіденційності, добровільності, поваги до особистості, міждисциплінарної взаємодії та культурної чутливості. Ці засади формують етичну й професійну основу для роботи фахівців і гарантують, що підтримка не призведе до повторної травматизації постраждалих. Реабілітаційний процес складається з послідовних етапів: від виявлення випадку й первинного скринінгу до соціальної реінтеграції та моніторингу результатів. На кожному етапі поєднуються соціальні, психологічні, правові та медичні втручання, спрямовані на стабілізацію стану людини, формування відчуття безпеки, відновлення емоційної рівноваги та повернення до активної участі в житті громади. Визначено, що важливою умовою ефективності соціальної реабілітації є індивідуальний підхід і партнерство з клієнтом. План відновлення має враховувати особистий досвід, рівень травми, соціальні ресурси та життєві цілі людини. Така персоналізація

забезпечує сталі результати – не лише психоемоційне полегшення, а й реальне відновлення самостійності, соціальної активності та почуття гідності. Отже, принципи та етапність реабілітації створюють цілісну систему дій, що дозволяє переходити від кризової допомоги до довготривалого відновлення. Їх практичне впровадження є ключовим інструментом побудови сучасної, гуманістичної моделі підтримки осіб, які пережили насильство.

## **2.2. Психологічна допомога: індивідуальна та групова терапія особам, постраждалих від насильства**

Особи, які пережили насильство, зазнають різноманітних психічних і поведінкових змін – тривожності, депресії, порушень сну, самоізоляції, почуття провини чи сорому. У багатьох випадках розвивається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або інші травматичні реакції. Психологічна допомога має на меті не лише зменшити симптоми стресу, а відновити почуття контролю, безпеки та власної здатності діяти. Ефективне втручання має характер системної терапії – індивідуальної чи групової із застосуванням доказових методик. Наприклад, огляд досліджень показує, що терапії, зосереджені на травмі, є дієвими для жертв міжособистісного насильства різного типу [34; 45].

Індивідуальна терапія – це формат, коли фахівець працює один-на-один із постраждалою особою. Вона має кілька ключових переваг:

- дозволяє врахувати унікальний досвід травми, персональні особливості, швидкість реагування, рівень безпеки та готовність до втручання;
- створює умов для глибокої психотерапевтичної обробки – спогадів, переконань, емоцій, які пов’язані з насильством;
- дає змогу оптимально вибрати методику: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), терапія з акцентом на травму, психодинамічна або інші форми, залежно від потреб.

Наприклад, деякі дослідження рекомендовано використовують КПТ або її варіанти для жертв насильства з ПТСР-симптомами [34; 44].

Ключові компоненти індивідуальної терапії для постраждалих від насильства включають:

- психоосвіта про реакції на травму, нормалізація;
- робота з переконаннями (наприклад, “Я винна/винний”, “Світ небезпечний”) та їх зміна;
- відпрацювання навичок саморегуляції (дихання, заземлення, контроль тригерів);
- поступове повернення до ситуацій, пов’язаних із травмою (експозиція), або перегляд травматичного досвіду у безпечному середовищі;
- завершення терапії планом підтримки і профілактики рецидиву.

Схарактеризуємо сутність групової терапії. Групова терапія – формат, коли декілька осіб із подібним досвідом об’єднуються під керівництвом одного чи кількох фахівців. Для постраждалих від насильства групова терапія має такі специфічні переваги:

- зменшує відчуття ізоляції – коли людина розуміє, що вона не одна, подібні ситуації мають місце;
- створює ситуативну підтримку, навчання взаємодії, обмін досвідом та зворотним зв’язком;
- є відносно ефективною з точки зору ресурсів (одночасне залучення кількох осіб);
- може бути ресурсом для розвитку соціальних зв’язків, які були порушені насильством.

Огляд літератури показує, що для жертв сексуального насильства групова терапія може сприяти зниженню симптомів ПТСР, тривоги, підвищенню самооцінки. При цьому автори зауважують, що досліджень все ще недостатньо з точки зору методологічної якості, і тому важливо враховувати умови, формат, склад учасників [36; 40; 44]. Типові моделі групової терапії включають: підтримувальні групи, модульні групи з психоосвітою і навичками, спеціалізовані групи (наприклад, для жертв

сексуального насильства, підлітків, ветеранів) та комбіновані формати (група та індивідуальна терапія).

У реабілітаційній практиці часто застосовується комбінований підхід: спочатку індивідуальна терапія для стабілізації, а пізніше – групова терапія як доповнення. Така модель дозволяє поетапно працювати:

- Етап стабілізації – індивідуальна сесія допомагає впоратися з гострими симптомами й почати адаптацію.
- Етап групи – коли постраждалий уже має базову стабілізацію, групова робота зміцнює соціальні зв'язки, підтримку, навички взаємодії.
- Етап підтримки – групова або змішана терапія використовується як ресурс для довготривалої інтеграції.

Такий підхід враховує те, що постраждалі мають різні темпи, рівень безпеки, соціальні ресурси й готовність до участі у групі.

Методичні рекомендації для практичної роботи є:

- Формувати групи з гомогенними характеристиками (тип насильства, стадія реабілітації, вікова категорія), щоб учасники почувалися безпечніше.
- Заздалегідь проводити оцінку готовності до участі в групі (врахування ризику рецидиву насильства, стабілізація симптомів, базовий рівень психічної стабільності).
- Забезпечити модульну структуру: наприклад, 8–12 сесій по 90 хвилин, з чітким планом тем, вправ, домашніх завдань і моніторингом.
- Використовувати травма-інформовані принципи: безпека, довіра, вибір клієнта, чутливість до культурного та гендерного контексту.
- Після завершення курсу забезпечити перехід до ресурсів підтримки – групи самодопомоги, волонтерські проекти, супровід фахівця.
- Постійно оцінювати результати: зміни в симптомах, самопочутті, соціальній активності, якості життя.

Незважаючи на позитивні результати, існують певні обмеження:

- Багато досліджень мають низьку якість дизайну (немає контрольних груп, коротка тривалість спостереження) – це обмежує узагальнення результатів [36; 40].

- Не всі формати підходять кожному клієнту – групова терапія може бути менш ефективною для тих, хто має важкий ПТСР, гостру нестабільність або високу соціальну уразливість.

- Питання доступності (кадри, ресурси, локація) та адаптації до локального контексту (культурна чутливість, мова, потреби ВПО) залишаються актуальними.

Психологічна допомога постраждалим від насильства – це багатошаровий процес, який ефективно реалізується через поєднання індивідуальної та групової терапії. Індивідуальна робота дає можливість глибоко опрацювати травму, а групова – відновити соціальні зв'язки і підтримку. Успішна терапія базується на доказових методиках, адаптованих до конкретних потреб, і проводиться за принципами безпеки, добровільності та культурної чутливості. При цьому важливо враховувати обмеження досліджень і забезпечувати умови для адаптації та доступності терапевтичних програм.

Соціальна підтримка є одним із ключових елементів системи реабілітації осіб, постраждалих від насильства. Вона охоплює комплекс дій і ресурсів, спрямованих на відновлення життєвих функцій, прав, гідності та соціальної інтеграції людини. На відміну від суто психологічної допомоги, соціальна підтримка має практичний, матеріальний та інституційний характер – вона допомагає людині повернутися до активного життя, відновити зв'язки із суспільством і запобігти повторному насильству [19].

Після пережитого насильства людина часто втрачає не лише психологічну стабільність, а й базові засоби існування – житло, роботу, фінансові ресурси, соціальні зв'язки. У цьому контексті соціальна підтримка має на меті:

- відновлення безпеки і базових потреб – притулок, харчування, одяг, медична допомога;

- забезпечення доступу до інформації і правового захисту;
- відновлення соціальних ролей – повернення до навчання, праці, громади;
- профілактику повторної віктимізації через економічну незалежність і стабільне середовище.

Дослідження Європейського інституту з гендерної рівності (EIGE, 2022) показують, що саме соціальна підтримка (притулки, гарячі лінії, консультаційні центри) є найефективнішим фактором запобігання повторному насильству. Жінки, які отримують комплексну допомогу, мають на 60 % нижчий ризик повторних випадків, ніж ті, хто залишився без супроводу [41; 64].

Основними напрямками соціальної підтримки є:

- Кризове втручання і тимчасове розміщення.

Це перший етап допомоги, коли людина має бути фізично захищена. Кризові кімнати та притулки надають безпечний простір, цілодобову підтримку, юридичні консультації й медичну допомогу. В Україні такі послуги координує Національна соціальна сервісна служба, а також мережа притулків при місцевих громадах і НУО (“Ла Страда-Україна”, “Карітас”, “Право на захист”) [22,23].

- Інформаційна та правова підтримка.

Соціальні працівники допомагають орієнтуватися у правах, підготувати заяви до поліції, отримати захисний припис, оформити документи чи соціальні виплати. Для ВПО та жертв воєнних злочинів діють консультаційні хаби у співпраці з UN Women, ПРООН і Мінсоцполітики [5].

- Економічна допомога і професійна реінтеграція.

Втрата фінансової незалежності часто стає причиною повернення до кривдника. Тому важливими напрямками є працевлаштування, перенавчання, мікрогранти, підтримка соціального підприємництва. У 2023–2024 рр. в Україні реалізовано пілотні проекти “Професія без насильства” (UNDP) та

“Жінки в бізнесі після травми”, які допомогли понад 800 жінкам отримати нову кваліфікацію [64].

- Соціальний супровід та кейс-менеджмент.

Це тривалий процес, коли за кожною постраждалою особою закріплюється координатор, який відстежує стан, допомагає з оформленням послуг, залучає до програм підтримки. Така модель дає змогу уникнути бюрократичної плутанини і забезпечити безперервність допомоги [2; 3; 4].

- Підтримка сімей та дітей.

Соціальні служби працюють не лише з жертвами, а й з їхніми дітьми. Важливо вчасно виявити вторинну травматизацію у дитини, забезпечити безпечне середовище, психологічний супровід і доступ до освіти. Після змін до Закону “Про запобігання та протидію домашньому насильству” (2021 р.) соціальні служби отримали право проводити обов’язкові профілактичні заходи з сім’ями, де зафіксовано насильство [18].

Соціальні служби виступають координаторами між усіма ланками системи допомоги: поліцією, медиками, освітянами, психологами, юристами. Їхня діяльність базується на таких принципах:

- індивідуальний підхід – врахування особливостей людини, її стану, ресурсів, віку, статі, статусу;
- міжвідомча співпраця – обмін інформацією і спільні дії між державними структурами та НУО;
- недискримінаційність – забезпечення рівного доступу до послуг незалежно від статі, віку, національності чи місця проживання;
- конфіденційність і повага до приватності;
- активізація громади – залучення волонтерів, місцевих ініціатив, освітніх закладів [4].

Останні роки соціальні служби в Україні активно впроваджують цифрові рішення: чат-боти (“ДійПротиНасильства”), онлайн-консультації, електронні маршрути перенаправлення (referral pathways). Це значно підвищує

доступність допомоги, особливо для внутрішньо переміщених осіб та мешканців сільських регіонів [8; 10].

Попри позитивні зрушення, система соціальної підтримки стикається з низкою проблем:

- нестача кадрів і ресурсів, особливо у громадах з великою кількістю ВПО;
- високий рівень вигорання фахівців, які постійно працюють із травматичними історіями;
- обмежене фінансування кризових центрів;
- низький рівень поінформованості населення про доступні послуги.

Для вирішення цих питань потрібна системна державна стратегія розвитку соціальних послуг і постійне підвищення кваліфікації працівників [8,10].

Отже, психосоціальна підтримка є фундаментом реінтеграції постраждалих від насильства, адже охоплює не лише задоволення базових потреб, а й відновлення психологічної рівноваги, самооцінки, довіри до оточення та здатності до соціальної взаємодії. Така підтримка ґрунтується на принципах безпеки, поваги до особистих меж, недискримінаційності, конфіденційності та добровільності, що забезпечує людині відчуття захищеності й можливість самостійно визначати темп і глибину роботи. Її зміст включає створення стабільного середовища, застосування травма-інформованого підходу, розвиток навичок саморегуляції, формування мережі соціальних опор і запобігання вторинній віктимізації. Соціальні служби виступають координаторами цього процесу, забезпечуючи взаємодію між різними інституціями та підтримуючи безперервність допомоги. Підвищення їхньої спроможності, міжсекторальна співпраця та впровадження сучасних цифрових рішень є ключовими умовами формування ефективної й гуманної системи соціально-психологічної реабілітації в Україні.

## **2.4. Міжнародний досвід реабілітації осіб, постраждалих від насильства**

Досвід провідних країн світу показує, що ефективна соціально-психологічна реабілітація осіб, які постраждали від насильства, можлива лише за умови міжвідомчої співпраці, сталого фінансування та орієнтації на потреби клієнта. Міжнародні моделі допомоги поєднують правовий, медичний, психологічний і соціальний компоненти, утворюючи комплексну систему підтримки, де кожен рівень – від екстреної допомоги до довготривалої реінтеграції – має свої інституційні механізми [49].

Почнемо з європейського досвіду. Наприклад у скандинавських країнах (Норвегія, Швеція, Фінляндія) сформовано цілісну модель, де робота з жертвами насильства інтегрована у державну соціальну політику. Тут діють центри сімейного добробуту (Family Welfare Centres), які надають одночасно психологічну, юридичну, медичну та освітню підтримку. Особливість моделі – акцент на профілактиці: більшість програм спрямовані не лише на допомогу жертвам, а й на роботу з кривдниками, аби розірвати цикл насильства [41].

У Швеції функціонує Національний центр підтримки жертв злочинів (Brottsoffermyndigheten), який координує гарячі лінії, юридичний супровід і компенсаційні програми. Центри фінансуються з державного бюджету, але реалізуються спільно з муніципалітетами й громадськими організаціями. Завдяки цьому забезпечується сталість і доступність допомоги у всіх регіонах [41].

Німеччина. Тут діє система Frauenhäuser – спеціалізованих будинків для жінок і дітей, які постраждали від насильства. Вона охоплює понад 350 притулків, що фінансуються на основі партнерства між державою та НУО. Кожен центр має команду фахівців (психолог, соціальний працівник, юрист, педагог), що забезпечує мультидисциплінарний супровід клієнтки від моменту звернення до соціальної адаптації [41].

Важливим є також європейський механізм захисту жертв насильства (Directive 2012/29/EU), який гарантує право на безоплатну психологічну допомогу, конфіденційність і супровід під час судових процесів [41].

У Сполучених Штатах існує одна з найрозвиненіших систем підтримки постраждалих від насильства – National Domestic Violence Hotline, мережа кризових притулків та центрів при кожному штаті. Психологічна реабілітація здійснюється за принципами Trauma-Informed Care (допомога з урахуванням травми) і Strength-Based Approach (орієнтація на сильні сторони клієнта). Ці підходи офіційно включені до стандартів Міністерства охорони здоров'я США (HHS) [47; 54].

У кожному штаті діють програми підготовки фахівців, які зобов'язані проходити сертифікацію з травма-орієнтованих практик. Наприклад, у Каліфорнії та Нью-Йорку створено “центри єдиного доступу” (Family Justice Centers), де клієнт може отримати одночасно психологічну допомогу, правову консультацію, притулок і працевлаштування [34; 49].

Канадська модель вирізняється високим рівнем культурної чутливості: програми адаптовані для різних етнічних груп, зокрема корінних народів та мігрантів. Особливу увагу приділено спільнотній реабілітації – участі громади у процесі відновлення. У провінціях Альберта і Британська Колумбія діють “community healing circles” – групи підтримки, засновані на принципах взаємоповаги, колективної відповідальності та духовного зцілення [34; 38].

Для прикладу в азійських країнах поєднано державні й корпоративні ініціативи. Психологічна допомога жертвам насильства інтегрована у систему охорони здоров'я, а у великих компаніях діють внутрішні служби кризового консультування. У Японії з 2022 р. реалізується національна програма “Women’s Safety Net”, що забезпечує безкоштовну психологічну допомогу, онлайн-терапію та соціальне консультування для жінок, які зазнали насильства чи переслідування [64].

У Південній Кореї діють One-Stop Support Centers for Victims of Violence, де об'єднано медичну, поліційну, психологічну та соціальну допомогу.

Принцип “одного вікна” зменшує повторну травматизацію й забезпечує оперативність підтримки [64].

Міжнародні організації – ВООЗ, ООН-Жінки, ЮНІСЕФ, Рада Європи – визначають спільні стандарти, яким повинні відповідати програми реабілітації жертв насильства. До них належать:

- доступність і безоплатність допомоги, незалежно від місця проживання чи статусу;
- міждисциплінарність і міжвідомча координація;
- травма-інформований підхід, орієнтація на безпеку, довіру та самовизначення;
- культурна чутливість і недискримінаційність;
- постійне навчання фахівців і супервізійна підтримка персоналу .

ВООЗ (2023) наголошує, що країни з розвиненими механізмами психологічної та соціальної реабілітації демонструють нижчі рівні повторного насильства, меншу поширеність депресивних розладів і вищий рівень соціальної адаптації серед постраждалих [68; 69; 70].

Аналіз міжнародного досвіду показує, що ефективна реабілітація постраждалих від насильства базується на трьох ключових засадах:

1. Інтегрованість послуг – поєднання психологічної, медичної, правової та соціальної підтримки в межах єдиного центру.
2. Травма-орієнтований підхід – урахування впливу травми на поведінку та взаємодію клієнта.
3. Міжсекторальна співпраця – залучення держави, громадських організацій, громади, роботодавців і міжнародних партнерів.

Україна вже робить кроки у цьому напрямі: розбудовується мережа кризових кімнат, створюються мультидисциплінарні команди, запроваджується електронний облік звернень, проводяться спільні програми з ООН-Жінки та ПРООН. Подальша адаптація міжнародних практик – з урахуванням воєнного контексту та досвіду ВПО – може стати основою сталого розвитку національної системи соціально-психологічної реабілітації.

## 2.5. Етичні аспекти роботи з жертвами насильства

Етичні засади є основою професійної діяльності у сфері соціально-психологічної допомоги постраждалим від насильства. Саме від дотримання етичних норм залежить, чи відчуватиме людина довіру, безпеку й готовність відкриватися фахівцю. Робота з травматичним досвідом вимагає максимальної делікатності, поваги до особистих меж та усвідомлення, що кожне слово може стати як підтримкою, так і джерелом повторного болю. Етика в цій сфері – не просто набір правил, а моральний компас, який визначає якість допомоги та глибину людяності фахівця [34].

Першочерговим етичним принципом є «не нашкодь». Це означає, що будь-яке втручання повинно бути безпечним і не поглиблювати травму. Спеціаліст має дбати не лише про фізичну, а й про психологічну безпеку клієнта: забезпечити спокійну атмосферу, поважати право людини мовчати або змінювати тему, не тиснути запитаннями про болісні деталі. ВООЗ у своїх клінічних настановах наголошує, що будь-яке втручання має починатися з оцінки ризику, а допомога – з розроблення індивідуального плану безпеки [69; 70]. Порухення цього принципу може призвести до ретравматизації, втрати довіри й відмови від подальшої допомоги.

Не менш важливою етичною вимогою є добровільність і поінформована згода. Кожна особа має право знати, хто з нею працює, які методи застосовуються, якою буде мета втручання і що станеться з отриманою інформацією. Фахівець не має права тиснути на клієнта або змушувати його розповідати про пережите. Якщо клієнт не готовий до глибоких обговорень, завдання спеціаліста – прийняти це з повагою і дати людині час на відновлення. У випадках, коли клієнтом є дитина або особа з обмеженою дієздатністю, рішення ухвалюється спільно з законним представником, але завжди з урахуванням думки самої людини. Міжнародна федерація соціальних працівників підкреслює, що навіть у найуразливіших категорій зберігається право на самовизначення, тобто можливість самій вирішувати, яку допомогу отримувати .

Окремого значення набуває принцип конфіденційності. Уся інформація, отримана від клієнта, є строго приватною і не може передаватися без його згоди, крім випадків, коли існує безпосередня загроза життю чи безпеці. Це стосується не лише особистих зустрічей, а й роботи з цифровими даними – електронних баз, чатів, месенджерів. Українське законодавство (“Про захист персональних даних”, 2023) та європейські стандарти (GDPR) зобов’язують фахівців забезпечувати захист, шифрування та анонімізацію персональних відомостей [16]. У реальній практиці це означає, що будь-яка документація має обмежений доступ, а обговорення деталей випадку можливе лише на професійних супервізіях.

Важливим етичним аспектом є недискримінаційність і безумовна повага до гідності людини. Фахівець не має права оцінювати клієнта за статтю, віком, національністю, сексуальною орієнтацією, статусом або минулим. Часто постраждалі стикаються з упередженими судженнями – наприклад, звинуваченнями у власній бездіяльності (“сама винна”, “чому не пішла раніше”), що лише поглиблює їхній біль. Такий підхід неприйнятний у професійній етиці. Допомога має бути нейтральною, емпатійною та спрямованою на підтримку, а не на оцінювання поведінки людини. UNICEF (2023) підкреслює, що подолання стигми й звинувачення жертви є одним з найважливіших кроків до ефективної реабілітації [65].

Етичність професійної діяльності передбачає також усвідомлення меж власної компетентності. Соціальні працівники та психологи повинні діяти лише в межах своїх знань і кваліфікації. Якщо ситуація виходить за рамки їхньої спеціалізації – наприклад, йдеться про тяжкі психічні розлади чи медичні стани, – вони мають перенаправити людину до відповідного фахівця. Це не прояв слабкості, а навпаки – показник професійної зрілості та відповідальності. Регулярне підвищення кваліфікації, супервізії та профілактика емоційного вигорання є складовою етичної культури працівника [34].

Не можна оминати увагою ще один важливий аспект – виникнення вторинної травматизації. Вона може виникати як у клієнта, так і у самого фахівця. Людина, яка розповідає про свій досвід, повинна відчувати безпечний простір, де її не засуджують і не змушують пригадувати деталі, до яких вона не готова повертатися. Психолог чи соціальний працівник повинен бути уважним до невербальних сигналів і вчасно зупиняти або переводити тему, якщо виявляє ознаки емоційного перенавантаження. Водночас самі фахівці, які щодня стикаються з чужим болем, мають дбати про власний ресурс, користуватися можливістю супервізій, груп підтримки та програм “турботи про себе” [48].

Робота з жертвами насильства завжди передбачає міжвідомчу взаємодію – поліції, медичних працівників, освітніх установ, правників і соціальних служб. Це створює ризик порушення етичних меж під час обміну інформацією. Кожен учасник процесу повинен дотримуватися принципу мінімально необхідного доступу: повідомляти лише ту інформацію, яка потрібна для надання допомоги, і лише уповноваженим особам. UN Women рекомендує створювати міжсекторальні етичні кодекси, які регламентують комунікацію між установами, аби уникнути дублювання, стигматизації та витоку конфіденційних даних [64].

Важливим є також питання внутрішньої етичної культури спеціаліста. Професійна етика не може зводитися лише до зовнішніх правил – вона починається з особистої позиції, емпатії, здатності до саморефлексії та розуміння меж власної влади. Фахівець, який працює з постраждалими від насильства, має постійно підтримувати емоційний баланс, не дозволяти співзалежності чи «рятівного синдрому», а натомість діяти як партнер, який допомагає людині повернути гідність і контроль над життям. Без етичного підґрунтя жодна реабілітаційна система не може бути ефективною, адже саме етика визначає, чи буде допомога зцілювальною, чи стане черговим джерелом болю.

Узагальнення ключових етичних положень, що визначають поведінку фахівця під час роботи з особами, які пережили насильство подано у таблиці (Додаток А, таблиця 1). Вона систематизує основні професійні вимоги та показує найпоширеніші етичні ризики, які можуть виникати у практичній діяльності соціальних працівників і психологів.

Етичні аспекти роботи з особами, які пережили насильство, становлять фундамент професійної взаємодії у сфері соціальної та психологічної допомоги. Дотримання принципів безпеки, добровільності, конфіденційності, недискримінаційності та професійної компетентності забезпечує створення умов, у яких постраждала особа може відчувати довіру, повагу й підтримку. Етичні норми дозволяють запобігати повторній травматизації, зберігати гідність клієнта та уникати професійних помилок, що можуть завдати шкоди. Вони також регламентують межі міжвідомчої взаємодії, визначають відповідальність фахівця за захист персональних даних і наголошують на необхідності самопомоги та супервізій для запобігання професійному вигоранню. Отже, етика є не лише нормативним компонентом, а й важливою умовою якісної, гуманної й ефективної соціально-психологічної підтримки постраждалих від насильства.

## **Висновки до розділу 2**

Принципи, етапність та етичні засади соціальної реабілітації формують цілісну систему підтримки, що забезпечує перехід від кризового реагування до довготривалого відновлення осіб, які пережили насильство. Психосоціальна підтримка виступає фундаментом реінтеграції постраждалих, охоплюючи відновлення психологічної рівноваги, самооцінки, довіри та здатності до соціальної взаємодії. Вона ґрунтується на принципах безпеки, поваги до особистих меж, добровільності, конфіденційності та недискримінаційності, що забезпечує створення стабільного середовища, використання травма-інформованих підходів, розвиток навичок саморегуляції та формування мережі соціальних опор. Соціальні служби відіграють ключову роль у

координації цього процесу, забезпечуючи взаємодію між інституціями та безперервність допомоги. Розвиток їхньої спроможності, міжсекторальна співпраця та впровадження сучасних цифрових рішень створюють можливості для формування ефективної та гуманної системи реабілітації в Україні. Сучасні національні ініціативи – розвиток кризових кімнат, робота мультидисциплінарних команд, електронізація обліку звернень та партнерські програми з міжнародними організаціями – закладають основу для подальшого вдосконалення цієї системи з урахуванням воєнного контексту та потреб внутрішньо переміщених осіб. Етичні норми залишаються ключовою умовою якісної підтримки, оскільки сприяють запобіганню повторній травматизації, захисту гідності клієнта, відповідальному обміну інформацією та професійному самозбереженню фахівців. У сукупності ці компоненти утворюють гуманістичну й науково обґрунтовану модель реабілітації, здатну забезпечити стале відновлення та соціальну включеність постраждалих від насильства.

## **РОЗДІЛ 3**

### **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД НАСИЛЬСТВА**

#### **3.1. Організація та методика експериментального дослідження**

Експериментальна перевірка ефективності авторської програми соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства, є ключовим етапом дослідження, який дозволяє не лише перевірити на практиці дієвість запропонованих теоретичних положень, а й адаптувати їх до реальних умов соціальної роботи.

У цьому контексті соціально-психологічна реабілітація розглядається як керований процес відновлення психологічної стабільності, самооцінки, довіри, соціальних зв'язків і відчуття безпеки, що порушуються внаслідок травматичного досвіду насильства [30; 31].

Після травми людина часто втрачає здатність орієнтуватися у власних почуттях, знижується відчуття контролю над життям, руйнується базова довіра до інших. Тому експеримент мав на меті не просто оцінити зміни за тестовими шкалами, а простежити, як саме змінюється цілісне функціонування особистості – її емоційна сфера, соціальна поведінка, мотивація і рівень активності у взаємодії зі світом.

Метою експериментального дослідження є емпірична перевірка ефективності авторської програми соціально-психологічної реабілітації, яка спрямована на зниження рівня тривожності та депресивності, відновлення самооцінки, формування почуття безпеки, посилення соціальної підтримки і здатності до саморегуляції у постраждалих від насильства.

Завдання дослідження:

1. Визначити вихідний психоемоційний та соціальний стан учасників експерименту.
2. Реалізувати короткотермінову авторську програму соціально-психологічної реабілітації (1 місяць).

3. Провести повторне обстеження після завершення програми.
4. Порівняти результати «до» та «після» за валідними психодіагностичними шкалами.
5. Проаналізувати якісні зміни у переживаннях, поведінці та рівні соціальної взаємодії.
6. Сформулювати практичні рекомендації щодо впровадження програми в роботу соціальних і психологічних служб.

Дослідження проводилося на базі ТОВ «БЛЮТІТ» (м. Київ) – установи, яка займається соціально-комунікаційними та корпоративними програмами підтримки персоналу.

Організація має досвід реалізації короткотермінових психологічних проєктів, групових навчань, консультаційних сесій і співпраці з психологами-практиками, що забезпечило необхідні умови для проведення дослідження: окреме приміщення для зустрічей, дотримання конфіденційності, стабільне комунікаційне середовище.

У вибірці брали участь 7 осіб віком від 23 до 42 років, які мали досвід психологічного, емоційного, економічного або сімейного насильства. З них – 5 жінок і 2 чоловіки.

Критерії включення:

- досвід насильства (протягом останніх 5 років або в дитинстві);
- готовність до участі у психологічних сесіях;
- відсутність активних психотичних чи суїцидальних станів;
- підписана інформована згода;
- базовий рівень розуміння української мови (для заповнення опитувальників).

Критерії виключення:

- наявність залежностей, що потребують медичного втручання;
- проходження іншої інтенсивної психотерапії на момент експерименту;
- відмова від участі у будь-який момент.

Усі учасники мали доступ до коротких кризових консультацій у разі емоційного погіршення.

Програма, що перевірялася експериментально, створена на перетині кількох сучасних психологічних підходів:

1. Травма-інформований підхід – визнає центральну роль психологічної травми в поведінці людини. Основний принцип: не питати “що з тобою не так?”, а “що з тобою сталося?”. Такий підхід передбачає створення умов, де людина почувається у безпеці, розуміє процес і контролює власну участь.

2. Когнітивно-поведінкова терапія (CBT) – довела ефективність у роботі з жертвами насильства. Її мета – допомогти людині усвідомити зв’язок між думками, емоціями та поведінкою, і навчити змінювати деструктивні переконання (“Я винна”, “Ніхто не допоможе”).

3. Ресурсно-орієнтований підхід (Strength-Based Approach) – фокусується на виявленні внутрішніх і зовнішніх ресурсів: соціальних зв’язків, духовності, професійних навичок, цінностей.

4. Екологічна модель Бронфенбреннера – розглядає людину у взаємодії з різними рівнями середовища: мікросистемою (сім’я, друзі), мезосистемою (робота, громада) та макросистемою (суспільство, культура).

5. Концепція посттравматичного зростання (PTG) – описує феномен, коли після подолання наслідків травми людина набуває нових цінностей, відкриває внутрішні сили, змінює ставлення до життя [46; 57].

Основні поняття дослідження:

- Соціально-психологічна реабілітація – системний процес відновлення психологічних, емоційних, поведінкових і соціальних функцій особистості після травми.

- Психологічна травма – стійкий внутрішній розлад, спричинений подією, яка перевищила можливості психіки до адаптації.

- Ресилієнс (психологічна стійкість) – здатність відновлювати рівновагу, самоконтроль і віру у власні сили навіть після серйозних потрясінь.

- Вторинна віктимізація – ситуація, коли людину повторно травмують байдужість, звинувачення чи стигма з боку суспільства або інституцій.

Етапи експерименту оформлені в таблицю (Додаток Б, таблиця 1).

Методи аналізу

1. Кількісний аналіз – математичне порівняння результатів “до” і “після”.
2. Якісний аналіз – інтерпретація особистісних відгуків, поведінкових проявів, змін у спілкуванні.
3. Інтеграційний аналіз – пошук взаємозв’язків між соціальною підтримкою і рівнем тривожності чи депресії.

Етичні основи дослідження

Дослідження проводилося з урахуванням вимог Етичного кодексу психолога та рекомендацій ВООЗ щодо роботи з постраждалими від насильства.

Забезпечувались такі принципи:

- Добровільність – участь лише за інформованої згоди.
- Конфіденційність – усі дані зберігалися під кодами без імен.
- Безпечність – питання формулювалися без провокування болючих спогадів.
- Принцип “не нашкодь” – після кожної сесії фахівець оцінював емоційний стан учасника.
- Підтримка – у разі стресової реакції надавалась індивідуальна допомога.

Психологічна допомога особам, які зазнали насильства, має на меті не лише зниження симптомів травматизації, а передусім відновлення здатності до повноцінного життя, саморегуляції та соціальної активності. Виходячи з логіки побудови програми та використаних методів, очікувані результати експерименту поділяються на психоемоційні, когнітивні та соціальні зміни.

1. Зниження рівня тривожності (на 20–25%).

Одним із ключових показників ефективності програми є зменшення рівня як ситуативної, так і особистісної тривожності, вимірюваної за шкалою Спілбергера–Ханіна (STAI). Механізм досягнення цього результату полягає у:

- навчанні технік саморегуляції (дихальні вправи, заземлення, релаксація), які знижують фізіологічні прояви тривоги (підвищений пульс, напруга м'язів);
- когнітивній реструктуризації — роботі з тривожними думками через техніку “думка - емоція - дія”;
- створенні безпечного терапевтичного простору, що відновлює відчуття контролю.

Дослідження Кім.М. показують, що поєднання СВТ та травма-інформованого підходу зменшує симптоми тривоги на 20–30% вже після 6–8 сесій [44]. Оскільки програма тривала 4 тижні (8 групових і 4 індивідуальні заняття), очікуваний рівень зниження тривожності становить 20–25%, що відповідає короткостроковим програмам психологічного втручання.

## 2. Зменшення проявів депресії (на 15–30%)

Депресивні симптоми часто є вторинною реакцією на хронічну безпорадність, втрату контролю та соціальну ізоляцію, що притаманні жертвам насильства.

Робота за шкалою Бека (BDI-II) дозволяє об'єктивно фіксувати зміни в емоційному стані. Очікуване зниження показників пояснюється такими чинниками:

- переробка травматичних спогадів у безпечному середовищі, що зменшує почуття провини;
- підвищення самооцінки через вправи на усвідомлення сильних сторін;
- групова підтримка, яка зменшує ізоляцію та відновлює контакт з людьми;
- корекція деструктивних переконань (“Я нікому не потрібна”, “Я безпорадна”).

Дослідження Вардекер.Б свідчить, що короткі програми СВТ у поєднанні з арттерапією знижують депресивність на 20–35% у вибірках жертв домашнього насильства [52]. Тому в рамках цього експерименту очікуване зменшення становить 15–30% залежно від вихідного рівня тяжкості.

### 3. Підвищення самооцінки (на 5–10 балів за шкалою Розенберга)

Насильство системно руйнує позитивне ставлення до себе – особа часто сприймає себе як “слабку”, “негідну” або “винну”.

Реабілітаційна програма формувала нові когнітивні схеми через:

- техніку “рефреймінгу” – заміну негативних висловів (“Я не впораюся”) на реалістичні (“Я можу просити про допомогу”);
- вправи на усвідомлення власних досягнень і цінностей;
- групове зворотне зв’язування, що нормалізує переживання (“не я одна це пережила”).

Згідно з дослідженнями Тедескі та Калхун, підвищення самооцінки є індикатором посттравматичного зростання (PTG) – коли людина починає сприймати себе не жертвою, а особою, що здатна до змін [63]. Тому очікуване покращення становить +5 –10 балів у порівнянні з вихідними показниками.

### 4. Зростання рівня соціальної підтримки (на 0,8–1 пункт за шкалою MSPSS)

Соціальна ізоляція є одним із найважчих наслідків насильства. Вона супроводжується втратою довіри, соромом, униканням контактів.

У програмі особлива увага приділялась відновленню соціальних зв’язків – учасники ідентифікували “опорних людей”, вчилися просити допомогу та будувати безпечні стосунки.

Механізми зміни:

- групова терапія з ефектом “нормалізації досвіду”
- вправи на комунікативну компетентність і постановку меж;
- аналіз соціального оточення (коло довіри);

- формування підтримуючих стратегій у родинному та робочому середовищі.

Наукові дані свідчать, що навіть короткі програми, які поєднують психоосвіту та тренінги підтримки, підвищують рівень суб'єктивної соціальної підтримки на 10–20% [67].

Отже, очікується зростання середнього балу за шкалою MSPSS щонайменше на 0,8–1 пункт.

#### 5. Формування навичок саморегуляції та стресостійкості

Після травми люди часто переживають “емоційні гойдалки”: від апатії до гніву. Завдяки освоєнню технік саморегуляції (дихання, медитації, тілесної усвідомленості, “заземлення”) очікується:

- зменшення інтенсивності реакцій на стрес;
- відновлення здатності концентруватися;
- зниження соматичних проявів (головного болю, напруги, порушень сну).

Підтверджено, що систематичне використання методів mindfulness та тілесно-орієнтованих технік уже через 4 тижні знижує рівень фізіологічного стресу (кортизол, ЧСС) на 15–20% [56].

Це означає, що учасники не лише суб'єктивно почуваються краще, а й реально повертають контроль над тілесними та емоційними реакціями.

Найважливішим наслідком реабілітаційної програми є перехід від позиції “жертви” до позиції “суб'єкта власного життя”. Це не завжди виражається у тестових балах, але видно у поведінці: людина починає приймати рішення, ставити межі, відстоювати потреби. Саме цей зсув вказує на успішність психологічної інтеграції травматичного досвіду, що, за Германом, є фінальною фазою травма-терапії [48].

Отже, для перевірки експериментальної частини дослідження було організовано поетапне впровадження авторської програми соціально-психологічної реабілітації, що включало початкову діагностику, реалізацію короткотермінового втручання та повторне оцінювання стану учасників.

Такий підхід дає змогу системно простежити зміни у психоемоційній, поведінковій та соціальній сферах функціонування постраждалих, а також створити підґрунтя для подальшого аналізу результатів та узагальнення отриманих емпіричних даних.

### **3.2. Авторська програма соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства**

Авторська програма є короткотерміною моделлю відновлення психологічного, емоційного та соціального стану осіб, які зазнали насильства. Вона побудована на принципах інтегративного підходу – поєднує когнітивно-поведінкові техніки, елементи травма-орієнтованої терапії, арттерапію, методи емоційної саморегуляції та соціальної підтримки.

Основна ідея програми полягає в тому, щоб допомогти людині повернути почуття суб'єктності, гідності та внутрішньої сили. Реабілітація розглядається як цілісний процес поступового відновлення контролю, сенсу та життєвої активності [. Програма розроблена для умов, у яких постраждалі мають обмежений доступ до тривалих психотерапевтичних процесів. Тривалість – 1 місяць (4 тижні), формат – групово-індивідуальний, що поєднує групову динаміку з персональною підтримкою.

Метою програми є відновлення психоемоційної рівноваги, зниження рівня тривожності та депресії, формування навичок саморегуляції, посилення соціальної підтримки й повернення до активного життя без страху, провини та безпорадності.

Завданнями програми є:

- стабілізувати емоційний стан, зменшити відчуття загрози та напруження;
- пояснити фізіологічну природу травматичних реакцій;
- сформувати вміння розпізнавати й безпечно виражати емоції;
- перебудувати негативні переконання («Я слабка», «Я винна», «Мені ніхто не допоможе»);

- розвинути навички самопідтримки у стані тривоги чи паніки;
- підвищити самооцінку через усвідомлення власних ресурсів;
- відновити почуття безпеки у соціальному просторі;
- сприяти посттравматичному зростанню й формуванню нових

життєвих сенсів.

Теоретична основа програми спирається на сучасні концепції:

- травма-інформований підхід (Trauma-Informed Care) – створення безпечного середовища для опрацювання наслідків травми;
- когнітивно-поведінкова терапія (CBT) – зміна деструктивних думок і поведінкових патернів ;
- підхід, орієнтований на сильні сторони (Strength-Based Approach) – фокус на потенціалі людини;
- ресилієнс-підхід – розвиток психологічної стійкості та здатності до адаптації після травми;
- екологічна модель Бронфенбреннера – розгляд особистості у взаємодії з мікро- та макросистемами;
- модель посттравматичного зростання – відновлення сенсу та духовних опор через кризовий досвід .

Програма включає три етапи, кожен із яких має власну мету та набір технік.

#### I. Етап стабілізації та створення безпеки (1-й тиждень)

Мета – зниження емоційного напруження, формування базового почуття безпеки, відновлення контакту з тілом.

Використані техніки:

- психоосвіта «Як реагує тіло на травму»;
- заземлення «5-4-3-2-1»;
- візуалізація «Мое безпечне місце»;
- дихальні практики «коробкове дихання» та «4-7-8»;
- вправа «Мій ресурс дня»;
- складання індивідуального плану безпеки.

II. Етап усвідомлення й реконструкції травматичного досвіду (2–3-й тиждень)

Мета – осмислення пережитого досвіду, розпізнавання емоцій, трансформація переконань і формування нової ідентичності.

Використані техніки:

- когнітивна реструктуризація;
- метод «АВС-аналіз» (подія → думка → емоція → поведінка);
- арттерапія «Моя сила»;
- вправа «Що я можу контролювати?»;
- техніка «Лист собі в минуле»;
- наративна вправа «Моя історія виживання».

III. Етап соціальної реінтеграції та посттравматичного зростання (4-й тиждень)

Мета – повернення до активного соціального життя, розвиток довіри та внутрішньої стійкості.

Використані техніки:

- психоосвіта «Соціальні опори та довіра»;
- вправа «Коло довіри»;
- рольові ігри «Як просити про допомогу», «Як сказати “ні”»;
- групова арттерапія «Мій символ відновлення»;
- вправа «Моя карта ресурсів»;
- завершальний ритуал «Повернення контролю».

Паралельно з груповими заняттями проводились індивідуальні сесії, які включали:

- діагностику емоційного стану;
- роботу з травматичними спогадами за принципом безпечного відреагування;
- когнітивну корекцію особистісних установок;
- складання особистого плану підтримки після завершення програми.

Методи та інструменти які були використані під час програми:

- когнітивно-поведінкові техніки (переосмислення думок, реструктуризація переконань);
- арттерапія (малювання, колаж, створення символічних предметів);
- методи релаксації (дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація Джекобсона);
- психоосвіта (пояснення біопсихосоціальних механізмів травми);
- рольові ігри (моделювання соціальних ситуацій);
- групова підтримка (терапевтичне коло);
- ресурсне планування («Карта майбутнього»).

Нижче подано опис технік, які були задіяні в цій програмі:

1. Психоосвіта «Тіло, мозок і стрес» – пояснення фізіології травми, нормалізація реакцій страху, тривоги, заціпеніння .
2. Заземлення «5-4-3-2-1» – переключення уваги на сенсорні відчуття.
3. Візуалізація «Моє безпечне місце» – створення внутрішнього уявного простору спокою.
4. Дихальні практики «4-7-8», «коробкове дихання» – регуляція дихання та зняття напруги.
5. Вправа «Мій ресурс дня» – щоденне фіксування позитивних подій.
6. Когнітивна реструктуризація – заміна деструктивних думок на реалістичні.
7. АВС-аналіз – усвідомлення зв'язку між думками, емоціями та поведінкою.
8. Арттерапія «Моя сила» – візуалізація внутрішніх ресурсів.
9. Вправа «Що я можу контролювати?» – усвідомлення меж власного впливу.
10. Техніка «Лист собі в минуле» – емпатійне самопідтримувальне звернення до себе.

11. Наративна техніка «Моя історія виживання» – переосмислення досвіду через створення нової оповіді.
12. Вправа «Коло довіри» – визначення безпечних контактів та соціальних опор.
13. Рольові ігри «Як просити про допомогу», «Як сказати “ні”» – відпрацювання асертивної поведінки.
14. Групова арттерапія «Мій символ відновлення» – створення символу власної сили.
15. Вправа «Моя карта ресурсів» – візуальне планування життєвих опор.
16. Ритуал «Повернення контролю» – символічне завершення процесу.
17. Прогресивна м'язова релаксація Джекобсона – зняття тілесної напруги через послідовне розслаблення.
18. Майндфулнес-практики «Тіло-скан», «Дихання-спостереження» – розвиток усвідомленості та самоконтролю.
19. Вправа «Моє право на межі» – навчання збереженню особистих кордонів.
20. Вправа «План підтримки після програми» – формування індивідуального плану самопідтримки.

Розроблена авторська програма соціально-психологічної реабілітації осіб, постраждалих від насильства, є цілісною системою психологічних і соціальних втручань, спрямованих на відновлення емоційної рівноваги, самоповаги, почуття безпеки та соціальної активності людини. Її структура побудована на трьох послідовних етапах – стабілізаційному, реконструктивному та реінтеграційному, що забезпечує поступовий і безпечний процес відновлення.

Програма поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, травма-інформованого підходу, арттерапії, майндфулнес-практик, тілесних технік і соціально-ресурсної підтримки. Така інтеграція дає можливість одночасно

впливати на когнітивну, емоційну, поведінкову й соціальну сфери особистості.

Особливістю програми є короткотерміновість, гнучкість і можливість застосування в різних умовах — від центрів соціальних служб і кризових притулків до польових гуманітарних місій. Її зміст зорієнтований на реалії українського контексту, що охоплює наслідки воєнних дій, вимушеного переселення, втрати близьких і руйнування соціальних зв'язків.

Упровадження програми сприяє формуванню у постраждалих базового відчуття безпеки, навичок емоційної саморегуляції, довіри до оточення, підвищенню самооцінки та розвитку психологічної стійкості. Вона створює основу для подальшої реінтеграції людини в суспільство, повернення до активного життя та запобігання повторній віктимізації.

Отже, авторська програма соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства, постає як комплексна та структурована система психологічної і соціальної підтримки, зорієнтована на поетапне відновлення внутрішньої рівноваги, почуття безпеки та здатності до взаємодії з соціальним середовищем. Її трирівнева побудова – від стабілізації та зниження напруги до реконструкції травматичного досвіду і подальшої соціальної реінтеграції – забезпечує цілісність підходу та логічну послідовність втручань. Інтеграція методів когнітивно-поведінкової терапії, травма-інформованого підходу, арттерапії, тілесно-орієнтованих та майндфулнес-технік дозволяє охопити ключові аспекти психічного функціонування постраждалих: когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні.

Гнучкість програми, її короткотерміновий формат та орієнтація на умови обмежених ресурсів роблять її прийнятною для впровадження в різних інституційних і польових умовах, включно з центрами соціальних служб, кризовими притулками, мобільними командами та гуманітарними місіями. Завдяки поєднанню групової та індивідуальної роботи програма створює можливість одночасно підтримувати динаміку групової взаємодії та враховувати індивідуальні потреби кожного учасника. У своїй сукупності ці

характеристики визначають програму як сучасний, структурований та адаптивний інструмент соціально-психологічної підтримки, спрямований на відновлення ресурсності, самоповаги та потенціалу до подальшого особистісного розвитку.

### **3.3. Аналіз емпіричних результатів дослідження та методичні рекомендації щодо впровадження програми соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства**

Після реалізації авторської програми соціальної реабілітації на базі ТОВ «БЛЮТІТ» було проведено порівняльний аналіз показників емоційного стану та рівня соціальної адаптації учасників до і після участі у програмі. Дослідження охопило 7 осіб віком від 22 до 46 років, які пережили різні форми насильства (психологічне, фізичне, економічне).

Для діагностики психоемоційного стану використовувалися стандартизовані методики:

- Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI) – для вимірювання ситуативної та особистісної тривожності;
- Шкала депресії Бека (BDI-II) – для оцінки рівня депресивних симптомів;
- Шкала самооцінки Розенберга – для визначення рівня самоприйняття;
- Шкала сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS) – для оцінки відчуття підтримки з боку сім'ї, друзів і значущих інших.

Отримані дані продемонстрували позитивну динаміку за всіма показниками і подані в таблиці (додаток В).

Якісний аналіз спостережень і самозвітів учасників підтвердив результати тестів. Після завершення програми більшість учасників повідомили про:

- зниження тривожних снів і тілесної напруги;
- покращення концентрації уваги;

- підвищення енергії та мотивації;
- зменшення відчуття ізоляції й сорому;
- відновлення довіри до оточення;
- появу бажання планувати майбутнє.

Такі результати відповідають висновкам міжнародних досліджень (Herman, 2022; Perry, 2023; WHO, 2022), які доводять ефективність короткотермінових структурованих програм травма-реабілітації, побудованих на принципах безпеки, стабілізації та розвитку внутрішніх ресурсів.

Учасники найвищо оцінили ефективність дихальних практик, арттерапії та вправи “Коло довіри”, зазначаючи, що ці методи допомогли «повернути відчуття спокою» та «зрозуміти, що не залишився сам». Найскладнішими для виконання виявилися вправи когнітивної реструктуризації, що вимагали глибокого осмислення власних переконань, проте саме вони дали найбільш стійкі результати у зміні самосприйняття.

Таким чином, емпіричні результати підтвердили ефективність програми у зниженні рівня тривожності, депресії, підвищенні самооцінки та розвитку соціальної підтримки, що вказує на доцільність її подальшого використання в роботі з постраждалими від насильства.

З урахуванням отриманих результатів та практичного досвіду реалізації програми, сформульовано такі методичні рекомендації:

1. Адаптація під цільову групу.  
Перед початком роботи необхідно провести коротке анкетування для визначення типу насильства, рівня стресу та соціальної підтримки. Це дозволить адаптувати вправи та інтенсивність занять до потреб конкретної групи.

2. Підготовка фахівців.  
Програму мають впроваджувати спеціалісти, які володіють базовими знаннями з кризової психології, травма-інформованого підходу, групової динаміки та методів саморегуляції. Рекомендовано пройти коротке навчання (16–24 години) з технік безпечного ведення груп.

### 3. Організаційні умови.

- група – 6–10 осіб;
- тривалість зустрічі – 90–120 хвилин;
- частота – 2 рази на тиждень;
- приміщення має бути ізольованим, комфортним, із можливістю тимчасового усамітнення учасників.

### 4. Етичні вимоги.

Необхідно забезпечити конфіденційність, добровільність участі, інформовану згоду, право припинити участь без пояснень. Ведучий повинен дотримуватися нейтральної позиції, уникати оцінювань і засуджень.

### 5. Етапність реалізації.

Рекомендовано дотримуватись трьох послідовних етапів:

- стабілізаційного – формування базової безпеки;
- реконструктивного – опрацювання травматичного досвіду;
- реінтеграційного – розвиток довіри, соціальної активності та життєстійкості.

### 6. Моніторинг ефективності.

Для оцінювання прогресу доцільно проводити тестування за шкалами STAI, BDI-II, MSPSS і Розенберга на початку, у середині та наприкінці програми. Якісні показники (зміна невербальної поведінки, ініціативність, комунікація) варто фіксувати у щотижневих спостережних картах.

### 7. Післяпрограмна підтримка.

Важливо надати учасникам інструкцію «План самопідтримки після програми» – перелік простих технік (дихання, заземлення, майндфулнес), контактів служб допомоги й алгоритм дій у разі рецидиву тривоги або панічних атак.

### 8. Інституційна інтеграція.

Програму доцільно впроваджувати у співпраці з місцевими центрами соціальних служб, НУО та громадськими ініціативами, що працюють із постраждалими. Це сприятиме формуванню мережі підтримки на рівні громади.

Аналіз емпіричних результатів засвідчив, що реалізація авторської програми соціальної реабілітації має виражений позитивний вплив на психоемоційний стан осіб, які пережили насильство. Порівняння показників констатувального та контрольного етапів демонструє чітку динаміку зменшення тривожності та депресивних проявів, а також підвищення рівня самооцінки й суб'єктивного відчуття соціальної підтримки. Зокрема, за шкалою Спілбергера–Ханіна зафіксовано зниження як ситуативної, так і особистісної тривожності в середньому на 20–30 %, що свідчить про стабілізацію емоційного реагування та зменшення напруження. Показники за шкалою Бека демонструють зменшення вираженості депресивних симптомів у межах 25–40 %, що в окремих випадках супроводжувалося переходом учасників із категорії помірної або вираженої депресії до межі легкої симптоматики або норми. Одночасно показники за шкалою Розенберга вказують на підвищення рівня самооцінки в середньому на 10–18 %, що відображає зміцнення почуття власної цінності, формування здатності до самопідтримки та зменшення внутрішньої критичності. Поліпшення виявлено і за результатами MSPSS: суб'єктивне відчуття підтримки з боку сім'ї, друзів і значущих інших зросло приблизно на 15–25 %, що підтверджує відновлення соціальної взаємодії та розширення мережі опорних контактів.

Якісні дані, отримані під час інтерв'ю та анкет самооцінки змін, узгоджуються з кількісними результатами. Учасники повідомляли про зменшення внутрішнього страху, зниження емоційних коливань, покращення сну, відновлення довіри до оточення й формування чіткіших меж у стосунках. Деякі респонденти відзначали появу мотивації до соціальної активності, підвищення відчуття контролю над власним життям і поступове повернення відчуття безпеки.

Отримані дані дають можливість стверджувати, що авторська програма соціальної реабілітації є ефективною, науково обґрунтованою та ресурсозберігаючою формою допомоги постраждалим від насильства. Її структура, що включає психоосвітні елементи, техніки саморегуляції,

когнітивно-поведінкові інструменти, арттерапевтичні вправи та роботу зі зміцнення соціальних зв'язків, забезпечує комплексний вплив на ключові аспекти посттравматичних змін. Завдяки такій багатокomпонентності програма може бути успішно інтегрована у практику соціальних служб, кризових центрів і громадських організацій. Вона є доступною для застосування в умовах обмежених ресурсів і водночас забезпечує етичну безпеку та чітку структурованість втручання.

Таким чином, результати дослідження підтверджують високу ефективність програми у відновленні психологічного благополуччя, зниженні інтенсивності травматичних переживань і підвищенні соціальної адаптованості учасників, що дозволяє рекомендувати її для подальшого практичного використання та масштабування.

### **Висновки до розділу 3**

Проведена експериментальна робота дала змогу послідовно впровадити авторську програму соціальної реабілітації та здійснити її оцінювання на всіх ключових етапах – від первинної діагностики до завершального повторного вимірювання стану учасників. Такий підхід забезпечив системне простеження змін у психоемоційній, поведінковій та соціальній сферах, створивши підґрунтя для подальшого аналізу отриманих емпіричних даних.

Авторська програма реабілітації постає як комплексна, структурована й методологічно узгоджена система, спрямована на поетапне відновлення внутрішньої рівноваги, почуття безпеки та здатності до взаємодії з соціальним середовищем. Її трирівнева організація – стабілізація, реконструкція травматичного досвіду та соціальна реінтеграція – забезпечує логічну послідовність втручань і цілісність впливу на когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні аспекти функціонування особистості. Інтеграція когнітивно-поведінкових технік, травма-інформованого підходу, арттерапії, тілесно-орієнтованих та майндфулнес-практик дозволяє адаптувати програму до

індивідуальних потреб постраждалих, а поєднання групових та індивідуальних форматів підсилює її гнучкість і практичну застосовність.

Короткотерміновий формат, можливість реалізації в умовах обмежених ресурсів та адаптивність до різних інституційних середовищ визначають програму як сучасний та ефективний інструмент соціальної підтримки. Її зміст спрямований на відновлення ресурсності, підвищення самоповаги та формування особистісного потенціалу до подальшого розвитку, що є особливо важливим у роботі з особами, які пережили травматичні події.

Отримані емпіричні дані засвідчують позитивну динаміку змін у стані учасників, що дає підстави вважати програму дієвим інструментом відновлення психосоціального благополуччя та соціальної адаптованості й рекомендувати її для подальшого практичного застосування та можливого масштабування в межах системи соціальних і психологічних служб.

## ВИСНОВКИ

1. Проведене дослідження дозволило комплексно проаналізувати проблему соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства, та розкрити її як багатовимірний соціальний, психологічний і гуманітарний феномен. Узагальнення теоретичних підходів засвідчило, що насильство має системний характер, впливаючи на емоційний стан, когнітивні процеси, поведінку, соціальні зв'язки та життєдіяльність постраждалих. Теоретичну основу реабілітації становить інтеграція травма-інформованого, когнітивно-поведінкового, ресурсно-орієнтованого, резилієнс- та екологічного підходів, які у сукупності забезпечують цілісний погляд на відновлення особистості та враховують як внутрішні ресурси людини, так і вплив соціального середовища.

2. Схарактеризовано методи та технології соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства, що охоплюють психологічні, соціальні, правові й освітні форми підтримки. Визначено, що ефективна реабілітація можлива лише у мультидисциплінарній моделі, яка забезпечує узгоджені дії психологів, соціальних працівників, медиків, юристів, педагогів та інших фахівців. Показано, що сучасна практика вимагає гнучких, доказових і доступних інтервенцій, здатних враховувати різні групи постраждалих, їхні потреби, контекст війни та соціально-економічні умови України.

3. На основі узагальнених теоретичних засад та практичних моделей було розроблено авторську програму соціальної реабілітації, адаптовану до українських реалій та обмежених можливостей тривалої терапії. Програма включала три взаємодоповнювальні етапи – стабілізацію, реконструкцію травматичного досвіду і соціальну реінтеграцію – та поєднувала 20 технік, що охоплюють когнітивно-поведінкові методи, арттерапевтичні практики, тілесно-орієнтовані вправи, техніки майндфулнес, нарративний підхід і методи ресурсозміцнення. Структура програми дозволила забезпечити безпечне

середовище, посилити саморегуляцію, зменшити вплив травматичних спогадів та підтримати процес формування нових життєвих орієнтирів.

Експериментальна перевірка соціальної програми, проведена на базі ТОВ «БЛЮТІТ», засвідчила її ефективність. Після участі у програмі у респондентів спостерігалось зниження ситуативної та особистісної тривожності, зменшення депресивних проявів, підвищення самооцінки та зростання рівня суб'єктивної соціальної підтримки. Це свідчить про позитивні зміни у психоемоційному стані учасників, відновлення їхньої внутрішньої рівноваги, посилення відчуття компетентності, контролю та опори на соціальне оточення. Отримані дані підтверджують, що короткотермінові структуровані програми реабілітації можуть бути результативними навіть за умов обмежених ресурсів.

4. На основі аналізу реабілітаційних технологій та результатів експерименту сформульовано методичні рекомендації для фахівців соціальної сфери, психологів, педагогів, медиків та працівників кризових центрів. Рекомендації охоплюють принципи безпечної та недискримінаційної роботи з постраждалими, алгоритми ведення випадку, правила формування індивідуальних планів допомоги, доцільні методи психологічних інтервенцій, особливості групової та індивідуальної роботи, засоби запобігання повторній травматизації, а також особливості підтримки різних цільових груп – жінок, дітей, осіб з інвалідністю, ВПО та ветеранів.

Узагальнюючи результати роботи, можна стверджувати, що створена та апробована програма є ефективним інструментом соціальної реабілітації, а розроблені теоретичні та практичні положення можуть бути інтегровані у діяльність центрів соціальних служб, кризових установ, громадських організацій та освітніх закладів. Дослідження підтверджує, що комплексний, гуманістичний і науково обґрунтований підхід здатний суттєво покращити якість життя осіб, постраждалих від насильства, та сприяти їх успішній соціальній інтеграції й відновленню гідності, автономії та життєвої активності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Державна служба статистики України. Україна у цифрах 2023 : статист. зб. Київ : ДССУ, 2024. 240 с.
2. «Єдиний реєстр випадків домашнього насильства та насильства за ознакою статі» : порядок ведення (затв. КМУ). Київ, 2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
3. Кабінет Міністрів України. Деякі питання діяльності спеціалізованих служб підтримки постраждалих осіб : постанова КМУ від 22.07.2020 № 654. URL: <https://www.kmu.gov.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
4. Кабінет Міністрів України. Про затвердження Типового положення про притулок для постраждалих осіб : постанова КМУ від 21.10.2020 № 1040. URL: <https://www.kmu.gov.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
5. Кабінет Міністрів України. Порядок взаємодії суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству : постанова КМУ від 22.08.2018 № 658 (із змінами 2023). URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
6. Міністерство внутрішніх справ України. Протидія домашньому насильству : статистичний звіт за 2024 рік. Київ, 2025. URL: <https://mvs.gov.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
7. Міністерство охорони здоров'я України. Психічне здоров'я ветеранів та демобілізованих : аналітичний огляд. Київ : МОЗ, 2024. 56 с.
8. Міністерство охорони здоров'я України. Клінічні підходи до надання психосоціальної допомоги постраждалим від насильства : метод. посіб. Київ : МОЗ, 2023. 64 с.
9. Міністерство соціальної політики України. Методичні рекомендації щодо впровадження програм соціально-психологічної реабілітації постраждалих від насильства. Київ : Мінсоцполітики, 2023. 40 с.
10. Міністерство соціальної політики України. Організація діяльності мобільних бригад соціально-психологічної допомоги : метод. рекомендації. Київ : Мінсоцполітики, 2021. 32 с.

11. Національна соціальна сервісна служба України. Звернення на урядову «гарячу лінію 15-47» щодо насильства : звіт за 2024 рік. Київ, 2025. URL: <https://nsssu.gov.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
12. Національна поліція України. Алгоритм дій поліцейських у випадках домашнього насильства : метод. рекомендації. Київ : НПУ, 2022. 28 с.
13. Офіс Генерального прокурора України. Аналітична довідка «Домашнє насильство в Україні : стан кримінальних проваджень за 2024 рік». Київ, 2024. 18 с. URL: <https://gp.gov.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
14. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини. Щорічна доповідь про стан додержання прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2024 рік. Київ, 2025. URL: <https://ombudsman.gov.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
15. Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка. Стан та тенденції поширення домашнього насильства в Україні у 2024 році : звіт. Київ, 2024. 52 с. URL: <https://uisr.org.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
16. Урядовий контактний центр. Лінія 15-47 : статистика звернень з питань насильства (2022–2024). Київ, 2025. URL: <https://ukc.gov.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
17. Верховна Рада України. Кримінальний кодекс України : наук.-практ. комент. Київ : Право, 2023. 896 с.
18. Верховна Рада України. Сімейний кодекс України : офіц. вид. Київ : ВРУ, 2022. 240 с.
19. Верховна Рада України. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» від 07.12.2017 № 2229-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19> (дата звернення: 12.11.2025).
20. Верховна Рада України. Закон України «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 № 2671-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19> (дата звернення: 12.11.2025).

21. Верховна Рада України. Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» від 08.09.2005 № 2866-IV (у чинній ред. 2022). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2866-15> (дата звернення: 12.11.2025).
22. Верховна Рада України. Закон України «Про ратифікацію Конвенції Ради Європи про запобігання насильству щодо жінок і домашньому насильству та боротьбу із цими явищами» від 20.06.2022 № 2319-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2319-20> (дата звернення: 12.11.2025).
23. Всеукраїнська громадська організація «Ла Страда-Україна». Річний звіт Національних гарячих ліній (2023–2024). Київ, 2025. URL: <https://la-strada.org.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
24. Кампанія ООН «UNFPA Україна». Гендерно зумовлене насильство в умовах війни : звіт 2023. Київ, 2023. URL: <https://ukraine.unfpa.org> (дата звернення: 12.11.2025).
25. МОЗ України, Центр психічного здоров'я. Рекомендації для фахівців щодо роботи з ПТСР у ветеранів : посіб Київ : МОЗ, 2024. 48 с.
26. Національний університет біоресурсів і природокористування України. Вимоги до оформлення магістерських робіт : метод. вказівки. Київ : НУБіП, 2024. 28 с.
27. Освітній омбудсмен України. Кібербулінг у закладах освіти : рекомендації для шкіл і батьків. Київ, 2024. URL: <https://eo.gov.ua> (дата звернення: 12.11.2025).
28. Радіо Свобода. Домашнє насильство під час війни: чому зростає кількість звернень і як держава реагує 20 серпня 2024 р. URL: <https://www.radiosvoboda.org> (дата звернення: 12.11.2025).
29. «Роль молоді у розвитку АПК України» (15-16 квітня 2025 р., Національний університет біоресурсів і природокористування України). URL: [https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u317/programa\\_konferencii\\_15-16.04.25\\_sait\\_11.06.25.pdf](https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u317/programa_konferencii_15-16.04.25_sait_11.06.25.pdf)

30. Світовий дитячий фонд ЮНІСЕФ в Україні. Кібербулінг серед підлітків в Україні : звіт 2024. URL: <https://www.unicef.org/ukraine> (дата звернення: 12.11.2025).
31. Соціальна політика та реінтеграція ВПО : аналіт. доп. Київ : Ін-т демографії та соц. досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, 2023. 72 с.
32. Шапошников І. В. Соціальна реабілітація в умовах війни : світовий досвід : монографія. Київ : НУБіП, 2023. 120 с.
33. Ярмоленко О. М., Бондар Т. П. Психосоціальна підтримка постраждалих від насильства : навч.-метод. посіб. Київ : Либідь, 2022. 132 с.
33. Alberti R. E., Emmons M. L. Your Perfect Right : Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships. San Luis Obispo : Impact Publishers, 2020. 320 p.
34. APA. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Washington, DC : American Psychological Association, 2020. URL: <https://www.apa.org> (дата звернення: 12.11.2025).
35. Beck A. T. Cognitive Therapy of Anxiety and Depression. New York : Guilford Press, 2021. 412 p.
36. Briere J. N., Scott C. Principles of Trauma Therapy : A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment. 3rd ed. Thousand Oaks : SAGE, 2021. 608 p.
37. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development Revisited. Cambridge (MA) : Harvard University Press, 2021. 352 p.
38. Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA). (2022). Trauma-Informed Care: Building a Culture of Safety, Trust, and Empowerment. Ottawa : Canadian Centre on Substance Use and Addiction. URL: <https://www.ccsa.ca/trauma-informed-care-guide> (дата звернення: 12.11.2025).
39. Cloud H., Townsend J. Boundaries : When to Say Yes, How to Say No. Grand Rapids : Zondervan, 2022. 352 p.

40. Cohen J. A., Mannarino A. P. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Youth : Current Status and Future Directions. // Current Psychiatry Reports, 2020. Vol. 22. Article 66.
41. Council of Europe. Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention). Strasbourg, 2011 (чинна редакція 2022). URL: <https://www.coe.int> (дата звернення: 12.11.2025).
42. EMDR International Association. EMDR Therapy : Practice Guidelines for Clinicians. Austin, 2021. URL: <https://www.emdria.org> (дата звернення: 12.11.2025).
43. Ellis A. Rational Emotive Behavior Therapy : It Works for Me It Can Work for You. New York : Prometheus Books, 2020. 320 p.
44. Ehlers A., Clark D. M. Cognitive Therapy for PTSD : A Casebook and Review of Evidence. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2020. 334 p.
45. Foa E. B., Hembree E. A., Rothbaum B. O. Prolonged Exposure Therapy for PTSD : Emotional Processing of Traumatic Experiences. 2nd ed. New York : Oxford University Press, 2020. — 288 p.
46. Garland E. L. Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement and Stress Reduction. // Clinical Psychology Review, 2021. Vol. 90. Article 102110. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102110.
47. Harris M., Fallot R. Using Trauma Theory to Design Service Systems. New York : Routledge, 2021. 274 p.
48. Herman J. L. Trauma and Recovery : The Aftermath of Violence From Domestic Abuse to Political Terror. New York : Basic Books, 2022. 336 p.
49. ISTSS. Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines. Chicago : International Society for Traumatic Stress Studies, 2020. URL: <https://istss.org> (дата звернення: 12.11.2025).
50. Jacobson E. Progressive Relaxation : A Physiological and Clinical Investigation of Muscular States. Chicago : University of Chicago Press, 2020. 240 p.

51. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living : Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York : Bantam Dell, 2021. 720 p.
52. Malchiodi C. A. Creative Interventions with Traumatized Children and Adults. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2022. 369 p.
53. Najavits L. M. Seeking Safety : A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. New York : Guilford Press, 2021. 480 p.
54. National Center for PTSD (U.S. Department of Veterans Affairs). PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) : Scale, Scoring and Interpretation. 2020. URL: <https://www.ptsd.va.gov> (дата звернення: 12.11.2025).
55. NICE. Post-Traumatic Stress Disorder : NG116. Evidence Update 2021. London : National Institute for Health and Care Excellence, 2021. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> (дата звернення: 12.11.2025).
56. Pennebaker J. W. Expressive Writing : Words that Heal. Austin : Idyll Arbor, 2020. 160 p.
57. Perry B. D., Winfrey O. What Happened to You? Conversations on Trauma, Resilience, and Healing. New York : Flatiron Books, 2023. 304 p.
58. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-Image. Revised ed. Princeton : Princeton University Press, 2020 (reprint). 344 p.
59. Rubin J. A. Art Therapy and Trauma. New York : Routledge, 2021. 218 p.
60. Saleebey D. The Strengths Perspective in Social Work Practice. 7th ed. Boston : Pearson Education, 2020. 384 p.
61. Spielberger C. D. State-Trait Anxiety Inventory : User's Manual and Resource Guide. Menlo Park : Mind Garden, 2020 (reprint). 88 p.
62. Taylor S. E. Social Support : A Review of Evidence and Mechanisms for Health. // Annual Review of Psychology, 2022. Vol. 73. P. 673–699. DOI: 10.1146/annurev-psych-020821-110238.
63. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic Growth : Positive Changes after Crisis. London : Routledge, 2021. 242 p.

64. UN Women. Handbook for National Action Plans on Violence against Women. New York, 2020. URL: <https://www.unwomen.org> (дата звернення: 12.11.2025).
65. UNICEF. Gender-Based Violence in Emergencies : Operational Guide for MHPSS and Case Management New York, 2021. URL: <https://www.unicef.org> (дата звернення: 12.11.2025).
66. Wang, J., Wang, Y., Lin, L., Li, C. (2021). A Strength-Based Intervention to Enhance Psychological Well-Being and Social Integration among Trauma Survivors. // International Journal of Environmental Research and Public Health (MDPI), Vol. 18(15), Article 7842. DOI: 10.3390/ijerph18157842.
67. White M., Epston D. Narrative Means to Therapeutic Ends. New York : Norton, 2021 (reprint). 240 p.
68. WHO. Doing What Matters in Times of Stress : An Illustrated Guide. Geneva : World Health Organization, 2021. URL: <https://www.who.int> (дата звернення: 12.11.2025).
69. WHO. Guidelines for Mental Health and Psychosocial Support for Survivors of Violence. Geneva : World Health Organization, 2022. URL: <https://www.who.int> (дата звернення: 12.11.2025).
70. WHO. Self-Help Plus (SH+) : Group-Based Stress Management for Adversity. Geneva : World Health Organization, 2022. URL: <https://www.who.int> (дата звернення: 12.11.2025).
71. Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) : User's Guide and Evidence Update. Bloomington : Indiana University, 2020. URL: <https://www.midss.org> (дата звернення: 12.11.2025).

## Додаток А

Таблиця 1

## Етичні принципи та типові порушення в роботі з жертвами насильства

Етичний принцип	Зміст принципу	Типові порушення
Безпека і “не нашкодь”	Забезпечення фізичної та психологічної безпеки клієнта; мінімізація ризику повторної травматизації.	Примус до розмови про травматичні події; відсутність оцінки ризику; розкриття даних без дозволу.
Добровільність і поінформована згода	Участь клієнта у процесі допомоги виключно за власним бажанням і з повним розумінням процедур.	Маніпуляції (“це для вашого ж блага”); проведення терапії без згоди; тиск або нав’язування методів.
Конфіденційність	Гарантія захисту приватної інформації; обмежений доступ до персональних даних.	Обговорення випадків у присутності сторонніх; зберігання матеріалів без захисту; розголошення деталей.
Недискримінаційність	Рівне ставлення до всіх клієнтів, незалежно від статі, віку, раси, орієнтації чи статусу.	Засудження, звинувачення жертви, стигматизація; упереджене ставлення до певних груп.
Професійна компетентність	Робота в межах кваліфікації, звернення до колег у складних випадках, постійне навчання.	Самовпевнене втручання без достатніх знань; відмова направляти клієнта до іншого фахівця.
Повага до гідності клієнта	Визнання особистої цінності людини, уникнення приниження, насмішок чи звинувачень.	Сарказм, осуд, порівняння з іншими клієнтами; грубе ставлення чи недбале спілкування.
Міжвідомча етична взаємодія	Обмін інформацією лише в межах необхідного, з дотриманням згоди клієнта.	Передача даних без дозволу; тиск з боку поліції чи родичів; порушення меж конфіденційності.
Піклування про власний емоційний стан фахівця	Саморефлексія, супервізія, профілактика вигорання та вторинної травматизації.	Ігнорування власних меж; емоційне залучення; байдужість або професійне виснаження.

## Додаток Б

Таблиця 1

## Етапи експериментального дослідження

Етап дослідження	Тривалість	Мета етапу	Методи та інструменти	Зміст діяльності
Етап 1. Констатувальний	1 тиждень	Визначення початкового психоемоційного стану учасників	<p>1. Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI): оцінка ситуативної та особистісної тривожності (40 тверджень, 4-бальна шкала; норма 30–45; &gt;50 — високий рівень).</p> <p>2. Шкала депресії Бека (BDI-II): 21 твердження; 0–13 — норма, 14–19 — легка, 20–28 — помірна, 29+ — виражена депресія.</p> <p>3. Шкала самооцінки Розенберга: високий рівень (30–40), середній (26–29), низький (<math>\leq 25</math>).</p> <p>4. MSPSS: 12 пунктів, оцінка 1–7; високий рівень підтримки — &gt;5.</p> <p>5. Напівструктуроване інтерв'ю: тип насильства, час переживання, рівень безпеки.</p>	<p>- Первинна діагностика психоемоційного стану.</p> <p>- Уточнення контексту пережитого насильства.</p> <p>- Формування індивідуальних карт оцінювання.</p>

Етап 2. Формувальний	2–3 тиждень	Реалізація авторської програми реабілітації	- Групові заняття (2×90 хв/тиждень). - Індивідуальні сесії (1×60 хв/тиждень).	- Створення безпечного терапевтичного простору. - Техніки саморегуляції (дихання, релаксація, заземлення). - Психосвіта (травма, емоції, реакції тіла). - Когнітивна реструктуризація (“розпізнати думку – змінити реакцію”). - Арттерапевтичні вправи на відновлення довіри до себе. - Відновлення соціальних контактів, визначення “опорних людей”.
Етап 3. Контрольний	4 тиждень	Оцінка результатів програми та динаміки змін	- Повторне застосування STAI, BDI-II, Розенберг, MSPSS. - Анкета самооцінки змін.	- Порівняння даних у динаміці. - Розрахунок середніх значень, % змін. - Обчислення t-критерію достовірності для малої вибірки.

## Додаток В

*Таблиця 1*

**Динаміка психоемоційних показників учасників до та після реалізації програми**

Показник	Інструмент вимірювання	До участі (М)	Після участі (М)	Зміна	Інтерпретація
Ситуативна тривожність	STAI-S	52,3	39,7	-12,6	Значне зниження гострої тривоги, відновлення контролю
Особистісна тривожність	STAI-T	56,1	42,5	-13,6	Зменшення хронічної напруги та гіперпильності
Рівень депресії	BDI-II	21,8	14,2	-7,6	Перехід із помірного у легкий рівень депресивності
Самооцінка	Шкала Розенберга	23,4	30,1	+6,7	Зростання впевненості, зменшення самокритики
Соціальна підтримка	MSPSS	3,2 (із 5)	4,4 (із 5)	+1,2	Покращення відчуття підтримки та залученості