

Валерій Зливков, Світлана Лукомська



ДІТИ ВІЙНИ



ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ТА
ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ДОПОМОГИ



Рекомендовано до друку Вченою радою Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (протокол № 7 від 26 травня 2022 року)

Рецензенти:

Сердюк Л.З., доктор психологічних наук, професор, завідувачка лабораторії психології особистості імені П.Р. Чамати Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України;

Яковенко С.І., доктор психологічних наук, професор, перший проректор Київського інституту сучасної психології і психотерапії.

Зливков В., Лукомська С. Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги. Київ.- Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2022. 95 с.

Посібник присвячено аналізу сучасних теоретико-методичних і практичних підходів щодо психологічної допомоги дітям війни. Визначено ключові поняття, впливи війни на психічний стан дітей та підлітків і потенційні ресурси для їх відновлення. Окреслено особливості психосоціальної допомоги та психотерапевтичних втручань (основні моделі допомоги дітям війни, ефективні у різних країнах); а також можливості адаптації зарубіжних методик психосоціальної підтримки дітей війни до реалій України (у тому числі наведено психодіагностичні методики, що багато років використовуються з дітьми, які зазнали впливів війни і/або змушені були переселитися до безпечних місць із зон активних бойових дій). У посібнику поєднано сучасні теоретичні розвідки та адаптовані авторами практичні методики. Посібник адресовано широкому колу практичних психологів, педагогів, соціальних працівників та усіх, хто цікавиться психологічною допомогою дітям в умовах війни.

ЗМІСТ

СЛОВО ДО ЧИТАЧА	3
ПЕРЕДМОВА	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ВІЙНИ	8
Вплив війни на психічний стан дітей та підлітків: визначення основних понять	8
Горе, зумовлене раптовою смертю близької людини	16
Нормальне, ускладнене, травмівне горе у дітей	24
ПТСР та інші розлади у дітей	26
Вплив травми війни на моральний розвиток дітей та підлітків	30
Ресурси для відновлення дітей війни	33
РОЗДІЛ 2. ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ВТРУЧАННЯ	36
Ранні та довгострокові психосоціальні втручання	36
Модель адаптації та відновлення після психотравм війни (ADAPT)	37
Етапи психосоціальної допомоги дітям, постраждалим від війни	39
Психоедукація щодо ПТСР	43
KIDNET, Когнітивно-поведінкова терапія при роботі з дітьми війни	47
Психологічна допомога дітям при переживанні горя та втрати	49
Виховний і психологічний ресурс бабусів і дідусів	50
РОЗДІЛ 3. МОЖЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ЗАРУБІЖНИХ МЕТОДИК ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ВІЙНИ ДО РЕАЛІЙ УКРАЇНИ	53
Програма психосоціальної підтримки дітей та матерів під час війни (реалізована з постраждалими від війни у Боснії)	53
Орієнтації на втрату та на відновлення у терапії горя	56
Методика «Річка горя»	59
«Відновлювальний переказ» при травмівній втраті	60
Протокол «Зцілення після втрати» (Healing After Loss, HeAL)	75
Стислий огляд ефективних психосоціальних втручань для дітей та підлітків	76
Психодіагностичні методики для дітей і підлітків	78
ПІСЛЯМОВА	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	85

СЛОВО ДО ЧИТАЧА

Психологічна допомога та підтримка дітей завжди були в центрі уваги науковців та практиків. Однак російсько-українська війна, яка набула широких масштабів у лютому 2022 року і триває дотепер, поставила перед психологами нові виклики, зокрема зумовлені необхідністю створення власної системи психологічної допомоги дітям і дорослим, постраждалим від воєнних дій.

Війна охоплює всі можливі елементи травми, її вплив є тривалим і, в наших умовах, непередбачуваним за тривалістю та інтенсивністю. Відповідно, психологічна допомога, особливо дітям, не може надаватися лише окремими людьми, вона має пронизувати усі виміри життя: сім'ю, групи однолітків, громаду, суспільство та культуру в цілому.

Натепер ситуація у галузі допомоги дітям війни є доволі кризовою: з одного боку існує накопичений роками зарубіжний досвід, а з іншого – він почасти суперечливий і його складно адаптувати до реалій сучасної України, на території якої війна ще триває, а отже говорити про цілком безпечний простір, в якому можливе надання ефективної психологічної допомоги, ще зарано.

Автори даного посібника роблять спробу інтегрувати методологічні та практичні підходи до психологічної допомоги дітям війни. Посібник складається із трьох розділів: у першому окреслено вплив множинних травм війни на психічний і моральний розвиток дітей, визначено особливості нормального, ускладненого, травмивного горя, ПТСР та ресурсів дітей до відновлення; у другому – охарактеризовано ранні та довгострокові психосоціальні втручання, популярні у зарубіжних країнах, які мали досвід допомоги дітям війни та чи не вперше визначено терапевтичний потенціал старшого покоління у підтримці онуків; у третьому розділі автори визначають можливості адаптації зарубіжних методик психосоціальної допомоги дітям війни до реалій України.

Дана книга може бути корисною як практичним психологам, соціальним працівникам, психотерапевтам, так і науковцям, всім, хто цікавиться психологічною допомогою дітям, постраждалим від збройних конфліктів. Із задоволенням рекомендую посібник «Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги», автори В. Злишков та С. Лукомська, який знайде своє чільне місце не тільки на книжній полиці, але і на робочому столі. З повагою,

академік, доктор психологічних наук, професор, заступник директора з науково-організаційної роботи та міжнародних наукових зв'язків Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України



Л.М. Карамушка

ПЕРЕДМОВА

*Іде війна, виростають діти
І любиш їх, тому що крім тебе
Тут їх ніхто не буде любити
(С. Жадан «Діти»)*

Шановний читачу! 24 лютого 2022 року Україна вперше в історії своєї незалежності зазнала широкомасштабного вторгнення сусідньої країни Росії, саме цей день став переламним у житті всіх українців, а особливо дітей – які потерпають від війни найбільше та потребують особливого захисту і підтримки задля збереження ресурсів для відновлення нашої країни.

Під час війни діти потерпають від впливу великої кількості травмивних подій, зокрема, від вибухів, руйнувань будівель, артобстрілів, голоду, втрати рідних і друзів. Окрім ризиків фізичного ушкодження та безпосередньої загрози життю, дитина зазнає множинних і хронічних психологічних травм. Не в останню чергу це стосується численних одночасних втрат (домівки, домашніх тварин, улюблених іграшок, близьких людей, які загинули) і розлучень (наприклад, з татом чи братом, які лишаються в Україні, коли дитина з мамою їде за кордон). Тобто, відбувається раптова і часто масова втрата ресурсів, яка потенційно посилюється з часом.

Вивчення особливостей поведінки особистості у кризових ситуаціях завжди були у центрі уваги науковців і практиків. Дослідниками проведено численні емпіричні розвідки окремих аспектів стресу, посттравматичного стресового розладу, стресостійкості, копінг-стратегій та популярної нині резилентності. Нині існує значна кількість досліджень психологічного впливу війни на дорослих, натомість щодо дітей – відомостей значно менше. У нашому дослідженні використано аналіз досвіду війни в Боснії та Герцеговині (1992–1995), Палестині (ізраїльсько-палестинський конфлікт, який триває вже понад 70 років), Хорватії (Хорватська війна, 1991–1995), Лівані (Лівано-Ізраїльський конфлікт 2006 року) та низки інших. Зазначимо, що більшість досліджень проводяться вже після того, як переселенці досягли безпечних місць, однак значно менше відомо про людей, які продовжують жити в місцях активних бойових дій чи там, де загроза війни лишається дуже реальною.

Однак унікальність ситуації в Україні полягає насамперед в тому, що дотепер психологічні проблеми жертв збройних конфліктів вивчалися переважно на спільнотах з низьким соціально-психологічним статусом (Сирія, Сомалі, В'єтнам, Камбоджа), тобто в центрі уваги дослідників були особи, які вже в довоєнному житті неодноразово ставали жертвами насильства. Крім того, часто медіатором негативного впливу на їх психіку було сповідання мусульманської віри та адаптивний фаталізм, а адаптація, відновлення визначалися особливостями колективістських суспільств, а не західних індивідуалістичних культур, однією з яких є Україна.

Слід наголосити, що перед тим, як надавати психологічну та психіатричну допомогу, потерпілим від війни – дітям і дорослим – слід сприяти

у вирішенні соціальних та побутових проблем на безпечній для їх життя території (забезпечити їх житлом, їжею, роботою, доступом до медичної допомоги та соціальною підтримкою). Ми часто спостерігаємо, що дорослі в більшості випадків не хочуть говорити з дітьми про війну та смерті, нею зумовлені. Аргументуючи це тим, що дитина нічого не розуміє, що вона може плакати, боятися, тому простіше сказати, що «ми на якийсь час приїхали в гості», а вибухи – це насправді «салют, якого не треба боятися». Зрозуміло, що дорослим хочеться уберегти дитину від тяжких переживань. Але чи спрацьовує такий «корисний обман»? Що відчують діти, коли вони разом із дорослими зазнають впливу незнаного раніше акустичного терору, коли обстріли відбуваються із різних видів зброї, створюючи шумову завісу, яка дезорієнтує та зумовлює паніку? Що відчують діти, які бачать тіла загиблих на вулицях, спалену військову техніку та понівечені автівки цивільних? Що говорити про дітей, якщо ми, досвідчені і наче стресостійкі науковці із досвідом практичної роботи бачимо, як вибухають ворожі снаряди і палають десятки будинків на вулицях великих міст, тліють на трасі підбиті ще вчора танки із зірваними баштами, а від людей в них лишаються рештки у вигляді купки попелу?

Війна – це більше колективний, а не індивідуальний досвід, а тому не можна ігнорувати руйнування соціальних світів дорослих і дітей, насамперед це стосується зміни світосприйняття на рівні цінностей, втрати відчуття «безпечного і контрольованого світу», який дітям забезпечують саме дорослі.

Проаналізувавши наявну зарубіжну літературу з проблем допомоги дітям війни ми визначили два основні підходи до психосоціального втручання щодо дітей у районах, що постраждали від війни: перший – передбачає психосоціальну та психологічну допомогу окремим або малим групам, він орієнтований на травму та сприяє тому, аби діти швидше впоралися зі своїми стресовими переживаннями; другий – профілактичний, замість того, щоб зосереджуватися на минулому досвіді, інтервенції спрямовані на вирішення актуальних проблем дітей, щоб вони змогли адаптуватися до максимально продуктивного життя у безпечному місці. Тобто, ми можемо констатувати, що нині у психології екстремальних ситуацій акцент з психопатологічного впливу (ПТСР, депресія, відхилення в розвитку) зміщено на зміну цінностей, життєвих пріоритетів і соціальних стосунків потерпілих від війни, особливо наголошується на необхідності врахування впливу війни на моральний розвиток дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Відповідно, у даному посібнику нами визначено три ключові проблеми, варті детального аналізу: теоретичне підґрунтя надання психологічної допомоги дітям війни (визначення ключових понять, впливів війни на психічний стан дітей та підлітків і потенційних ресурсів для їх відновлення); психосоціальна допомога та психотерапевтичні втручання (основні моделі допомоги дітям війни, ефективні у різних країнах); можливості адаптації зарубіжних методик психосоціальної допомоги дітям війни до реалій України (у тому числі подано психодіагностичні методики, які багато років використовуються з дітьми, які зазнали впливів війни і/або змушені були переселитися до безпечних місць із зон активних бойових дій).

Нами наголошено на необхідності вивчення найкращих світових практик надання психологічної допомоги дітям війни, а у разі їх відсутності – створення та поширення своїх власних, оскільки досвід України значною мірою є унікальним та стане в нагоді психологам різних країн, де потенційно ймовірні збройні конфлікти.

Ми висловлюємо подяку нашим зарубіжним друзям Lidija Radakovic, Tina Doan, Mae Maple, Anna Ewa, які з перших годин війни підтримували нас, пропонували прихисток в своїх країнах, а потім – допомагали інформаційно у створенні даного посібника.

Ми вдячні адміністрації Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України директору академіку, доктору психологічних наук, професору С.Д. Максименку, заступнику директора з науково-організаційної роботи та міжнародних наукових зв'язків, академіку, доктору психологічних наук, професору Л.М. Карамушці, ученому секретарю кандидату психологічних наук Г.В. Гуменюк, декану факультету психології КНУ імені Тараса Шевченка, члену-кореспонденту НАПН України, доктору психологічних наук, професору І.В. Данилюку та всім колегам, які у цей непростий час надають психологічну допомогу постраждалим від війни дітям та дорослим. Висловлюємо подяку харківському військовому кореспонденту Леоніду Логвиненку за фото, використане на обкладинці посібника (<https://www.facebook.com/leonid.logvinenko>). Щиро вдячні нашим родинам і близьким друзям, які попри непрості обставини, виявили безмежне терпіння та підтримку під час створення нами даної книги. Особлива подяка Збройним силам України за можливість у відносно безпечних умовах працювати та допомагати іншим людям. Висловлюємо подяку адміністрації та колективу Черкаського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни за співпрацю та отриманий досвід роботи з учасниками бойових дій. Ми вдячні всім людям доброї волі, які з кожним днем наближають нашу перемогу.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ВІЙНИ

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ: ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ПОНЯТЬ

Насамперед ми визначили ключові особливості впливу війни на соматичний та психологічний стан дітей відомих нам попередніх воєн. Дослідження з різних країн показали, що симптоматика ПТСР та розладів адаптації часто зустрічається у дітей-біженців, коли не лише війна, а й власне процес переміщення із зони бойових дій є травмівною подією.

Боснія та Герцеговина. Під час війни в Боснії та Герцеговині (1992–1995) близько половини населення були змушені залишити свої домівки та окрім травм, отриманих на війні, жити у вигнанні та сильній бідності. Хоча місцеві фахівці повідомляли, що переселенці голодують, доведено, що попри те, що харчування було одноманітним і недостатнім за якістю та кількістю, його стан не був катастрофічно поганим. Проблемами, які зазвичай спостерігалися у дітей-війни – дратівливість, безсоння, тривога розлуки, психосоматичні симптоми, проблеми з концентрацією та нічні жахи. Втім за наявності соціальної підтримки, у більшості дітей ці симптоми були короткочасними, та у перспективі суттєво не позначилися на здоров'ї дітей, незважаючи на вплив серйозних травмівних подій.

Палестина. Для дітей Палестини війна була очікуваною, а тому менше вплинула на їх психологічний стан, діти були мотивовані на боротьбу з ворогом і вважали її невід'ємною частиною свого життя. Найбільше страждала шкільна інфраструктура, школи ніколи не були об'єктами бомбардувань, але саме в школах часто відбувалися акти насильства в тому числі стрільянина сльозогінним газом. Діти Палестини часто ставали свідками публічного приниження їх батьків – коли батьків збирали на відкритому повітрі й ганьбили перед їхніми родинами (наприклад, били, змушували сидіти в багнюці тощо). Найбільш травмівним фактором для дітей Палестини був догляд за пораненими після надання їм першої медичної допомоги.

Хорватія. Хоча симптоми посттравматичного стресу з часом зменшувалися, 10% дітей повідомили про важкий рівень симптоматики через 30 місяців після завершення війни. Соціальна підтримка суттєво мінімізує ризик тривожних та депресивних розладів особливо в молодшому підлітковому віці. Для дітей старших 4 років було характерно відчуття «скороченого майбутнього», коли вони стверджують, що не виростуть, а скоро помруть, і тому відмовляються планувати життя наперед.

Ліван. Кількість військових травм, які пережила дитина позитивно пов'язана з симптомами посттравматичного стресового стресу (чим більше травм, тим вищий ризик ПТСР); водночас найчастіше симптоми ПТСР розвивалися у дітей, які бачили артобстріли своїх міст. Ліванські діти чітко усвідомлювали, хто для них є «лютим ворогом», цим самим виправдовуючи найекстремальнішу поведінку (наприклад, насильство, тортури) щодо ворогів.

Часто не маючи можливості реалізувати свої прагнення насильства щодо ворога, ліванські підлітки демонстрували насильство щодо своїх безпосередніх сусідів однолітків, які так само воюють з ними проти ізраїльтян. При цьому домінуючим настановленням у них було те, що будь-який конфлікт «вирішується за допомогою ворожості, агресії та насильства».

Сирія. Громадянська війна в Сирії (2012 -), фактично – репетиція Росії перед вторгненням в Україну. За даними ООН, на початок березня 2013 року загинуло в ході громадянської війни понад 70.000 сирійців. Кількість біженців досягла 1 000 000 осіб, переважна більшість осіла в сусідньому Лівані, також в Йорданії, Туреччині та інших суміжних країнах. Кількість втікачів значно зросла з початку 2013 року, в січні-лютому 2013 їх кількість склала 420.000 осіб. Понад 2.500.000 сирійців змушені були переселитися в спокійніші райони всередині країни. Наприкінці квітня 2013 року за оцінками ООН кількість загиблих сягнула близько 93 тисячі осіб. Загинуло щонайменше 6561 дітей.

Понад 90% дітей у вищезазначених країнах ніколи не зазнавали катувань та не були свідками катувань інших дітей та підлітків.

Дослідники теоретичний і практичних аспектів надання психологічної допомоги дітям війни, найчастіше оперують таким поняттями як психічна травма, гострий стрес, ПТСР, порушення адаптації, горе (скорбота, пролонгована реакція горя), травмівна втрата. Тому виклад основного матеріалу посібника ми розпочнемо саме із визначення ключових понять.

Психічна травма – це сильний страх, жах чи почуття безпорадності внаслідок події, що загрожує фізичній/психічній цілісності людини або її близькому. Те, що людина пережила переходить межі звичайного досвіду. Це настільки важкий удар, що людина втрачає здатність продовжувати нормальне життя. Травма психічна – це ушкодження (кимось чи чимось) психіки, що призводять до помітного порушення її нормального функціонування. При *психологічній травмі* порушень функцій психіки – немає, у людини залишаються можливості успішно адаптуватися до середовища (E. Jones, S. Wessely, 2007).

Гострий стрес. Це найпоширеніший вид стресу, зумовлений надмірними вимогами до людини або очікуванням цих вимог у майбутньому. У невеликій кількості гострий стрес збуджує та навіть приносить задоволення, але коли його занадто – настає виснаження. Дію гострого стресу можна порівняти із катанням на лижах: спочатку це захоплююче та цікаво, але згодом настає втома, людині бракує сил не лише для катання, але й інших видів діяльності, а перевтома може стати причиною соматичних проблем, зокрема й переломів кісток внаслідок втрати обережності, неуважності тощо. Так само і гострий стрес зумовлює психологічний дистрес, головний біль, втрату апетиту та інші симптоми (A. Y. Shalev, 2002). Зазвичай, дія гострого стресу нетривала і не призводить до важких розладів, втім може викликати такі симптоми як: емоційний дистрес (поєднання гніву та роздратування, тривоги та депресії); м'язові проблеми (головний біль напруги, болі в спині, кінцівках, щелепі, розтягненні м'язів і сухожилів); проблеми зі шлунком і кишківником (печія, підвищення кислотності, метеоризм, закрепи, діарея, синдром роздратованого кишківника);

гіперактивність ЦНС (підвищення тиску, прискорення серцебиття, мігрені, холодні кінцівки, запаморочення, задишка, біль у грудях).

Епізодичний гострий стрес. Є люди, які часто страждають від гострого стресу, їхнє життя настільки неупорядковане, що їм доводиться жити у постійному хаосі, вони постійно поспішають, але завжди запізнюються, часто беруть на себе надмірні зобов'язання, але не в силах впоратися з ними. Такий стан властивий для осіб у стані перезбудження, вони характеризують себе як «сповненими енергії», але часто виражають її у вигляді роздратування, агресії, руйнуванні міжособистісних стосунків, робота стає для них занадто стресогенною, а вдома вони не можуть відпочити.

Розрізняють два типи реагування в епізодичному гострому стресі. Тип «А» - кардіологічний. Характеризується агресивністю, нетерплячістю, раціоналізованим негативним ставленням до оточуючих. Вони схильні до розвитку ішемічної хвороби серця. На відміну від них, представники типу «В» характеризуються песимістичністю, постійним занепокоєнням, вважають світ ворожим і небезпечним та більше схильні до депресії, а не до проявів агресії.

Епізодичний гострий стрес по суті є способом життя людей, які не розрізняють стресові події як такі, опираються змінам і не вважають, що відчувають дистрес (E. Jones, S. Wessely, 2007).

Хронічний стрес. Якщо гострий стрес призводить до збудження, підвищення активності, то хронічний стрес, який триває роками, лише виснажує, негативно позначається як на психічному благополуччі, так і соматичному здоров'ї. Він характерний для людей, які живуть у постійній бідності, дисфункціональних сім'ях, перебувають у нещасливому шлюбі чи довгий час не можуть працевлаштуватися.

Хронічний стрес виникає, коли людина не бачить вихід із критичної ситуації. Це стрес постійного тиску на людину, коли неприємностей настільки багато, що вона відмовляється шукати можливі варіанти рішення проблем. Деякі хронічні стреси зумовлені дитячими психотравмами, які впливають й на теперішнє життя людини. Не менш стресовий вплив чинять й інтерналізовані уявлення про світ (наприклад «світ небезпечний», «всі чоловіки – гвалтівники»). Найгіршим аспектом хронічного стресу є те, що люди звикають до нього, якщо гострий стрес сприймається як наявний, тому що він раптовий і містить певну новизну, то хронічний стрес ігнорується оскільки він звичний, а часто й комфортний. Наслідками хронічного стресу можуть бути суїциди, насильство, інфаркт, інсульт чи онкологія. Хвороби важко піддаються лікуванню через фізичне та психічне виснаження людини (A. R. Sewart, T. D. Zbozinek, 2019).

Гостра стресова реакція. Транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається в осіб без видимого психічного розладу у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес і який зазвичай проходить протягом годин або днів. Стресом може бути сильне травматичне переживання, включаючи загрозу безпеці або фізичній цілісності індивіда чи близької особи (наприклад, природна катастрофа, нещасний випадок, битва, злочинна поведінка, згвалтування) або незвично різка і загрозлива зміна у соціальному положенні і /або оточенні хворого, наприклад, втрата багатьох близьких або пожежа в будинку. У момент

стресу виникає фіксація на таких механізмах захисту, як екстремальна ідентифікація, витіснення. В результаті можливі зміни свідомості, порушення сприйняття і поведінки.

Для постановки діагнозу повинна бути обов'язковий і чіткий зв'язок між впливом незвичайного стресора і початком симптоматики; початок зазвичай негайний або через кілька хвилин. До того ж, симптоми є змішаними тобто до ініціального стану додаються депресія, тривога, гнів, відчай, гіперактивність, але жоден з симптомів не триває довго; симптоми припиняються швидко (щонайбільше протягом кількох годин) в тих випадках, де можливе усунення стресової обстановки. У випадках, де стрес продовжується або за своєю природою не може припинитися, симптоми зазвичай починають зникати через 24-48 годин і зводяться до мінімуму протягом 3 днів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена або тривала відповідь на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яке може викликати глибокий стрес майже у кожної людини (R. A. Bryant, 2019). Неприятливі фактори, такі як компульсивність, стомлюваність або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або погіршити перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмівної події в нав'язливих спогадах («кадрах»), думках або жахах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце перебудження і виражена надмірна настороженість, підвищена реакція на переляк і безсоння. З вищезазначеними симптомами часто пов'язані тривожність і депресія, не поодинокими є ідеї самогубства. Появі симптомів розладу передують латентний період після травми, що коливається від декількох тижнів до декількох місяців. Перебіг розладу різний, але в більшості випадків настає відновлення. У деяких випадках стан може набути хронічного перебігу на багато років з можливим переходом в стійку зміну особистості.

Комплексний ПТСР – це діагностична категорія в МКХ-11, яка замінює охоплену нею категорію МКХ-10 F62.0 «Стійка зміна особистості після переживання катастрофи». Крім основних симптомів ПТСР, комплексний ПТСР характеризується серйозними порушеннями регуляції емоцій, змінами у ставленні до себе та до інших. Зазвичай, комплексний посттравматичний стресовий розлад зумовлений тривалими травмівними переживаннями, що складаються з множинних або повторюваних травмівних подій (A. Maercker, F. Bernays, 2022). У МКХ-11 додатково зазначено, що це зазвичай події, уникнути яких було неможливо (наприклад, геноцид, сексуальне насильство над дітьми, перебування дітей на війні, жорстоке побутове насильство, тортури або рабство).

Симптоми травмівного стресу:

1. Симптоми перепроживання, інтрузії

У постраждалих людей можуть бути повторювані та небажані згадування про подію, наче вона відбувається тут і зараз, що супроводжуються інтенсивним

страхом або жахом. Такі згадування можуть з'являтися у формі нав'язливих спогадів, страшних снів або, у тяжчих випадках, – флешбеків. Флешбек – це епізод, коли на якусь мить людина вірить у те, що вона повернулася в час події, проживає її знову та діє відповідним чином. Люди, які мають флешбеки, зазвичай на кілька секунд або хвилин втрачають зв'язок із реальністю.

Згадування можуть бути у формі образів, звуків (наприклад, звуків пострілів) або запахів (наприклад, запаху поту нападника).

У дорослих страшні сни пов'язані з подією або якимись її аспектами. У дітей симптоми інтрузій також можуть проявлятися шляхом страшних снів без чіткого змісту, нічних страхів або відтворення травмивного змісту у грі або в малюнках.

2. Симптоми уникнення

Вони включають у себе навмисне уникання ситуацій, діяльності, думок або спогадів, які нагадують людині про травмивну подію. Це, наприклад, може бути небажання говорити про травмивну подію з медичним працівником чи психологом. Парадоксальним чином такі стратегії уникнення призводять до підвищення частоти симптомів переживання (інтрузій).

3. Симптоми, пов'язані з відчуттям посиленої загрози

Постраждалі можуть мати хибне відчуття, що вони все ще перебувають під серйозною загрозою. Ці переживання посиленої актуальної загрози можуть зумовити підвищення пильності до стимулів, які не стосуються травми.

Підвищена пильність – це надмірне занепокоєння щодо небезпеки (наприклад, знаходячись у місцях загального користування, особа значно пильніша, ніж інші, без необхідності обирає «безпечніші» місця для сидіння тощо).

Надмірна реакція здригання – людина здригається при найменших подразниках, іншими словами, реагує надмірним страхом на неочікувані раптові рухи або гучний шум. Такі реакції вважаються надмірними, якщо особа реагує значно сильніше, ніж інші, і їй потрібно значно більше часу для того, аби заспокоїтися (J. I. Bisson, L. A. Wright, 2021).

Порушення адаптації. Стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що створює труднощі для суспільної діяльності і повсякденної активності, що виникає у період адаптації до значної зміни в житті або стресової події. Стрессова подія може порушити цілісність соціальних зв'язків індивіда (важка втрата, розлука) або широку систему соціальної підтримки і цінностей (міграція, статус біженця) чи представляти широкий діапазон змін та криз у житті (вступ до школи, набуття статусу батьків, невдача в досягненні заповітної особистої мети, вихід на пенсію). Індивідуальна схильність або вразливість грають важливу роль у ризику виникнення і формах прояву розладів пристосувальних реакцій, проте не допускається можливість виникнення таких розладів без травмивного фактору. Прояви дуже варіабельні і охоплюють пригніченість настрою, настороженість або занепокоєння (або комплекс цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь або вирішити лишитися в цій ситуації. Одночасно можуть приєднуватися розлади поведінки, особливо в юнацькому віці (A. V. Rubonis, L. Bickman, 1991).

Нічний енурез як симптом гострого стресу у дітей

В нашій культурі процес сечовиділення та виропожнення кишківника вважається конфіденційним, однак в умовах війни, конфіденційність зазвичай відсутня. Дітям і дорослим доводиться «ходити в туалет» на очах у багатьох людей, що часто зумовлює виникнення соматичних і психологічних проблем у цій сфері. При корекції нічного енурезу у дітей війни, слід враховувати високу ймовірність порушень сечовиділення внаслідок неможливості тривалий час відвідати туалет та випорожнити сечовий міхур. При тривалому «терпінні» протягом 10 або більше годин, може розвинутися затримка сечовипускання, через те, що м'язи сечового міхура не можуть розслабитися, навіть коли людина хоче і може це зробити.

Діти, які перебувають у сильному стресі, можуть погано спати, їм важко заснути, звідси – їх нічний сон короткий, але часто – глибокий, під час якого й трапляється нічний енурез. *Разом із порушенням сну – страхом заснути, нічними жахами – енурез є головним симптомом ПТСР у дітей.*

Рекомендації щодо допомоги батькам (опікунам) дитини з енурезом.

Отримайте підтвердження того, що ця проблема з'явилася тільки після стресової, травмивної події (впродовж одного місяця після неї). Виключіть та пролікуйте можливі фізичні причини (наприклад, інфекції сечовивідних шляхів чи травми статевих органів).

- Проведіть оцінку психічного стану та актуальних стресогенних чинників дитина та її батьків/опікунів.

- Проведіть просвітницьку роботу з батьками/опікунами. Поясніть, що їм не слід карати дитину за нічний енурез. Поясніть, що нічний енурез – це поширена реакція дітей, які пережили стрес, а покарання виявиться для них додатковою психотравмою. Поясніть батькам/опікунам важливість того, аби вони залишалися спокійними та емоційно підтримували дитину. Навчіть батьків/опікунів не звертати надто багато уваги на симптом та давати дитині позитивну увагу в інший час.

- Розгляньте можливість навчити батьків/опікунів використовувати прості поведінкові втручання (наприклад, винагородження дитини, якщо вона уникає надмірного вживання напоїв перед сном або ходить у туалет перед сном). Такими винагородами може бути додатковий час на ігри, зірочки у спеціальній таблиці або інший місцевий еквівалент.

- ✓ Обмежте вживання рідини ввечері;
- ✓ Важливо отримувати достатню кількість рідини вдень, однак на вечір слід обмежити кількість випитого;
- ✓ Уникайте напоїв і продуктів, що містять кофеїн;
- ✓ Заохочуйте подвійне сечовипускання перед сном;
- ✓ Заохочуйте регулярне відвідування туалету протягом дня;
- ✓ Намагайтесь дотримуватися режиму дня, особливу увагу приділяйте достатній фізичній активності дитини.

Гіпервентиляція як симптом гострого стресу

Іноді гіпервентиляцію називають стресовим диханням, оскільки це швидке або поверхневе дихання, спричинене, як правило, стресом або нападом тривоги.

Людина відчуває задишку і перебуває у стані паніки, її руки та ноги можуть оніміти.

Виключіть та пролікуйте можливі фізичні причини, навіть якщо гіпервентиляція розпочалася одразу ж після стресової події. Завжди проводьте базове медичне обстеження для виявлення можливих соматичних причин стану дитини.

Поясніть, що в людей часто з'являється така проблема внаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників.

Зберігайте спокій, за можливості усувайте джерела тривоги та навчайте правильному диханню (тобто заохочуйте дітей дихати нормально, не глибше і не швидше, ніж зазвичай).

Зверніть увагу на те, що дихання з використанням паперового пакету є широко розповсюдженою технікою, але вона не є добре вивченою, тому не заохочуйте дітей часто дихати у паперовий пакет.

Відстрочений прояв симптомів ПТСР (DPTSD)

Традиційно вважається, що симптоми ПТСР проявляються до шести місяців після травми, однак наші спостереження 2014-2022 років дають підстави стверджувати, що ПТСР у військових виявляється й після піврічного терміну, особливо яскравим прикладом є учасники війни в Афганістані, у яких ПТСР проявився через десятиліття. У цьому контексті цікавою є стаття R. A. Bryant (2019) в журналі *World Psychiatry*, де наголошується, що віддалений або запізнілий прояв симптомів ПТСР характерний саме для військових, а не для цивільних, тобто бойова травма частіше за ДТП, звалтування, стихійні лиха провокує відтермінування появи посттравматичних симптомів. R. A. Bryant наводить цьому три пояснення, два з яких є гіпотетичними, а третє – емпірично підтвердженим.

1) Одразу після травми завдяки захисним механізмам психіки, всі негативні реакції заперечуються та витісняються у підсвідоме, однак через деякий час яскраво проявляються у вигляді ПТСР.

2) Безпосередньо після травматичної події люди більше зайняті нагальними потребами (такими як біль, зміна дислокації тощо), які відволікають їхню увагу від стресових реакцій.

3) Після травмивної події людина потрапляє у безпечне середовище, де її підтримують, надають допомогу, тим самим створюючи ілюзію безпеки, втім ілюзорна захищеність поступово поступається місцем постійному відчуттю загрози, що призводить до ПТСР.

Каталізатором появи симптомів ПТСР у всіх трьох припущеннях є травматичні події у посттравматичному періоді та брак ресурсів для вправління з ними (наприклад, смерть близької людини спровокувала ПТСР зумовлений бойовою травмою, отриманою три роки тому).

Відкладений ПТСР виявлений серед виживших у концтаборах, після атомного бомбардування в Японії, у ветеранів бойових дій Другої світової війни та В'єтнаму (H. S. Archibald, R. D. Tuddenham, 1965). Дослідження цих популяцій показали, що в багатьох випадках наслідки травми не були очевидними. Багато людей, що пережили ці катастрофічні події, добре справлялися зі своїм

повсякденним життям, а через багато років потому у них розвинулися симптоми, схожі на ПТСР (Н. Hendin, А. Р. Naas, Р. Singer, 1984).

Отже, результати зарубіжних досліджень демонструють, що чим більше стресових подій, тим менший ресурс і, відповідно, вища ймовірність відкладеного ПТСР. *На відкладений (затриманий) ПТСР найбільше впливають нещодавні негативні життєві події, а найменше – події дитинства. Тобто, появу відкладеного ПТСР провокують сильні стреси, кризові ситуації, які сталися через значний час після травматичної події.*

Горе – інтенсивний емоційний стан, який властивий людині при втраті когось (або чогось), з ким (або з чим) у неї був глибокий емоційний та психологічний зв'язок. Це одна із базальних емоцій, пов'язана із відчуттям об'єктивної чи суб'єктивної втрати значимого об'єкта, частини ідентичності чи очікуваного майбутнього. Доведено, що горе – це не стан, а процес.

Горе – це природна реакція на втрату коханої людини. Як і кохання, яке зумовило його, горе є збірним терміном для позначення складного багатокомпонентного досвіду, який змінюється та розвивається з часом і особливості якого індивідуальна для кожної людини та для кожної втрати. Тому горе значною мірою нагадує любов. Втрата коханої людини ставить перед нами складне питання «Чи помирає разом із померлим і наша любов?» Більшість людей стверджують, що це не так. То як насправді: якщо любов не вмирає, що відбувається з нею, адже об'єкт любові назавжди втрачено? Звісно ж, любов не лишається такою, до якої ми звикли за життя людини, ми можемо любити когось глибоко після смерті, але це не те саме, що любити живу людину. Любов змішується із тугою і сумом як основними рисами горя. Іншими словами, ми все ще любимо людину, яка померла, але наша любов набуває форму горя. Як таке, горе є природним і неминучим. Однак воно не є статичним. *Процес адаптації – це процес пошуку «дому» (безпечного місця) для горя, де його приймають і шанують, але воно не складає усю подальшу історію життя людини.* Момент втрати є ключовим у початку нової історії життя, з часом історія горя розгортається в процесі, який не є рівномірним або передбачуваним, але є деякі загальні принципи, які можуть допомогти відстежувати та керувати процесом горювання.

Траур, жалоба, горювання – форма зовнішнього вираження жалю або горя через втрату близької людини, групи людей, суспільного лиха, смерті великого державного чи громадського діяча.

Немає чітких часових меж етапів чи обов'язковості їх проходження на шляху адаптації до втрати, але загалом вона виражається у розумінні того, що близька людина померла, її смерть незворотна, тепер треба сформулювати нові постійні стосунки з нею і побачити нові можливості для щасливого життя вже без коханої людини (М. Stroebe, Н. Schut, 2010). Ми починаємо планувати своє подальше життя навіть тоді, коли все ще з'ясовуємо, що означає втрата. Горювання – період сильних емоцій, які необхідно вчитися регулювати. Типові способи регулювання емоцій під час гострого горя включають коливання уваги між болючими спогадами про померлу людину та відволікання від них; використання самоспостереження та рефлексії з переоцінкою тривожних

аспектів втрати, відкритістю до спілкування зі значущими людьми та практикою усамітнення. *Для саморегуляції емоцій необхідні позитивні, теплі спогади про померлого, слід дозволити собі відволікатися на приємні справи, давати собі час на розваги, отримання задоволення від виконання цікавої діяльності.* Адаптація полягає знаходженні нового Я, а отже у період горювання слід приділити велику увагу виявленню своїх нових інтересів та цінностей та планувати способи їх реалізації у повсякденному житті.

Пролонгована реакція горя. Центральний компонент пролонгованої реакції горя (туга за померлим) не залежить від неспецифічних симптомів тривоги і депресії. При цьому дані переживання не чутливі до лікування антидепресантами (тоді як депресивні синдроми, пов'язані з втратою, чутливі), а психотерапія, стратегічно націлена на симптоми пролонгованої реакції горя, демонструє більшу ефективність у полегшенні її проявів, ніж лікування, спрямоване на депресію.

Критерії пролонгованої реакції горя:

1. У людини є стійка та сильна туга за померлим або заглибленість у нього (зазвичай поєднується з іншими симптомами горя, такими, як гнів, труднощі зі прийняттям втрати) та пов'язаний із ними емоційний біль.

2. Людина має труднощі із повсякденним функціонуванням.

3. Людина постійно тужить принаймні шість місяців та впродовж періоду, значно довшого, аніж це прийнято в культурі цієї особи.

Люди з пролонгованою реакцією горя мають серйозні психосоціальні проблеми і проблеми зі здоров'ям, включаючи інші проблеми психічного здоров'я, такі як суїцидальна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, саморуйнівну поведінку або соматичні розлади, такі як високий артеріальний тиск і підвищена частота серцево-судинних захворювань.

Інтегроване горе – тривале горе, яке суттєво не впливає на функціонування людини, здебільшого знаходиться у фоновому режимі, але часто активується в певні календарні дні, події в житті або з несподіваними нагадуваннями про втрату. Наявність інтегрованого не означає, що потерпілий не пристосувався до своєї втрати.

Травміне горе у дітей – це стан, коли симптоми, зумовлені травмою, перешкоджають здатності дітей адекватно оплакувати втрату близької людини.

Травмівна втрата – це стан горювання, зумовлений смертю близької людини, яка сталася у травмівних, неочікуваних обставинах.

ГОРЕ, ЗУМОВЛЕНЕ РАПТОВОЮ СМЕРТЮ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ

Ускладнене горе часто зумовлене раптовою смертю близьких людей, дана смерть не є очікуваною, такою, до якої можна підготуватися заздалегідь. Водночас це найпотужніше нагадування про людську смертність та її неконтрольованість, оскільки неможливо знати або керувати часом смерті. Перше, що відчуває людина, стикнувшись з раптовою смертю рідного – це безпорадність, неможливість запобігти цій події. Шоковий ефект раптової смерті може бути настільки великим, що сам по собі може викликати синдром

травматичного стресу у виживших. Найпершою реакцією є активізація ресурсів для подолання безпорадності, паніки і безсилля.

Коли раптові смерті є насильницькими, горе може набути інших вимірів, де основними стають почуття провини і бажання помсти. Насильницька та випадкова смерть стає ще більш шокуючою, травмівною та важкою для переживання, коли вона стосується дітей, тут бажання помсти часто набуває форми нав'язливих думок, навколо яких зосереджується світ вижившого горюючого. Інша ситуація раптової смерті складається тоді, коли вона є раптовою, але не миттєвою. Інтенсивна терапія та реанімація є життєво важливими спробами запобігти передчасній смерті і, звичайно, часто бувають успішними. Однак, коли вони зазнають невдачі, родичі часто звинувачують у смерті не справжніх винних, а лікарів, які намагалися реанімувати померлого.

Насильницька смерть також супроводжує війну та катастрофи. Насильницька смерть на війні може бути соціально санкціонована, оскільки смерть відбувається у боротьбі за ідею, за територію, а сам загиблий часто героїзується, що значною мірою послаблює процес горювання у його рідних. У катастрофах смерті мають масовий характер, а тому загибель кожної конкретної людини нерідко знеособлюється та знецінюється. Крім того, саме у випадку катастроф актуалізується так звана стигматизована смерть, коли катастрофа сприймається суспільством як «кара Божа» у разі стихійного лиха або «людський фактор» внаслідок техногенної катастрофи. Механізми, за допомогою яких у суспільстві справляються з раптовою смертю, також можуть вплинути на реакцію горювання. Тіло часто не може бути легко доступним для огляду рідними, тому ця реальність прийняття смерті, мертвого тіла коханої людини, заважає прийняти остаточність смерті. Тіло може не бути знайдене, або воно може бути понівечене до такого стану, що його неможливо впізнати, це також заважає прийняти реальність смерті, й, відповідно, пройти всі етапи горювання.

Самогубство – це раптові смерті, що мають особливе значення, оскільки рідні із власної волі залишають близьких наодинці зі своїм горем, відповідно, у виживших актуалізуються почуття провини та сорому, особливо якщо були попередні натяки, на які не звертали увагу (див. горювання внаслідок самогубства).

Раптова хвороба і/або екстрена операція можуть призвести до раптової смерті. Раптова смерть молодих людей (у віці від 16 до 40 років) від серцево-судинних або цереброваскулярних хвороб відноситься до цієї категорії. Раптові смерті можуть бути миттєвими, або ж можуть настати через кілька днів або тижнів, коли горе не стає передбачуваним через боротьбу за життя рідного та надію на його одужання. Складними для горювання рідних є раптові смерті, де не можна знайти причин, особливо синдром раптової смерті немовляти, який часто переживається чи не найважче з усіх раптових смертей.

Раптова смерть може статися далеко від дому, і навіть від лікарні. Це може статися на узбіччі дороги або в чужому місці. Людина помирає одна або з незнайомцями – це створює додатковий чинник травматизації горюючих. Є ще один важливий аспект раптової смерті. Якщо очікувана смерть може змінити якість стосунків між вижившим та вмираючою людиною у позитивний бік, то

раптова смерть актуалізує образи і негативні переживання, які були у стосунках між померлим і його рідними.

Втім, раптова смерть характеризується певною амбівалентністю, коли горювання супроводжується відчуттям цінності даної смерті (на відміну від смерті травмівної). Так, раптова смерть на війні чи під час виконання службових обов'язків є соціально значущою, а раптова смерть під час сну старої людини – соціально бажаною. Загалом за умов раптової смерті у вмираючого немає часу на страх, конфронтацію з неіснуванням. Таким чином, перше питання вижившого після смерті коханої людини може бути «Чи страждав він?» Смерть часто ототожнюють із стражданнями, а страждання – з найгіршим видом смерті. Тому раптова смерть мінімізує страждання як такі, насамперед страждання, видимі для оточуючих.

Травмівне горювання частіше трапляється після певних видів смерті, включаючи раптову та несподівану смерть, пов'язану з насильством, смерть в ДТП, в результаті вбивства чи самогубства. Зазвичай *травмівне горювання властиве людям, які вважають, що могли б запобігти смерті близького*. Ситуації, в яких виживший був свідком смерті, його власному життю загрожувала небезпека, він стикався зі смертю багатьох людей за невеликий проміжок часу, також можуть спричинити травмівне горювання. Дослідженнями доведено, що раптова смерть є найпоширенішим видом смерті осіб у віці від 1 до 44 років (М. Нерон, 2012), вона відбувається в наслідок нещасних випадків, вбивств, самогубств, катастроф та військових боїв. У випадку травмівної втрати тяжкості симптоми горя перекриваються симптомами травми. Насправді, оскільки вплив раптової травмівної втрати настільки руйнівний, це часто призводить до симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тобто, перед вижилими стоїть подвійне завдання – оплакувати втрату та впоратися з травмою, яка супроводжувала смерть. Після травмівної втрати симптоми горя, зазвичай, є більш інтенсивними і тривалими, ніж симптоми після природної смерті.

Дванадцять елементів високого ризику травмівної втрати (Т. Рандо, 2018).

1. Раптова смерть: смерть, яка настає раптово й приголомшливо, неочікувана смерть.

а. Раптова смерть завжди травмівна, тому що неочікуваність сильно травмують горюючого.

б. Раптова смерть і травмівна втрата завжди зумовлюють, принаймні на певний період часу, складний траур, ускладнене горювання.

с. Раптова смерть може бути класифікована як неприродна або природна:

Природна смерть – виникає внаслідок внутрішніх фізіологічних подій в організмі людини:

- інфаркт/інсульт
- тромбоемболія
- епілептичний статус
- крововилив
- гостре бактеріальне або вірусне захворювання

- інші гострі синдроми, що призводять до смерті

Неприродна смерть – смерть, при якій людина вмирає не від природних подій всередині тіла, а від взаємодії із зовнішнім агентом(ами):

- нещасні випадки

- катастрофи

- самогубства

- вбивства

- **тероризм і війна**

Більшість цих смертей спричинені людиною та викликають численні складні проблеми, такі як несвоєчасність, навмисність, насильство та неможливість їм запобігти.

d. Види раптової смерті та їх наслідки:

- Миттєва раптова смерть

- Раптова смерть через короткий проміжок часу

- Ситуація проміжної раптової смерті

- Раптова смерть у контексті тривалої хвороби або покращення стану здоров'я.

2. Насильство та його наслідки: поранення, каліцтва та руйнування

3. Подія, спричинена людиною

4. Страждання (фізичні чи емоційні) коханої людини перед смертю

5. Неприродність

6. Неможливість запобігання

7. Зумисність

8. Випадковість

9. Численні смерті

10. Особиста зустріч зі смертю

11. Несвоєчасність

12. Втрата дитини

Процес травмівного горювання

Серед травмованих клієнтів неопрацьована травма часто гальмує процес горювання. Ми базуємось на підході Терези Рандо (1993, 2014), який отримав назву «6 R», оскільки складається із шести процесів, назви яких англійською мовою починаються із літери «R». Слід зазначити, що Т. Рандо розрізняє горе і скорботу (горювання). На її думку, горе – це більше мимовільна реакція на втрату, а скорбота – тривалий, активний процес адаптації до життя без близької людини. Вона виділяє три фази скорботи (горювання) – уникнення, конфронтації та акомодатії. Під час кожної фази відбуваються наступні «R» процеси. Перший процес (*Recognize*) – **визнання (усвідомлення) втрати** характерне для фази уникнення (крім прийняття власне факту втрати, цей процес означає розуміння того, що спричинило втрату, а це доволі складно зробити при травмівних втратах), його можна розпочати із розповіді про померлого і / або написання йому листа. Другий процес (*React*) **реагування на розлуку**, виражається у сильних болючих емоційних реакціях, пов'язаних зі смертю близької людини, включає виявлення та оплакування вторинних втрат, таких як втрата сексуальної близькості чи фінансової стабільності після смерті одного з подружжя,

відбувається на фазі конфронтації. Важливо також, щоб горюючий згадав і знову пережив позитивні та негативні емоції щодо померлого, цей третій процес отримав назву *згадування та перепроживання (Recollect-re-experience)*, на цьому етапі важливо допомогти клієнту реалістично оцінити стосунки з померлим, не ідеалізуючи його, цей процес також відбувається на фазі конфронтації. Так само на фазі конфронтації відбувається і процес *відмови від минулої прив'язаності (Relinquish)* до коханої людини, коли горюючий формує нову прив'язаність, де померлої людини немає в фізичному житті. На перший погляд здається, що цей процес є болочим та неприпустимим, але насправді це визнання того, що є певні речі, які потрібно буде відпустити, щоб рухатися вперед. Фаза акомодатії характеризується двома наступними процесами: *переосмисленням власної ідентичності* так, щоб вона відповідала новій реальності (*Readjust*) та *залучення у нові стосунки, формування нових цінностей та життєвих цілей (Reinvest)*. Це означає створення простору для нових речей, зберігаючи простір для нового та іншого типу стосунків із померлим.

Є кілька причин, чому раптова, травмівна смерть коханої людини, як правило, більш травмівна, ніж смерть, що виникає з природних причин.

По-перше, у горюючих виникає *раптове відчуття, що весь їхній світ перевернувся догори ногами* («Це було так, ніби хтось вирізав мої нутрощі»).

По-друге, ті, хто пережили травмівні втрати, відчувають сукупність симптомів – горя і травми, відповідно мають ризик виникнення синдрому гострого горя і ПТСР одночасно. Якщо ж людина помирає природньою, очікуваною смертю (за віком, через хронічну у тому числі онкологічну хворобу), горюючі близькі відчувають смуток, тугу за коханою людиною або почуття глибокої печалі. Для тих, хто пережив травмівну втрату, ці симптоми горя стають неактуальними, їх місце займають такі симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як інтрузії, флешбеки та уникання нагадувань про втрату. *Після травмівної втрати особи, що вижили, стикаються з подвійними завданнями оплакувати втрату та впоратися з травмою, що супроводжувала смерть.*

По-третє, після травмівної втрати *спроби пригадати кохану людину часто асоціюються з обставинами її смерті*. Ці образи настільки тривожні, що багато людей намагаються уникати думок про свою кохану людину, тим самим ускладнюючи опрацювання травми та оплакування втрати.

По-четверте, травмівні втрати актуалізують різні питання, які заважають процесу горювання. У більшості випадків *травмівна смерть спростовує основне уявлення про світ як про безпечний, справедливий і контрольований*. Вижившим важко зрозуміти остаточність смерті коханого. У дослідженні D. R. Lehman, C. V. Wortman і A. F. Williams (1987) людей, які втратили чоловіка/дружину або дітей внаслідок ДТП, через 4-7 років після події запитували, чи прийняли вони смерть своїх рідних. 40% говорили, що тоді відчували, що смерть не справжня, і що вони прокинуться та все буде добре. Крім того, ті, хто пережив раптову травмівну смерть, часто не могли зрозуміти сенсу того, що сталося («За що це мені???»), «Чому???»). *Процес горювання особливо болісний для тих, хто шукає*

сенса, але не знаходить його. Тим, хто пережив травматичні втрати, властиво ставити під сумнів свої релігійні уявлення та часто – відмовлятися від віри взагалі. Рідні загиблого ставлять перед собою питання «Хто винен? І як йому помститися?» та відчувають сильну провину, караючи себе що не зробили усе можливе для того щоб врятувати рідну людину, уберегти її від небезпеки. Не менш актуальним для них є питання чи відчувала біль кохана людина у момент смерті, якими були останні хвилини, секунди її життя.

По-п'яте, немає сумнівів, що *родичі раптово померлих довше горюють, ніж ті, чії рідні померли від природних причин.* А. Jordan, В. Litz (2014) стверджували, що через тижні та місяці після втрати це горе зазвичай починає стихати. Так, після природної смерті одного з подружжя, інший вже через декілька місяців повертається до адаптивного життя, натомість ті, хто пережили травмівну втрату, через півроку демонструють лише незначний прогрес, їх адаптованість все ще лишається на низькому рівні. Так було і у вищезгаданому дослідженні D. R. Lehman (1987), незважаючи на час, що минув, респонденти виявили вищі показники депресії, нижчу якість життя, гірші результати роботи та вищу смертність, ніж респонденти, які не зазнали втрат. Вони також частіше мали нав'язливі думки про те, що сталося, більше переживали за життя своїх рідних, вважаючи що з ним теж може статися щось непоправне, вони стали більш конфліктними, особливо у стосунках із родичами, у випадку раптової смерті дитини, подружжя у 70% випадків розлучалося. Подібні результати виявлено у багатьох дослідженнях травмівної втрати. У сукупності зрозуміло, що в більшості випадків горюючі стикаються з наслідками травмівних втрат протягом багатьох років, а часто – все життя.

Люди, які пережили травмівну смерть рідних, стикаються з безліччю проблем, яких зазвичай немає після природної смерті. Вони не тільки повинні боротися зі страшною смертю свого коханого, а й з руйнуванням своїх найосновніших життєвих припущень, зокрема, що світ передбачуваний і контрольований; все в світі відбувається відповідно до принципів справедливості та безпеки; і що, загалом, іншим людям можна довіряти (К. В. Carnelley, R. Janoff-Bulman, 1992). Часто люди, які пережили травмівні втрати, мають труднощі з прийняттям факту смерті, що може перешкоджати початку трауру. Процес горювання особливо болючий для тих, хто шукає сенс, але не може його знайти, порівняно з тими, хто здатний знайти сенс у своїй втраті, так вважається, що релігійні чи духовні переконання можуть сприяти подоланню втрат (J. H. Wortmann, С. L. Park, 2008). Віра в те, що кохана людина знаходиться в кращому місці, або в те, що горюючий воз'єднається з коханою людиною, може дати розраду. Однак також часто буває, що ті, хто вижили, ставлять під сумнів свою віру, а іноді і зовсім відмовляються від неї. Багато людей, які пережили травмівну втрату, відчувають сильне почуття провини, навіть якщо вони насправді не винні. Окрім власного почуття провини, виживші часто піддаються звинуваченню з боку інших. Більшість людей, які пережили травмівні втрати, тривожаться про те, чи страждав їх коханий під час смерті. Вони знали, що помруть? Вони відчували сильний страх чи жах? Такі роздуми є

найбільш поширеними після смерті, що є насильницькою або із пошкодженням тіла коханої людини

Три рівні гострого горя та травмівного стресу:

Перший рівень: гостре горе з мінімальною симптоматикою травмівного стресу (тобто «нормальна» кількість травмівного стресу, виражена в «нормальному» гострому горі)

Другий рівень: виражений травмівний стрес (ПТСР ймовірний, але не обов'язковий)

Третій рівень: виражена симптоматика травмівного стресу – ПТСР та / або ускладнене горе (Т. Рандо).

Фактори ризику для психічного здоров'я осіб, чії рідні загинули раптовою смертю.

Визначення груп ризику є ефективною стратегією скерування професійної допомоги тим, хто її потребує. Фактори ризику можна визначити як змінну, яка за наявності збільшує ймовірність поганого результату і може бути поділена на особистісні, міжособистісні та ситуативні складові (M. S. Stroebe, S. Folkman, R. O. Hansson, H. Schut, 2006). Доведено, що особистісні фактори ризику, такі як жіноча стать та наявні психіатричних проблем, збільшують ймовірність психічних розладів. Міжособистісні фактори ризику, зокрема, близькість та соціальна підтримка, також можуть впливати на результати горювання, так раптова втрата дитини зумовлює ПТСР частіше, ніж самогубство дорослого рідного, смерть дорослого внаслідок ДТП чи іншої катастрофи. Нарешті, ситуаційні фактори ризику або фактори, пов'язані з обставинами втрати, ймовірно впливають на перебіг горювання. Нижче детальніше розглянемо значення кількох з цих факторів.

Звинувачення інших та/або звинувачення іншими. Сприйняття відповідальності або провини за смерть часто вважається важливим для пристосування до втрати. Вважається, що психічні страждання будуть більш вираженими після втрат, спричинених техногенними катастрофами або масовим насильством (F. H. Norris, 2002). Хоча природні катаклізми сприймаються як неминучі, катастрофи, спричинені людьми, трапляються більш раптово, без попередження, і часто є хтось винний, що може вплинути на психологічні реакції загинув. Звинувачення інших у смерті близької людини може збільшити тривалість та тяжкість депресії, а також зумовити ускладнене горювання, яке зумовлене також і вираженим почуття провини.

Величина втрат. Масштабним аваріям та катастрофам, що спричиняють множинні смерті, часто приділяють більше уваги ЗМІ та широка громадськість, ніж «звичайним» смертям. Розголос може призвести до зростання симпатії та підтримки, але також може супроводжуватися так званою «ідентичністю катастрофи» – чим більше людей загинуло внаслідок катастрофи, тим більше виживші відчувають загрозу для власного життя, і переживають зумовлені цим відчуттям психопатологічні проблеми (A. V. Rubonis, L. Vickman, 1991).

Самозвинувачення та провини. Відчуття провини або самозвинувачення – це нормальна реакція після раптових і насильницьких втрат. Рідні можуть відчувати, що зробили недостатньо для порятунку тих, хто загинув, або

відчувати провину через те, що вижили самі. Почуття провини або відчуття того, що горюючі могли б щось зробити для запобігання смерті, корелює з ПТСР, депресією та ускладненим горюванням серед постраждалих від катастроф та у підлітків, родичі яких загинули від самогубства (J. A. Cohen, A. P. Mannarino, 2006).

Загроза для життя. Відчуття загрози власному життю та втрати близької людини часто зустрічаються серед жертв катастроф, а також серед цивільного населення, що зазнало воєнних дій. Взаємозв'язок між загрозою для життя при безпосередній залученості до ситуації катастрофи є ключовим ризиком виникнення симптомів ПТСР і не зумовлює ускладненого горювання (Y. Neria, A. Nandi, S. Galea, 2008).

Свідки смерті і/або пошук померлих. Приблизно у 5% випадках раптова смерть відбувається на очах їх близьких, згідно із DSM-5 бути свідком смерті є одним із критеріїв ПТСР (травмівна подія, або подія А+). Але пошук померлого або перебування на місці його смерті – побачити загиблого чи його останки (наприклад, кров на стіні після самогубства з вогнепальною зброєю чи самогубцю у зашморгу) – також пов'язане з симптомами ПТСР, однак не зумовлює пролонговану реакцію горя.

Очікування підтвердження смерті. Очікування підтвердження смерті є особливо стресовим для найближчих родичів і може затримати або продовжити процес горювання (P. Kristensen, 2012). Іншим наслідком насильницьких втрат, особливо під час війни, терористичних актів та стихійних лих, є те, що тіла не знаходять. Очікування підтвердження смерті рідного зумовлює невирішене горе і почуття безпорадності, депресію, соматизації та конфлікти у стосунках.

Множинні втрати. Втрата кількох членів сім'ї одночасно зазвичай відбуваються при різних катастрофах, по суті, руйнується система соціальної підтримки, коли виживші відчувають сильну безпорадність, вони не лише втрачають своїх рідних, а й власну самоефективність не лише у кризових, а й у повсякденних ситуаціях (J. M. Currier, J. M. Holland, R. A. Neimeyer, 2006).

Захисні фактори у випадку раптової смерті близьких

Останнім часом спостерігається зростання інтересу до стійкості після катастроф і втрат (так звана резилентність). Відсоток людей, які демонструють резилентну траєкторію (траєкторію відновлення і посттравматичного зростання) після природних, очікуваних смертей, є доволі вагомим, однак у випадку раптових втрат він значно нижчий. Згідно з дослідженнями G. A. Bonanno (2002) приблизно 30% тих, хто втратив кохану людину та став свідком нападів 11 вересня на Світовий торговий центр, вважалися резилентними, тобто не мали симптомів ПТСР, депресії, пролонгованої реакції горя через півроку після події. Звідси, захисні (протективні) фактори можна визначити як змінні, які, за їх наявності, збільшують ймовірність хорошого результату тобто ефективної адаптації до втрати. До таких факторів слід віднести адекватну високу самооцінку, високий рівень самоефективності та комунікативну компетентність. Крім того, пошук сенсу у втраті, наприклад через релігію/духовні переконання, пов'язаний зі зменшенням психічних страждань та горя після насильницьких втрат.

НОРМАЛЬНЕ, УСКЛАДНЕНЕ, ТРАВМІВНЕ ГОРЕ У ДІТЕЙ

Поширені симптоми гострого горя, нормальні протягом перших 6–12 місяців після втрати

Повторювані сильні почуття туги, сильного бажання возз'єднатися з людиною, яка померла; можливо, навіть бажання померти, щоб бути разом із покійною коханою людиною.

Відчуття глибокого смутку або каяття, епізоди плачу або ридання, які зазвичай змінюються періодами перепочинку і навіть позитивними емоціями.

Постійний потік думок або образів померлої людини може бути яскравим або навіть спричиняти галюцинаторні переживання, коли бачиш або чуєш її. Небажання прийняти реальність смерті, прагнення протестувати проти неї; можуть виникати почуття образи або гніву з приводу смерті.

Соматичний дистрес, наприклад, неконтрольоване зітхання, симптоми отруєння, втрата апетиту, сухість у роті, відчуття порожнечі, порушення сну, втома, виснаження або слабкість, неспокій, безцільна діяльність, труднощі з початком або підтримкою організованої діяльності, зміна сенсорного сприйняття.

Відчуття відірваності від світу чи інших людей, байдужості, незацікавленості чи дратівливості до інших.

Симптоми інтегрованого горя, які також є «нормальними»

Відчуття адаптованості до втрати.

Відновлення інтересів і цілеспрямованості, здатність продуктивно функціонувати, відчувати радість та задоволення.

Почуття емоційної самотності, яке актуалізується час від часу або зберігається постійно.

Почуття смутку і туги зазвичай все ще присутні, але вже менш виражені

Думки та спогади про померлу людину все ще викликають біль, але більше не домінують у свідомості.

Іноді можуть виникати галюцинаторні переживання образів померлого.

Можуть виникати сплески горя як реакції на календарні події (дні народження, Новий рік, інші свята) або інші періодичні нагадування про втрату.

Симптоми ускладненого горя

Постійні інтенсивні симптоми гострого горя: наявність думок, почуттів або поведінки, що відображають надмірну стурбованість обставинами або наслідками смерті близької людини.

Симптоми травмівного горя у дітей

Діти із травмівним сприймають причину смерті як жахливу незалежно від того, була смерть раптовою та несподіваною чи внаслідок природних причин.

Відмінною рисою травмівного горя дітей є те, що симптоми травми перешкоджають здатності дитини опрацювати типовий процес втрати.

У такому стані навіть радісні думки та спогади про померлу людину нагадують дітям про травматичний спосіб її смерті.

У дитини можуть бути нав'язливі спогади про смерть, які виражаються у кошмарах, почутті провини, самозвинуваченні у смерті людини.

Діти можуть виявляти ознаки уникнення та заціпеніння, наприклад, відсторонення, поведження, ніби не засмучені, уникнення нагадувань про людину, про те, як вона померла, або про подію, яка призвела до смерті.

Вони можуть проявляти фізичні або емоційні симптоми підвищеного збудження, такі як дратівливість, гнів, проблеми зі сном, зниження концентрації, зниження шкільної успішності, болі в животі, головні болі, підвищена пильність і страх щодо безпеки для себе чи інших.

Ці симптоми можуть бути по-різному виражені на різних стадіях розвитку.

Не у всіх дітей, які втратили близьку людину в травматичних обставинах, розвивається дитяче травмівне горе; багато відчують нормальні реакції горя.

Реакції дітей, коли вони стали свідками вбивства батьків чи інших людей

Залежно від віку діти по-різному розуміють і справляються з насильницькими подіями та смертю. На певних етапах когнітивного розвитку діти дошкільного віку часто мають труднощі з усвідомленням остаточної смерті, однак їхня гра часто відтворює травмівні події.

Хоча вони визнають, що людина, яка померла, не повернеться, діти шкільного віку, часто неправильно тлумачать причину смерті, зокрема, можуть звинувачувати себе в смерті близьких, особливо якщо обставинами втрати передували конфлікти, навіть несуттєві на перший погляд. Найголовніше, що втрачають як дорослі так і діти – відчуття безпеки і здатності долати складні ситуації, беспорядність ще більше посилює відчуття провини, а отже й травмівний стрес (E. Neptinstall, V. Sethna, E. Taylor, 2004).

Оскільки насильство зазвичай катастрофічне – руйнується довіра до людських стосунків, змінюється образ себе, близьких та світу в цілому, що суттєво позначається на всіх сферах життя дітей.

Симптоми травмівного горя у дітей (за матеріалами National Child Traumatic Stress Network, США)

Не у всіх дітей, які стали свідками травмівної смерті, може виникнути дитяче травмівне горе. Деякі діти зможуть пережити втрату без ускладнень. Ознаки того, що дитині важко впоратися зі смертю, можуть бути помітні в перші два місяці, але й навіть через рік або кілька років після травмівної події.

1) **Нав'язливі спогади про смерть:** можуть бути виражені жахами, почуттям провини чи самозвинувачення щодо того, як людина померла, або повторюваними або тривожними думками про те, як хтось помер.

2) **Уникнення та заціпеніння:** можуть виражатися у відстороненні, поведінці так, ніби нічого не сталося, чи уникненні нагадувань про людину, про те, як вона померла, або про те, що призвело до смерті.

3) **Фізичні або емоційні симптоми підвищеного збудження:** діти можуть виявляти це своєю дратівливістю, гнівом, проблемами зі сном, зниженням концентрації уваги, зниженням шкільних оцінок, болями в животі, головними болями, підвищеною пильністю та/або страхом щодо безпеки для себе чи інших (J. K. Greeson, 2014; R. S. Pynoos, J. A. Fairbank, 2008).

Взаємодія між травмівним стресом і реакціями горя (J. В. Karlow, 2012).

Під час війни травмівний стрес і горе завжди виникають одночасно і негативно позначаються на адаптаційних ресурсах дітей. Однак, якщо у дорослих ПТСР та ускладнене горювання можуть відбуватися одночасно, у дітей травмівна втрата домінує над реакціями горювання, а тому вимагає першочергової уваги. Наприклад, діти, які стали свідками жахливої смерті рідних, тортур, руйнувань, можуть страждати від повторюваних нав'язливих образів, які заважають згадувати померлого, особливо позитивні моменти з їхнього життя. Тому насамперед, працюючи з дітьми та підлітками слід акцентувати на відновленні нетравматичного образу померлого, за допомогою якого діти можуть згадати та запам'ятати позитивний досвід життя із близькою померлою людиною.

ПТСР ТА ІНШІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ

Посттравматичний стресовий синдром (ПТСР) разом із емоційними та поведінковими порушеннями є найбільш поширеними наслідками для психологічного функціонування дітей після військового насильства та переміщення (E. G. Karam, 2019; A. Dyregrov, W. Yule, 2006).

Основні травмівні події, спричинені війною, а, відповідно й втратами:

- Проживання в поганих умовах через тривалі бойові дії
- Безпосередній досвід участі у війні (допомога в евакуації, догляді за пораненими, поховання загиблих тощо)
- Зруйнований будинок
- Приниження перед іншими людьми
- Полон або ув'язнення
- Тортури
- Зникнення членів сім'ї
- Відокремленість від членів сім'ї
- Численні смерті членів родини
- Неможливість проводити усталені поховальні обряди
- Бачити як катують рідних або незнайомих
- Бачити померлих людей на вулицях, у будинках, які лежать там тривалий час
- Бути свідками згвалтування та сексуального насильства

Типові симптоми ПТСР у дітей та підлітків:

Психосоматичні симптоми. Діти можуть скаржитися на головні болі або болі в животі, але педіатр не знаходить на це соматичних причин, часто батькам здається, що такі скарги – виключно привід для відмови від їжі чи підстава не йти до школи. Поширеним симптомом ПТСР у дітей є розлади сну – безсоння, нічні жахи.

Спалах гніву. Незрозумілий спалах гніву (часто непоодинокий) батьки та педагоги часто тлумачать як ознаку неслухняності і не пов'язують його із пережитим дітьми травмивним досвідом.

Страх розлуки. Деякі діти можуть сильно боятися розлучатися зі своїми батьками (навіть відпускати їх у іншу кімнату). Батьки, які добре знають своїх дітей, зможуть усвідомити різницю до і після травми та помітити зміни у поведінці дитини.

Втрата зосередженості і дратівливість. Інші ознаки, на які слід звернути увагу, включають втрату зосередженості та концентрації уваги під час навчання дитини або навіть під час гри, дитина часто відволікається, її пам'ять погіршується, спроби повернути дитину до виконання розпочатої діяльності завершуються плачем.

Уникнення. Нерідко діти можуть відчувати бажання втекти з дому чи будь-якої сцени чи особи, які нагадують їм про травму.

Відтворення травмивної події. Часто діти подумки повертаються до травмивних подій, відтворюють їх у своїх іграх та малюнках. За нашими спостереженнями українські діти-війни найчастіше відтворюють бомбардування, арт-обстріли та церемонії поховання, водночас ресурсними для них стають ігри в війну (в нашу перемогу) та у блок-пости.

Вікові особливості ПТСР у дітей та підлітків

Маленькі діти (до 5 років): небажання залишати своїх батьків або опікунів, тремтіння кінцівок, голосу; кататонія: «застиглість» в одній позі, небажання розмовляти (мутизм); енурез (рідше – енкопрез); смоктання великого пальця руки; поведінковий регрес – поведінка, властива молодшим дітям; страхи темряви, замкненого або навпаки, відкритого простору.

Діти шкільного віку (6-11 років): агресивна поведінка, у тому числі бійки та вербальна лайка; соціальна ізоляція, відмова від спілкування; розвиток ірраціональних страхів; втрата інтересу до діяльності; зниження шкільної успішності, уникання шкільної та позакласної активності; ірраціональне почуття провини; скарги на неіснуючі проблеми зі здоров'ям.

Підлітки (12-17 років): часто – подібні до симптомів ПТСР у дорослих, однак можлива й наступна специфіка – нав'язливі спогади про травмивні події; зловживання психоактивними речовинами; симптоми депресії, соціальна ізоляція, втрата інтересу до звичної активності; виражена тривожність; підвищена агресія, дратівливість або ворожість, особливо у висловлюваннях; суїцидальні думки; саморуйнівна поведінка; уникнення місць і людей, які нагадують їм про травмивні події; безсоння, кошмари або порушення сну; вираження побажань помсти; відчуття провини за не запобігання подіям, що сталися.

Поняття комулятивної травми дітей-війни

Хоча наслідки конкретних травмивних подій у літературі добре описані, багато людей пережили більше однієї серйозної травмивної події у своєму житті (N. Breslau, H. D. Chilcoat, 1999), відповідно, їх стан є відображенням комбінованого ефекту цих множинних переживань, а не виключно їх останньої або найважчої травматизації.

Дослідження дитячих травм свідчать про те, що раннє жорстоке поводження або несприятливі умови виховання мають значний вплив на загальний стан психічного здоров'я дорослих у загальній популяції. У багатьох випадках різні типи дитячої травми переживаються за один і той же проміжок часу. **Комулятивна травма** – це переживання дітьми та дорослими численних травмівних подій за короткий проміжок часу (M. Hodges, N. Godbout, 2013; J. Briere, C. Scott, 2015). *Ми наголошуємо, що війна – це завжди множинні травмівні події, які потрібно розглядати в усій сукупності та враховувати усі ймовірні впливи на психічний стан, особливо дітей.*

Різні типи травм можуть мати певною мірою різний вплив: наприклад, сексуальні травми часто асоціюються з пізнішими сексуальними страхами, проблемами у сексуальній сфері або дезадаптивною сексуальною поведінкою; побої або знущання можуть спричинити подальший гнів або агресію; а психологічне насильство може особливо вплинути на зниження самооцінки. Як наслідок, можна очікувати, що ті, хто зазнає більшої кількості різних травм, також відчують більш різноманітний спектр психологічних наслідків одночасно. Було також висловлено припущення, що накопичені ефекти множинних травм можуть посилювати тривогу, гнів або посттравматичний стрес, які, у свою чергу, мотивують використання додаткових, потенційно дезадаптивних, стратегій подолання, таких як дисоціація, екстерналізація, або зловживання психоактивними речовинами (N. Godbout, D. G. Dutton, Y. Lussier, S. Sabourin, 2009; S. Hamby, J. N. Elm, K. N. Howell, M. T. Merrick, 2021).

Специфіка посттравматичного розладу у дітей-війни

	<i>Ризик</i>	<i>Профілактика</i>
Пов'язані з травмою	1) Вплив травмівних подій, пов'язаних із війною: – численні травмівні події – тяжкість травми, наприклад, насильницька смерть члена сім'ї або були свідками поранення, катування чи вбивства – сприйняття ступеня особистої загрози – рівень особистої участі у подіях, пов'язаних з війною 2) Невідома доля зниклих безвісти членів сім'ї	-
Індивідуальні характеристики	Хронічна вразливість: – попередні поведінкові проблеми – попередні хронічні соматичні захворювання	1) Диспозиції: – флегматичний або сангвіністичний темперамент – позитивна самооцінка;

		<ul style="list-style-type: none"> – здатність адаптуватися до нових ситуацій 2) Системи переконань – патріотизм і відданість власній країні – буддійські вірування
Сім'я	<ul style="list-style-type: none"> 1) Погане психічне здоров'я батьків – депресивні розлади у матері – політичні переслідування та ув'язнення батька 2) Відсутність сім'ї 	<ul style="list-style-type: none"> Роль сім'ї – згуртованість – адаптивність до нових ситуацій, гнучкість виховних стратегій
Післяміграційне середовище	<ul style="list-style-type: none"> 1) Низький рівень соціальної підтримки 2) Постміграційні стреси – сам процес пошуку притулку – переговори з імміграційними органами – невирішений статус біженця чи переселенця – фінансові труднощі – безробіття – відсутність житла чи погані житлові умови – часті переїзди – мовні проблеми – соціальна ізоляція – стрес адаптації до нової культури 	<ul style="list-style-type: none"> Високий рівень соціальної підтримки

Вплив травмівних подій. Взаємозв'язок «доза-ефект» між кумулятивною травмою та повідомленими симптомами ПТСР було виявлено у дітей-біженців та підлітків, які постраждали від війни (K. Almqvist, M. Brandell-Forsberg, 1997). Тип травмівного впливу також важливий: насильницька смерть члена сім'ї або бути свідком поранення, вбивства чи катування, існування та сприйняття дитиною безпосередньої загрози життю, пов'язані з вищими рівнями психологічного дистресу (E. Neptinstall, V. Sethna, E. Taylor, 2004). Зникнення члена сім'ї також є фактором ризику. Оскільки цей тип втрат пов'язаний з невизначеністю щодо смерті, діти (та й дорослі) не можуть відкрито сумувати, переживати горе а, отже, відчувають високий рівень страждання (G. J. Quirk, L. Casco, 1994).

Індивідуальні особливості. Проблеми зі здоров'ям, як соматичним так і психічним, негативно позначаються на ймовірності розвитку симптомів ПТСР у дітей-війни, натомість адекватна висока самооцінка, життестійкість та здатність адаптуватися до нових ситуацій захищають від проблем у воєнний та повоєнний

час; вік та стать жодним чином на ПТСР у дітей не впливають, принаймні результати наявних досліджень залишаються непереконаливими (S. Elbedour, R. Bensef, D. T. Bastien, 1993; F. T. Yaylaci, 2018).

Цінності та переконання. Патріотизм пов'язаний із меншою тривогою, невпевненістю, депресією та вищою самоефективністю, що, відповідно, знижує ризик розвитку ПТСР, водночас релігійні почуття, віра в вищі сили у християнстві пов'язані із сильним почуттям провини та часто – більше вираженими симптомами стресового розладу, ніж у буддизмі (S. L. Lustig, 2004; R. Dehnel, H. Dalky, 2022).

Роль сім'ї. Сім'я часто виступає в якості буфера проти стресу (N. Garmezy, 1993). Згуртованість сім'ї до та після міграції є провісником хорошого психічного здоров'я дітей-біженців. На жаль, якщо батькам, а особливо, матері складно впоратися зі стресом війни, то діти часто демонструють сильнішу стресову реакцію. Політичне переслідування, зникнення безвісти та ув'язнення батьків посилюють симптоматику ПТСР у дітей (B. Paryente, 2021).

Соціальна підтримка. Соціальна підтримка беззаперечно розглядається як захисний фактор проти розвитку психопатології після будь-якої травмивної або стресової події; наявність соціальної підтримки та широкого кола соціальних контактів сприяє успішній адаптації дітей-біженців (M. L. Rijpers, 2022).

Постміграційні стреси. Проблеми з психічним здоров'ям осіб, які вже були травмовані доміграційним досвідом, можуть посилюватися постміграційними стресами, включаючи сам процес пошуку притулку, нового місця проживання, побутовими, матеріальними труднощами на новому місці; мова йде не лише про переїзд за межі країни, де йде війна, а й у інші її області, відносно спокійніші за рівнем небезпеки життю цивільних осіб. Невирішений статус біженства також пов'язаний з більш високим рівнем посттравматичного стресового стресу та депресивних симптомів у дітей-біженців (A. Alsayed, V. J. Wildes, 2018).

ВПЛИВ ТРАВМИ ВІЙНИ НА МОРАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Серед філософів, психологів і педагогів сформовано потужну науково-практичну основу вивчення процесу морального розвитку (A. Goenjian, B. M. Stilwell, 1999; W. R. Saltzman, C. M. Layne, A. M. Steinberg, 2003). Зазвичай, вважається, що моральний розвиток складається з п'яти стадій.

1) Стадія зовнішньої мораль (до 7 років), діти вважають, що контроль над добром і злом знаходиться в руках значущих дорослих, правилам яких вони повинні підкорятися.

2) Стадія «мозку» або «серця» (від 7 до 11 років), діти поступово засвоюють правила дорослих, а також будують «мораль» на основі власного досвіду.

3) Стадія персоніфікованого сумління (від 12 до 13 років), молоді підлітки починають думати про совість як про динамічний гуманізований компонент особистості, з яким вони можуть взаємодіяти.

4) Стадія плутанини (від 14 до 15 років), підлітки відчувають наростаючу тривогу та плутанину щодо хорошого і поганого, викликані необхідністю узгодити цінності, виражені в спільнотах однолітків і популярній культурі, з цінностями, засвоєними в дитинстві.

5) Стадія інтеграції (від 16 до 17 років), юнаки закріплюють моральні цінності, засвоєні через стосунки з авторитетними особами, однолітками та молодшими дітьми. Зростає розуміння того, що світ не «чорний» і не «білий», а з численними відтінками, вони стають здатними до самостійного прийняття моральних рішень.

Інші сфери морального функціонування включають моральну оцінку, моральну волю та морально-емоційну реакцію. Моральна оцінка охоплює переконання суб'єкта про джерело та обґрунтування його/її моральних правил. Моральна воля відноситься до усвідомленого джерела та сили волі щодо прийняття моральних рішень. Морально-емоційна реакція пов'язана з емоційними реакціями (такими як страх, гордість, сором і провина) і поведінкою після того, як діяли морально правильно або неправильно. Це також стосується того, як після провини з'являються морально-коригувальні думки та акти зцілення, щоб полегшити свій стан і знизити рівень вираженості негативних емоцій. Всі сфери морального функціонування пов'язані зі стадіями морального розвитку, описаними вище.

Доведено, що насильство, жорстоке поводження в ранньому дитинстві пов'язане зі значними затримками в розвитку когнітивних та емоційних сфер морального функціонування (R. Posada, C. Wainryb, 2008). Ці висновки доповнюють інші дослідження жорстокого поводження, які виявили порушення соціального пізнання, погіршення вербалізації негативних емоцій та затримку набуття емоційного контролю та емпатійного реагування, що може негативно вплинути на моральний розвиток (J. D. Jinkerson, 2016).

Війна суттєво впливає на моральний розвиток дітей, однак існують дуже нечисельні науково обґрунтовані дослідження цього впливу, проведені з дітьми Колумбії, Сербії, Боснії та Герцеговини. Насамперед, вони стосуються зміни розуміння поняття «помста» у мирний і воєнний час. Так, красти або завдавати шкоди іншим – це неправильно, однак якщо це робити заради помсти кривдникам (злочинцям), то не лише правильно, а й необхідно. Діти вважали, що під час війни може бути багато причин для порушення моральних принципів.

Слід враховувати і вплив на дітей та підлітків «білої пропаганди»¹. У цьому контексті під час війни актуальні три ключові аспекти: 1) «правильно діють лише наші», вони воюють за незалежність і справедливість проти аморального ворога; 2) «ми – моральні, бо невинні», українці невинні в загальному сенсі, оскільки є незаконними об'єктами нападу; 3) «помста – справедлива для осіб, які порушили моральні норми», однак слід дотримуватися принципів моралі в поводженні з полоненими, не завдаючи їм шкоди (M. D. Bruning, 2018).

¹ Біла пропаганда. Інформація правдива і лише помірно упереджена. Є відкритою, використовує перевірені дані та не маскує своїх цілей. Вказується джерело інформації

У контексті впливу війни на моральний розвиток, слід розглянути поняття моральної травми, яке більше досліджене на спільноті військових, аніж цивільних.

Моральна травма під час війни

У контексті військової служби, особливо щодо досвіду війни, «моральна травма» відноситься до тривалого емоційного, психологічного, соціального, поведінкового та духовного впливу дій, які порушують основні моральні цінності військовослужбовця та поведінкові очікування щодо себе чи інших (В. Т. Litz, 2009). Зазвичай стосується негативних наслідків для сумління, коли люди вчиняють, стають свідками або не запобігають діям, які суперечать їхнім особистим цінностям та моральним переконанням. На відміну від психопатології, моральна шкода є нормальною реакцією людини на аномальну травмівну подію.

Відповідно до критерію А для ПТСР (травмівна подія), травматизація може виникати внаслідок безпосереднього переживання людиною травмівних обставин, так і у тоді, коли вона була лише їх свідком, а власне життю прямої загрози не було. Крім того, моральне травмування може відбуватися без очевидної можливості отримання фізичної травми / смерті (наприклад, зрада керівника або довіреної цивільної особи) та / або в контексті небезпечного для життя досвіду, який традиційно є основою для діагностики ПТСР у військовій галузі. У таблиці представлено критерії ПТСР та моральної травми.

Критерії ПТСР та моральної травми

	ПТСР	Моральна травма
Травмівна подія (критерій А)	Реальна загроза життю	Загроза моральним цінностям
Виражені емоції	Страх, жах, безпомічність	Провина, сором, злість
Повторне переживання подій (критерій В)	ТАК	ТАК
Уникнення (критерій С)	ТАК	ТАК
Психологічне збудження (критерій D)	ТАК	НІ
Яку потребу втрачено?	Безпека	Довіра

Моральна травма часто пов'язана з емоціями, які засуджуються мирним суспільством, такими як провина та сором. Ці емоції можуть ще більше знизити ймовірність того, що люди звернуться за допомогою, боячись бути нехтуваними або негативно оціненими іншими.

Процес відновлення після моральної травми має складатися з «очищення» через «комуналізацію травми». Особливе значення для дітей має комунікація через художні засоби виразності. Моральна травма може бути «вилікувана» лише тоді, коли «потерпілому від травми... [надано] дозвіл і повноваження висловити свій досвід...».

РЕСУРСИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ДІТЕЙ ВІЙНИ

Копінг-стратегії та резилентність. Аналіз наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів стресоподолання свідчить про те, що нині найбільш вивчені два види опрацювання особистістю негативних переживань, а саме: психологічний захист і копінг-стратегії (або стрес-долаюча поведінка). Механізми психологічного захисту – це сукупність неусвідомлюваних психічних процесів, що убезпечують психіку людини від негативних і деструктивних впливів.

Вважається, що успішність адаптації до стресових ситуацій багато в чому визначається ефективністю розвитку копінг-ресурсів, серед яких С. Фолкман виділяє: фізичні (здоров'я, витривалість), психологічні (переконавання, самооцінка, локус контролю, мораль), соціальні (соціальна мережа, соціальна підтримка) і матеріальні (гроші, обладнання). Тобто, копінгові ресурси – це потенціальні копінги, а саме: оптимізм, висока адекватна самооцінка, компетентність і соціальна підтримка, які дозволяють людині успішно долати стреси, тобто без негативного впливу на її психічне та фізичне здоров'я (R. L. Repetti, S. E. Taylor, T. E. Seeman, 2002).

В Оксфордському словнику англійської мови термін «резилентність» перекладається як здатність витримувати стреси і відновлюватися в складних обставинах. У психології, *резилентність* – це можливість справлятися із негативними емоціями, зумовленими травмівною подією з метою нормалізації функціонування і запобігання дезадаптації, можливість відновлення після сильного стресу (P. C. Shastri, 2013); результат осмислення психотравматичного досвіду, що виявляється у психологічній стійкості (F. Luthans, G. R. Vogelgesang, P. B. Lester, 2006); результатом резилентності є позитивна адаптація до травмівних подій, тобто, усвідомлення нових можливостей, які з'явилися у людини завдяки психотравмі (M. Westphal, G. A. Bonanno, 2007; G. E. Richardson, 2002). Резилентність завжди зумовлена сильним стресом, психотравмою тим самим відрізняючись від концептів надії, оптимізму та самоефективності, які виявляються насамперед у повсякденних життєвих ситуаціях. Хоча дане поняття у психології натеper є досить популярним, існує нестача наукових розвідок і практичних рекомендацій щодо факторів ризику та резилентності дітей, які стали свідками вбивств під час війни. Стосовно дітей, які зазнали різних форм насильства ризик визначається як умови, що підвищують ймовірність виникнення розладів – ПТСР, ускладненого горювання. Сюди слід віднести характер, темперамент особистості, сімейну структуру, соціальний контекст та взаємодію між ними (R. H. Asch, I. Esterlis, 2021). Резилентність характеризується трьома критеріями: (а) подолання (тобто намагання відновити або підтримати внутрішню або зовнішню рівновагу під час значної загрози); (б) відновлення після травми; і (с) наявність захисних факторів, які пом'якшують зв'язок між стресом, ризиком, подоланням і компетентністю. Автори по-різному концептуалізували резилентність у дітей як: набір компетенцій, які дозволяють протистояти труднощам за допомогою особистих ресурсів, таких як стратегії подолання; сукупність рис особистості; форма регуляції емоцій (M. Volz, J. C. Ehrental, I. Seiffge-Krenke, 2022).

Резилентність – це ні результат, ні стан, а тривалий процес, який передбачає взаємодію між внутрішніми факторами та факторами навколишнього середовища. Крім того, врахування ризиків і резилентності дозволяє стверджувати, що хоча в минулому людина могла добре функціонувати в умовах негараздів, її компетентність, самоефективність можуть бути зниженням накопиченням і постійним впливом факторів ризику (N. Garmezy, 1993).

Індивідуальні особливості дітей. Хоча існує багато потенційних факторів ризику для будь-якої конкретної ситуації, дослідженнями доведено, що низька академічна успішність та конфліктність у школі жодним чином не впливають на переживання дітьми травмивних подій, натомість дітям з синдромом відмінника часто набагато складніше впоратися з ситуаціями насильства і раптових втрат. Є дані, що старші діти краще справляються зі стресом, ніж молодші, сангвініки та флегматики краще виживають у травмивних ситуаціях, ніж холерики та меланхоліки.

Парадоксально, але конформізм дозволяє дитині, а особливо, підлітку, адаптуватися до умов війни і побаченого насильства, натомість високий рівень автономії – навпаки, зумовлює виражений протест та почасти агресію щодо умов, в які дитина/підліток потрапила. Підлітки з високою емоційністю демонструють вищі показники особистісного зростання, ніж мало емоційні. Тобто перші можуть шукати складних ситуацій задля отримання задоволення від життя, тоді як інші – уникають їх, щоб стати щасливішими. Хронічний вплив насильства негативно впливає на всі сфери розвитку дітей, тобто життя в небезпеці може пригнічувати пошукову активність, знерухомити дитину та погіршити розвиток компетентностей, у тому числі комунікативної. При цьому переживання небезпеки може перевантажити здатність дітей інтегрувати свій досвід і, таким чином, погіршити їх здатність ефективно справлятися із небезпеками середовища. Іншими словами, пережите насильство може вплинути на здатність дітей розуміти світ (D. Garcia, A. Siddiqui, 2009).

Вплив сім'ї на процес відновлення. Дослідники вказують на наявність сімейних факторів, які впливають на вищу ймовірність емоційних і поведінкових розладів у дітей, які пережили насильство: багатодітність, асоціальність, низький соціально-економічний статус родин, крім того, до групи ризику відносяться також діти, які проживають в неповних сім'ях (A. Guedeney, 2018). Натомість низька сімейних факторів сприяють резилентності дитини під час стресових умов. Наприклад, стабільні стосунки принаймні з одним із батьків, взаємодія, в якій члени сім'ї налаштовані на конструктивне вирішення проблем, розвинена мережа соціальних стосунків поза сім'єю – друзі родини, куми, родичі. Батьки, які самі є зразком стійкості, заспокоюють і можуть допомогти дітям зрозуміти, опрацювати стрес та травму. Крім батьків, інші члени сім'ї можуть сприяти розвитку резилентності дитини під час стресу. Ці особи можуть стати додатковими моделями для ідентифікації, тим самим надаючи дітям більше можливостей для адаптації та відчуття безпеки. Часто після насильницьких дій, батьки не можуть бути гарантами безпеки дитини, тоді інші члени сім'ї сприяють наданню додаткового догляду за дітьми та їх відновленню після травми (A. S. Masten, 2018). Незалежно від обставин насильства, від нього страждають

всі члени сім'ї, але кожен з них реагує на насильство по-різному, тому *працюючи з дитиною, яка стала свідком насильницьких дій чи власне жертвою насильства, слід з'ясувати уявлення про подію, що сталася, усіх членів її сім'ї, яке значення вони приписують цій події, як самі з нею справляються.*

Роль громади в адаптації дитини до життя у воєнних умовах. Дотепер вважалося, що найбільше страждають від насильства діти з бідних районів, де високий рівень безробіття і низький – розвитку системи соціальної підтримки. Втім, під час війни виявилось, що матеріальне благополуччя громади жодним чином не вплинуло на ймовірність стати жертвою насильницьких дій.

Опинившись у безпечному місці, дитина та її сім'я повинні мати можливість отримати допомогу від соціальних інститутів громади, насамперед матеріальну, медичну і психологічну. Дослідженнями доведено, що симптоми ПТСР та депресії у переселенців розвиваються частіше, ніж у осіб, які також мають травмівний досвід, однак не були переселені до інших місць. D. Roygardner, K. N. Hughes, V. J. Palusci (2021) зазначають, що таких громадських інституцій має бути якнайбільше, розвинені соціальні мережі можуть допомогти дітям повірити, що про них піклуються і люблять. Соціальна підтримка, яку надають друзі, сусіди та вчителі, також забезпечує структуроване та турботливе середовище, яке сприяє стійкості, резилентності та відновленню. Стабільність і безперервність турботи у громадах також сприяють благополуччю дітей, які зазнали насильства. *Коли відбувається насильство, члени громади повинні створити єдину концепцію його пояснення.* Часто в громадах існують різні інтерпретації насильницьких подій. Наприклад, деякі члени громади можуть вважати насильство нормативним. Коли це відбувається, дехто з громади може вважати насильство прийнятним або неминучим (наприклад, стереотип, що війна завжди передбачає насильство). Таке сприйняття може призвести до того, що члени громади почуваються безпорадними і переконаними в тому, що вони не в змозі змінити цю ситуацію. Коли батьки та члени громади створюють такі неправдиві погляди, вони менш здатні забезпечити безпечне середовище для своїх дітей. Нині більшість людей все ж вважають насильство ненормативним, а тому спрямовують свої зусилля на його запобігання. Ця позиція видається найбільш продуктивною. Члени громади, які займають таку активістську позицію, можуть бути потужними союзниками в клінічній роботі з дітьми, які постраждали від насильства.

Особливо слід наголосити на необхідності створення суспільством єдиного наративу війни, зокрема це робиться шляхом впровадження так званої «білої пропаганди», коли ворог зображається як варвар, нечесний і жорстокий, з яким слід нещадно боротися. Важливо, щоб цей наратив був спільним для всієї країни, де проживає особа, постраждала від насильства під час воєнних дій.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ВТРУЧАННЯ

РАННІ ТА ДОВГОСТРОКОВІ ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ

Усунення стресових факторів воєнного часу для дітей:

- 1) переміщення дітей до безпечних місць, де немає воєнних дій; чим менше дитина перебуває в зоні активних бойових дій, тим менший ризик розвитку у неї хронічної травми;
- 2) залучення до повсякденних справ, характерних для мирного життя – навчання в школі, відвідування розважальних закладів тощо;
- 3) охоплення широкою системою соціальної підтримки.

Раннє втручання. У гострій фазі першочерговою метою є допомогти сім'ям, що втратили рідних, усвідомити реальність своєї втрати та полегшити прийняття ситуації. Існує загальна тенденція як серед непрофесіоналів, так і серед професіоналів захищати загиблих сімей та осіб після насильницьких смертей, наприклад, малюючи більш втішну картину смерті («помер під час сну» або «швидше за все без болю»). Альтернативна стратегія називається конфронтаційною підтримкою, в якій сім'ї, де загинули рідні, стикаються з жорстокою реальністю смерті турботливо та підтримуючим чином – відкрито повідомлена у безпечних умовах правда (D. Winje, A. Ulvik, 1995). Ця стратегія може бути реалізована на різних етапах після раптових та насильницьких втрат, наприклад, коли повідомлення про смерть передається разом з інформацією про обставини та причини смерті, коли сім'я відвідує місце смерті та коли сім'ю запросили подивитися тіло покійного.

Прикладом конфронтаційної підтримки є програма, проведена після того, як 16 солдатів загинули під лавиною на півночі Норвегії в 1986 році. В рамках колективних заходів після катастрофи, батьки відвідали панахиду, були на місці катастрофи, зустрілися з військовим керівництвом, вижилими товаришами своїх синів, щоб отримати інформацію з перших вуст. Хоча смерть справила глибокий вплив на батьків, і вони частково звинувачували керівництво у смерті своїх дітей, втім, вони цінували цю підтримку і не шкодували про участь в організованих заходах. Кілька непсихотерапевтичних втручань або ритуалів, що проводяться на ранніх стадіях, можуть мати значення для довгострокової адаптації. Повідомлення про смерть може потенційно вплинути на процес горювання, але якщо це відбувається особисто (не телефоном чи повідомленням) та у безпечних умовах, сама звістка про смерть може стати травмівною подією у ПТРС, але не зумовити пролонговану реакцію горя. Інший поширений ритуал – огляд тіла, вважається важливим у прийнятті реальності втрати. Серед фахівців може виникнути невизначеність щодо того, чи повинні родичі розглядати тіло після раптової та насильницької смерті. Однак, хоча у деяких випадках огляд тіла може збільшити тривогу та дискомфорт у короткостроковій перспективі, втім зменшити стрес у перспективі довгостроковій. Отримання інформації та фактів про те, що сталося (наприклад, причину та обставини смерті) може бути важливим для родичів в осягненні смерті близького оскільки є частиною

нормальної фази адаптації до втрати, однак постійна потреба в інформації після надання фактичної інформації – румінації, постійні роздуми про почуття померлого безпосередньо перед смертю, або його страждань – пов'язані з погіршенням адаптації в довгостроковій перспективі.

Ритуали часто мають значне значення після раптової та насильницької смерті. Одним з таких ритуалів є відвідування місця смерті – особливо після ДТП та інших катастроф (J. Clark, M. Franzmann, 2006). Родичі вважають, що це сприяє кращому розумінню того, що сталося з їхніми близькими, прийняттю втрати та початку адаптації до неї. Поминальна церемонія-це ще один ритуал, який може сприяти підтвердженню реальності смерті та звільненню від горя після катастроф та масштабних аварій (S. Sagberg, I. Røen, 2011).

Ранні втручання після травм та втрат, такі як аналіз стресу критичних інцидентів (CISD), стали предметом багатьох суперечок через відсутність документально підтвердженої користі або навіть припущення про їх шкоду. Загалом, у випадку раптових смертей, всі ранні втручання, спрямовані на запобігання пролонгованій реакції горя виявляються неефективними (R. J. McNally, R. A. Bryant, A. Ehlers, 2003).

Довготермінове втручання. В цілому, найефективнішими в роботі з довготривалими наслідками раптової смерті рідних є техніки когнітивно-поведінкової терапії та більш специфічні методики роботи з пролонгованим стресовим розладом, базовані на моделі подвійного процесу подолання втрат (M. Stroebe, H. Schut, 2010).

МОДЕЛЬ АДАПТАЦІЇ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ПСИХОТРАВМ ВІЙНИ (ADAPT)

Модель ADAPT (D. Silove, 2013) впроваджено серед іракських біженців у Сирії.

Ця модель ґрунтується на наступних ключових принципах:

1. Травми та стреси, пов'язані з масовим конфліктом, є множинними, часто виникають одночасно або послідовно, а отже й мають різні, складні сенси для постраждалих та спільноти в цілому. Тому, оцінка контекстуального значення травми є важливою для розуміння загального впливу цих подій на психічне здоров'я та адаптацію.

2. На кожному з проміжних кроків, що ведуть від травми до психопатології, існує потенціал позитивної адаптації залежно від наявності ресурсів (внутрішньоособистісних чи міжособистісних), які можна мобілізувати для вирішення численних проблем. Тому важливо уникати припущення, що травма завжди призводить до посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

3. Межа між нормативною та дезадаптивною психологічною реакцією нечітка, змінюється в часі, контексті та культурі; виявлення психічного розладу, пов'язаного з травмою та стресом, у певний момент часу не означає, що цей стан є фіксованим або незмінним.

4. Соціальний світ відображає та взаємодіє з особистим психічним світом, створюючи процес рекурсивного зворотного зв'язку. Постконфліктне середовище є середовищем швидких і, часом, непередбачуваних змін, тому

вимагає багаторазового процесу переоцінки, щоб зрозуміти динамічну взаємодію між індивідом, групою та еволюціонуючим еко/соціальним контекстом.

5. Відновлення є активним процесом: окремі особи та їхні колективи мають природний потяг до мобілізації власних ресурсів, прагнучи вижити та адаптуватися, а також відновити пошкоджені компоненти моделі ADAPT. Коли прогрес у цьому процесі відновлення повільний або насичений перешкодами, причини цього часто структурні, а не притаманні індивіду, групі чи культурі.

6. Посттравматичне зростання і позитивні зміни можливі навіть за найнесприятливіших обставин. Ті, хто вижив, можуть отримати цінні уроки зі свого досвіду, отримати розуміння та мотивацію для досягнення вищого рівня адаптації для себе та своїх спільнот. Водночас психологічне зростання і дезадаптивні реакції не є взаємовиключними; зазвичай спостерігається складне поєднання обох елементів серед окремих осіб і колективів у їхніх короткострокових і довгострокових реакціях на війну та міграцію.

Компоненти моделі:

1) Безпека (об'єктивне та суб'єктивне відчуття безпеки власному життю)

Страх захворіти і не отримати медичну допомогу, страх залишити укриття, страх померти від голоду, відчуття незахищеності при переміщенні населеними пунктами

2) Цілісність міжособистісних зв'язків (широка мережа соціальної підтримки)

Засмученість через розлуку з сім'єю, неможливість повернутися додому, відчуття туги за домом, неможливість провести традиційні церемонії для померлих (поховання, поминки)

3) Доступ до медичної та юридичної допомоги

Сильне почуття несправедливості, втрата довіри до людей, відсутність юридичної та медичної допомоги, мовний бар'єр при їх отриманні

4) Здатність виконувати свої ролі та підтримувати свою ідентичність

Втрата відчуття автономії та контролю за власним життям, розчарування через неможливість ефективно виконувати свої соціальні ролі, залежність від інших, зміна соціального статусу

5) Свобода самовираження, можливість займатися діяльністю, яка приносить задоволення

Почуття занепокоєння за майбутнє своєї країни, відчуття беззмістовності існування, втрата життєвих орієнтирів, зневіра

Модель ADAPT: принципи та реалізація

Компонент	Адаптивна реакція	Неадаптивна реакція	Психосоціальна а допомога	Терапія
<i>Безпека</i>	Готовність реагувати на небезпеку	Підвищена чутливість до сигналів загрози, фантомна	Нормалізація гострої стрес-реакції, захист вразливих груп	Створення терапевтичного середовища, яке стимулює відчуття безпеки

		«повітряна тривога»		
<i>Зв'язки та мережі</i>	Особисте горе, груповий траур, поминальні обряди	Зосередженість на минулому спільноти, горе, ускладнене депресією та соматичними скаргами	Психосоціальні програми для вразливих груп: вдов, сиріт	Специфічна терапія ускладненого горя
<i>Справедливість</i>	Гнів щодо несправедливості, потреба у визнанні індивідуальних і колективних страждань	Недовіра, образа, сильне бажання помсти	Створення колективного наративу справедливості	Принципи справедливості, поваги, визнання та розширення повноважень є невід'ємними для всіх втручань
<i>Ролі та ідентичності</i>	Створення нових або трансформація існуючих ідентичностей, які підтримують адаптацію	Конфлікт між поколіннями, маргіналізація, аномія, ускладнена депресією	Багатосекторні втручання для досягнення інтеграції переміщених осіб, надання можливостей (робота, освіта) та допомоги в акультурації	Підтримка змін ролей і формування нових або гібридних ідентичностей з повагою до усталених традицій
<i>Екзистенційні сенси</i>	Відновлення інституцій та практик, які надають сенси (релігійні, духовні, соціальні, культурні, політичні)	Втрата сенсів, відчуження, що в крайніх випадках призводить до депресії, суїцидальності	Повага до цінностей населення, яке постраждало від війни, програми чутливої акультурації	Визнання та включення екзистенційних проблем у процес терапії

ЕТАПИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ПОСТТРАВДАЛИМ ВІД ВІЙНИ

1. Усунення травмівних факторів. Щоб почати процес відновлення, вкрай необхідно позбавити дитину всіх травмівних факторів. Коли безперервні екстремальні негаразди (наприклад, втрата членів сім'ї або близьких друзів) поєднуються з переживаннями катастрофи, посттравматичні реакції дітей часто посилюються, а відновлення затримується (N. Laog, L. Wolmer, 2002). Усунення стресових факторів воєнного часу для дітей зазвичай включає одну з трьох можливостей. Перше – це припинення дії реальної загрози життю дитини та створення безпечного простору. Хоча це і є ідеалом, його часто важко або неможливо досягти, особливо за короткий час, оскільки процеси з регулювання миру можуть бути відкладені на невизначений термін. Втім, доведено, що хронічна травма без можливості передбачуваного припинення впливу насильства та стресу має значний вплив на психічне здоров'я дитини, який відрізняється від гострого впливу травми (E. Cairns, A. Dawes, 1996). У контексті безперервної війни стресові події та обставини можуть сприйматися як звичайна повсякденна реальність, до якої дитина може пристосуватися, особливо коли для деяких це може бути єдиним соціальним середовищем, в якому вони живуть (P.S. Jensen, J. Shaw, 1993). Зокрема, деякі дослідження припускають, що такий тривалий вплив може призвести до підвищення порогу травматичної чутливості зі зниженням сприйняття небезпеки (R.L. Punamaki, 2001). Доведено, що серйозні симптоми посттравматичних розладів мають тенденцію зникати з часом, коли дитина тривалий час перебуває у безпечних для її життя умовах. Невротичні симптоми помітно зменшуються протягом трьох років, і що важливо, це характерно навіть для дітей, які пережили багато травмівних подій. Друга і третя можливості передбачають переміщення дітей (та їхніх сімей) у безпечніші райони своєї країни чи поза її межами, поки не буде відновлено мир у місцях постійного проживання. Жодна з цих альтернатив не є ідеальною, але є вкрай необхідною. На додаток до переживань, пов'язаних з війною, власне переміщення може посилити рівень страждання, оскільки діти розвивають тісні зв'язки з навколишнім середовищем, включаючи не тільки прихильність до окремих людей, а й прихильність до місць (M. T. Fullilove, 1996). Численні дослідження про наслідки переміщення, базуються на досвіді дітей, евакуйованих у Великобританію під час Другої світової війни (E. M. Henshaw, 1940; J. Varenbaum, V. Ruchkin, M. Schwab-Stone, 2004), згідно з ними, переміщення до безпечних регіонів, як правило, набагато простіше сприймається дітьми старшого віку (12 років і старше). Однак діти молодшого віку часто реагують тривогою розлуки та іншими симптомами інтерналізації та екстерналізації. Маленькі діти, зазвичай, сприймають небезпеку ситуації очима своїх значущих дорослих, і, таким чином, суб'єктивний дистрес, який переживають і висловлюють дорослі, має тенденцію викликати у дітей страждання. Цей висновок також підтверджується дослідженнями, які демонструють тісний зв'язок між рівнями стресу у матері та дитини і зв'язок між психічним здоров'ям матері та адаптацією дитини після війни (P. Smith, S. Perrin,

W. Yule, S. Rabe-Hesketh, 2001), особливо для дітей у віці до 4 років. Декілька британських досліджень припускають, що психологічні наслідки евакуації можуть бути більш згубними, ніж бомбардування, особливо коли евакуація є незапланованою. Однак, в інших розвідках доведено, що більшість дітей здатні успішно пристосуватися до евакуації і що зростання психопатології було менш серйозним, ніж це очікувалося. *Значною мірою результат і процес евакуації залежать від того, чи була вона добровільною чи примусовою, причому евакуація, яка проводиться самостійно і неспіхом, є відносно менш травмівною.*

2. Відновлення після евакуації. Після припинення впливу травмівних подій або їх усунення починається процес відновлення. Соціальні заходи, такі як задоволення основних потреб, харчування, житло та одяг, допомагають забезпечити стабільність, необхідну для визначення кількості осіб, які потребують спеціалізованої допомоги. Насамперед, необхідно відновити основні потреби та стале санітарне середовище людей. Це включає надання первинної медико-санітарної допомоги, зусилля, спрямовані на зупинку поширення інфекційних захворювань, доступ до чистої води та продуктів харчування, житло та задовільні санітарні умови. Важливо також відновити навчання та участь дітей у дозвіллевих заходах. Забезпечення базових потреб має бути інтегровано з психосоціальною допомогою та ретельною клінічною оцінкою стану людини, оскільки вплив травматичного стресу є не лише на психічне, а й на соматичне здоров'я, що нерідко не враховується психологами та соціальними працівниками. Для наймолодших дітей, особливо дітей до трьох років, багато проблем зі здоров'ям пов'язані з недоїданням, вимушеним голодуванням. Довгострокове недоїдання та білково-енергетичний дисбаланс призводять до когнітивних та соціально-емоційних порушень з незначним покращенням після відновлення харчування. Необхідність цілісного уявлення про здоров'я також проілюстрована у статті 39 Конвенції про права дитини, де зазначається, що держави зобов'язані вживати заходів для сприяння фізичному та психологічному відновленню та реінтеграції дітей. Крім базових потреб, відновлення передбачає відновлення зв'язку з традицією, культурою, природою та духовними практиками, які надають життю сенс і стійкість до травматичного руйнування. Цей процес також включає відновлення довіри, самооцінки, прихильності та соціальних зв'язків, а також відновлення надії та віри в майбутнє (O. Ayalon, 1998). Дослідження 40-50-х років ХХ століття підкреслювали важливість участі підлітків та молоді у відбудові зруйнованих міст і сіл та відзначали, що *під час та після війни діти і підлітки повинні відчувати, що є щось, що вони можуть робити добре, що вони долучені до суспільно важливих справ, за таких умов – відбудова, відтворення, відновлення зруйнованого набувають нових сенсів.*

3. Відновлення психосоціальної мережі. Вплив війни на психічне здоров'я дітей визначається психологічними та соціальними наслідками, включаючи зміни в стосунках через смерть, розлуку, відчуження та інші втрати, розпад сім'ї та громади, зневіри у традиціях та цінностях, руйнування об'єктів інфраструктури. Ці фактори взаємодіють і впливають на сприйняття та розуміння дитини війни та свого місця в ній. *Щоб відновити психосоціальне*

здоров'я та стабільність, діти потребують турботливих дорослих, безпеки та можливостей навчатися і грати в ігри. Програми психосоціальної підтримки зосереджені, як на навчанні та підтримці батьків і вчителів, щоб вони, в свою чергу, могли допомогти дітям, так і на безпосередній роботі з дітьми щодо опрацювання їх травматичних спогадів за допомогою малюнків, гри або розмов про те, що сталося (D. Woodside, J. S. Barbara, D. G. Benner, 1999). Зазвичай це робота в громаді, з великою кількістю дітей одночасно і лише через деякий час, після нормалізації стану, актуальними стають індивідуальні заняття з психологом та/чи психотерапевтом.

4. Координація психосоціальних зусиль. При роботі з дітьми війни ми використовуємо поняття ренормалізації замість нормалізації, оскільки змінився не лише світ дитини, а й її оточення в цілому, фактично починається відбудова не лише будівель, але й внутрішніх опор, за таких умов координація зусиль набуває особливого значення (N. Garmezy, 1993). У макромасштабі мета полягає у створенні згуртованих, добре функціонуючих і підтримувальних соціальних інститутів. Спільноти підтримки для підлітків групи ризику можуть допомогти в процесі відновлення травмованої ідентичності та у відбудові соціальної мережі зв'язків. *Зазвичай покращення психологічного стану дітей відбувається з зв'язку із позитивними змінами в навколишньому середовищі, їхньою залученістю до життя громади.*

Інтервенції, орієнтовані на відпочинок та релаксацію: структуровані втручання, спрямовані на «психосоціальний розвиток», і менш структуровані втручання, «основані на релаксації». На відміну від психотерапевтичних інтервенцій, групові інтервенції, орієнтовані на дитину, не зосереджуються на розладах, пов'язаних зі стресом, а вирішують ширші психосоціальні проблеми та потреби дітей. Групові заняття (які проводять не психологи, а педагоги та аніматори), орієнтовані на дитину, зосереджені радше на дослідженні навколишнього світу, зміцненні когнітивних, емоційних та соціальних навичок через наслідування, змагання, співпрацю, фантазію тощо.

Інтервенції, спрямовані на відновлення психосоціальної мережі: нормалізація соціального середовища, максимальне наближення його до довоєнного, звичного для дитини з таким структурами як дитячі садки, школи, гуртки, лікарні, соціальні дозвілльєві служби.

Основні положення концепції психосоціальних інтервенцій (J. Varenbaum, V. Ruchkin, M. Schwab-Stone, 2004; T. S. Betancourt, 2013):

1. Досвід війни та насильства під час війни настільки екстремальний, що зумовлює сильну травматизацію, яка вимагає негайних, насамперед, короткострокових інтервенцій. Тобто допомога дитині війни полягає у нормалізації її актуального стану, негайному звільненні від травматичних симптомів.

2. Існує універсальна людська реакція на сильні стресові події, тому психоедукація – перший і вкрай необхідний етап нормалізації стану дітей та дорослих.

3. Велика кількість постраждалих внаслідок війни потребує професійної допомоги. Потрапляючи на безпечну територію, постраждала особа стає жертвою війни та пасивним одержувачем різноманітних послуг, це призводить до подальшого процесу віктимізації постраждалого населення, натомість для успішної адаптації всім постраждалим від війни слід надавати можливість бути активними, приймати самостійно рішення щодо своєї подальшої долі, головне – у них має бути вибір, у тому числі й інтервенцій.

4. Постраждалі від війни почуваються краще, якщо емоційно висловлюються та розповідають про свій досвід. Однак тут слід враховувати, що війна зумовлює травму не лише індивідуальну, а й колективну, тому часто пріоритет слід віддавати саме психосоціальним, а не психотерапевтичним інтервенціям.

5. Популярне втручання – «психологічний дебрифінг», – під час якого обговорення події має відбуватися відразу після її виникнення, в умовах війни є в кращому випадку неефективним, а в деяких випадках – навіть шкідливим. Таким чином, ранній вплив чітких спогадів про травмівні події може перешкоджати афективно-когнітивним процесам, які призводять до одужання і навіть може зумовити загострення симптомів (R. A. Mayou, A. Ehlers, M. Hobbs, 2000; V. T. Litz, M. J. Gray, 2002; S. O. Lilienfeld, 2007).

6. Психологічну допомогу можуть надавати лише фахівці, які пропрацювали власний травмівний досвід, однак і в цьому випадку у них є ризик вторинної травматизації.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ПРИ ПЕРЕЖИВАННІ ГОРЯ ТА ВТРАТИ

Сто років тому смерть була природною і загальноприйнятною частиною сімейного життя. Дотепер українські діти росли у мирному світі, для якого не характерні масові раптові смерті рідних людей, а отже, дана культура базувалася на униканні розмов про горе і практично заперечувала неминучість смерті. Так було до 24 лютого 2022 року і така позиція зумовила нерозуміння відмінностей між дитячим і дорослим горем. Дорослі краще висловлюються та просять про допомогу, натомість дітям не вистачає вбудованих систем підтримки та життєвого досвіду, який багато дорослих використовують задля подолання наслідків стресу та втрати.

«Мені б хотілося, щоб хтось сказав мені, що почуття смутку та гніву триватиме так довго». «Я так сумую за нею». «Я, мабуть, єдина в родині, яка все ще сумує за ним». «Я відчуваю себе винним, що мене не було з нею, коли вона померла». «Чому?» «Що я зробив не так?» «Я злюсь, бо не встиг попроситися». Ось деякі з думок і почуттів, які висловлюють діти, які пережили смерть одного з батьків або братів або сестер.

Ускладнене горювання зазвичай зумовлене травмівною втратою, воно може тривати довший період часу, ніж зазвичай та доповнюватися наступними чинниками, які заважають процесу горювання. Особливості стосунків дитини з померлим, обставини, пов'язані зі смертю, і відсутність системи підтримки у зв'язку з втратою (K.M. Kirwin, V. Hamrin, 2005).

Доведено, у дітей спостерігається поетапний градієнт розвитку до реакцій горя та жалоби. Потрібна розповідь про фактори, ризики та вплив такої серйозної стресової життєвої події на дітей, їхнє розуміння та доступність підтримки, навчаючи їх подолати такий досвід, щоб рухатися вперед. Дітям потрібен час, щоб зрозуміти концепцію смерті та вмирання, яка відрізняється від дорослих. Розуміння дітьми смерті містить наступні компоненти: (а) універсальність; (b) незворотність; (с) постійність або остаточність; (d) неминучість і (e) причинність. Ці компоненти безпосередньо пов'язані з розумовим віком або рівнем розвитку дитини, коли вона переживає смерть (E. J. Brown, R. F. Goodman, 2005).

Ключові моменти:

1. Діти по-іншому ніж дорослі виражають горе
2. Розуміння дитиною смерті та подій, з нею пов'язаних, залежить від її віку та стадії розвитку
3. Є три основні проблеми, які турбують дітей: Що таке смерть? Я теж помру? Хто буде про мене тепер піклуватися?
4. Обов'язково слід говорити з дитиною про смерть і відповідати на її запитання
5. Слід залучати дитину до ритуалів прощання та відвідування поминальних служб

Особливості розуміння смерті дітьми та підлітками

<i>Вік</i>	<i>Розуміння смерті</i>	<i>Прояви горя</i>
0-2 роки	Ще не розуміють смерть	Реагують на розлуку з батьками посиленням плачу, зниженням апетиту і, відповідно, втратою ваги, проблемами зі сном, зниженням активності
2-6 років	Смерть як сон, сприймають смерть як тимчасове явище	Задають багато запитань (Як померлий приймає душ? Як він їсть?) Можливі втрата апетиту, закрепи чи навпаки – діарея, енурез Безсоння, страт лишатися на самоті Істерики, надмірна активність без цілі Часто відчують провину і вважають себе відповідальними за смерть близької людини, можливо, тому, що вони «погано повелилися, не слухалися» Не можуть висловити свої почуття словами і замість цього реагують на втрату дратівливістю, агресією, регресом навичок

6-9 років	Смерть остаточна і страшна Смерть трапляється з іншими, але не зі мною Смерть розглядається як людина або дух (скелет, привид або янгол)	Часто цікавляться конкретними подробицями смерті і тим, що відбувається з тілом після смерті Можуть відчувати низку емоцій, включаючи провину, гнів, сором, тривогу, смуток і занепокоєння з приводу власної смерті Можуть поводитися агресивно стосовно інших (більше – хлопчики), дівчатка – схильні до самоагресії Хвилюються, що можуть сильно захворіти Відчувають себе покинутими Часто мають шкільні проблеми – невстигання, конфліктність
старші роки 9	Всі помруть і я теж. Смерть остаточна та незворотня	Можуть проявляти гнів на членів сім'ї, імпульсивність та агресивність Деякі діти можуть скаржитися на болі, тому що вони не можуть визначити, що їх турбує Можуть відчувати широкий спектр емоцій, але не знають, як з ними впоратися та як говорити про своє горе і почуття з ним пов'язані Часто мають різкі зміни настрою Почуття провини «вижившого» - за те, що вони живі, а їхні брати/сестри/друзі померли

Як допомогти дитині пережити горе

Поясніть смерть простими, прямими, чесними словами, з урахуванням рівня розвитку вашої дитини. Діти не можуть міркувати про свої думки та емоції, як дорослі. Тому з ними треба провести багато коротких розмов. Дорослим може знадобитися повторювати ту саму інформацію багато разів. Діти можуть часто задавати одні й ті ж запитання, намагаючись осмислити складну інформацію.

Поясніть смерть, використовуючи реальні слова, такі як «помер», «загинув», а не заплутані фрази, як-от «ліг спати», «поїхав у тривале відрадження». Ви можете сказати, що смерть означає, що тіло людини перестало працювати або що людина більше не може дихати, говорити, рухатися, їсти або будь-що з того, що вона могла робити, коли була жива.

Поділіться своїми релігійними переконаннями щодо смерті, однак це доречно робити лише в тому випадку, коли ви їх дотримувалися раніше – у мирні часи, часи до втрати.

Заохочуйте дитину ставити запитання та намагайтеся відповідати на них чесно.

Якнайчастіше запевняйте дитину, що її люблять і піклуються про неї, демонструйте це обіймами та поцілунками.

Заохочуйте дитину говорити про свої емоції. Запропонуйте виразити свої переживання записавши їх у щоденник або намалювати малюнок.

Допоможіть дитині зрозуміти, що звичайне горе – це низка емоцій, включаючи гнів, провину та розчарування. Поясніть, що його чи її емоції та реакції можуть сильно відрізнятися від емоцій та реакцій дорослих.

Запевніть дитину, що це нормально, коли біль горя з часом зменшується. Поясніть, що люди не завжди можуть передбачити, коли їм буде сумно чи знову боляче від втрати близької людини.

Намагайтесь створити дітям відчуття безпеки.

Заохочуйте проводити час з друзями та займатися іншими видами діяльності, від яких дитина отримує задоволення.

Діти віком від 3 років розуміють поняття прощання. Їм слід дозволити вибирати, як вони прощатимуться з близькою людиною.

Надайте дітям дошкільного та старшого віку вибір відвідування панахиди. Але не змушуйте їх відвідувати, якщо вони цього не хочуть.

Поговоріть з дітьми про те, що станеться на службі заздалегідь. Подумайте про відвідування церкви чи кладовища.

Попросіть дорослого, якому довіряєте, допомогти доглядати за маленькими дітьми на службі або піти додому з дитиною, яка вирішила, що хоче піти раніше, ніж поминальна церемонія завершиться.

Допоможіть дитині зрозуміти, що людина, яка померла, живе в її пам'яті. Невиліковно хворі батьки іноді залишають листи, відео чи фотографії, щоб допомогти дітям згадати, як сильно їх любили. Для дітей молодшого віку більшість їхніх знань про людину, яка померла, буде отримано зі спогадів інших членів сім'ї. Часто розповідайте про померлого і нагадуйте дітям про те, як сильно він їх любив.

Коли це можливо, пропонуйте вибір, що дитина може зробити аби вшанувати пам'ять померлого. Допоможіть дитині посадити дерево або зробити міні меморіал – облаштоване місце в будинку чи в садку на пам'ять про померлого.

Терпляче реагуйте на їх невпевненість і занепокоєння. На відновлення після втрати може знадобитися багато часу. Очікуйте, що горе повторюватиметься циклами впродовж дитинства чи юності. Сильне нагадування, як-от річниця смерті, може знову посилити горе. Будьте готові завжди поговорити з дитиною.

ПСИХОЕДУКАЦІЯ ЩОДО ПТСР

Розмовляйте з дитиною про те, що сталося. Коли ми говоримо про трагічні події з дитиною, ми даємо простір для вираження її переживань та почуттів, тобто дитина має можливість звільнитися від тягара травми, розділити свої переживання з дорослими, яким довіряє.

Цілком природно, що у кризових ситуаціях власне дорослі відчують сильний страх, паніку. Іноді дорослий тремтячим голосом, з очима, сповненими сліз, намагається переконати дитину, що «це просто салют». Дитина менше сприймає інформаційне наповнення слів, найчастіше їй важливе їх емоційне забарвлення. Таку невідповідність між словами та почуттями діти переживають важко, але нездатні пояснити та аргументувати. Це лише поглиблює негативні наслідки для психіки. Тому надважливо говорити з дитиною про саму подію, а також її почуття, але не тиснути і не нав'язувати своє бачення. Допомогти дитині висловити свої почуття: «Схоже, ти дуже злякався, тобі було страшно».

Чи варто говорити, якщо дитина сама нічого не питає? Чи не травмують її ці розмови? Так, варто. Діти далеко не завжди можуть висловити те, що їх турбує, а нерідко й бояться ставити питання самим наляканим дорослим. Важливо запропонувати цю розмову, але не наполягати. Ці розмови не травмують, травмує сама подія, неможливість розділити почуття та самотність.

Упродовж періоду від кількох днів до кількох тижнів після надзвичайно загрозливої або страшної події в більшості людей розвиваються певні реакції, пов'язані зі стресом, такі як відчуття слізливості, наляканості, злості або вини. Також може з'явитися фізична реакція, здригання або труднощі зі сном, страшні сни або постійне відтворення події подумки. В більшості людей такі реакції минають самі собою.

Якщо такі реакції зберігаються довше, ніж упродовж місяця, перетворюються на постійну проблему та призводять до труднощів із повсякденним функціонуванням, це може вказувати на ПТСР.

У більшості людей ПТСР проходить сам собою без лікування. Проте нерідко до фахівців у галузі психічного здоров'я звертатися необхідно.

Люди з ПТСР часто відчують, що вони все ще перебувають під серйозною загрозою, й відповідно можуть бути дуже напруженими. У них може бути сильна реакція здригання, або вони можуть постійно очікувати на небезпеку.

Люди з ПТСР переживають небажані згадування травматичної події. Якщо їм щось нагадує про подію, вони можуть переживати такі емоції, як страх і жах, подібні до почуттів, які вони переживали власне під час події. Іноді їм може здаватися, що подія знову відбувається. У них можуть бути страшні сни.

Такі нав'язливі думки та спогади про травматичну подію є надзвичайно тривожними. Тому цілком природним є те, що люди з ПТСР намагаються уникати будь-чого, що могло б нагадати їм про таку подію. На жаль, таке уникання може призвести до проблем у їхньому житті. Наприклад, якщо особа із ПТСР уникає того, щоб ходити на роботу, тому що там на неї було скоєно напад, це вплине на її життя.

Як це не парадоксально, але намагання уникнути думання про щось зазвичай призводять до того, що людина думає про це ще більше. Попросіть особу спробувати провести подумки такий експеримент: «Постарайтеся не думати про білого слона впродовж хвилини». Наскільки це вам удалося? Скоріше за все, ви з'ясували, що слона неможливо викинути з голови. Те саме стосується і травматичних спогадів, якщо у вас ПТСР: що більше ви намагаєтеся уникнути думати про них, то більше ви про них думаєте.

Якщо це доречно у випадку цієї людини, поясніть, що в людей із ПТСР можуть бути сумісні проблеми, такі, як біль у тілі, низький рівень енергії втомлюваність, дратівливість і пригнічений настрій.

Скажіть людині з ПТСР, що важливо:

Продовжуйте жити звичним життям настільки, наскільки це можливо.

Розмовляйте з людьми, яким довіряєте, про те, що ви відчуваєте або що сталося, але тільки тоді, коли будете до цього готові.

Займайтеся релаксаційними вправами для зниження рівня тривоги та напруження (наприклад, заземлення).

Регулярно займайтеся фізичними вправами.

Намагайтеся підтримувати постійний цикл сну (тобто лягайте спати в той самий час щовечора, намагайтеся спати стільки ж, скільки й раніше, уникайте спати забагато).

Підходи до лікування посттравматичного стресового стресу в дитинстві є адаптацією підходів, які використовуються з дорослими (P. Smith, S. Perrin, W. Yule, 2001).

Хоча ліки ефективні для полегшення симптомів тривоги або депресії, психофармакологічні методи лікування менш ефективні у зменшенні таких симптомів, як уникнення, ізоляція та емоційне оніміння (N. Laor, L. Wolmer, 2002). Таким чином, ліки не можна вважати єдиною опорою для лікування посттравматичних станів, пов'язаних із війною. Вважається, що фармакотерапія неефективна при ПТСР у дітей, однак у випадку війни, діти зазнають інших травм, у тому числі й фізичних, тому необхідно враховувати вплив всіх фармакологічних засобів на психічний стан дитини – в одному випадку вони можуть знижувати інтенсивність симптомів ПТСР, а в інших – навпаки, підвищувати їх інтенсивність.

Психотерапевтичним втручанням, якому приділено найбільшу увагу, є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Р. S. Kendall (1994) виявив, що індивідуальна КПТ призвела до зниження вираженості тривожних розладів. Проте у випадку сексуального насильства вона менш ефективна, ніж у дорослих. Інші стратегії втручання використовували різноманітні методи, включаючи ігрову терапію, виразне мистецтво, музику, драму, медитацію та молитву, підходи, базуються переважно на принципах схвалення талантів і здібностей. К. E. Miller, D.L. Billings (1994) використовували різноманітні художні прийоми, щоб допомогти гватемальським та аргентинським дітям висловити свої думки та почуття щодо виховання у вигнанні. Хоча просити дітей намалювати їхній досвід може бути корисним, щоб допомогти згадати як травмивні події, так і пов'язані з

ними емоції, лише малювання травми не є достатньою терапією і навіть може бути повторне травмування як таке (M. G. Wessells, 1998). Інші автори наголошували на важливості фізичної культури та спорту у розвитку самоефективності та відновленні довіри до оточуючих. Однією з головних цілей такої терапії є допомогти дитині подолати свій дистрес через відновлення відчуття контролю над ситуацією та своїми почуттями.

KIDNET, КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПРИ РОБОТІ З ДІТЬМИ ВІЙНИ

Насамперед наголосимо, що в зонах активних бойових дій індивідуальна психотерапія не проводиться!

Психотерапевтичні інтервенції: медична допомога, індивідуальне консультування дітей, їх батьків/опікунів; групи самопомоги. Здебільшого вони спрямовані безпосередньо на дітей, але можуть також використовувати посередників (наприклад, батьків або опікунів), щоб допомогти дітям подолати травмівний досвід війни. **Наративна експозиційна терапія (NET)** – це стандартизований короткостроковий підхід до лікування тих, хто вижив у війнах і тортурах, у якому учасник будує детальний хронологічний опис своєї власної бібліографії у цілісний наратив. **KIDNET** – це адаптована дитяча версія NET, за допомогою ігор та наочних посібників, які допомагають дітям скласти свою історію. *Основна умова проведення – відсутність загрози життю дитини, цілковита об'єктивна безпека.*

KIDNET (F. Neuner, C. Catani, M. Ruf, 2008) – це специфічний різновид програми наративної експозиційної терапії, спрямованої на лікування дітей-біженців, які страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Лікування складається з восьми індивідуальних терапевтичних сеансів тривалістю від 90 до 120 хвилин, які щотижня проводять підготовлені клінічні психологи. Психолог допомагає дитині побудувати хронологічну розповідь усього свого життя, з акцентом на травмівних переживаннях. Дітям пропонується описати сенсорну інформацію, емоції, фізичні реакції та думки, які ретельно записує психолог; ця письмова документація видається дитині після закінчення терапії. Під час лікувальної програми також виконуються певні ілюстративні та творчі завдання, щоб допомогти дитині упорядкувати свої спогади. Перед побудовою розповіді діти беруть участь у вправі «рятівна мотузка», під час якої вони беруть різні квіти та камінчики, що представляють позитивні та негативні події, і кладуть їх уздовж мотузки, щоб проілюструвати кожну з найбільш значущих подій у своєму житті. Іншою вправою є «відтворення положення тіла», під час якого діти показують терапевтам, як вони фізично позиціонували своє тіло під час травмівного досвіду (наприклад, ховаючись у згорбленому положенні під час вибуху). Малюнки також використовуються для зображення сцен і об'єктів із травмівних переживань. Однак всі ці вправи можна виконувати лише в абсолютно безпечному для дитини середовищі.

Когнітивно-поведінкова терапія при роботі із травмівним горем у дітей (J. A. Cohen, A. P. Mannarino, K. Knudsen, 2004).

Зустрічі	Теми зустрічей
1	Знайомство, психоедукація щодо програми роботи
2	Робота з батьками. Навчання навичкам релаксації
3	Пояснення когнітивної тріади: взаємодії думок, почуттів та поведінки
4	Аналіз копінг стратегій: створення ресурсу для подальшої роботи із травмівними наративами
5-6	З дітьми: створення наративу травми; з батьками: аналіз наративів травми їх дітей
7-8	Діти разом із батьками: спільне опрацювання наративів травми
9	Психоедукація щодо втрати та горя. Пояснення основних реакцій горя та його динаміки
10	Усвідомлення та називання того, що було втрачено
11-12	Робота з амбівалетними відчуттями щодо втрати і ставлення до померлого
13	Формування позитивних спогадів про померлого, створення міні меморіалів
14	Формування нового ставлення до померлого, усвідомлення його позитивного впливу на подальше стосунки та життя дитини
15-15	Діти разом із батьками: обговорення спільних позитивних спогадів про померлого, створення спільного орієнтовного плану на подальше життя із врахуванням позитивного впливу на нього померлого близького

ВИХОВНИЙ І ПСИХОЛОГІЧНИЙ РЕСУРС БАБУСІВ І ДІДУСІВ

Практика участі членів розширених сімей у догляді та вихованні дітей є давньою культурною традицією у багатьох частинах світу, зокрема й в Україні². Однак причини нинішньої тенденції до домогосподарств, які очолюють бабусі та дідусі з дітьми, є відображенням більш сучасних проблем, однією з яких є війна 2022 року в Україні.

Наші спостереження показали, що хоча старше покоління було в мирний час достатньо емоційно близьким зі своїми онуками, нині спостерігається значне емоційне відсторонення одних від інших, діти все більше відчувають брак

² Відомі люди, якими опікувалися бабусі та дідусі: Барак Обама (президент США), Оксана Баюл (спортсменка, олімпійська чемпіонка), Сімона Байлз (спортсменка, олімпійська чемпіонка), Наомі Кемпбелл (модель).

чуйності з боку бабусі та дідуся, які про них піклуються, не в останню чергу це зумовлено власним горюванням старшого покоління через втрату своїх дітей. Натомість дітям, які втратили батьків, саме емоційна підтримка рідних надзвичайно важлива.

Тож, бабусі й дідусі можуть часто потребувати підтримки громади та соціальних послуг через проблеми, пов'язані з неочікуваною роллю догляду за дитиною. Однак у багатьох випадках така підтримка відсутня, через те, що старше покоління добровільне бере на себе обов'язки по вихованню онуків.

Основні проблеми старшого покоління, які впливають на реалізацію ними батьківських обов'язків:

1) Вони є мовчазними свідками трагедій, які зумовили необхідність опікуватися онуками. Мовчазними, бо зазвичай їм ні з ким поговорити про своє горе, про свої переживання, пропрацювати свою власну травму

2) Відповідальність за онуків. Турбота про дітей залишає у опікунів менше часу та грошей на хобі та звичну активність, часто старше покоління відчуває провину перед померлими дітьми за проблеми онуків, природні реакції горювання онуків за батьками посилюють у старшого покоління відчуття власної некомпетентності та виховного безсилля.

3) Проблеми з житлом. Необхідність пристосовувати свій будинок / квартиру до життя з онуками, зменшення особистого приватного простору, зміна звичного способу життя у своєму приміщенні (S. Leder, L. N. Grinstead, E. Torres, 2007).

У нашій ситуації актуальні Програми раннього втручання, як правило, зосереджені на покращенні фізичного та психічного здоров'я бабусь і дідусів, підвищенні їх стресостійкості (J. N. Sumo, J. Wilbur, W. Julion, S. Buchholz, M. Schoeny, 2018). Однак, у будь-якому випадку, старшому поколінню потрібен час аби знову стати батьками.

Ключові аспекти психологічної підтримки бабусь і дідусів, які стали опікунами для своїх онуків (за матеріалами Advisory Council to Support Grandparents Raising Grandchildren, США).

1) *Допомога в усвідомленні своїх переживань* (гніву, стресу, провини, горя тощо).

2) *Навчання засобам самопомоги* (релаксації, стимулювання фізичної активності, захоплень, всього, що може допомогти знову відчути позитивні емоції).

3) *Сприяння розуміння того, що у онуків теж будуть неоднозначні почуття* (гнів, звинувачення опікунів в тому, що сталося, проблеми з адаптацією до спільного життя).

Навіть якщо діти достатньо дорослі, щоб розуміти, що з тут їм краще, вони все одно будуть сумувати за батьками і боротися з почуттям покинутості. Незалежно від їхньої поведінки, ваші онуки потребують вашого комфорту та підтримки. Якщо ви починаєте злитися або засмучуватися, уявіть себе на їхньому місці. Уявіть, що вони пережили, розгубленість, недовіру та страх, які вони, ймовірно, відчувають. Пам'ятайте, що діти часто грають у безпечному місці. Хоча іноді може здаватися, що ваші онуки не люблять і не цінують вас, їхня

поведінка насправді означає, що вони відчують себе достатньо в безпеці, щоб висловити свої негативні емоції. Якщо після короткої фази «медового місяця» (коли онуки поводяться дуже добре), вони раптово стають агресивними, конфліктними, це не означає, що ви погано виконуєте батьківські обов'язки. Насамперед, це може бути ознакою того, що онуки нарешті відчують себе достатньо впевненими, щоб висловити свої справжні почуття.

4) *Допомога у створенні стабільного середовища*

Хоча вашим онукам знадобиться час, щоб пристосуватися до нового життя, ви можете зробити певні кроки, щоб полегшити цей процес. Передусім, ваші онуки повинні відчувати себе в безпеці. Встановіть розпорядок дня. Рутини та передбачуваність допомагають зробити світ дитини безпечним. Встановіть графік прийому їжі та сну. Створіть спеціальні ритуали, якими ви і ваші онуки можете поділитися на вихідних або під час підготовки до сну. Заохочуйте їх внесок у їхній новий будинок. Нехай ваші онуки допомагають упакувати та перемістити свої речі, наскільки вони можуть для свого віку. Заохочуйте їх прикрасити свою нову кімнату так, як вони хочуть. Встановіть чіткі, відповідні віку домашні правила та дотримуйтесь їх послідовно. Діти відчують себе впевненіше, коли знають, чого очікувати. Подбайте про те, щоб у кожного онука був особистий простір. Якщо онуки разом у одній спальні, проявіть креативність: використовуйте перегородку, щоб відгородити приватну зону в більшій кімнаті, побудуйте ігровий будиночок на задньому дворі або встановіть намет у великій кімнаті.

5) *Допомога в організації відкритого та чесного спілкування*

Відверте і чесне спілкування зі своїми онуками – одна з найкращих речей, які ви можете зробити, щоб допомогти їм упоратися з новою ситуацією. Особливо важливо виділити час, щоб по-справжньому слухати своїх онуків. У цей важкий час їм потрібен дорослий, до якого вони можуть звернутися зі своїми запитаннями, проблемами та почуттями. Заохочуйте своїх онуків говорити про свої почуття, як хороші, так і погані. Намагайтеся слухати, не засуджуючи і не відкидаючи їх почуттів. Допоможіть своїм онукам навчитися визначати свої емоції. Наприклад, якщо ваш онук здається засмученим, ви можете сказати: «Ти виглядаєш сумним. Тебе щось турбує?» Маленькі діти можуть не в змозі висловити свої почуття, але вони виражатимуть себе через гру. Це нормально сказати: «Я не знаю». Ви не повинні мати відповідь на все. Якщо ви, наприклад, не знаєте, коли мама прийде додому, будьте чесними. Не ухиляйтеся від запитання і кажіть правду зрозумілими для дитини словами.

РОЗДІЛ 3. МОЖЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ЗАРУБІЖНИХ МЕТОДИК ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ВІЙНИ ДО РЕАЛІЙ УКРАЇНИ

Всі запропоновані у даному розділі методики, зокрема психосоціальної підтримки базуються на принципах – основних складових короткострокових та середньострокових втручань при масових травмах війни, які повинні сприяти (1) почуттю безпеки, (2) заспокоєнню, (3) розвитку самоефективності, (4) зміцненню почуття належності до спільноти та (5) підтримці надії.

ПРОГРАМА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ ТА МАТЕРІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

(створена та реалізована з постраждалими від війни у Боснії, R. Dybdahl, 2001)

Програма була розроблена, щоб допомогти маленьким дітям та їхнім основним опікунам, які стали жертвами війни. Основною метою було сприяти емоційному, соціальному та інтелектуальному розвитку та благополуччю дітей раннього віку. Програма складалася з щотижневих групових зустрічей для матерів протягом п'яти місяців і була зосереджена на подоланні проблем і сприянні хорошій взаємодії матері та дитини. Матерям надали інформацію про розвиток дитини, комунікацію та травми війни. Керівники груп допомагали мамам вести конструктивні дискусії, обмінюватися досвідом та підтримувати один одного.

Зміст програми та стислий опис її компонентів

Акцентуємо, що у даної програми був один куратор, але фахівці, відповідальні за окреслені нижче теми, були різними.

1. Розвиток і потреби дітей
2. Підвищення розуміння своєї дитини
3. Взаємодія матері і дитини
4. Травми і втрати під час війни

Тема 1: Розвиток і потреби дітей

Керівники груп надали матерям інформацію про психологію розвитку та догляд за дітьми. Розвиток був представлений як безперервний процес змін з кількома вимірами (фізичний/моторний, розумовий/когнітивний та соціальний та емоційний). Ці виміри виникають у взаємодії та взаємозалежності один від одного, тому фізичне здоров'я дітей впливає на їх психосоціальний розвиток і навпаки. Дві найважливіші потреби дитини – це хороше фізичне та чутливе людське середовище. Реалізовувати ці дві потреби насамперед потрібно в іграх та в творчій активності. Крім того, слід зосередитися на:

- навчанні (як, коли і яких навичок дитина має досягти)
- комунікабельності (вмінні створювати дружні взаємини та брати участь в ігровій взаємодії)
- піклуванні та підтримці (забезпеченні емоційного комфорту, фізичного контакту)
- контролі та регулюванні поведінки дитини.

Особливості, здібності та потреби дітей різних вікових груп були ще одним питанням у рамках теми розвитку дитини. Особливий акцент було зроблено на знаннях про здібності дітей, наприклад, про те, що навіть немовлята мають вражаючі соціальні, зорові, перцептивні та слухові здібності. У програмі наголошувалося, що діти активні та впливають на своє оточення, потребі щоб розвиток був інтерактивним процесом, а не лише одностороннім стимулюванням дитини. Як уразливість, так і стійкість дітей були питаннями розвитку дитини, і в групах обговорювали дивовижний потенціал дітей відновлюватися та нормально розвиватися, якщо вони отримують належний догляд, навіть після серйозних труднощів. Певна увага також була приділена дітям, з якими важче взаємодіяти, ніж з іншим, дітям із високим ризиком (наприклад, недоношеним дітям із затримкою розвитку, дітям з насильством в анамнезі або дітям з фізичними вадами). Також обговорювалися роль дитячої гри та підходи дорослих щодо неї, зокрема, як гра може бути самоініційованою та самокерованою та як батьки можуть підтримувати гру дитини та розуміти, чому діти грають. Важливість фізичного контакту – обіймів, поцілунків – також була проаналізована в ході зустрічей.

Тема 2: Підвищення розуміння своєї дитини

Ця тема була спрямована на підвищення усвідомлення матерями власної ролі у вихованні дітей. Матерів заохочували подумати про своє дитинство та про те, як це відчувати себе дитиною. Вони також обговорювали відмінності між тим, як вони виховувалися та тим, як вони виховують власних дітей. Традиції догляду за дітьми в суспільстві є важливим джерелом знань (часто називають їх «виховною мудрістю»), проте, коли ситуація швидко змінюється через війни та переміщення, традиційної виховної мудрості може бути недостатньо. Ось приклади запитань, які ставлять керівники груп, щоб почати дискусію, спрямовану на краще усвідомлення своїх виховних цінностей:

- Що ви вважаєте важливим, коли виховуєте свою дитину?
- На що ви сподіваєтесь від своєї дитини в майбутньому?
- Що для вас зараз найважче у вихованні дітей?
- Як ви відчуваєте, що робите добрі вчинки щодо своїх дітей?

Матерів заохочували спостерігати та намагатися зрозуміти своїх дітей. Один із способів зробити це – розповісти про своїх дітей у групах. Приклади питань, які обговорювалися:

- На кого схожа за зовнішністю та поведінкою ваша дитина?
- Які улюблені заняття чи страви вашої дитини?
- У чому ваша дитина унікальна? Чим відрізняються ваші діти за характером, темпераментом і потребами?
- Що вам подобається у вашій дитині? Розкажіть про час, коли ви пишалися своєю дитиною?

Групові дискусії також акцентували на тому, чому досвід дитинства важливий, а також роль любові та належного догляду. Це вказує не лише на стійкість дітей, а й на великий потенціал матерів допомогти своїм дітям впоратися зі стресовими ситуаціями після травматичних переживань. Керівники

груп допомогли підвищити обізнаність матерів про те, як вони можуть змінити розвиток своєї дитини, створюючи для них сприятливе середовище.

Тема 3: Взаємодія матері і дитини

Ця тема зосереджена на важливості соціальної взаємодії та спілкування для розвитку дітей і спирається на питання з тем 1 і 2. Цей розділ містив деякі рекомендації щодо хорошої взаємодії між матір'ю та дитиною, які сприяють збагаченню соціального оточення дитини. Емоційна взаємодія передбачає переживання і вираження любові та прихильності, а також похвалу, заохочення та схвалення. Це здатність матері бути чуйною та могла слідувати ініціативі дитини. Діалог і спілкування також є центральними в цій взаємодії. Він може бути ініційований дітьми або дорослими, і має місце як під час перебування дитини поруч із зоровим контактом, так і на відстані. Це передбачає розмову з дітьми, а також використання інших звуків, виразів обличчя, співу, жестів і фізичного контакту, що можна вважати діалогом. Соціальна взаємодія, яка сприяє когнітивному розвитку, починається з того, що мати і дитина зайняті одним і тим же. Назвати об'єкти та переживання та надати їм значення сприяють розвитку мовлення та інших когнітивних навичок. Розповідаючи про те, як пов'язані люди, часи, події та предмети, матері можуть збагатити повсякденне середовище дитини. Наприклад, говорити про одяг, який одягала дитина, кольори, як вони були виготовлені та де ще можна знайти цей колір. Крім того, у групах працювали над важливим питанням пошуку шляхів контролю над дитиною та формування правил поведінки в позитивному руслі. Наприклад, одна мати поділилася проблемою, що вона часто б'є свою неслухняну дитину, а інші учасниці групи розповіли, у таких ситуаціях вони твердо говорять «ні», просять сусіда про допомогу, коли самі не можуть впоратися або винагороджують дитину за позитивну поведінку.

Тема 4: Травми і втрати під час війни

Ця тема присвячена реакціям на травму та способам допомоги сім'ям впоратися зі стресовими обставинами. Насамперед, це стосується психоедукації щодо загальної характеристики травматичних подій, а також реакції та почуття, які люди можуть мати під час і після таких стресових періодів. Оскільки досвід, реакції та стратегії подолання дуже різняться, було наголошено на індивідуальних відмінностях у копінг стратегіях та стресостійкості. Головна увага в груповій роботі була приділена тому, як матері можуть допомогти своїм дітям. Матерів заохочували проводити час з дітьми, спілкуватися з ними, використовуючи рекомендації, описані вище. Це також включало розмову з дітьми про те, що трапилося, і допомогу їм висловити думки, почуття, не відлякуючи таких важких тем, як горе та тривога. Іншими способами допомоги дітям були виявлення та контроль травматичних нагадувань. Діти потребували заспокоєння та захисту від подальшої травми, що в цих умовах було складним, але, тим не менш, важливим питанням у груповій роботі. Матері обговорювали, як зробити домашнє середовище максимально безпечним і передбачуваним, а також місцем для зцілення та розвитку, наприклад, за допомогою рутини та залучення дітей до діяльності та повсякденних ритуалів. Робота з власною травмою матерів передбачала врахування як гострих кризових або шоккових

реакцій, так і тривалих реакції, які є нормальними чи відносно патологічними. Матері могли поділитися почуттями та думками, спробувати зрозуміти, що сталося і чому вони чи інші так відреагували. Акцент був зроблений на довгострокових реакціях, таких як соматичні болі, тривога, горе, депресія, дратівливість, приголомшливі, нав'язливі думки та спогади, проблеми зі сном та кошмари. Проблеми також можуть бути пов'язані з погіршенням пам'яті, концентрацію, екзистенційними проблемами, почуттям безсилля, сорому та провини. Однак керівники груп також зазначили, що багато людей, у тому числі діти, реагують добре, і це може мати позитивні наслідки для їх подальшого розвитку. Зазвичай недооцінюють те, що діти все розуміють, а тому дорослі забувають пояснити і поговорити з ними про те, що сталося. У дітей частіше спостерігаються фізичні симптоми, порушення сну та проблеми з концентрацією. Іншими реакціями можуть бути регрес, невпевненість і страх, плач, депресія, гнів, асоціальна поведінка, відсторонення від себе та повторювані ігри. Вони можуть відчувати «скорочене майбутнє», наприклад, що вони не виростуть і тому відмовляються планувати життя наперед. Інформація про реакції на травму, надана лідерами груп, а також учасниками групи, допомогла нормалізувати почуття та думки та зміцнити стратегії подолання. Проблеми часто вирішувалися в групах, але іноді було необхідно знайти додаткову допомогу (наприклад, лікарів чи соціальних працівників). Матерів заохочували піклуватися про власні фізичні та психічні потреби, наприклад, знайти час і необхідну допомогу для подолання травм і реакцій на горе, а також планування сім'ї, роботи та інших важливих сфер життя.

Натепер ефективними визнано наступні програми розвитку батьківської самоефективності: *психосоціальної стимуляції* – актуальні для переселенців до інших країни (розвиток когнітивних та мовленнєвих навичок дітей шляхом навчання батьків (насамперед матерів) тому, як підтримувати розвиток своєї дитини за допомогою ігор та інших видів активності); *комплексних втручань* – для дітей, які зазнали серйозних поранень (комбінація методів лікування, психотерапії та розвитку навичок адаптації батьків, чиї діти зазнали серйозних фізичних поранень і мають супутні проблеми з психічним здоров'ям); *профілактики емоційних та поведінкових проблем* – актуально для батьків дітей до 6 років; *психоедукації*, яка завжди базується на емоційній підтримці (T. S. Betancourt, 2013).

ОРІЄНТАЦІЇ НА ВТРАТУ ТА НА ВІДНОВЛЕННЯ У ТЕРАПІЇ ГОРЯ

Модель подвійних процесів у вправлянні з втратою (DPM) інтегрує теорію когнітивного стресу та традиційні теорії горя. Спочатку вона розроблялася у контексті втрати одного з подружжя, а потім стала застосовуватися й щодо інших видів втрати й травми в цілому. Згідно з DPM, ефективне вправляння з горюванням охоплює стресори, орієнтовані на втрату (*loss-oriented, LO*) та стресори, орієнтовані на відновлення (*restoration-oriented, RO*). Стресори LO означають вправляння із втратою померлої людини (наприклад, переживаючи горе, шукаючи сенс втрати, аналізуючи її). Вони включають ситуації, коли людина стикається із втратою відносин та зв'язків із

фігурою прихильності. Вплив таких стресорів може бути зумовлений зовнішніми подіями, такими як бесіда зі знайомим або внутрішніми переживаннями на кшталт спогадів чи образів снів; крім того сюди включають «болючі» неконтрольовані емоції (туга, самотність), які виникають внаслідок втрати і з якими необхідно впоратися. На противагу цьому, стресові реакції, орієнтовані на відновлення (RO) містять подолання вторинних стресових ситуацій, які виникають як наслідок тривоги, пов'язаної зі змінами способу життя та психосоціальними змінами після втрати, і включають стресові фактори, такі як фінансові, побутові, зміни статусу чи ролі особистості (наприклад, перехід від дружини до статусу вдови), обов'язків та міжособистісних стосунків.

Ключовим аспектом даної моделі є те, що під час горювання у повсякденному житті всі люди стикаються із необхідністю переключати увагу від ситуацій, що вимагають орієнтації на втрату до ситуацій, орієнтованих на відновлення та навпаки (M. Stroebe, H. Schut, 2010). Це динамічний процес, коли орієнтації та втрату та відновлення змінюють одна одну, відповідно людина стикається з тим, що в одних ситуаціях вона добре адаптується до життя без померлої людини, а в інших – ні, що є абсолютно нормальним в процесі оптимальної психологічної адаптації до втрати. Звідси, здатність ефективно справлятися зі втратою близької людини передбачає вміння бути гнучким у різних ситуаціях, у тому числі у сприйнятті свого актуального стану («сьогодні мені важко, але вчора я зробила... і відчула, що можу вирішувати такі справи без ...»).

Згідно із моделлю подвійного процесу вправління із втратою, процес скорботи розглядається крізь призму двох цілей: орієнтації на втрату (прийняття і визнання втрати) та орієнтації на відновлення. Орієнтація на втрату відбувається у формі відокремлення від померлої людини, що виражається у плачі, крику, сумі, тузі, натомість орієнтація на відновлення відноситься до діяльності, за допомогою якої людина починає будувати нове життя і нову ідентичність, в якій померлий присутній духовно і символічно, але не фізично. Адаптація до втрати полягає у коливаннях між цими двома орієнтаціями, що відбувається доти, поки не буде знайдено сенс як у втрачених відносинах, так і в новому (повторно) побудованому житті.



Модель подвійного процесу вправління із втратою

Здатність виконати роботу горя пов'язана з історією розвитку людини. З моменту народження всі розвиваються, розлучаючись. За відсутності в минулому «здорових» розставань робота горя відбувається набагато повільніше. Перш ніж змиритися з новою втратою, людина змушена звернутися до неповністю пережитих втрат у минулому. Бажання закінчити горювання і спокійно згадувати про померлу людину може несвідомо відчуватися як зрада, що зумовлює появу соматичних хвороб і різного роду залежностей. Коли горе відступає, відчуття, що світ сповнений дратівливих фрустрацій, починає зменшуватися, на цьому роботу горя можна вважати завершеною.

Актуальність моделі дуальних процесів для терапії горя чітко окреслена у самій моделі. Зокрема, людей, які страждають, слід орієнтувати на гнучкі коливання між різними частинами моделі (наприклад, від орієнтації на втрату до орієнтації на відновлення та навпаки: виживати – відпочивати, протистояти – уникати, продовжувати зв'язки – відмовлятися від зв'язків). Розуміння стилів прихильності кожного конкретного горюючого, дозволяє спрогнозувати їх реакції на втрату та окреслити ймовірні терапевтичні втручання.

У терапії горя найефективнішими є три принципи: низька директивність, людино-центрованість та опора на особистий досвід клієнта. По-перше, терапія є динамічною, поступовою, відбувається у середовищі «тут-і-тепер», а тому не вимагає шаблонних, чітких, єдино правильних підходів до роботи з усіма клієнтами. *Горе і «гуру-психолог» несумісні. Примушування до зміни лише посилить захисні сили людини, опір саморозвитку, і можливо, навіть призведе до погіршення її психічного здоров'я* (E. Delespauх, 2013). Психолог повинен враховувати актуальні потреби клієнта – якщо на даному етапі горювання йому комфортно зберігати тісний зв'язок із померлим, то працювати слід в контексті даної позиції, так само як і поважати прагнення клієнта розірвати цей зв'язок задля зменшення актуальної сили болю.

По-друге, замість того, щоб застосовувати загальноприйняті терапевтичні стратегії, інструменти чи методи з людьми, які горюють, терапевт повинен адаптуватися до очікувань і потреб кожного конкретного клієнта. *Переживання горя клієнтів можна зрозуміти лише в загальному контексті їхнього життя та особливостей їх особистості.* Тому важливо розглядати процеси горя в контексті цілісного досвіду загиблої людини, включаючи поведінкові, емоційні, когнітивні, фізичні, духовні та екзистенційні, соціальні, економічні та культурні аспекти. Оскільки, горювання – це просто частина життя клієнта, яка, як і інші його життєві події, вимагає застосування ресурсів для ефективною адаптації.

По-третє, терапевтичний підхід передбачає побудову та підтримку безпечних відносин з клієнтом, що особливо актуально в контексті горювання (R. A. Neimeyer, 2019). Наявність надійного, емпатійного, розуміючого психолога, психотерапевта дозволить клієнту переглянути свої робочі моделі, базовані на небезпеці та, ймовірно, трансформувати їх у більш безпечні. Терапевт може стати безпечним прихистком, опорою, за допомогою якої клієнти можуть потім досліджувати свій внутрішній світ, включаючи болючі або приємні спогади та емоції, адаптивну і дезадаптивну поведінку. Тобто, *відносини терапевт-клієнт повинні бути структуровані таким чином, щоб терапевт*

демонстрував присутність, послідовність, надійність та емоційну доступність (Н. R. Winokuer, 2012). Як і у всій психотерапії, якість взаємин з терапевтом буде визначальним для ефективності терапії горя. *Для ефективної роботи психолог, психотерапевт повинен бути конгруентним, розуміти власні переживання, вміти аналізувати свій життєвий досвід, особливо в контексті власних переживань втрати.* Конгруентний терапевт дозволяє клієнтам усвідомити, зрозуміти і прийняти себе, вільніше робити свій вибір, і таким чином стати більш гнучкими у повсякденному житті в цілому та в адаптації до втрати зокрема.

МЕТОДИКА «РІЧКА ГОРЯ»

Протягом останніх років було багато написано праць про обмеження «стадійних» моделей, зокрема про «п'ять стадій смерті / смутку» Елізабет Кюблер-Росс (M. Stroebe, W. Stroebe, H. Schut, 2017). Незважаючи на багаторічні дослідження та пропозиції багатьох альтернативних моделей, її модель продовжує домінувати у популярній психології. Хоча метафора стадій вже не в моді, клініцисти продовжують говорити про «процес горя», інший науковий термін, який наголошує на передбачуваності та універсальності процесу горювання. R. A. Neimeyer (2001) наголошує на необхідності реконструкції сенсів, і пропонує людям досліджувати власні метафори в процесі пошуку шляхів подолання та інтеграції втрат. Водночас, не лише клієнтам важливо сформулювати свої метафори на індивідуальних терапевтичних зустрічах з психологом, а й власне психологам і психотерапевтам слід говорити між собою про втрату та горювання, розробляючи низку доступних для розуміння терапевтичною і клієнтською спільнотою образів і метафор.

Вперше метафоричну модель «Річка горя» було представлено у 2009 році, як таку, що базується на популярній і загальноновживаній метафорі «хвиля», що описує емоційну реактивність горя (T. Dennis, 2009). Можливо, ці хвилі горя більше нагадують річкові пороги, ніж ритмічні океанічні хвилі на пляжі або відносно рідкісне цунамі. Різні фази річки (верхів'я, пороги, течія, дельта) використовуються для визнання та врахування впливу втрат і горя протягом усього життя.

Ми наголошуємо, що дану методику можна використовувати лише з підлітками та юнаками, які розуміють поняття метафори.

Представляючи концепцію *верхів'я (верхня течія річки, а також місцевість, що прилягає до неї)*, психолог може вирішити вже існуючі проблеми, що формують поточні втрати, включаючи релігійні та культурні цінності, характер стосунків з померлим, попередні втрати, особистість та темперамент та проблеми з психічним здоров'ям клієнта.

Пороги (мілководна кам'яниста або скеляста ділянка в річищі річки із прискореною течією) описують гостру фазу горя, яка включає не тільки емоційну реактивність, а й усі фізичні відчуття та когнітивні процеси, з якими стикаються клієнти, намагаючись адаптуватися до оточення без померлого. Розмови про пороги передбачають визнання численних стресових факторів і

вимагають усвідомлення ресурсів та навичок, необхідних для подолання поточних втрат.

Як правило, горюючі визнають, що в певний момент відбувається зміна переживань. Поступові або різкі, ці зрушення свідчать про перехід у наступну фазу горя – течії річки (*потоки води в водотоках, що переміщуються під дією, головним чином, сили тяжіння*). Течія характеризується відносно гладкою водою, коли горюючі можуть звернути свою увагу на пейзажі та події повсякденного життя. Однак горе може тривати трохи нижче поверхні води. Такі події, як свята, ювілеї, сімейні події та життєві кризи, можуть спричинити додаткові пороги і вимагати від людини актуалізації нових ресурсів.

Дельта річки – це район впадіння річки в океан, море, озеро або іншу річку, що має рукава і протоки. Дельта-фаза відповідає восьмому етапу психосоціального розвитку Е. Еріксона – «Цілісність проти відчаю». Дельта-моменти включають будь-який час, коли ми займаємось змістовною діяльністю або визнаємо власну смертність. Це часи нашого життя, коли ми беремо участь у перегляді життя і формуємо точку зору про власну смерть.

Нарешті, включаючи заключну фазу, яка називається *повторним приєднанням до моря*, модель гірської річки дає можливість клініцистам досліджувати разом із клієнтами свої екзистенційні питання та вірування щодо кінця життя, включаючи можливість потойбічного життя.

Наголошуючи на безперервності життя та постійній інтеграції втрат у повсякденний досвід, дана модель дозволяє клієнтам переключити свою увагу з спроб досягнення певної стадії горювання на актуалізацію відповідних ресурсів та підтримки, необхідних для подолання поточної кризи.

Методика застосування цієї моделі до терапевтичних взаємодій вимагає вдумливого та своєчасного введення метафори річки та води в контекст розмови. Загальною метою метафори річки є нормалізація досвіду втрати клієнта шляхом порівняння його з цією природною метафорою. Суть техніки полягає в тому, що, краще розуміючи досвід, ми робимо його більш керованим.

Навмисне використання метафоричної, а не клінічної мови, захищає від небезпеки літералізації обраної метафори. Клієнт інтуїтивно розуміє, що коли ми говоримо: «горе – це річка», ми використовуємо фігуру мови, яка порівнює щось нове, важке для пояснення та унікальне для людини з чимось іншим, що є більш звичним. Використання мови образів звертає увагу клієнта до творчих способів подолання втрат. Використання психологом метафоричної мови дає змогу клієнту вводити власні метафори.

Дана методика використовувалась у різних умовах, включаючи хоспіс, приватну практику, денне лікування підлітків, лікарню та релігійні заклади. Один консультант з питань горя в Англії зібрав фотографії різних фаз річок і запропонував клієнтам використати їх, щоб визначити, де вони перебувають у своєму горі. Інший користувався цією моделлю під час рафтингу з підлітками, що свідчить про наявність численних варіацій у роботі з даною моделлю. Більше про неї можна знайти на ресурсі: www.griefriver.com

«ВІДНОВЛЮВАЛЬНИЙ ПЕРЕКАЗ» ПРИ ТРАВМІВНІЙ ВТРАТІ

Відновлювальний переказ (RR; E. K. Rynearson, A. Salloum, 2021) – це структуроване втручання з 10 сеансів для дорослих, які пережили травмівну смерть близької людини.

Травмівна насильницька смерть близької людини зазвичай абсурдна: «Цього ніколи не повинно було статися!», відповідно у рідних формуються п'ять ключових наративів (історій) сприймання смерті.

1) Історія каяття – «Я відповідальний за смерть N. Я повинен був запобігти цьому, і хотів би, щоб замість N помер я».

2) Історія відплати – «Хтось інший відповідає за смерть N. Я збираюся знайти цю людину і поквитатися».

3) Історія порятунку – «Я уявляю, як я міг попередити смерть N і врятувати його».

4) Історія возз'єднання – «Мені потрібен N тут, поруч зі мною, щоб я знав, що як і коли все сталося, що він відчував і що я не винен або є винен несильно в його смерті».

5) Історія захисту – «Я не можу допустити, щоб це сталося з кимось іншим, хто мені близький. Мені потрібні, щоб всі рідні були поруч зі мною, щоб я знав, що ми в безпеці».

Дане втручання включає елементи, спрямовані на стабілізацію фізичного і психологічного стану, у тому числі розвиток навичок релаксації та вшанування померлого шляхом обміну позитивними спогадами. Таким чином відбувається стабілізація емоційного стану горюючого та формуються позитивні постійні зв'язки із його рідним померлим. Травмівна смерть, особливо якщо вона була насильницькою, у вижившого відтворюється у вигляді спогадів, нав'язливих думок, образів, снів про обставини смерті близької людини. RR вирішує ці симптоми травмівного стресу за допомогою вправи, в якій учасники малюють сцену вмирання та діляться малюнком та історією смерті з іншими членами групи. Чисельність груп для відтворювального переказу становить від 6 до 10 учасників, однак дану методику можна впроваджувати й в індивідуальній роботі з психологом, але ми вкотре підкреслюємо, робити це можна лише у безпечних умовах, де життя клієнта та психолога нічого не загрожує.

Ми зазначаємо, що однією із форм відновлювального переказу є розповіді про смерть їхніх рідних волонтерам, засобам масової інформації, тощо. У цьому випадку відновлювальний переказ має спонтанний характер, однак який не позбавлений ресурсного, відновлювального впливу на психологічний стан горюючого.

Основні складові методики «відновлювального переказу» (далі - RR)

Обов'язкові та унікальні:

(1) Резилентність (здатність відчувати себе в безпеці, окремо і автономно від померлого, тобто не зливатися з вмираючим, сепаруватися від нього) посилюється під час початкових сеансів. Це повертає необхідну психологічну стабільність, після якої розпочинається безпосередня робота з травмою. По суті – на перший сеансах слід дати ресурс, опори людині, щоб вона відчула підлогу під своїми ногами, на якій вона міцно стоїть.

(2) Відновлення позитивних, нетравмивних образів померлого та себе активно розпочинається впродовж «пам'ятних» сеансів, коли померла людина і виживший згадуються як окремі особистості зі своїми життєвими, нерідко – спільними історіями, які водночас весь цей час лишалися автономними особистостями.

(3) Перепроживання образів насильницької смерті через уявні вправи з поезії та малювання – ключовий аспект RR. Однак це не може початися, поки член групи відчуває жах і безпорадність. Слід постійно наголошувати, що історія «належить» оповідачеві, її можна змінювати як власне і змінювати свій психологічний стан, дозволяючи сформуватися «світлій пам'яті».

Важливі, але не унікальні втручання:

(1) Постійна увага до групової динаміки з акцентом на підтримці групової згуртованості. RR не може початися або продовжуватися, якщо окремий учасник не вірить, що інші учасники є чуйними слухачами та помічниками. Групова довіра заснована на можливості взаємного переказу, а заспокійлива підтримка інших членів групи гарантує, що розкриття інформації буде безпечним і надію можна відновити.

(2) Гнучкість стилю взаємодії співведучих (співлідерів). Порядок денний групи – це структура, яка дозволяє переосмислити досвід насильницької смерті, водночас, це скоріше рамка, ніж жорстка формула. Члени групи планують власний шлях до відновного переказу, і поки вони залишаються зосередженими на цьому завданні та дотримуються порядку денного як керівництва, співведучі не наполягають на точному дотриманні тем або вправ. Неповнолітні іноді потребують більше керівництва, ніж дорослі, але підтримання морального духу групи вимагає, щоб члени групи дивилися на співлідерів як на залучених членів і вчителів, а не на авторитарних керівників. Потужний ефект групового переказу походить від групи, а не від «влади» співлідерів.

(3) Повага до кожного з членів групи та їхньої пам'яті про близьку людину. Втрата близької людини, непередбачувані обставини негативно вплинули на почуття власної поваги та самоефективності дітей, підлітків та дорослих. Співлідери активно підсилюють ефективність членів групи шляхом позитивного підкріплення та заохочення їхніх зусиль щодо взаємодії.

Заборонені втручання:

(1) Передчасне повторення образів насильницької смерті. Опір і уникнення потрібно поважати. Нікого не слід поміщати в «гаряче місце», де він змушений розкрити себе.

(2) Заборона плачу та гніву чи навпаки, їх заохочення.

(3) Догматичні тлумачення, які пов'язують реакції травмивного горювання з дисфункціональним досвідом дитинства, дитячими психотравмами та низькою самооцінкою. Інтерпретації мають бути відновлювальними та підтримуваними, а не розкривати глибші проблеми та конфлікти.

Відновлювальний переказ починається із структурованого інтерв'ю

Кожного потенційного учасника групи можна опитувати окремо протягом 30 хвилин, або кілька осіб можуть бути опитані в умовах невеликої групи (щоб спостерігати за їхніми здібностями до емпатії, активного слухання та

толерантності до думок інших) протягом години. У будь-якому контексті інтерв'юер намагається встановити ступінь та джерела резилентності, копінг-стратегії та ресурси потенційних учасників групи в минулому досвіді та сьогодні. Це відображається в цілеспрямованому пошуку сили (ресурсу) замість ознак слабкості чи психологічного (психічного) розладу:

Історії попередніх травм:	Що і хто допоміг вам впоратися?
Історії попередніх смертей:	Що і хто допоміг вам впоратися?
Джерела підтримки:	На що чи на кого можна розраховувати для покращення свого стану? Сім'я, друзі, робота, церква?
Поняття смерті:	Ми не можемо знати, що відбувається після смерті, але чи є у вас уявлення чи переконання, які втішають і заспокоюють вас стосовно подальшої долі померлої людини?
Супутні проблеми:	Чи потребували ви раніше допомоги (консультації, ліків, госпіталізації)? Що чи хто допоміг вам? Які з цих проблем актуальні для вас зараз?
Наратив насильницької смерті:	Опишіть свої думки, спогади, сні про померлу людину. Наскільки сильно вони вас турбують? Чи заважають продовжувати жити? Якщо так, то як часто – щомісяця, щотижня чи щодня? Що відчуваєте саме ви: розкаяння, радість від порятунку, надію на возз'єднання, надію на відплату чи бажання захистити інших від подібного)? Якщо так, то як часто – щомісяця, щотижня чи щодня?

Структура групових зустрічей

Сеанси тривають 90 хвилин, починаються і закінчуються вчасно.

Співлідери звертаються до написаного на фліпчарті порядку денного на початку кожної сесії, щоб оголосити тему сесії та нагадати учасникам групи, скільки сесій залишилося. Кожна сесія починається з короткого «чекіну» (процедури підтвердження наміру активної участі у сесії) для кожного члена. Важливо, щоб особа, яка уникає розмов або замкнулася в собі, повідомляла про свій стан, щоб співлідери зорієнтувалися як можна її залучити до взаємодії. Учасникам групи пропонується зосередитися на тому, як змінилися їхні уявлення про смерть після останньої сесії.

Потім один із співлідерів представляє просте роз'яснення одного чи кількох принципів RR. Під час перших чотирьох сесій ці короткі «уроки» забезпечують більш узгоджену структуру для розуміння учасником: (1) резилентності, (2) відновного переказу, (3) відновного повторного зв'язку (4) власного місця в переказі.

Кожна з цих презентацій триває п'ять-десять хвилин з ще 10-15 хвилинами обговорення та альтернатив для вдосконалення навичок. Далі група виконує вправи з написання віршів і малювання, щоб більш повно виразити й відчувати ресурси стійкості та почати готувати матеріал для презентації пам'ятного образу померлого. Нарешті, один із спів-лідерів може керувати виконанням вправ зі зняття стресу протягом 5 хвилин перед тим як завершити зустріч.

Ми зазначаємо, що зміст зустрічей може варіюватися залежно від учасників групи та обставин її проведення. Нижче наведено орієнтовний зміст кожної зустрічі методики «відновлювального переказу».

Орієнтовний зміст зустрічей методики «відновлювального переказу»

Перша зустріч «РЕЗИЛЕНТНІСТЬ»

◇ Представлення співведучих (співлідерів)

◇ Конфіденційність і безпека: особливо актуально для дітей та підлітків, коли визначаються правила групи і, насамперед, список неприйнятної поведінки в ній. Цей список можна опублікувати та посилатися на нього в наступних сесіях, якщо така поведінка станеться.

Дорослі члени зазвичай приходять до подібного розуміння обмежень без формального прописування правил, однак все ж слід орієнтуватися на кожну конкретну групу.

◇ Чекін:

«Ласкаво просимо до нашої першої з десяти сесій. Ви всі знаєте, що ви тут, тому що звернулися за допомогою після переживання травмивної смерті члена сім'ї або близького друга. Кожне заняття починається з чекіну (реєстрації)³, тож у нас є можливість почути, як пройшов тиждень для вас. Оскільки ми тут, щоб зменшити ваші переживання у зв'язку зі смертю, ми хочемо, щоб ви нагадали ім'я людини, яку ви втратили, і які думки чи почуття ви мали щодо її смерті. Це те, що нам потрібно перевірити, щоб знати, чи досягаємо прогресу у нашій роботі».

«Оскільки це наша перша сесія, давайте почнемо з того, що кожен із вас представиться та назве ім'я людини, яка померла – і розповість про її смерть стільки, скільки забажає».

Після цього представлення групи один із співлідерів може почати основну фазу сесії, посилаючись на історії, які вже розповіли члени групи (для демонстрації ми обрали умовного учасника групи на ім'я Андрій).

«Я ціную вашу готовність розпочати розповідати нам ці болючі історії та вашу сміливість, завдяки якій ви в цій групі. Коли хтось, кого ми любимо, раптово помирає, ми ніколи не зможемо цього забути, це змінює нас назавжди. Щоразу, коли я вперше чую історію травмивної смерті, мені важко слухати, тому що вона викликає так багато почуттів і залишає у мене так багато запитань. Але це трапляється з усіма нами після травмивної смерті близької

³ Можна провести аналогію з реєстрацією на авіарейс. Реєстрація (чекін) на рейс – це обов'язкова процедура підтвердження наміру скористатися рейсом, зазначеним у раніше купленому квитку.

людини – ми намагаємося зрозуміти те, що сталося, і не можемо знайти відповідь, тому що ця смерть не має сенсу».

«Тож ми тут не для того, щоб дати вам відповіді – натомість ми повинні знайти спосіб жити зі смертю, яка не має сенсу. І часто нам лишаються історії про померлих (ми уявляємо, що сталося, знову і знову) і історії про себе – що ми повинні були запобігти смерті, помститися, що ми могли врятували людину від смерті, або нам потрібно захистити когось іншого, кого ми любимо, від смерті таким чином. Ці історії можуть викликати сильні почуття жаху, безпорадності, смутку, провини, сорому чи страху. Це те, у чому ми повинні допомогти вам – сформуванню наратив смерті та зберегти світлу пам'ять про померлого. Що ви відчували, коли слухали історії один одного?»

Після обговорення співлідер може почати говорити більш конкретно про резилентність (стійкість).

«Я думаю, що важливо зрозуміти, що допомогло вам впоратися з травмівною смертю. Кожен з нас має десь черпати сили, коли, здається, все виходить з-під контролю. Ми повинні бути в змозі зберігати спокій і знати, що ми будемо в безпеці і зможемо пережити те, що з нами сталося. Не відчуваючи спокою, безпеки та впевненості, важко зберігати надію. Заспокійливі ліки та алкоголь лише створюють помилкове відчуття спокою, безпеки, впевненості та надії. Розкажіть про свій досвід, що допомогло вам вижити в перші дні, тижні після того, що сталося».

Після достатнього обговорення співлідери можуть провести вправу на розвиток резилентності.

«Протягом наступних 15-20 хвилин зробіть малюнок на спогад про когось або щось, що дає вам відчуття спокою, безпеки, підвищує самоповагу, дає впевненість і надію. Нерідко – це наші рідні, друзі, домашні тварини чи хобі, особливі місця, музика, книги, ваша віра. Можливо, це щось інше. Зосередьтесь на своїх джерелах сили, не турбуйтеся про те, щоб бути хорошим художником. Нас цікавить, що про вас говорить зображення, а не те, як воно виглядає – і ми матимемо час, щоб ви нам його пояснили».

Після виконання малюнків кожен учасник представляє групі свій образ стійкості. Співведучі збирають ці малюнки для подальшого використання.

«Велике спасибі всім вам. Я завжди з нетерпінням чекаю цієї вправи, тому що вона розповідає мені, що допомагало вам у минулому, коли ви страждали, і ми повинні нагадати вам про цю силу, коли ми працюємо разом. Тепер, перш ніж ми закінчимо вправу на розслаблення, я хочу ще раз поспілкуватися з кожним із вас. Як кожен із вас ставиться до групи? До того, про що ми тут говорили і що робили?»

Вправу на розслаблення тепер можна ввести як стратегію самозаспокоєння та розвитку навичок резилентності.

Друга зустріч «ВІДНОВЛЮВАЛЬНИЙ ПЕРЕКАЗ»

Чекін

«Ласкаво просимо до нашої другої з десяти сесій. Давайте почнемо зі звіту від кожного з вас про ваш прогрес після нашої зустрічі минулого тижня. Будь

ласка, нагадайте нам ім'я людини, яка померла, і будь-які зміни у вашому переживанні через травмівну смерть – думки, почуття, сні чи історії, які ви розповідали собі».

Після перевірки співлідер може дати пояснення механізмів зниження стресу.

«Андрію, я радий чути, що ти з нетерпінням чекав повернення до групи, і ти помітив, що не так роздратований через смерть і можеш поговорити з іншими про неї. Насамперед це сталося тому, що ти загадав свого друга Олексія не в контексті його помирання, а життя – вашої дружби, ваших спільних справ. Лише розмова про травмівну смерть нікому з нас не допоможе. Більшість із вас робили це у своїй свідомості протягом тривалого часу. Цю відтворену історію вмираючих важко забути – як і історії, які ми розповідаємо собі потім, – що ми чомусь винні, тому що ми повинні були їх захистити, або нам потрібно помститися, або ми повинні захистити всіх інших, кого ми любимо. Нам потрібно говорити образ світлої пам'яті цієї людини так само, зробити його більш яскравим, ніж образи, які виникають у вас, коли ви думаєте про її смерть. Здається, ця дружба була для вас важливим джерелом сили, і я б не хотів, щоб ви втратили цю пам'ять». Ось у чому полягає покращення – пам'ятати про людину та хороші часи більше, ніж про погані часи та про смерть. Якщо ви застрягли в образах смерті, докорі сумління, помсти чи соромі – важко продовжувати жити та зберігати світлу пам'ять. Олексій хотів би, щоб ви пам'ятали його таким, яким він жив, а не як він помирав, чи не так? Я не пропоную вам забути його смерть, але нам потрібно дізнатися більше про історію його життя. У нас є спеціальна сесія для історій про смерть, вона буде дещо пізніше. Зараз ми сконцентруємось на історіях життя. Здається, Олексій був дуже особливою людиною».

Такий вступ може послужити основою для Андрія та інших членів групи для обговорення живої розповіді про померлого до його смерті, до зв'язків між учасниками групи та їх померлими близькими. У міру того як обговорення триває, воно переходить до виконання наступної вправи.

«Настав час викласти деякі з цих спогадів на папері. Насправді для вас є дві вправи, одна з віршами, а інша зі словами, над якими ви можете працювати, щоб підготуватися до сеансів вшанування пам'яті 5 і 6. Під час цих занять ви розповідаєте нам життя свого коханого за допомогою картинок і слів. Вам потрібен час і вправи, щоб підготуватися до цього. Намагайтеся не контролювати свої малюнки чи тексти. Ми тут не як ваші судді чи вчителі – ця методика дуже потужний спосіб розповісти вашу історію від щирого серця, а ми намагаємося допомогти вам висловити ваші чесні думки та почуття».

Співлідери можуть допомагати членам у малих групах або індивідуально. Вони можуть писати під диктовку, якщо учасник не може писати, і направляти учасників у малюванні, якщо вони не можуть почати.

Співлідери збирають малюнки та вірші, а сесія закінчується вправою на розслаблення.

Третя зустріч «ВІДНОВЛЕННЯ ЗВ'ЯЗКІВ»

Чекін:

«Ласкаво просимо до цієї, третьої з десяти сесій – це означає, що у нас залишилося лише сім. Ми хочемо почути від кожного з вас про зміни, які ви помітили у своїх спогадах про людину, яка померла. Нагадайте нам їх ім'я та розкажіть, що змінилося у вашому стражданні – ваші думки, сні та почуття щодо цієї людини».

Після реєстрації співлідер може спиратися на кілька звітів учасників групи, щоб додатково прояснити тему сесії – повторне з'єднання або відновлення зв'язків.

«Андрію, здається, що ти більше пам'ятаєш Олексія, коли ви добре проводили час разом. Звучить так, ніби ви були найкращими друзями. Така смерть переживається дуже важко. Насильницька смерть відбувається навколо нас щодня, але вона не торкається нас дуже глибоко, якщо ми не були поруч із людиною, яку вбили чи добре знали її. Це боляче, бо ми піклувались про них, а вони про нас. Ніхто з нас не може дозволити собі втратити такий турботливий зв'язок – особливо якщо ви не дозволяєте багатьом людям наблизитися до вас. Багатьом з нас так не вистачає цієї близькості, що ми продовжуємо уявляти, що вони все ще з нами – і ми шукаємо їх обличчя, коли знаходимося в натовпі, або прислухаємося до їхнього голосу – і більшість із нас веде уявну розмову з цією людиною, чи не так?. Що ви кажете один одному?»

Це відкриває дискусію про уявне відновлення зв'язку з померлим після насильницької смерті. Учасники групи розуміють, що говорити подумки з померлим – цілком нормально, це продовження зв'язку, уявне повторне з'єднання. Тобто, людина вмирає фізично, але назавжди лишається в пам'яті рідних і друзів. На прикладах членів групи співлідери можуть підкреслити ресурсність такого зв'язку.

«Які думки, почуття, цінності та переживання все ще тримають вас із Олексієм разом, Андрію? Як би Олексій намагався піклуватися про тебе – тепер, коли ти тут і сидиш у цій групі, намагаючись адаптуватися до його смерті? Я сумніваюся, що він хотів би, щоб ти вживав алкоголь або провів життя у пошуку можливостей для помсти і я не вірю, що він хотів би, щоб ти відчував сором і провину за те, що не захистив його. Що він сказав би тобі саме зараз? Які поради дав? Як допоміг би продовжити тобі жити? У наступних вправах я хочу, щоб ти намалював і написав, як, на твою думку, Олексій допоміг би тобі, якби він був з нами прямо зараз».

Знову ж таки, співведучі готові допомогти членам у виконанні вправ з письма та малювання.

Співведучі збирають малюнки та записи та закінчують сесію вправою на розслаблення.

Четверта зустріч «ВАШЕ МІСЦЕ У ПЕРЕКАЗАНІЙ ІСТОРІЇ»

Чекін:

«Ласкаво просимо до нашої четвертої з десяти сесій – це означає, що у нас залишилося лише шість. Ми хочемо почути від кожного з вас про зміни, які ви помітили у своїх спогадах про людину, яка померла. Нагадайте нам їх імена та розкажіть, що змінилося у ваших переживаннях».

Коли члени групи повідомляють про свій прогрес, співлідер посилює відновлення зв'язку зі спогадами про померлого за його життя, а на цій сесії все ж повертається до історії травмивної смерті, оскільки учасники групи вже мають сили і ресурси щоб впоратися зі своїми переживаннями.

«Андрію, ти сказав, що вперше після смерті Олексія тобі приснився інший сон про нього. Замість повторюваного сну про те, що він помирає і кличе тебе на допомогу, тобі наснилося, що ви зустрілися, і він був здоровий і радий тебе бачити. Я можу зрозуміти, чому ти відчував смуток, коли прокинувся – тому що він там лише уві сні – але це зовсім інше, ніж прокидатися в паніці, тому що він вмирає, і ти не можеш зупинити це. Ми не можемо точно знати, що означає будь-який сон, але мені цікаво, чи означає це, що ти дозволяєш собі поєднати пам'ять і власний смуток? Як думаєш?»

Співлідери можуть залучити інших учасників до обговорення, запитуючи їхню інтерпретацію сну Андрія та поділяючи подібні зміни в їхніх травматичних образах. Сон цитується тут як ілюстрація – образ, що відновлює зв'язок із померлим.

«Андрію, як ми можемо допомогти тобі відновити зв'язок із щастям і безпекою разом із прийняттям факту смерті Олексія? Уявлення про насильницьку смерть у більшості з нас нереальне, тому що нас не було поруч, коли це відбувалося, а якщо й були, то ми нічого не могли зробити, щоб це не сталося. Через наше безсилля історія не належить нам, тому що ми не можемо знайти в ній місця для себе. Коли ви переказуєте історію смерті близької вам людини, ви говорите від свого імені, а отже й знаходите в ній своє місце, насамперед особи, яка здатна зберегти світлу пам'ять. Слід дозволити собі згадувати хороше про померлу людину, тим самим виражаючи до неї повагу і віддаючи шану її життю. Ви розумієте, що я говорю?»

Після того, як Андрій та інші члени групи продовжать обговорення збереження відчуття стійкості та самоєфективності під час переказу насильницької смерті, співлідер може запропонувати наступні вправи.

«У наступній вправі ми хочемо, щоб ви намалювали й написали про історію вмирання, яку ви постійно бачите та розповідаєте собі. Але коли ви малюєте чи пишете, ми хочемо, щоб ви включили себе в історію – майже всіх вас не було на момент смерті. Де б ви були? Створіть собі місце та роль в історії вмирання. Може бути більше однієї картини чи тексту – це нормально. Ми також хочемо, щоб ви написали опис, щоб ми могли допомогти вам сформулювати те, що сталося – і щоб ви могли сказати те, що ви ніколи не мали можливості сказати своєму другові чи члену сім'ї, оскільки вони вмирили без вас».

Знову-таки співведучі допомагають учасникам малювати та писати. Оскільки лише половина членів групи представляє свої пам'ятні зображення на наступному занятті, керівник просить половину групи за бажанням представити свою роботу – і нагадує їм підготуватися, прийнявши рішення щодо того, якими малюнками та записами вони хочуть поділитися. Їм потрібно знати, що існує обмеження в часі – у кожного з них буде близько 15 хвилин, щоб «пом'янути» життя свого померлого за допомогою фотографій і слів. Співведучі збирають малюнки та записи та закінчують вправою на релаксацію.

П'ята зустріч «ПАМ'ЯТНИЙ ПЕРЕКАЗ»

Чекін:

«Ласкаво просимо до нашої п'ятої сесії – у нас залишилося лише п'ять. Ми хочемо почути від кожного з вас про зміни, які ви помітили у своїх спогадах про людину, яка померла. Нагадайте нам їх імена та розкажіть, що змінилося у ваших переживаннях».

Оскільки члени повідомляють про зміни в досвіді, пов'язаному зі смертю, співлідери тепер беруть на себе менш активну роль, передбачаючи, що учасники достатньо впевнені в груповому процесі та достатньо залучені до власного переказу.

«Сьогодні ми починаємо іншу сесію. Замість того, щоб співведучі вели дискусію, настав час кожному з вас повести нас через історію життя людини, яка померла. У нас більше години на презентації. Це означає, що кожен з вас матиме ? хвилин. Ми будемо стежити за часом і нагадуватимемо вам, коли у вас залишилося п'ять хвилин, щоб ми подбали про те, щоб кожна презентація була завершена. Хто хоче почати?»

Співведучі можуть перервати презентацію, щоб залучити інших членів групи (щоб ведучий не був ізольований у переказі), і просять поширити всі малюнки по групі, щоб кожен мав можливість поставити запитання чи додати ідеї.

«Андрію, як ти переживаєш цей час, коли вшановуєш життя Олексія з усіма нами? Чи є щось, що Олексій хотів би, щоб ти розповів? Як би він ставився до того, що ти робиш це для нього?»

Наприкінці цього етапу пам'ятних презентацій згуртованість групи зростає, оскільки члени можуть більш відкрито висловлювати свою вразливість і смуток. Ці сеанси часто бувають дуже теплими та емоційними з звільненням від пригніченого розставання.

Якщо презентації є скороченими і не заповнюють наявний час, учасники групи можуть продовжити роботу над своїми віршами та малюнками або можна додати додаткову групову вправу на вшанування пам'яті. Співведучі збирають матеріали та закінчують групу вправою на релаксацію.

Шоста зустріч «ПАМ'ЯТНИЙ ПЕРЕКАЗ» – продовження

Чекін:

«Ласкаво просимо до нашої шостої з десяти сесій – у нас залишилося лише чотири. Як завжди, ми хочемо почути від кожного з вас про зміни, які ви

помітили у своїх спогадах про людину, яка померла. Нагадайте нам їх імена та розкажіть, що змінилося у ваших переживаннях».

Ця сесія має аналогічний формат і зміст сесії 5 для пам'ятного переказу решти членів групи. Учасникам групи нагадують, що сьома сесія присвячена переказу насильницького вмирання, а керівники просять половину членів виступити з підготовленими презентаціями. Сесія закінчується вправою на релаксацію.

Сьома зустріч «ПЕРЕКАЗ НАСИЛЬНИЦЬКОГО ПОМИРАННЯ»

Чекін:

«Ласкаво просимо до нашої сьомої з десяти сесій – у нас залишилося лише три. Як завжди, ми хочемо почути від кожного з вас про зміни, які ви помітили у своїх спогадах про людину, яка померла. Нагадайте нам їх імена та розкажіть, що змінилося у ваших переживаннях».

Після перевірки співлідери підкріплюють позитивні зміни, про які повідомлялося в думках та образах, а потім передають право ведення сесії учасникам групи.

«Сьогодні ми починаємо іншу сесію. Настав час кожному з вас провести нас через історію насильства над людиною, яка померла. У нас більше години на презентації. Це означає, що кожен з вас матиме ? хвилин. Ми врахуємо час і нагадаємо, коли у вас залишиться п'ять хвилин, щоб переконатися, що кожна презентація може бути завершена. Пам'ятайте, що ми можемо перервати вас, якщо ви станете занадто пригніченими або ізольованими в історії, яку нам переказуєте. Ми хочемо, щоб ви включили решту з нас у свою розповідь. Хто хоче почати?»

Співведучі можуть перервати презентацію, щоб залучити інших членів групи (щоб ведучий не був самотнім у своєму переказі), і просять поширити всі малюнки по групі, щоб кожен мав можливість поставити запитання чи додати ідеї.

«Андрію, мені потрібно перервати, коли ти показуєш нам цю страшну картину, яку намалював.. Побитий до смерті Олексій – це жахливий образ. Я відчуваю твій гнів, але як бути з твоїм сумом і твоєю провинною, що ти не був поруч, щоб захистити його. Мені здається, ти дозволяєш собі лише одне почуття – і я думаю, що всі ми в групі можемо відчувати цей гнів, але й є ціла гама почуттів, які ваш малюнок викликає у всіх нас. Як щодо решти – ви бачите і відчуваєте щось більше, ніж гнів?»

Таке переривання схвалює відповідь Андрія, але намагається розширити та поглибити переказ про себе в цій історії – за межами його гніву та потреби у помсті – щоб включити почуття та думки, які він може змінити. Його одержимість або втілення гніву та помсти спрямоване на те, щоб змінити когось іншого (завдаючи болю чи вбивства), а не опрацювати думки та почуття, які залишаються всередині нього. Звичайно, мета «розширити та поглибити» переказ може включати гнів і помсту, якщо весь переказ був одержимий розкаянням або порятунком.

Кожне «переривання» краще сприймається, якщо воно починається з ствердження та поваги від співведучого: «Я можу зрозуміти, чому ви так думаєте або відчуваєте, але, можливо, є інші думки та почуття, які ви собі не дозволяєте – і дозвольте нам допомогти вам їх знайти».

Іноді учасники групи демонструють слабкі почуття через образи насильницької смерті через їх захист шляхом уникнення, тобто вони визнають реальність насильницького вмирання, але заперечують будь-які почуття, пов'язані з подією. Їм часто потрібно підказувати почуття інших членів, перш ніж вони зможуть розпізнати ці самі почуття в собі.

«Андрію, це нормально плакати – настав час – і половина групи плаче за тобою. Я був близький до сліз, коли побачив, куди ти поставив себе на малюнку, коли Олексій вмирає – простягнувся, щоб бути з ним, щоб він не помер сам. Він не встиг плакати через власну смерть, тож ти маєш подвійну дозу сліз – і свою, і його».

Якщо презентації є скороченими і не заповнюють наявний час, учасники групи можуть продовжити роботу над своїми віршами та малюнками або можна додати додаткову групову вправу щодо відновлення насильницького вмирання. Співведучі збирають матеріали та закінчують групу вправою на релаксацію.

Восьма зустріч

«ПЕРЕКАЗ НАСИЛЬНИЦЬКОГО ПОМИРАННЯ» - продовження

Чекін:

«Ласкаво просимо до нашої восьмої з десяти сесій – у нас залишилося лише дві. Як завжди, ми хочемо почути від кожного з вас про зміни, які ви помітили у своїх спогадах про людину, яка померла. Нагадайте нам їх імена та розкажіть, що змінилося у ваших переживаннях».

Цей сеанс має аналогічний формат і зміст сеансу 7, переказ насильницької смерті, для решти членів групи. Співведучі збирають матеріали та закінчують групу вправою на релаксацію.

Дев'ята зустріч

«ПІДКРІПЛЕННЯ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ПЕРЕКАЗУ»

Чекін:

«Ласкаво просимо на дев'яту з десяти сесій – у нас залишилася одна. Як завжди, ми хочемо почути від кожного з вас про зміни, які ви помітили у своїх спогадах про людину, яка померла. Нагадайте нам їх імена та розкажіть, що змінилося у ваших переживаннях».

Після чекіну співлідер починає готувати групу до завершення роботи в групі.

«Я вдячний кожному з вас за те, що ви зробили таку міцну та значущу групу. Ви наполегливо працювали, щоб змінити себе, і я хочу нагадати вам, скільки прогресу досягнув кожен із вас за такий короткий час».

Співлідери можуть вказати на зміни, які вони спостерігали протягом 9 сесій у кожного члена групи.

«Більшість із вас спокійніше ставляться до того, що сталося. Але ми сказали вам на початку, що нікого з вас не можна «вилікувати» – що насильницька смерть завжди буде болючою, навіть якщо вона не буде

переслідувати вас так часто, як це було до участі в групі. «На цій сесії ми хочемо посилювати здобутки, які ви досягли, щоб ви могли продовжувати розвивати їх, поки ви тут і після завершення роботи групи. Нам потрібно почути від вас, що ви дізналися про себе та травмівну смерть, над якою ви хочете працювати? І до кого ви можете звернутися за додатковою допомогою?» Що ви зможете зробити для себе, якщо повернуться нав'язливі думки та почуття щодо померлого? Ми хочемо скласти план дій щодо самопомоги після того, як ви залишите нас».

Співведучі починають вправу з посилення відновлювального переказу шляхом отримання та запису списку відновлювальних заходів та ресурсів – як основи або інгредієнтів для відновлювального переказу, який буде роздано членам на останній сесії.

«Наступного тижня буде наша десята і остання сесія. Ми хочемо дати кожному з вас можливість розповісти нам, що означала для вас ця група і як ви ставитеся до її завершення. Хто хоче почати?»

Це дає кожному учаснику час повідомити свої думки та почуття розлуки з людьми, які слухали та допомогли переказати їхню історію смерті – вони також стали частиною «історії», і тепер можна припинити та відокремитися від групи. Цей ритуал прощання з групою іноді сповнений незграбних спроб подякувати один одному. Звичайно, це також означає непряму відмову від історії вмирання. Незважаючи на те, що історія смерті продовжується приватно переказуватися після припинення участі в групі, група більше не може відігравати в ній роль підтримки, і часто є очікуваний сум з приводу втрати підтримки групи.

Десята зустріч «ПРОЩАННЯ»

Чекін:

«Ласкаво просимо на нашу останню сесію. Як завжди, ми хочемо почути від кожного з вас про зміни, які ви помітили у своїх спогадах про людину, яка померла. Нагадайте нам їх імена та розкажіть, що змінилося у ваших переживаннях. Цього разу ми хочемо, щоб ви додали те, що, на вашу думку, сказав би ваш друг або член сім'ї, який загинув насильницьким шляхом, вам та решті групи про зміни, які вони помітили. Давайте дамо їм можливість попроситися».

Ця вправа прощання включає відновлювальне послання від померлого під час підготовки до розлуки – як голос підтримки та надії.

«Давайте переглянемо контрольний список RR, який група склала минулого тижня. Тепер ви можете піти з письмовим нагадуванням про те, які стратегії можуть допомогти вам з історією насильницького вмирання після участі в групі».

Ця вправа є додатковим підкріпленням стратегій підвищення резилентності та відновлення, які члени групи можуть продовжувати практикувати після завершення участі в групі.

«Нарешті, ми хочемо, щоб група приєдналася до письмової вправи прощання. Ми роздамо вам картки і ми хочемо, щоб ви написали прощальне

повідомлення кожному учаснику групи, включаючи нас, співлідерів, а ми також заповнюємо ці картки».

Після того, як картки заповнені, роздані та зачитані вголос, група ділиться святковою їжею або закускою (піца чи торт і морозиво – все, що підходить для членів групи та установи, в якій відбувається захід).

Додатки

Матеріали, які допоможуть провести зустрічі з «відновлювального переказу» продуктивніше

РЕЗИЛЕНТНІСТЬ (малюнок)

Перша зустріч

Ви розповіли нам історії про те, як помер ваш коханий і як ви страждали, і ми всі мали можливість познайомитися з групою та один з одним. Тепер ми хотіли б попросити вас подумати про когось, про якесь місце чи щось, що дає вам відчуття спокою. Людина чи місце, з ким або де ви відчуваєте себе в безпеці.

Протягом 15 хвилин подумайте та намалюйте що чи хто є для вас опорою та підтримкою. Малюйте як можете. Не хвилюйтеся про те, чи ви художник; просто напишіть на папері те, що до вас приходить.

Ось кілька запитань, які можуть допомогти вам почати:

1. Де це місце?
2. Коли ти там був?
3. Хто там? Чим ця людина (люди) особлива для вас?
4. Що відбувається?
5. Як ти ставишся до цієї людини? До цього місця?
6. Які речі там є?
7. Чим для тебе ці речі особливі?
8. Де ти?

ВІДНОВЛЮВАЛЬНИЙ ПЕРЕКАЗ (малювання)

Друга зустріч

Ми б хотіли, щоб ви допомогли нам дізнатися більше про вашу кохану людину до її смерті. Що зробило його/її особливим для вас? Ви б намалювали образи тих спогадів? Розкажіть нам історію життя вашого коханого.

Ось кілька запитань, які можуть допомогти вам почати:

Хто був особливою людиною, яку ти втратив?

Як його/її звали? Скільки йому/їй було років? Зовнішній вигляд: як він/вона виглядав? Чи є щось особливе, що ви запам'ятали в тому, як він/вона одягався? Яким було його/її волосся? Опишіть його/її обличчя.

Де він/вона проживав? Опишіть будинок, кімнату чи квартиру. Де там було твоє улюблене місце?

Що він/вона любив робити? Хобі? Спорт? Музика, яка йому/їй сподобалася? Мистецтво? Улюблене ТВ шоу? YouTube канал?

Як він/вона проводив вільний час?

Якою була його/її робота?

Де були деякі з його/її улюблених місць?

Що ти любив робити з ним/нею? Куди ви любили ходити разом?

Чого ти навчився від цієї людини?

Як ця людина вплинула на твоє життя?

Що ти хочеш, щоб ми запам'ятали про твого коханого?

ВІДНОВЛЮВАЛЬНИЙ ПЕРЕКАЗ ЗАДЛЯ ФОРМУВАННЯ ЗВ'ЯЗКУ
(малювання)

Третя зустріч

Уявіть, що ваша кохана людина зараз з вами. Уявіть, що ваша кохана людина знає, що ви відчуваєте і що переживаєте, коли ви намагаєтеся пристосуватися до його/її смерті. Коли ці думки приходять до вас, намалюйте зображення, якими ви можете поділитися з нами.

Ось кілька запитань, які можуть допомогти вам почати:

1. Чого б зараз хотів для вас коханий?

2. Як би вам допоміг ваш коханий?

3. Що хотіла би сказати нам ваша кохана людина?

4. Якби ваш коханий був тут з вами зараз, уявіть, що б він/вона зробив, щоб допомогти вам.

МІСЦЕ ДЛЯ СЕБЕ В ПЕРЕКАЗІ (малюнок)

Четверта зустріч

Його час ми попросимо вас намалювати те, що ви насправді бачили або те, що ви уявляєте, що сталося в останні хвилини життя вашого коханого. Що ви бачите знову і знову в кошмарах чи спогадах або коли думаєте про те, що сталося? І ми хочемо, щоб ви помістили себе на малюнку – навіть якщо вас там не було. Де б ти хотів бути, коли він/вона вмирав? – що б ти зробив чи сказав?

Роблячи малюнок, подумайте про наступне:

1. Чи були ви на місці події, чи невдовзі після цього, чи пройшов якийсь період часу, перш ніж ви почули, що ваша кохана людина померла?

2. Що ви бачили або уявляли, що відбувалося в останні хвилини перед смертю вашого коханого?

3. Хто там був? Куди б ви потрапили – якби могли бути там?

4. Де це сталося? Опишіть сцену.

5. Про яку пору дня чи ночі? Яка була пора року?

6. Як ви уявляєте, що говорить і відчуває ваша кохана людина?

СВІТЛА ПАМ'ЯТЬ(малюнок)

П'ята і шоста зустрічі

Учасники групи зазвичай не потребують вказівок у своїх пам'ятних малюнках. Деяким учасникам групи так важко поділитися своїм малюнком, що їх пам'ятна презентація може бути більш структурована, якщо вони дадуть відповіді на такі запитання:

Хто був особливою людиною, яку ти втратив?

Як його/її звали?

Скільки йому/їй було років?

Зовнішній вигляд: як він/вона виглядав? Чи є щось особливе, що ви запам'ятали в тому, як він/вона одягався? Яким було його/її волосся? Опишіть його/її обличчя.

Де він/вона проживав? Опишіть це місце. Опишіть будинок, кімнату чи квартиру. Де там було твоє улюблене місце?

Що він/вона любив робити? Хобі? Спорт? Музика, яка йому/їй сподобалася? Мистецтво? Улюблений співак/гурт? Як він/вона проводив вільний час? Якою була його/її робота?

Які його/її улюблені страви?

Де були деякі з його/її улюблених місць? Що ти любив робити з ним/нею? Куди ви любили ходити разом?

Чого ти навчився від цієї людини? Як ця людина вплинула на твоє життя?

Що ти хочеш, щоб ми запам'ятали про твого коханого?

ЗОБРАЖЕННЯ ТРАВМІВНОЇ СМЕРТІ (малюнок)

Сьома та восьма зустрічі

У деяких членів групи виникають труднощі з відтворенням образів насильницької смерті, наступні питання стануть їм у нагоді.

Розповідаючи про малюнок, дайте відповіді на питання:

Як звали твого коханого?

Розкажи про те, що відбувалося в останні хвилини перед смертю твого коханого?

Хто на твоєму малюнку?

Де це сталося? Опиши сцену.

Що твоя кохана людина говорить? Про що думає?

Як ти уявляєш, що відчувала твоя кохана людина?

Якби ти міг бути там, на цьому малюнку, куди б ти поставив себе?

Що б ти хотів зробити?

Що б ти хотів сказати?

Як тобі було робити цей малюнок?

ПРОТОКОЛ «ЗЦІЛЕННЯ ПІСЛЯ ВТРАТИ» (Healing After Loss, HeAL)

Розроблений у 2022 році J. E. Johnson, A. B. Price, даний протокол акцентує на ефективності міжособистісної психотерапії (ІРТ) для лікування великого депресивного розладу після перинатальної втрати (рання та пізня смерть плода та рання неонатальна смерть) та з деякими доповненнями може бути використаний при роботі із втратами під час війни, зокрема, наш досвід доводить його ефективність на цільовій групі старших підлітків та юнаків.

Міжособистісна (інтерперсональна терапія, ІРТ) – це обмежене в часі (12-16 тижнів) втручання із трьома фазами: початком (1-3 сеанси), серединою та завершенням (3 сеанси), де значна увага приділяється міжособистісному контексту втрати (J. C. Markowitz, M. M. Weissman, 2004).

Нижче ми окреслимо компоненти протоколу та нашу адаптацію до роботи з втратами під час війни.

1) **Емоції горювання.** Кожен підліток розповідає свою історію втрати та: висловлює свої почуття під час втрати, поточні (актуальні) почуття щодо втрати, отримує підтримку та підтримує інших членів групи. Кожна підліток повинен: визначити людей, які зараз його підтримують, обрати одну людину, щоб

попросити її про підтримку в горі, розіграти рольову гру, як попросити підтримки.

2) **Розуміння того, що сталося.** Кожен підліток: досліджує своє розуміння того, що сталося з ним під час війни, аналізує свої думки/почуття щодо провини та звинувачення себе у втраті, досліджує, що для нього означає втрата, кому першому сказав про втрату, з ким говорив потім і з ким та як розмовляє про втрату зараз. Далі підліток вирішує кого він запросить на наступну зустріч, розіграє рольові ігри, як передати це запрошення.

3) **Горювання разом із іншими.** Підліткам пропонується запросити до групи особу підтримки. Психолог, ведучий групи проводить психоосвіту щодо: процесів горювання та активізації копінгів та ресурсів соціальної підтримки. Разом із запрошеною особою підліток виконує письмову вправу щодо виразу емоційних потреб, пов'язані з втратою, обговорюються їх письмові відповіді приватно протягом 20 хвилин, потім ключові моменти обговорення виносяться на групу, акцентується на тому, що вони дізналися один від одного про підтримку, про подальше спілкування у своїх соціальних мережах, запитах на подальшу соціальну підтримку, підліткам дається домашнє завдання щодо розвитку навичок спілкування про втрату та горе.

4) **Формування «світлої пам'яті».** Кожен підліток обговорює, як він: зберігає пам'ять про свою втрату (ми наголошуємо, що втрата може стосуватися не лише смерті рідних та друзів, а й втрати житла, домашніх тварин, хоббі – всього значущого для підлітків), шукає підтримки та спілкування зі значущими людьми, розмірковує про активізацію ресурсів для збереження «світлої пам'яті».

СТИСЛИЙ ОГЛЯД ЕФЕКТИВНИХ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ВТРУЧАНЬ ДЛЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Назва	Країна	Цільова категорія	Стислий опис
<i>Обійми іграшки</i>	Ізраїль	Діти віком 2-7 років у таборах біженців під час активних бойових дій у місцях їх постійного проживання	Дітям дають м'яку іграшку, наприклад, песика: «Це Гав, він живе далеко від дому, йому сумно, обійми, поговори з ним». Дітей заохочують обіймати іграшку та відповідально піклуватися про неї
<i>Терапія свідка</i>	Судан	Підлітки, які були свідками насильства та катувань	Підліткам пропонується писати по 10-15 хвилин на день протягом 3–5-денного періоду про найбільш травмівний досвід у їхньому житті, завершуючи кожную розповідь тим, що їм допомогло вижити в тих обставинах. Дане втручання, зосереджене на подіях, а не

			на почуттях, а тому є більше документуванням, ніж сповіддю
<i>Підтримка діади</i>	Боснія	Матері та немовлята	Розвиток навичок релаксації матері, фіксація нею всіх позитивних подій, які сталися з нею та з дитиною протягом дня, розвиток материнської компетентності та профілактика післяпологової депресії, яка у матерів дітей, які народилися під час війни, зустрічається дуже часто
<i>Ресурсна підтримка шкільної спільноти</i>	Ізраїль, Уганда, Боснія, Сербія	Школярі, які навчаються не дистанційно (!)	Заняття танцями, спортом, участь у театральних виставах, особливо корисно – у ляльковому театрі, у творчих виставках. Важливо створити умови для конструктивного самовиразу кожного учня
<i>Професійне навчання як ресурс</i>	Уганда, Боснія	Старшокласники	Розвиток професійних навичок, необхідних підліткам та юнакам у місцях їх проживання; надання можливості легально працювати та отримувати зарплатню, насамперед, це стосується участі у роботах із відбудови зруйнованих міст і селищ

ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИКИ ДЛЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Опитувальник резилентності дітей та молоді (Child and Youth Resilience Measure, CYRM; P. Jefferies, L. McGarrigle, M. Ungar, 2019). Самозвіт, який складається із 17 тверджень, які оцінюються за 3- або 5-бальною шкалою Лайкерта (від 1 – абсолютно ні до 3 (5) – абсолютно так).

Для дітей до 9 років застосовується шкала «склянки» та шкала «пальця», можна також використати шкалу «смайлів»:



Підраховується загальна сума за усіма пунктами. Чим вища сума балів, тим вищий рівень резилентності.

Опитувальник містить дві основні версії: CYRM-R для дітей віком 5-9 років; CYRM-R для підлітків та юнаків віком 10-23 років. Нами вперше здійснено переклад тексту опитувальника українською мовою.

CYRM-R для дітей віком 5-9 років

1. Чи розповідаєш ти про своє життя своїм рідним, друзям чи знайомим?
2. Чи важливо для тебе добре навчатися в школі?
3. Чи знаєш, як поводитися/діяти в різних ситуаціях (наприклад, в школі, в будинку, на вулиці)?
4. Чи відчуваєш, що твої батьки/опікуни знають, де ти знаходишся і чим займаєшся?
5. Чи відчуваєш, що твої батьки/вихователі добре тебе знають (наприклад, що тебе радує, а що – лякає)?
6. Чи достатньо їжі у тебе вдома? (Чи можеш ти поїсти вдома, коли голодний?)
7. Чи люблять з тобою грати інші діти?

8. Чи розмовляєш ти зі своєю сім'єю/опікуном(ами) про те, що ти відчуваєш (наприклад, коли тобі боляче або страшно)?
9. Чи є у тебе друзі, які піклуються про тебе?
10. Чи відчуваєш себе частиною дитячого колективу (класу, групи)?
11. Чи вважаєш, що твоя сім'я/опікун(и) піклуються про тебе у важкі часи (наприклад, якщо ти захворів чи отримав зауваження)?
12. Ви думаєте, що ваші друзі піклуються про вас у важкі часи (наприклад, якщо ви захворіли або зробили щось не так)?
13. Чи справедливо до тебе ставляться?
14. Чи є у тебе можливість показати іншим, що ти стаєш все більш самостійним?
15. Чи почувашся у безпеці в своїй родині?
16. Чи можеш ти навчатися чомусь новому (наприклад, готувати їжу чи та допомагати іншим)?
17. Чи подобається тобі, як твоя сім'я/опікун(и) проводить вільний час (наприклад, свята чи читання книжок)?

СУРМ-R для підлітків та юнаків віком 10-23 років

1. Я співпрацюю з людьми, які мене оточують
2. Для мене важливо отримати освіту
3. Я знаю, як поводитися в різних соціальних ситуаціях
4. Мої батьки/вихователі дійсно піклуються про мене
5. Мої батьки/опікуни знають багато про мене
6. Якщо я голодний, у мене достатньо їжі
7. Люди люблять проводити час зі мною
8. Я розмовляю зі своєю сім'єю/опікунами про те, що я відчуваю
9. Я відчуваю підтримку друзів
10. Я відчуваю, що є частиною свого шкільного колективу
11. Моя сім'я/опікуни підтримують мене у важкі часи
12. Мої друзі підтримують мене у важкі часи
13. У моїй громаді ставляться до мене справедливо
14. У мене є можливості показати іншим, що я стаю дорослим і можу діяти відповідально
15. Я відчуваю себе в безпеці, коли перебуваю зі своєю сім'єю/опікунами
16. У мене є можливості розвивати навички, які стануть у нагоді пізніше в житті (наприклад, навички роботи та навички піклуватися про інших)
17. Мені подобаються культурні та сімейні традиції моєї родини/опікуна

Газький опитувальних травмівних подій (Gaza traumatic event checklist, F. A. Hein, S. Qouta, A. Thabet, E. el Sarraj, 1993). Самозвіт, який складається з 12 пунктів, що охоплюють різні типи травмівних подій, яким дитина могла зазнати у попередньому році (сльозогінний газ, побиття, свідки побиття, перелом кінцівок, позбавлення волі, ув'язнення братів і сестер, поранення). Методика призначена для дітей від 6 до 16 років (відповіді даються «так» або «ні»).

Протягом ... періоду ти особисто стикався з таким подіями як:

1. Щодо тебе чи твоїх рідних застосовувався сльозогінний газ?

2. Тебе били?
3. Був свідком побиття чи вбивства родичів
4. У тебе були переломи кісток?
5. Твої рідні були поранені?
6. Хтось із твоїх рідних був ув'язнений?
7. Хтось із твоїх рідних чи знайомих потрапив в полон?
8. У тебе була серйозна травма?
9. Ти був свідком бомбардувань?
10. Ти зазнавав приниження?
11. Ти був свідком приниження членів сім'ї?
12. Ти змінював місце проживання?

Опитувальник травмівного досвіду (Checklist of traumatic experiences, G. Craparo, A. Schimmenti, V. Caretti, 2013).

Уважно прочитайте дані питання, відповідайте на них – Так/Ні, якщо Так, то як часто?

1. Ваш будинок був повністю зруйнований обстрілами?
2. Ваш будинок був частково зруйнований обстрілами?
3. Чи вдихали ви сльозогінний газ?
4. Чи були ви поранені в результаті обстрілу (наприклад, поранення, опіки або перелом кісток) танками, артилерією, бомбардуванням?
5. В Вас стріляли бойовими патронами окупаційні війська?
6. В Вас стріляли гумовою кулею окупаційні війська?
7. Чи були ви травмовані настільки, що втратили свідомість?
8. Ви перебували в будинку під час обстрілів, але ви не були поранені?
9. Чи обстрілювали вас танки, артилерія чи військові літаки, але ви не були поранені?
10. Вас били окупанти?
11. Чи використовували окуповані війська ваш будинок, квартал, табір чи зону для свого проживання, блокпосту тощо?
12. Чи погрожували вам окупанти, що можуть заборонити доступ до вашого дому?
13. Вас заарештовували окупаційні війська?
14. Чи загинув хтось із ваших близьких родичів (батько, мати, брат, сестра) від окупаційних військ?
15. Хтось із ваших друзів, сусідів чи родичів був убитий окупаційними військами?
16. Хтось із ваших близьких родичів отримав поранення від окупаційних військ?
17. Хтось із ваших друзів, сусідів чи родичів був поранений від окупаційних військ?
18. Чи хтось із ваших близьких загинув на ваших очах від окупаційних військ?
19. Чи хтось загинув на ваших очах від окупаційних військ?
20. Чи були ви на похороні загиблого?

21. Чи зазнавали вас приниження з боку окупаційних військ?
22. Чи хтось із ваших близьких зазнавав приниження з боку окупаційних військ?
23. Чи знищили окуповані сили вашу землю чи домашніх тварин?
24. Чи доводилося вам чути звуки вибуху?
25. Чи були ви свідками того, як окупаційні сили руйнували будинок(и)?
26. Чи були ви свідками обстрілів з танків, артилерії чи військових літаків?
27. Чи були ви свідками того, як окупаційні війська відкривали вогонь по людям?
28. Чи були ви свідками обстрілів і бомбардувань людей?
29. Ви були свідком похорону загиблого?
30. Чи були ви свідками того, як окупанти когось били?
31. Чи були ви свідками поранення з боку окупаційних військ?
32. Чи були ви свідками затримання когось окупаційними військами?
33. Чи були ви свідками того, як окупаційні сили нищили дерева чи ферми?
34. Чи були ви свідками того, як окупаційні сили не пускали машину швидкої допомоги до лікарні чи до пораненого?

Опитувальник ускладненого горя (Brief Dimensional CG Assessment, M. K. Shear, N. Simon, 2011).

1. Наскільки зараз вас турбує те, що ви не можете повірити у смерть [ім'я померлого] ?

Не турбує взагалі – 0

Трохи турбує – 1

Турбує дуже сильно – 2

2. Наскільки ваше горе зараз заважає вашому життю?

Не заважає – 0

Трохи заважає – 1

Сильно заважає – 2

3. Наскільки вас турбують образи чи думки про [ім'я померлого], коли він/вона помер, чи інші думки про смерть?

Не турбують взагалі – 0

Трохи турбують – 1

Турбують дуже сильно – 2

4. Чи є речі, які ви робили, коли був живий [ім'я померлого], які вам більше не комфортно робити, яких ви уникаєте? Наприклад, поїхати кудись, куди ви ходили з ним/нею, або займатися тим, що вам раніше подобалося разом? Або уникати перегляду фотографій чи розмови про [ім'я померлого]? Наскільки ви уникаєте цих речей?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Сильно – 2

5. Наскільки ви відчуваєте себе відірваним або віддаленим від інших людей після смерті [ім'я померлого], навіть тих, з ким ви були близькі, як родина чи друзі?

Не відчуваю – 0
Трохи відчуваю – 1
Сильно відчуваю – 2

Якщо ви отримали суму балів 4 або більше, є підстави говорити про симптоматику ускладненого горя.

Скорочена версія опитувальника психологічного благополуччя для дітей (M. Stavrakı, R. García-Márquez, 2022)

Інструкція: Обери «смайлик», який якнайкраще виражає твої думки, щодо кожного твердження.



1. Я пишаюся тим, ким я є, і своїм життям
2. Я знаю, що можу довіряти своїм друзям, і що вони можуть довіряти мені
3. Я довіряю собі, навіть якщо мої думки суперечать думкам інших
4. Я можу відчувати себе комфортно у своєму домі, моє життя цілком мене влаштовує
5. Я пишаюсь своїми досягненнями в житті
6. Я думаю, що я знаю все більше і більше про себе / і про світ, в якому я живу

Обробка результатів: підсумовуються бали за усіма твердженнями, крім того, можна окремо визначити вираженість кожної зі шкал: Самоприйняття (1), Позитивні стосунки з іншими (2), Автономія (3), Керівництво оточенням (4), Цілі у житті (5), Особистісне зростання (6).

Опитувальник соціальної підтримки (Inventory of Social Support (ISS), N. S. Hogan, L. A. Schmidt, 2016).

Опитувальник соціальної підтримки – це короткий, зручний і одновимірний інструмент, спрямований на оцінку вираженості соціальної підтримки горюючої людини. Складається із п'яти тверджень – атрибутів соціальної підтримки - (а) наявності інших, які знайшли час, щоб вислухати горюючого, (б) можливості відкрито та чесно висловити почуття, (в) відсутності осуду з боку інших, (г) доступності принаймні однієї людини для розмови у будь-який час та (е) отримання допомоги у горюванні. Твердження оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта, і респондентам пропонується використовувати попередні два тижні як часовий вимір для їх оцінки. Опитувальник аналізується шляхом додавання значень відповіді для кожного твердження та ділення цього значення на кількість пунктів у шкалі.

Концептуально пункти Опитувальника ISS представляють ступінь, за яким горюючий сприймає, що є принаймні одна людина, яка знайде час, щоб беззаперечно вислухати його, поки вони щиро і чесно висловлює свої думки та почуття про горе. Існують негативні статистично значущі кореляції між

показниками ISS та як під шкалою уникнення шкали впливу подій (IES) та з симптомами депресії опитувальника Бека. Відповідно, депресія та уникнення горювання негативно пов'язані із сприйняттям соціальної підтримки. Найсильніший зв'язок між соціальною підтримкою та особистісним зростанням був зафіксований через 13 місяців після втрати. Іншими словами, соціальна підтримка, знижує інтенсивність горювання, тим самим відкриваючи можливості посттравматичного зростання особистості після нього.

Питання, яке ми вважаємо найбільш корисним для оцінки соціальної підтримки горюючих підлітків та дорослих доволі просте: «*Чи є хоча б одна людина, з якою можна поговорити про своє горе?*» Відповідаючи на нього, горюючі розповідають історії про те, як їм допомагали чи перешкоджали слова інших людей. Якщо у них немає жодної такої людини, варто запропонувати звернутися до конкретного психолога чи соціального працівника, який має досвід роботи із втратою. *Соціальна підтримка для горюючого полягає у вмінні вислухати без осуду, створити безпечне середовище для висловлення думок і почуттів, по суті – це терапія слухання, а не терапія розмов, той, хто надає соціальну підтримку, стає слухачем, а не «гуру-психологом», який точно знає, що, коли і як треба переживати після втрати.*

Інструкція: Уважно прочитайте кожен пункт. Використовуючи шкалу, наведену нижче, виберіть цифру, яка найкраще описує ваші почуття протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогодні. Виберіть цифру, яка найкраще описує ВАС, і поставте її у порожнє поле.

1 = взагалі не описує мене

2 = не зовсім описує мене

3 = досить добре описує мене

4 = добре мене описує

5 = дуже добре мене описує

- ____ 1. Люди знаходять час запитати та вислухати те, як я почуваюся.
- ____ 2. Я можу відкрито і чесно висловити свої почуття щодо свого горя.
- ____ 3. Мені допомагають розмови з людиною, яка не засуджує мене за те, як я сумую.
- ____ 4. Є принаймні одна людина, з якою я можу поговорити про своє горе.
- ____ 5. Я можу отримати допомогу, коли мені це потрібно.

ПІСЛЯМОВА

Шановний читачу! Ви перегорнули останню сторінку даного посібника, присвяченого теоретичним, методичним і практичним аспектам психологічної допомоги дітям війни.

Насильство, характерне для російсько-української війни 2022 року, часто ставить під сумнів здатності дітей, сімей та громад справлятися зі складними ситуаціями. Руйнуються базові почуття безпеки та захищеності. Военні дії завжди пов'язані з насильством та каліцтвом – чинниками, які, посилюють негативний психологічний вплив на тих, хто вижив. Часто смерті на війні тривала розлука, яка також посилює переживання горя, оскільки жити в стані постійної загрози того, що кохану людину можуть вбити, дуже складно і виснажливо. Ці хронічні стресові фактори стають фоном, на якому настає травматична смерть, і їх слід також опрацьовувати у роботі з психологом.

Для того, щоб впоратися з травмою, дітям потрібні ресурси. Перший ресурс – внутрішній – *саморегуляція*. Слід допомогти дітям навчитися розпізнавати свої емоції та почуття, відкрито їх переживати, не заперечувати, але вміти контролювати їх інтенсивність. Другий ресурс – зовнішній – *соціальна підтримка*, здатність розвиватись та спиратися на зв'язки з іншими. Клієнт визначає види підтримки, які йому потрібні в цей час та способи її отримання. Комплексним ресурсом є *вміння ефективно вирішувати проблеми, зумовлені горюванням*, зокрема ті, що виникають при необхідності розповідати про обставини смерті, знову повертатися на місце загибелі рідного, зустрічатися з його друзями тощо. Велику увагу слід приділити навичкам регулювання дихання та збереженню навичок турботи про себе. Зрештою, важливим ресурсом стає *визначення цінностей, змінених смертю рідного та нових життєвих цілей* (насамперед, короткотермінових).

Ми наголошуємо, що мова, якою слід говорити про війну, у тому числі й психологам з дітьми і з колегами, ще не сформована. Нині, в часи активних бойових дій, вона, так само як і літературна та музична творчість, дуже емоційна. Ми всі великою мірою в своїх оцінках та емоціях, керуємось самостійно обраним чи нав'язаним ззовні інформаційним полем, наративом війни, який лише формується. Вже по завершенню війни, після усвідомлення втрат і перемог наративи психологічної допомоги кристалізуються, а поки нам лишається адаптувати зарубіжний досвід, фіксувати свій, намагаючись позбавити його емоційної складової («побачив, спробував запам'ятати, зафіксував») з тим, щоб після війни створити власну систему психосоціальної допомоги зокрема й дітям війни, який використовуватимуть вже психологи інших країн, оскільки сьогодні саме Україна демонструє світові наскільки цінною є Свобода і боротьба за неї.

Перспективами нашої подальшої роботи є створення розширеної версії даного посібника в співавторстві з педагогом із Сербії Lidija Radaković, яка в дитинстві зазнала впливів війни та успішно відновилася після пережитого і побаченого на власні очі.

Сподіваємось, що отримані в результаті читання книжки знання, стануть вам у нагоді. Успіхів Вам і подяка за проявлений інтерес до даного посібника!

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Almqvist K., Brandell-Forsberg M. Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child abuse & neglect*. 1997. 21(4). P. 351-366.
2. Alsayed A., Wildes V. J. Syrian refugee children: A study of strengths and difficulties. *Journal of Human Rights and Social Work*. 2018. Vol. 3(2). P. 81-88.
3. Archibald H. C., Tuddenham R. D. Persistent stress reaction after combat: A 20-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*. 1965. Vol. 12(5). P. 475-481.
4. Asch R. H., Esterlis I., Southwick S. M., Pietrzak R. H. Risk and resilience factors associated with traumatic loss-related PTSD in US military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Psychiatry Research*. 2021. Vol. 298. P. 113775-113775.
5. Ayalon O. Community healing for children traumatized by war. *International Review of Psychiatry*. 1998. Vol. 10(3). P. 224-233.
6. Barenbaum J., Ruchkin V., Schwab-Stone M. The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2004. Vol. 45(1). P. 41-62.
7. Betancourt T. S., Borisova I., Williams T. P., Meyers-Ohki S. E., Rubin-Smit J. E., Annan J., Kohrt B. A. Research Review: Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers—a systematic review of the literature and recommendations for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013. Vol. 54(1). P. 17-36.
8. Bisson J. I., Wright L. A., Jones K. A., Lewis C., Phelps A. J., Sijbrandij M., ... Roberts N. P. Preventing the onset of post traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*. 2021. Vol. 86. P. 1-17.
9. Bonanno G. A., Lehman D. R., Tweed R. G. Resilience to Loss and Chronic Grief: A Prospective Study From Preloss to 18-Months Postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002. Vol. 83(5). P. 1150-1164.
10. Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18(3). P. 259-269.
11. Breslau N., Chilcoat H. D., Kessler R. C., Peterson E. L., Lucia V. C. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*. 1999. Vol. 29(4). P. 813-821.
12. Briere J., Scott C. Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics*. 2015. Vol. 38(3). P. 515-527.
13. Brown E. J., Goodman R. F. Childhood traumatic grief: An exploration of the construct in children bereaved on September 11. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005. Vol. 34(2). P. 248-259.
14. Bruning M. D. Children, war, and moral injury. *Military Behavioral Health*. 2018. Vol. 6(2). P. 143-150.
15. Cairns E., Dawes A. Children: ethnic and political violence—a commentary. *Child Development*. 1996. P. 129-139.
16. Carnelley K. B., Janoff-Bulman R. Optimism about love relationships: General vs specific lessons from one's personal experiences. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1992. Vol. 9(1). P. 5-20.

17. Clark J., Franzmann M. Authority from grief, presence and place in the making of roadside memorials. *Death studies*. 2006. Vol. 30(6). P. 579-599.
18. Cohen J. A., Mannarino A. P., Murray L. K., Igelman R. Psychosocial interventions for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues*. 2006. Vol. 62 (4). P. 737-766.
19. Craparo G., Schimmenti A., Caretti V. Traumatic experiences in childhood and psychopathy: A study on a sample of violent offenders from Italy. *European journal of psychotraumatology*. 2013. Vol. 4. P. 21471-21471.
20. Currier J. M., Holland J. M., Neimeyer R. A. Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death studies*. 2006. Vol. 30 (5). P. 403-428.
21. Dehnel R., Dalky H., Sudarsan S., Al-Delaimy W. K. Resilience and mental health among Syrian refugee children in Jordan. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2022. Vol. 24(2). P. 420-429.
22. Delespaux E., Ryckebosch-Dayez A. S., Heeren A., Zech E. Attachment and severity of grief: The mediating role of negative appraisal and inflexible coping. *Omega-Journal of Death and Dying*. 2013. Vol. 67(3). P. 269-289.
23. Dennis T. The Grief River. *Techniques of Grief Therapy: Assessment and Intervention*. 2009. P. 105-108
24. Dybdahl R. A psychosocial support programme for children and mothers in war. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2001. Vol. 6(3). P. 425-436.
25. Dyregrov A., Yule W. A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*. 2006. Vol. 11(4). P.176-184.
26. Elbedour S., Ten Bensel R., Bastien D. T. Ecological integrated model of children of war: Individual and social psychology. *Child abuse & neglect*. 1993. Vol. 17(6). P. 805-819.
27. Fullilove M. T. Psychiatric implications of displacement: Contributions from the psychology of place. *American journal of psychiatry*. 1996. Vol. 153. P. 12-24.
28. Garcia D., Siddiqui A. Adolescents' psychological well-being and memory for life events: influences on life satisfaction with respect to temperamental dispositions. *Journal of Happiness Studies*. 2009. Vol. 10(4). P. 407-419.
29. Garnezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*. 1993. Vol. 56(1). P. 127-136.
30. Godbout N., Dutton D. G., Lussier Y., Sabourin S. Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*. 2009. Vol. 16(3). P. 365-384.
31. Goenjian A., Stilwell B. M., Steinberg A. M., Fairbanks L. A., Galvin M. R., Karayan I., Pynoos R. S. Moral development and psychopathological interference in conscience functioning among adolescents after trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999. Vol. 38(4). P. 376-384.
32. Greeson J. K., Briggs E. C., Layne C. M., Belcher H. M., Ostrowski S. A., Kim S., ... Fairbank J. A. Traumatic childhood experiences in the 21st century: Broadening and building on the ACE studies with data from the National Child Traumatic Stress Network. *Journal of interpersonal violence*. 2014. Vol. 29(3). P. 536-556.

33. Guedeney A. Who needs what and when, and how do we sort that out?. *Jornal de pediatria*. 2018. Vol. 94. P. 458-459.
34. Hamby S., Elm J. H., Howell K. H., Merrick M. T. Recognizing the cumulative burden of childhood adversities transforms science and practice for trauma and resilience. *American Psychologist*. 2021. Vol. 76(2). P. 230-245.
35. Hein F. A., Qouta S., Thabet A., el Sarraj, E. Trauma and mental health of children in Gaza. *British Medical Journal*. 1993. Vol. 306(6885). P. 1130-1131.
36. Hendin H., Haas A. P., Singer P., Houghton W., Schwartz M., Wallen V. The reliving experience in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 1984. Vol. 25(2). P. 165-173.
37. Henshaw E. M. Some psychological difficulties of evacuation. *Mental Health*. 1940. Vol. 1(1). P. 5-16.
38. Heptinstall E., Sethna V., Taylor E. PTSD and depression in refugee children. *European child & adolescent psychiatry*. 2004. Vol. 13(6). P. 373-380.
39. Heron M. Deaths: leading causes for 2008. *National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*. 2012. Vol. 60 (6). P. 1-94.
40. Hogan N. S., Schmidt L. A. Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death studies*. 2002. Vol. 26(8). P. 615-634.
41. Hodges M., Godbout N., Briere J., Lanktree C., Gilbert A., Kletzka N. T. Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child abuse & neglect*. 2013. Vol. 37(11). P. 891-898.
42. Jefferies P., McGarrigle L., Ungar M. The CYRM-R: A Rasch-validated revision of the child and youth resilience measure. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2019. Vol. 16(1). P. 70-92.
43. Jensen P. S., Shaw J. Children as victims of war: Current knowledge and future research needs. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993. Vol. 32(4). P. 697-708.
44. Jinkerson J. D. Defining and assessing moral injury: A syndrome perspective. *Traumatology*. 2016. Vol. 22(2). P. 122-134.
45. Johnson J. E., Price A. B., Sikorskii A., Key K. D., Taylor B., Lamphere S., ... Zlotnick C. Protocol for the Healing After Loss (HeAL) Study: a randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss. *BMJ open*. 2022. Vol. 12(4). P. e057747.
46. Jones E., Wessely S. A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of anxiety disorders*. 2007. Vol. 21(2). P. 164-175.
47. Jordan A. H., Litz B. T. Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, Assessment, and Treatment Considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2014. Vol. 45(3). P. 180-187.
48. Kaplow J. B., Layne C. M., Pynoos R. S., Cohen J. A., Lieberman A. DSM-V diagnostic criteria for bereavement-related disorders in children and adolescents: Developmental considerations. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2012. Vol. 75(3). P. 243-266.

49. Karam E. G., Fayyad J. A., Farhat C., Pluess M., Haddad Y. C., Tabet C. C., ... Kessler R. C. Role of childhood adversities and environmental sensitivity in the development of post-traumatic stress disorder in war-exposed Syrian refugee children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 214(6). P. 354-360.
50. Kendall P. C. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994. Vol. 62. P. 100-110.
51. Kirwin K. M., Hamrin V. Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2005. Vol. 18(2). P. 62-78.
52. Kristensen P., Weisæth L., Heir T. Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2012. Vol. 75(1). P. 76-97.
53. Laor N., Wolmer L., Kora M., Yucel D., Spirman S., Yazgan Y. Posttraumatic, dissociative and grief symptoms in Turkish children exposed to the 1999 earthquakes. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002. Vol. 190(12). P. 824-832.
54. Leder S., Grinstead L. N., Torres E. Grandparents raising grandchildren: Stressors, social support, and health outcomes. *Journal of Family Nursing*. 2007. Vol. 13(3). P. 333-352.
55. Lehman D. R., Wortman C. B., Williams A. F. Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of personality and social psychology*. 1987. Vol. 52(1). P. 218-231.
56. Lilienfeld S. O. Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science*. 2007. Vol. 2(1). P. 53-70.
57. Litz B. T., Gray M. J., Bryant R. A., Adler A. B. Early Intervention for Trauma: Current Status and Future Directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002. Vol. 9(2). P. 112-134.
58. Litz B. T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W. P., Silva C., Maguen S. Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical psychology review*. 2009. Vol. 29(8). P. 695-706.
59. Lustig S. L., Kia-Keating M., Knight W. G., Geltman P., Ellis H., Kinzie J. D., ... Saxe G. N. Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 43(1). P. 24-36.
60. Luthans F., Vogelgesang G. R., Lester P. B. Developing the psychological capital of resiliency. *Human resource development review*. 2006. Vol. 5(1). P. 25-44.
61. Maercker A., Bernays F., Rohner S. L., Thoma M. V. A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors. *Journal of traumatic stress*. 2022. Vol. 35(2). P. 446-460.
62. Markowitz J. C., Weissman M. M. Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2004. Vol. 3(3). P. 136-139.
63. Masten A. S. Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*. 2018. Vol. 10(1). P. 12-31.

64. Mayou R. A., Ehlers A., Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 176(6). P. 589-593.
65. McNally R. J., Bryant R. A., Ehlers A. Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress?. *Psychological science in the public interest*. 2003. Vol. 4(2). P. 45-79.
66. Miller K. E., Billings D. L. Playing to grow: A primary mental health intervention with Guatemalan refugee children. *American journal of orthopsychiatry*. 1994. Vol. 64(3). P. 346-356.
67. Neimeyer R. A. Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*. 2019. Vol. 43(2). P. 79-91.
68. Neria Y., Nandi A., Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological medicine*. 2008. 38(4). P. 467-480.
69. Neuner F., Catani C., Ruf M., Schauer E., Schauer M., Elbert T. Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2008. Vol. 17(3). P. 641-664.
70. Norris F. H., Friedman M. J., Watson P. J., Byrne C. M., Diaz E., Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*. 2002. Vol. 65(3). P. 207-239.
71. Paryente B. Parenting Experiences under Ongoing Life-threatening Conditions of Missile Attacks. *Journal of Child and Family Studies*. 2021. Vol. 30(7). P. 1685-1696.
72. Pijpers M. L., Covers M. L., Houterman S., Bicanic I. A. Risk factors for PTSD diagnosis in young victims of recent sexual assault. *European journal of psychotraumatology*. 2022. Vol. 13(1). P. 2047293-2047293.
73. Posada R., Wainryb C. Moral development in a violent society: Colombian children's judgments in the context of survival and revenge. *Child development*. 2008. Vol. 79(4). P. 882-898.
74. Punamäki R. L., Qouta S., El-Sarraj E. Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International journal of behavioral development*. 2001. Vol. 25(3). P. 256-267.
75. Pynoos R. S., Fairbank J. A., Steinberg A. M., Amaya-Jackson L., Gerrity E., Mount M. L., Maze J. The National Child Traumatic Stress Network: Collaborating to Improve the Standard of Care. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2008. Vol. 39(4). P. 389-395.
76. Quirk G. J., Casco L. Stress disorders of families of the disappeared: A controlled study in Honduras. *Social Science & Medicine*. 1994. Vol. 39(12). P. 1675-1679.
77. Rando T. A. Grief and mourning: Accommodating to loss. *Dying: Facing the facts*. 2018. P. 211-241.

78. Repetti R. L., Taylor S. E., Seeman T. E. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*. 2002. Vol. 128(2). P. 330-340.
79. Richardson G. E. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*. 2002. Vol. 58(3). P. 307-321.
80. Roygardner D., Hughes K. N., Palusci V. J. A structured review of the literature on abusive head trauma prevention. *Child Abuse Review*. 2021. Vol. 30(5). P. 385-399.
81. Rubonis A. V., Bickman L. Psychological impairment in the wake of disaster: the disaster-psychopathology relationship. *Psychological bulletin*. 1991. Vol. 109(3). P. 384-399.
82. Rynearson E. K., Salloum A. Restorative retelling: Revising the narrative of violent death. In *Grief and bereavement in contemporary society*. Routledge. 2021. P. 177-188.
83. Sagberg S., Røen I. Social practices of encountering death: a discussion of spiritual health in grief and the significance of worldview. *International Journal of Children's Spirituality*. 2011. Vol. 16(4). P. 347-360.
84. Saltzman W. R., Layne C. M., Steinberg A. M., Arslanagic B., Pynoos R. S. Developing a culturally and ecologically sound intervention program for youth exposed to war and terrorism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2003. Vol. 12(2). P. 319-342.
85. Sewart A. R., Zbozinek T. D., Hammen C., Zinbarg R. E., Mineka S., Craske M. G. Positive affect as a buffer between chronic stress and symptom severity of emotional disorders. *Clinical Psychological Science*. 2019. Vol. 7(5). P. 914-927.
86. Shalev A. Y. Acute stress reactions in adults. *Biological psychiatry*. 2002. Vol. 51(7). P. 532-543.
87. Shastri P. C. Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 55(3). P. 224-234.
88. Shear M. K., Simon N., Wall M., Zisook S., Neimeyer R., Duan N., ... Keshaviah A. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*. 2011. Vol. 28(2). P. 103-117.
89. Silove D. The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. *Intervention*. 2013. Vol. 11(3). P. 237-248.
90. Smith P., Perrin S., Yule W., Rabe-Hesketh S. War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2001. Vol. 42(3). P. 395-404.
91. Stavradi M., García-Márquez R., Bajo M., Callejas-Albiñana A. I., Paredes B., Díaz D. Brief Version of the Ryff Psychological Well-Being Scales for Children and Adolescents: Evidence of Validity. *Psicothema*. 2022. Vol. 34(2). P. 316-322.
92. Stroebe M. S., Folkman S., Hansson R. O., Schut H. The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social science & medicine*. 2006. Vol. 63(9). P. 2440-2451.

93. Stroebe M., Schut H. The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2010. Vol. 61(4). P. 273-289.
94. Stroebe M., Stroebe W., Schut H., Boerner K. Grief is not a disease but bereavement merits medical awareness. *The Lancet*. 2017. Vol. 389(10067). P. 347-349.
95. Sumo J. N., Wilbur J., Julion W., Buchholz S., Schoeny M. Interventions to improve grandparent caregivers' mental and physical health: an integrative review. *Western journal of nursing research*. 2018. Vol. 40(8). P. 1236-1264.
96. Volz M., Ehrental J. C., Seiffge-Krenke I. Does clinically relevant psychopathology in adolescents necessarily require treatment or does it "grow out"? *Psychotherapy Research*. 2022. Vol. 32(4). P. 525-538.
97. Wessells M. G. Children, armed conflict, and peace. *Journal of Peace Research*. 1998. Vol. 35(5). P. 635-646.
98. Westphal M., Bonanno G. A. Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins?. *Applied Psychology*. 2007. Vol. 56(3). P. 417-427.
99. Winje D., Ulvik A. Confrontations with reality: crisis intervention services for traumatized families after a school bus accident in Norway. *Journal of traumatic stress*. 1995. Vol. 8(3). P. 429-444.
100. Winokuer H. R. Experiencing the pain of grief. *Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved*. 2012. P. 33-35.
101. Woodside D., Barbara J. S., Benner D. G. I: Psychological trauma and social healing in Croatia. *Medicine, Conflict and Survival*. 1999. Vol. 15(4). P. 355-367.
102. Wortmann J. H., Park C. L. Religion and spirituality in adjustment following bereavement: An integrative review. *Death studies*. 2008. Vol. 32(8). P. 703-736.
103. Yaylaci F. T. Trauma and resilient functioning among Syrian refugee children. *Development and psychopathology*. 2018. Vol. 30(5). P. 1923-1936.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ



Життєве кредо: «Viam supervadit vadens» (Тільки той досягає мети, хто іде).

Завідувач лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, доцент. Наукові інтереси: психологія ідентичності, у тому числі національна, військова та культурна, вплив електронних медіа на формування особистості. Автор понад 600 наукових публікацій (підручники, посібники, колективні монографії, статті, у тому числі дві, індексовані у наукометричній базі Scopus). За науковою редакцією В.Л. Зливкова видано вісім індивідуальних та колективних монографій, 11 посібників, у тому числі із грифом МОН України;

підручник. Нагороджений Почесною грамотою Президії Національної академії педагогічних наук України (2012 р.), медалями К. Ушинського (2014 р.), Г. Сковороди (2016 р.). Монографію «Педагогічна комунікація та ідентичність педагога» відзначено Дипломом 2-го ступеня у Конкурсі на кращу монографію НАПН України. Монографію «Психологічні технології ефективного функціонування» за редакцією С.Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова нагороджено Золотою медаллю за перемогу в конкурсі, який проводився в рамках XI Міжнародної виставки «Сучасні заклади освіти» (номінація «Компетентнісний підхід - основа змісту освіти»). Посібник «Сучасні тренінгові технології: інтегративний підхід» (В. Зливков, С. Ліпінська, С. Лукомська) нагороджено Золотою медаллю в номінації «Упровадження сучасних засобів навчання, проектів, програм і технологій для вдосконалення та підвищення ефективності освітнього процесу» Міжнародної спеціалізованої онлайн виставки «Освіта та кар'єра – 2020». Під його керівництвом 11 аспірантів захистили кандидатські дисертації. Захоплення: родина, садівництво, американський джаз початку 20-го століття, підводне плавання.



Життєве кредо: «Dites à la mort, qu'est sans amour Que je veux bien laisser mon tour» (Скажи смерті, яка позбавлена любові, що я хочу пропустити свою чергу).

Старший науковий співробітник, лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, онкопсихолог, кризовий психолог, волонтер. Наукові інтереси: ресурсний підхід у діагностиці та психологічній допомозі особистості у кризових життєвих ситуаціях та психолінгвістика. Авторка 7 колективних монографій, 6 посібників («Дорога змін», «Психодіагностика особистості у кризових ситуаціях» та ін.), понад 300 статей у наукових та

популярних виданнях (у тому числі 2, індексованих у наукометричній базі Scopus). Посібник «Сучасні тренінгові технології: інтегративний підхід» (В. Зливков, С. Ліпінська, С. Лукомська) нагороджено Золотою медаллю Міжнародної спеціалізованої онлайн виставки «Освіта та кар'єра – 2020». Під керівництвом С.О. Лукомської захищено одну кандидатську дисертацію Толерантна, комунікабельна, легко адаптується до складних обставин, володіє англійською та французькою мовами. Захоплення: рукоділля, подорожі, французький шансон та український рок.

ВАЛЕРІЙ ЗЛИВКОВ



СВІТЛАНА ЛУКОМСЬКА

