

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ТА ДОПОМОГА ДІТЯМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ

Навчально-методичний посібник

www.coe.int/children

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ТА ДОПОМОГА ДІТЯМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ

Навчально-методичний посібник

Автори посібника:

Ніна Вааранен-Валконен

Наталія Заварова

Рада Європи

*За погляди, висловлені в цьому
Посібнику, відповідальні автори, і вони
необов'язково відображають
офіційну політику
Ради Європи.*

Відтворення уривків (до 500 слів)
дозволено, за винятком комерційних
цілей, якщо збережено цілісність
тексту, уривок не використовується
поза контекстом, не надає неповну
інформацію чи іншим чином не вводить
читача в оману щодо природи, обсягу чи
змісту тексту. Цитований текст завжди
має бути позначений таким чином:
«© Рада Європи, рік публікації».

*З усіма запитами щодо відтворення
чи перекладу всього документа або
його частини слід звертатися до
Директорату з комунікації
(F-67075 Strasbourg
Cedex або publishing@coe.int).*

*Будь-які інші повідомлення щодо цього
документа слід спрямовувати до
Генерального директорату
Ради Європи з питань демократії
та людської гідності.
F-67075 Strasbourg Cedex.*

© Рада Європи, грудень 2022
Надруковано в Раді Європи

АВТОРИ-УПОРЯДНИКИ:

Ніна Вааранен-Валконен, міжнародна експертка Ради Європи, Наталія Заварова, національна експертка Ради Європи, завідувачка науково-методичної лабораторії корекційної та інклюзивної освіти, старший викладач кафедри психології, соціальної роботи та інклюзивної освіти КЗВО «Одеська академія неперервної освіти Одеської обласної ради»

Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події. Навчально-методичний посібник / Автори-упоряд. : Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова, за заг. ред. О. Калашник. – К.: 2022

Psychological support and assistance to children who have experienced traumatic events. Educational and methodical manual

Літературне редагування: Сергій Губін

Навчально-методичний посібник містить інструментарій для розуміння характеру травми, її впливу на дітей та важливості психосоціальної підтримки дітей під час кризи та після неї. Видання розраховане на психологів, які навчають інших спеціалістів, психологів, які професійно працюють із дітьми, психологів закладів освіти, соціальних педагогів та інших дотичних фахівців, які надають психосоціальну підтримку дітям та їхнім родинам, а також удосконалюють власні навички самопомоги.

Навчально-методичний посібник підготовлений в рамках Проєкту Ради Європи «Боротьба з насильством щодо дітей в Україні, фаза III».

ЗМІСТ

ВСТУП	7
ЕТИЧНІ МІРКУВАННЯ ТА ПРОФЕСІЙНІ СТАНДАРТИ	9
ВИКОРИСТАННЯ ПОСІБНИКА	11
1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОКАЗОВИХ СПОСОБІВ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ТРАВМИ	14
1.1. Як травма впливає на мозок?	14
1.2. Останні дослідження травми та доказових способів боротьби з її наслідками	17
2. ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ В ДИТИНСТВІ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПОДАЛЬШЕ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ	20
2.1. Що таке травматична подія?	20
2.2. Різні реакції на стрес і травми	25
2.3. Вплив травматичної події в дитинстві на подальше життя	35
2.4. Захисні чинники та стійкість до стресових та травматичних подій	44
3. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ, СПРЯМОВАНА НА МІНІМІЗАЦІЮ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ	47
3.1. Перша психологічна допомога та кризове втручання для дітей	47
3.2. Індивідуальні травмофокусовані втручання в клінічних умовах для дітей	51
3.3. Психосоціальна підтримка дітей	54
3.4. Психологічне/посттравматичне зростання	55
4. ПРАКТИЧНІ ІНСТРУМЕНТИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ФАХІВЦІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ ІЗ ДІТЬМИ	56
4.1. Хто може надавати психосоціальну підтримку?	56
4.2. Самодопомога: турбота про найважливіший інструмент — про самого себе	57
4.3. Комунікація — помічайте, слухайте та обговорюйте	58
4.4. Підвищення відчуття безпеки	59
4.5. Техніки заземлення та релаксації	60
4.6. Діти дошкільного віку	60
4.7. Діти молодшого шкільного віку	62
4.8. Підлітки	65
4.9. Посилання на психосоціальну підтримку та заходи з дітьми та підлітками	67
4.10. Підтримка батьків	67
5. СУПЕРВІЗІЙНА ПІДТРИМКА ТА ВТОРИННА ТРАВМАТИЗАЦІЯ	70
6. РЕКОМЕНДОВАНА/ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА	77
7. ПОСИЛАННЯ	80

Конвенція ООН про права дитини (КООНПД) визначає основні права дітей на життя, здоров'я та розвиток. Її ратифікували майже всі країни світу (Генеральна Асамблея ООН, 1989 р.). Переживання травматичних подій та втрат під час війни чи іншого тривалого конфлікту може призвести до серйозних психологічних страждань у дітей та їхніх родин. Потерпілі групи населення зазнають тривалого дистресу та психологічних ускладнень навіть по закінченні будь-якої гострої небезпеки чи кризи. Надання дітям систематичної психосоціальної підтримки на ранньому етапі не може позбавити страждань і психологічного болю, але здатне посприяти загальному оздоровленню та благополуччю дітей.

Стратегія Ради Європи з прав дитини на 2022–2027 роки передбачає способи запобігання та захисту дітей від насильства, серед яких – підвищення обізнаності про важливість психологічної підтримки дітей у державних системах охорони здоров'я та освіти та спрощення доступу дітей до таких послуг. У цьому ж документі передбачено спеціальну главу про права дітей у кризових і надзвичайних ситуаціях, де рекомендовані заходи щодо захисту дітей під час кризи охорони здоров'я, зокрема через підтримку психологічної стійкості дітей, забезпечення їхнього права на освіту та соціальне включення, а також шляхом сприяння цифровому громадянству для дітей, які мають зміцнити їхню здатність реагувати на кризу. Окрім того йдеться про розвиток потенціалу та інструментів для підтримки держав-членів у захисті дітей під час збройних конфліктів і в реінтеграції та реабілітації дітей, які повертаються із зон конфлікту.

Анна Фрейд (Anna Freud), яка заснувала притулки Hampsted War Nurseries у Сполученому Королівстві у 1941-1945 роках, пропонуючи прихисток сотням дітей, які залишилися без домівки через бомбардування, була зачинателем у вивченні впливу війни на психологію дітей. Ці притулки надали Анні Фрейд та її команді унікальну можливість досліджувати особливості розвитку дитини, зокрема те, як на ньому позначаються травми та війна. Фрейд сформулювала важливі висновки — особливо про те, як розлука з основним опікуном важко впливає на дітей і як їхні потреби в психологічному лікуванні відрізняються від потреб дорослих¹.

Оцінки щодо впливу війни та способів підтримки дітей, які потерпіли через неї, розділили фахівців ще наприкінці ХХ століття. Однак 1993 року організація ЮНІСЕФ залучила групу спеціалістів із дитячого психічного здоров'я для консультації осіб, які ухвалюють рішення про вплив війни на дітей. Їхні висновки засвідчують, що на той момент не було ефективних інструментів скринінгу для з'ясування, які діти найбільше потребують підтримки, водночас викликало занепокоєння, що багато волонтерів вдавалися до необережних втручань, шкоди від яких могло бути більше, ніж допомоги. Для виправлення такого становища було створено Фонд «Діти та війна»².

¹ Національний центр для дітей та сімей імені Анни Фрейд

² Юле У., Дирегров А., Раундален М. і Сміт П. (2013 р.). Діти та війна: робота Фонду «Діти та війна»

Війна зумовлює численні травматичні події, які впливають на весь спектр контекстуальних, міжособистісних та внутрішньоособистісних сфер дитини³. Багато дітей, які зазнали війни чи конфлікту, стикалися з багатьма стресовими ситуаціями та втратами, жили в постійному страху за особисту безпеку та безпеку своєї сім'ї, боючись зазнати насильства, страждання через розлуку з членами родини чи навіть смерть близької людини. Можливо, їм доводилося швидко тікати від воєнних дій, залишаючи свій дім, школу, друзів і родичів. Цей досвід наражає їх на багато притаманних дитинству випробувань одночасно. Нерідко вплив війни на дітей стає ще обтяжливішим через те, що його зазнають і їхні батьки та інші дорослі, котрі мали б бути для них запорукою безпеки. Психологічне благополуччя батьків і опікунів впливає на розвиток і благополуччя дітей ще з утроби матері. Дітям потрібен дорослий опікун, який би чуйно реагував на них і допомагав регулювати свої емоції, щоб світ здавався їм не таким страшним місцем⁴. Війна часто перешкоджає батькам і опікунам задовольняти емоційні потреби своїх дітей таким чином, як вони це б робили в звичайних умовах, і це ще більше змушує дітей почуватися в небезпеці.

Виходячи з результатів власних ґрунтовних досліджень стосовно впливу політичного насильства на маленьких дітей, Слоун і Манн⁵ рекомендують цілісний підхід до захисту та підтримки дитячого психічного здоров'я, що передбачає забезпечення профілактичних програм на рівні громад для зміцнення стійкості під час спокійніших періодів життя та заходи з оцінки ризиків і надання першої допомоги під час гострих періодів і одразу після них. Лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або інших психологічних і психічних розладів рекомендується лише після завершення надзвичайних ситуацій. Уесселз⁶ визначає всеосяжність, сталість і принцип «не зашкодь» як три стовпи системної підтримки дітей, котрі постраждали від війни. Він також стверджує, що заходи підтримки мають бути багаторівневими, орієнтованими на стійкість, мультидисциплінарними, придатними для використання в різних підгрупах, а також враховувати питання політичної ситуації та фінансування. Цей посібник пропонує інформацію та практичні інструменти психосоціальної підтримки дітей, орієнтованої на стійкість під час гострих періодів війни та періодів затишшя. У ньому також коротко представлений огляд серйозніших розладів психічного здоров'я, спричинених травматичними подіями, та їхнього доказового клінічного лікування у дітей та підлітків. Інвестиції в ранню профілактику та підтримку захищають дітей і їхні сім'ї від впливу травматичного впливу війни та запобігають виникненню психічних розладів у майбутньому.

3 Слоун М., Розінер І. (2013 р.). Чи пом'якшує самокомплексність вплив політичного насильства серед підлітків.

4 М'юзік Дж. (2011 р.). Виховання особистостей. Прив'язаність та емоційний, соціокультурний і розумовий розвиток дітей.

5 Слоун М., Манн С. (2016 р.). Вплив війни, тероризму та збройних конфліктів на дітей раннього віку: систематичний огляд:950-965.

6 Уесселз М. Дж. (2016 р.). Діти та збройний конфлікт: вступ і огляд («Мир і конфлікт»), 22, 198-207.

ЕТИЧНІ МІРКУВАННЯ ТА ПРОФЕСІЙНІ СТАНДАРТИ

Мета посібника — надати психологам та іншим спеціалістам глибше розуміння реакцій на стрес і травми в дитинстві, щоб краще підготувати їх для навчання інших фахівців, які працюють із дітьми, щодо психосоціальної підтримки, включно з поліпшенням захисних механізмів дітей, які зазнали страждань, травм і горя. Фахівці, які використовують цю інформацію, повинні зобов'язатися здійснювати втручання лише доказовими методами, оцінювати свою практику та проводити її відкрито, а також брати до уваги сприйняття особливостей інших культур. За словами Шнайдера та ін.⁷, психологічне втручання загалом є ефективнішим, коли до процесу психосоціальної підтримки включається культурний вимір, який стосується набору переконань, установок і систем цінностей людини.

Відповідно до Уесселза⁸, принцип «не зашкодь», пов'язаний з психологічною підтримкою, вимагає самокритичного підходу до практики, а також здатності попереджувати та уникати ненавмисної шкоди, яку можуть спричинити різні чинники. Так, ненавмисна дискримінація може відбуватися в зонах конфлікту — наприклад, через те, що діти, які належать до певної етнічної чи релігійної групи, не отримують підтримки. Допомога фахівців може зосереджуватися на столиці чи великих містах, де є доступ до значної кількості дітей, а не на сільській місцевості. Крім того, завдяки зовнішньому фінансуванню психологи можуть надавати екстрену підтримку, схема якої разом підвищує очікування і щодо тривалої підтримки; якщо такі сподівання не справдяться, виникатимуть розчарування та покинутість. Залежність від зовнішньої підтримки замість використання природних систем підтримки, які вже має постраждале населення, створює іншу проблему. Розширення можливостей наявних місцевих систем підтримки, зокрема шкіл та дошкільних закладів, у потерпілих від війни регіонах дозволяє дітям отримувати сталу допомогу для їхнього тривалого добробуту і не дискримінує жодної окремої групи населення.

Тому під час роботи з дітьми, які зазнали травматичної події, фахівець несе особисту відповідальність за захист їхніх прав та інтересів. Він повинен надавати допомогу без проявів дискримінації, розуміти культурні, ґендерні та лінгвістичні особливості дитини, запобігати стигматизації, передбачати ситуації, що загрожують життю та безпеці дитини, уникати дій, які можуть спричинити травмуючі впливи на дитину чи завдати шкоди її благополуччю, діяти в найкращих інтересах дитини, а в разі потреби – надавати допомогу в реінтеграції та поновленні прав дитини тощо.

Психологічний супровід та допомога дітям, які зазнали травматичної події надають підготовлені фахівці, які отримали освіту, пройшли додаткову підготовку, опанувавши відповідні знання та навички з галузі соціально-психологічної допомоги за такими освітніми кваліфікаційними спеціальностями як освіта/педагогіка, соціальні та поведінкові науки, соціальна робота, охорона здоров'я тощо. Свою діяльність вони організовують згідно нормативно-правових актів, професійних стандартів, етичних норм та правил прийнятих у межах професійної спільноти⁹. Ми пропонуємо до розгляду та використання в подальшій роботі базові принципи роботи з дітьми, які зазнали травматичної події.

7 Шнайдер та ін. (2015 р.). Доказові методи лікування психологічних розладів, пов'язаних із травмою: А

8 Уесселз М. Дж. (2017 р.). *Діти та збройний конфлікт: втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни* («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 4-13.

9 Міністерство економіки України. Професійні стандарти

ПРИНЦИП БЕЗПЕКИ:

- створення атмосфери психологічної та емоційної безпеки для дитини

ПРИНЦИП ЗАЦІКАВЛЕНОСТІ

- демонстрація дружнього до дитини ставлення, поваги та турботи

ПРИНЦИП МІНІМІЗАЦІЇ ТРАВМИ

- мінімізація, пов'язаних з травматичною подією переживань задля уникнення повторного травмування, моделювання здорового реагування (транслявати та створювати, бути спокійними, ввічливими, організованими й корисними)

ПРИНЦИП ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

- бути відкритим, послідовним, передбачуваним, усвідомленим щодо власних дій та їх наслідків

ПРИНЦИП КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

- використання інформації, яку повідомляє дитина лише в її інтересах. Нерозголошення особистої інформації особам, які не мають відношення до процесу психологічного супроводу та допомоги дитині

ПРИНЦИП ПРОФЕСІОНАЛІЗМУ

- відповідальне ставлення за надання психологічного супроводу та допомоги незалежно від поведінки чи реакцій дитини

ПРИНЦИП ДОСТАТНЬОГО МІНІМУМУ

- надання психологічної допомоги враховуючи вікові та психологічні особливості дитини, використання форм та методів роботи, враховуючи можливе перевантаження

ПРИНЦИП ЧІТКОГО РОЗУМІННЯ МЕЖ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ

- надавати допомогу дитині в межах професійної компетентності, діяти відповідно до своїх професійних знань та призначення, перенаправляти, в разі потреби, до інших фахівців, використовувати наявні механізми підтримки дитини в громаді (освітні системи, загальні медичні послуги, загальні послуги в галузі психічного здоров'я, соціальні послуги тощо)

Відповідно до базових принципів надання психологічної допомоги дітям, які зазнали травматичної події, фахівцям необхідно дотримуватись етичного кодексу, який містить етичні принципи діяльності (базові етичні ідей і традиції, що стають підґрунтям для прийняття етичного рішення в роботі з надання допомоги) та норми етичної поведінки (основи професійної діяльності згідно із загальнолюдськими цінностями та етичними принципами надання психологічної допомоги).

Під час роботи з дітьми, які зазнали травматичної події, фахівець несе особисту відповідальність за захист прав та інтересів дитини, він повинен забезпечити надання допомоги без проявів дискримінації, розуміти культурні, гендерні та лінгвістичні особливості дитини, запобігати стигматизації, передбачати ситуації, які ставлять під загрозу життя та безпеку дитини, уникати дій, які можуть поставити дитину під загрозу травмуючих впливів або завдати шкоди її благополуччю, діяти, виходячи виключно з найкращих інтересів дитини, надати допомогу, у разі потреби, в реінтеграції та поновленні прав дитини тощо.

ВИКОРИСТАННЯ ПОСІБНИКА

Посібник містить короткі виклади основних тем з найнеобхіднішою інформацією, яка не повинна здаватися психологам надто обтяжливою, особливо у випадках, коли вони також перебувають в умовах політичного насильства чи війни. Розділ «Рекомендована література» містить додаткові матеріали для тих, хто бажає поглибити свої знання. Кожен розділ окреслює тему, виходячи з останніх досліджень.

Мета цього посібника — дати психологам та іншим відповідним професіоналам глибоке розуміння характеру травми, її впливу на дітей, а також важливості психосоціальної підтримки дітей під час кризи та після неї. Посібник готує психологів до навчання інших спеціалістів, які фахово працюють із дітьми, наприклад, учителів та вихователів дошкільних закладів, щоб вони могли надавати психосоціальну підтримку дітям та їхнім родинам, а також удосконалювати власні навички самопомоги.

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

ВІДЧУТТЯ

Елементарний психологічний акт, за допомогою якого відображаються окремі властивості предметів і явищ навколишнього світу та внутрішнього стану організму, що безпосередньо впливають на аналізатори (органи чуття) людини.

ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС

Розлад, що виникає у людини у відповідь на незвичайний фізичний чи психічний стрес/психотравму, не спричиняє якихось інших проявів психічних розладів і зазвичай минає за кілька годин чи днів.

ГОСТРА СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ (ГСР, також відома як психологічний шок, психічний шок або шок)

Розвиток транзиторних емоційних, когнітивних і поведінкових симптомів у відповідь на винятковий стресор, такий як обтяжливий травматичний досвід, що передбачає серйозну шкоду або загрозу безпеці чи фізичній цілісності особи чи її близької особи (осіб) (наприклад, стихійне лихо, нещасний випадок, битва, злочинний напад, зґвалтування) або надзвичайно раптову та загрозливу зміну соціального становища та/або оточення особи (наприклад, втрата сім'ї внаслідок стихійного лиха). Симптоми вважаються такими, що знаходяться в межах нормальних реакцій, враховуючи надзвичайну тяжкість стресора.

ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Розвиток характерних симптомів після впливу екстремального травматичного стресора. Це короткий період нав'язливих спогадів, які виникають впродовж чотирьох тижнів по тому, як особа стала свідком або пережила обтяжливу травматичну подію. Гострий стресовий розлад накладається на симптоми ПТСР, але з'являється швидше після травматичної події та не обов'язково зумовлює розвиток ПТСР.

ЕМОЦІЇ

Суб'єктивні переживання, що забарвлюють усю психічну діяльність людини та відображують її ставлення до навколишнього світу й до самої себе. Це переживання приємного і неприємного, що супроводжують сприйняття себе та навколишнього світу, розумову діяльність, задоволення потреб, міжособистісні контакти.

КОМПЛЕКСНИЙ ПТСР (КПТСР)

Розлад, який може виникнути під впливом події або серії подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру, найчастіше – тривалих або повторюваних подій, від яких важко або неможливо втекти (наприклад, катування, торгівля людьми, тривале домашнє насильство, неодноразове сексуальне або фізичне насильство, зневага та відсутність турботи з боку опікунів). Посттравматичний розлад переходить у комплексний, коли у індивіда, який має інші посттравматичні симптоми, виникає самознецінення.

КРИЗОВА ІНТЕРВЕНЦІЯ

Обмежена в часі психосоціальна допомога для особи в кризовому стані, що спрямована на подолання ситуації, котра викликала кризу.

ПАРАЛІЧ ЕМОЦІЙ

Короткочасне відчуття повної спустошеності, байдужості, що виникає під дією раптових важких психічних травм.

ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

Пряма відповідь і комплекс дій, спрямованих на допомогу людині, яка зазнала дистресу, щоб вона заспокоїлася та відчула підтримку в подоланні труднощів. Має сприяти особі, яка переживає дистрес, почуватися безпечно та затишно; при цьому здійснюються спостереження за реакцією людини.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)

Стійка реакція на травмівну подію. ПТСР може розвинути після травматичної події, під час якої людина зазнала фізичної чи психічної шкоди, відчувала загрозу власному життю чи життю іншої людини. ПТСР може також формуватись у особи, котра втратила близьку людину. ПТСР може виникати у будь-кого і в будь-якому віці (й у дитини). Симптоми вважають проявами ПТСР, якщо вони тривають понад місяць.

**РЕАКТИВНИЙ
РОЗЛАД
ПРИВ'ЯЗАНОСТІ**

Психічний розлад, за якого у дитини не виникає емоційного зв'язку з батьками чи опікунами.

**РОЗГАЛЬМОВАНИЙ
РОЗЛАД
СОЦІАЛЬНОЇ
АКТИВНОСТІ**

Стан, який характеризується нерозбірливим товаришуванням дитини, її надмірною фамільярністю в спілкуванні з малознайомими людьми.

**РОЗЛАДИ
(порушення)
АДАПТАЦІЇ**

Стан невідповідності між потребами організму і зовнішніми умовами його функціонування, який спричиняє порушення фізіологічного функціонування, зміни форм поведінки, розвиток патологічних процесів.

СТРЕСОВА ПОДІЯ

Будь-яка подія, що порушує звичний перебіг життя. Її можуть спричинити сильні подразники – біда, зневажливе ставлення, незаслужена образа, висловлена неправда, втрати, несподівані перепони, а також відсутність подразників – монотонність життя, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо.

СТУПОР

Стан знерухомленості, що виникає внаслідок гальмування рухових функцій.

**ТОКСИЧНИЙ
СТРЕС**

Формулювання «токсичний стрес» часто використовується в дослідженнях НДД (негативного дитячого досвіду), оскільки хронічний стрес у дитинстві може призвести до того, що гормони стресу, такі як кортизол і адреналін, закривають ділянки мозку, намагаючись забезпечити захист від неконтрольованих почуттів, та спричинити зміни в розвитку мозку.

**ТРАВМАТИЧНА
ПОДІЯ**

Подія, яка характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю. Пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства, несе абсолютно нову інформацію, яку людина має інтегрувати до попереднього життєвого досвіду. Травматичну подію можна пережити особисто, можна стати її свідком чи отримати звістку про важку фізичну травму або смерть близької людини.

ТРИВОГА

Переживання внутрішнього занепокоєння, очікування неприємностей, лиха, катастрофи. Може супроводжуватися руховим неспокоєм, вегетативними реакціями.

**ХРОНІЧНИЙ
СТРЕС**

Частий або постійний стрес впродовж тривалого періоду, нерідко пов'язаний з неналежною підтримкою, має потенційно довгостроковий шкідливий вплив на фізичне та психічне благополуччя особи та може призвести до довідних соціальних й емоційних порушень.

1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОКАЗОВИХ СПОСОБІВ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ТРАВМИ

У минулому дослідження стверджували, що маленькі діти несприйнятливі до наслідків війни чи інших конфліктів через відсутність у них розуміння або здатності запам'ятовувати події, і тому вплив на дітей пережитих ними травматичних подій недооцінювався. Проте останні дослідження чітко демонструють, що війна та інші тривалі конфлікти впливають на психічне благополуччя маленьких дітей, викликаючи значний дистрес і типові симптоми посттравматичного стресу (ПТС) або навіть початкового посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Окрім того, у маленьких дітей часто розвиваються неспецифічні поведінкові та емоційні реакції, такі як формування нових страхів, надмірна емоційна залежність і підвищена агресивність, які відрізняються від проявів самовираження старших дітей і дорослих¹⁰.

Для раннього дитинства притаманні когнітивна та вербальна незрілість, самоорієнтоване сприйняття, нерозуміння причинно-наслідкових зв'язків — усе це впливає на відповідне розуміння дитиною потенційно травматичних подій. Грудний вік, ранне дитинство та дошкільні роки мають унікальний набір фізичних, когнітивних, соціальних та емоційних процесів розвитку, і майбутні дослідження повинні намагатися зосереджуватися на кожному з них окремо. З клінічної точки зору, існувала складність пристосування діагностичних критеріїв для дорослих до різних етапів розвитку в дитинстві, а також труднощі в оцінці складних психологічних симптомів чи розладів у маленьких дітей, які можуть бути нездатними вербально виражати свої внутрішні переживання¹¹.

ПТСР, спричинений травматичним досвідом, є психіатричним розладом, який вражає багатьох, проте теоретичні основи невропатологічних механізмів, відповідальних за цей розлад, ще належить повністю визначити. Індивідуальна доказова допомога особам, які зазнали травм, часто має спільні характеристики. Зокрема психонавчання нормалізує симптоми травми та пропонує способи ідентифікації та адаптації до нагадувань про травму, а також керування стресом. Навички регуляції емоцій часто формуються на початку терапії, сприяючи стійкості постраждалих від травми. Певна форма потрапляння під вплив спогадів про травматичний досвід є елементом усіх доказових методів надання допомоги особам, які зазнали травм. Когнітивна обробка та реструктуризація також присутні майже в усіх емпірично підтверджених психологічних втручаннях у зв'язку з ПТСР. Окрім того, спрямованість на різні емоції та робота над процесами пам'яті також відіграють важливу роль у доказових методах надання допомоги особам, які мали травматичний досвід¹². Розуміння теоретичних засад використання цих методів у втручаннях, зосереджених на травмі, вимагає розуміння впливу травми на мозок і неврологічні системи.

1.1. Як травма впливає на мозок?

Зміни у функціонуванні лімбічної системи, зміни активності гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі зі змінними рівнями кортизолу, пов'язана з нейромедіаторами дисрегуляція збудження та ендогенних опіоїдних систем, — усе це біологічні зміни, що асоціюються з ПТСР, а також з іншими психічними захворюваннями та розладами, пов'язаними зі зловживанням психоактивними речовинами¹³. Травма змінює хімію та структуру мозку, впливаючи на його нормальне функціонування. Детально пояснюється далі.

10 Слоун М., Манн С. (2016 р.). Вплив війни, тероризму та збройних конфліктів на дітей раннього віку: систематичний. *Child Psychiatry Hum Dev* 47(6):950-965.

11 Там само

12 Шнайдер та ін. (2015 р.). Доказові методи лікування психологічних розладів, пов'язаних із травмою: А.

13 Центр лікування зловживання психоактивними речовинами (США). Травмоінформована допомога в службах поведінкового здоров'я. Роквіль (Меріленд): Управління з питань зловживання психоактивними речовинами та служби психічного здоров'я (США); 2014 р. (Серія протоколів з удосконалення лікування (TIP), № 57.)

Мигдалеподібне тіло — мигдалеподібне утворення, розташоване глибоко біля основи мозку, яке відповідає за емоції та дії, мотивовані потребою виживання. Під час травматичних переживань воно посилює збудження та вегетативні реакції, пов'язані зі страхом, активує вивільнення гормонів стресу, стимулює емоційні реакції та визначає, які саме спогади зберігаються та як вони організовані в корі головного мозку. Страх, викликаний травмою, модифікує мигдалеподібне тіло і підвищує його чутливість до небезпеки¹⁴.

Гіпокамп відповідає за формування, організацію, зберігання та пошук спогадів, конвертуючи їх із короткочасної пам'яті на довготривалу та надсилаючи до відповідних частин зовнішнього мозку для зберігання. Під час травматичних переживань цей процес порушується, не даючи гіпокампу перевести спогади в довготривалий формат і належним чином інтегрувати їх, тому вони залишаються активними¹⁵.

Префронтальна кора, розташована в передній частині мозку, сприяє зберіганню спогадів про окремі події та виділенню теми чи ключової характеристики з низки подій. Після травматичного досвіду на префронтальну кору можна впливати трьома різними способами. Нижня частина мозку перекриває кору, щоб вона не могла належним чином перефокусувати або зупинити неадекватні реакції, що надходять із зон, відповідальних за інстинкти та емоції. Приплив крові до лівої передлобної частки знижується, що призводить до погіршення мови, пам'яті та інших функцій лівої частки. Зниження припливу крові до правої передлобної частки призводить до того, що людина відчуває більше скорботи, смутку та гніву.¹⁶

Ділянка Брока — одна з ділянок передлобної частки, пов'язана з мовою і особливо – продукуванням мовлення. Згідно з ван дер Колком¹⁷, слова обмежені в здатності отримувати доступ до травматичних переживань, оскільки ділянка Брока в мозку демонструє знижену активацію під час травматичних подій, що впливає на здатність особи говорити в найелементарніших ситуаціях під впливом страху. Розглядати розум як окрему сутність, яка потребує розмовної терапії для лікування, особливо проблематично у випадках із дітьми, які природно спілкуються за допомогою невербальних сигналів і дій, а травма суттєво посилює цю проблему.

Нервові системи

БУДОВА НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ЛЮДИНИ



(Ротшильд, 2000 р.)

14 Розенталь М. (2013 р., 27 листопада). Три способи, якими травма впливає на ваш мозок

15 Там само

16 Там само

17 Ван дер Колк, Б. А. (2014 р.). Тіло веде рахунок: Роль мозку, розуму і тіла у зціленні травми. Вікінг.

Вегетативна нервова система (ВНС), яка має дві основні системи – **симпатичну та парасимпатичну нервові системи**, значною мірою визначає емоційні та фізіологічні реакції людини на стресову чи травматичну подію. Таблиця нижче пояснює різні завдання кожної нервової гілки та їхні основні помітні ознаки.

ВЕГЕТАТИВНА НЕРВОВА СИСТЕМА	
<p>СИМПАТИЧНА НЕРВОВА ГІЛКА</p> <p>Активується при позитивних і негативних стресових станах, включно з оргазмом, люттю, відчаєм, жахом, тривогою, панікою.</p> <p>Помітні ознаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вкорочене дихання; - прискорене серцебиття; - підвищення артеріального тиску; - розширення зіниць; - бліда шкіра; - підвищене потовиділення; - холодна (можливо, липка) шкіра. 	<p>ПАРАСИМПАТИЧНА НЕРВОВА ГІЛКА</p> <p>Стани активації включають відпочинок і розслаблення, сексуальне збудження, радість, гнів, смуток.</p> <p>Помітні ознаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уповільнене, більш глибоке дихання; - падіння артеріального тиску; - уповільнення серцевого ритму; - пересохла шкіра; - суха шкіра. <p><i>(Ротшильд, 2000 р.)</i></p>

Нервова система має наступні стани:

- 1.** Розслаблена система: парасимпатична система помірно активна; дихання легке і глибоке, серцебиття повільне, шкіра тепла і суха; відчуття спокою, комфорту;
- 2.** Стан дещо підвищеної бадьорості: парасимпатична нервова система помірно активована; може почастішати дихання та серцебиття; контрольоване збудження і дискомфорт;
- 3.** Помірна надмірна стимуляція: симпатична нервова система стимульована (прискорене серцебиття, прискорене, поверхневе дихання, охолодження та можливе зволоження шкіри); можуть виникати труднощі з реагуванням на миттєві події (рефлексія); занепокоєння;
- 4.** Сильна надмірна стимуляція: значно посилена симпатична нервова система, прискорене серцебиття, прискорене дихання, блідий колір шкіри тощо;
- 5.** Небезпечна надмірна стимуляція: як симпатична, так і парасимпатична нервові системи сильно активовані, блідий колір шкіри, уповільнений пульс, розширення або звуження зіниць; високий ризик паніки, дисоціації, ступору та паралічу¹⁸.

Симпатична нервова система є центральною для стресових реакцій організму. Вона готує організм до реагування на виклики, спричинені складними ситуаціями. Ознаками її активації можуть бути, наприклад, сухість у роті, гупання серцебиття і холодний піт. Психологам та іншим фахівцям важливо розуміти, що коли вони працюють із дуже тривожними та травмованими дітьми, їхня власна вегетативна нервова система схильна до активації навіть тоді, коли вони просто сидять в одному приміщенні з такими дітьми та розмовляють із ними. Усвідомлення стану готовності до активації власного організму може допомогти психологу захиститися від втоми до співчуття.

¹⁸ Ротшильд Б. і Ренд М. Л. (2010 р.). Допомога особі, котра надає допомогу. Психофізіологія втоми від співчуття та вікарної травми. W.W.Norton & Company, Нью-Йорк, 2006 р.

1.2. Останні дослідження травми та доказових способів боротьби з її наслідками

Коли у тих, хто пережив травму, розвивається ПТСР, спогади про травму зберігаються з відхиленнями, що заважає нормальному функціонуванню організму людини. Психологічні теорії запропонували різні способи пояснення базових механізмів і обґрунтувань для психологічних терапій, які поліпшують одужання та зменшують симптоми ПТСР. Деякі теорії підкреслюють роль страху як основної залученої емоційної мережі, тоді як інші стверджують, що гнів, горе та провина однаково важливі в цьому процесі. Існують теорії травми, зосереджені на негативній оцінці травматичних подій або реакцій на стрес, і такі, що підкреслюють роль чіткого подання спогадів про травму. Однак більшість теорій ПТСР об'єднує визначення, яким чином травма впливає на пам'ять, на мигдалеподібне тіло, що ініціює швидкі реакції на стрес, і на вироблення гормонів стресу¹⁹.

Поки що немає переконливих доказів того, як можна змінити послідовність процесів у мигдалеподібному тілі, тобто систему, що постійно перебуває наготові до небезпеки, спричиненої впливом травми. Однак, згідно з ван дер Колком²⁰, існує частина свідомості, медіальна префронтальна кора, яка дозволяє нам контролювати та керувати собою і яка залучена до інтероцепції — відчуття внутрішнього стану тіла. Саме це може стати вирішальним. **Медіальна префронтальна кора** відіграє важливу роль у когнітивних процесах, регуляції емоцій, мотивації та комунікабельності. Також вона дає змогу особі звернути увагу на свій внутрішній світ, що активується за допомогою медитації, ментальних практик самоусвідомлення, тілесно-орієнтованої терапії та самосприйняття — наразі все це не є основною частиною західної психологічної традиції, але може стати більш значимим елементом лікування наслідків травм у майбутньому.

Блукаючий нерв, який є частиною **парасимпатичної нервової системи** людини, — це двонаправлений нерв, який передає сигнали від мозку до тіла і навпаки. Заспокоюючи тіло, блукаючий нерв надсилає сигнали до мозку, одночасно заспокоюючи розум. Травма впливає на зони мозку, що відповідають за виживання. Для мозку тригерами можуть стати нагадування про травму, такі як звуки, запахи або візуалізація, що дозволяють його «тваринній частині» взяти гору. Доказів щодо методів заспокоєння «наляканої» частини мозку, яка відповідає за виживання, все ще недостатньо. Проте останніми роками дослідження контрольованих клінічних випробувань показали успішність терапії лімбічної системи — заспокоєння наляканої частини мозку, що відповідає за виживання. Лімбічну систему, котра включає мигдалеподібне тіло, гіпокамп і гіпоталамус, які, як вважається, відповідають за наше емоційне життя та формування спогадів, неможливо заспокоїти обґрунтованими аргументами та адекватною оцінкою. Для того, щоб ці автоматичні сприйняття справді переналаштувались, особі потрібно отримати безпосередній досвід, який суперечить тому, який її мозок, налаштований на виживання, схильний уявляти і який вивчило її тіло²¹. З практичної точки зору, дитина, яка через травматичний досвід дізналася, що світ — це небезпечне місце, потребує коригувального досвіду відчуття безпеки замість слів, що тепер вона в безпеці.

Ранній повторний вплив травми позначається на розвитку різноманітних систем мозку. Відсутність суворо контрольованих досліджень, які б вивчали вплив лікування на комплексний ПТСР (КПТСР), поки що не дозволяє зробити висновок про ефективність лікування КПТСР. Існує потреба в подальших дослідженнях КПТСР, щоб обґрунтувати його як психіатричний діагноз і розробити єдине визначення, яке підкреслює його унікальну етіологію²².

19 Найдам М. Дж., де Фріс Дж. Дж., Герсонс Б. П., Олфф М. Відповідь на психотерапію посттравматичного стресового розладу: роль ефективності вербальної пам'яті перед лікуванням. *J Clin Psychiatry*. 2015, серп.; 76(8):e1023-8.

20 Ван дер Колк Б. А. (2014 р.). Тіло веде рахунок: роль мозку, розуму та тіла у зціленні травми.

21 Ван дер Колк Б. А. (2014 р.). Тіло веде рахунок: роль мозку, розуму та тіла у зціленні травми (van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*). Вікінг.

22 Pecik та ін. (Resick et.al.), 2012 p.

Наразі існує більш повне розуміння того, як політичне насильство, наприклад, війна, впливає на дітей старшого віку та підлітків. Це розуміння потрібно розширити, включити до нього оцінки впливу війни та подій, пов'язаних із терором, на дітей молодшого віку²³ (Слоун і Манн, 2016 р.). Огляд Слоуна і Манна є першим ґрунтовним оглядом, зосередженим саме на періоді раннього дитинства. В ньому аналізуються дослідження стосовно дітей віком 0-6 років. Наукових доказів щодо психологічного втручання в надзвичайних ситуаціях усе ще бракує, з цілком зрозумілих причин фахові експертизи часто проводяться за місяці або й роки після гострої надзвичайної ситуації.

Попри те, що перша психологічна допомога рекомендована в багатьох міжнародних посібниках із гуманітарної діяльності, наразі немає точної доказової бази для сприяння цій формі психосоціальної підтримки дітей та підлітків, які потерпіли через війну²⁴. Дослідження Вана та ін.²⁵ показують, що підготовка з надання першої психологічної допомоги суттєво поліпшує знання про відповідну психосоціальну реакцію під час надання підтримки людям у стані гострого дистресу, тим самим підвищуючи самоефективність та сприяючи стійкості. Однак їхній огляд також висвітлює неадекватні вказівки про те, як застосовувати таку підготовку, та значні недоліки у звітності й оцінюванні підготовки.

Психосоціальна підтримка постраждалих від війни дітей і підлітків, включно з методами, які допомагають людині посилити відчуття безпеки та краще впоратися з кризою, базується на наведених нижче дослідженнях. У дослідженні Мьолена та ін.²⁶ оцінювалася програма психосоціального лікування, розроблена для зменшення емоційного дистресу та поліпшення психосоціального функціонування травмованих війною дітей і підлітків-біженців. Програма включала індивідуальні, сімейні та групові сеанси з психоосвітнім підходом додатково до заходів із фокусування на травмі та біді, творчих технік і релаксації. Загальне психосоціальне функціонування дев'яти з десяти учасників в результаті втручання поліпшилося. Крім того, кількість діагнозів ПТСР знизилася з 60% до 30%; інші посттравматичні, тривожні та депресивні симптоми також значно зменшилися. Дослідження дійшло висновку, що програма психосоціального лікування, про яку йдеться, здатна поліпшити загальне психосоціальне функціонування, але не допомагає у випадках тяжко травмованих пацієнтів зі складними психіатричними порушеннями. Великий систематичний огляд і метааналіз Гояла та ін.²⁷ також підсумували, що програми зниження стресу, засновані на практиках самоусвідомлення (майндфулнес), можуть полегшити симптоми тривоги, депресії та болю.

23 Слоун, М., Манн, С. (2016 р.) Вплив війни, тероризму та збройних конфліктів на дітей раннього віку: систематичний огляд. Child Psychiatry Hum Dev 47(6):950–965.

24 Бетанкур, Т.С., Меерс-Окі, С.Е., Чарроу, А.П., Тол, В.А. Втручання для дітей, які постраждали від війни: екологічна перспектива психосоціальної підтримки та охорони психічного здоров'я.

Дільтенс, Т., Муненс, І., Ван Прает, К., Де Бак, Е., Вандекеркхов, П. (2014 р.) Систематичний пошук літератури про першу психологічну допомогу: Відсутність доказів для розробки рекомендацій.

25 Ван, Л., Норман, І., Сяо, Т., Лі, Ю., Лімі, М. Підготовка з надання першої психологічної допомоги: Огляд масштабів її застосування, результатів і впровадження

26 Мьолен, Х., Парцер, П., Реш, Ф., Бруннер, Р. Психосоціальна підтримка травмованих війною дітей і підлітків-біженців: оцінка короткострокової програми лікування.

27 Гоял, М., Сінгх, С., Сібінга, Е.М.С. та ін. Програми медитації для подолання психологічного стресу та для благополуччя: Систематичний огляд і метааналіз.

Згідно з Бургіном та ін.²⁸, втручання у психічне здоров'я та психосоціальні втручання, призначені для дітей, які постраждали від війни, мають базуватися на інформації про травму, бути багаторівневими та орієнтованими на стійкість, а також включати розширення можливостей та підтримку батьків у догляді за їхніми дітьми. В огляді Слоуна та Манна²⁹ представлено дослідження, яке показало, що низький рівень материнської підтримки пов'язаний із хронізацією симптомів ПТСР у дітей в сім'ях, які пережили неодноразові ракетні обстріли під час конфлікту. Крім того, науковці припускали, що сильніша потенційна соціальна підтримка асоціюється з нижчим рівнем материнської депресії та нижчим рівнем симптомів ПТС у дітей.

Слоун та ін.³⁰ стверджують, що критично чутливий період під час затяжних конфліктів і війни — той, коли припиняється гостра фаза обстрілів і діти та підлітки можуть повернутися до звичного життя, наприклад, до занять у школі та дозвілля. Це критичний період із високими ризиками для багатьох дітей, час, коли вони потребують психологічної реабілітації. Первинна профілактика впродовж цього критичного періоду полягає у зменшенні чинників ризику та посиленні захисних чинників³¹. Згідно з Клінгманом³², такі програми зазвичай включають допомогу дітям з адаптацією до болісного життєвого досвіду та забезпечення для них досвіду, котрий сприяє росту. Майбутні дослідження мають зосереджуватися на лонгітюдних вивченнях психологічного втручання для постраждалих від війни дітей, які розглядають тривалий вплив на дитячі проблеми, адаптацію та стійкість, — це дасть змогу зрозуміти, які втручання мають найбільш сталий вплив^{33 34}.

28 Бургін, Д., Анагностопулос, Д., Правління та Відділ політики ESCAP та ін. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей — багаторівневі підходи, орієнтовані на потреби та з урахуванням інформації про травму Eur Child Adolesc Psychiatry 31, 845–853 (2022).

29 Слоун, М., Манн, С. (2016 р.) Вплив війни, тероризму та збройних конфліктів на дітей раннього віку: систематичний огляд.

30 Слоун, М., Шошані, А., Лобель, Т. (2013 р.) Допомога молоді негайно після впливу війни: квазірандомізоване контрольоване випробування шкільної програми втручання. J Prim Prev 34(5):293–307

31 Коуен, Е. Л. (1983 р.). Первинна профілактика психічного здоров'я: Минуле, теперішнє та майбутнє. У Р. Д. Фелнера, А. Джейсона, Дж. Н. Моріцугу та С. С. Фарбера (ред.), Превентивна психологія: Теорія, дослідження і практика (стор. 11–25)

Оффорд, Д. Р. (2000 р.). Вибір рівнів профілактики. Addictive Behaviors, 25, 833–842

32 Клінгман, А. (2002 р.) Діти під впливом стресу від війни. У А. Ла Грека, В. К. Сільверман, Е. Вернберг і М. С. Робертс (ред.), Допомога дітям у боротьбі з наслідками катастроф та тероризму (стор. 359–380). Вашингтон, округ Колумбія: Американська психологічна асоціація.

33 Усселз, М. Дж. (2017 р.) Діти та збройний конфлікт: Втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни. Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 23(1), 4–13.

34 Детальну інформацію про поточну ситуацію в Україні можна знайти в Експрес-аналізі психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, проведеному в Україні у квітні 2022 року (за фінансування Міжнародного медичного корпусу), за посиланням: https://app.mhps.net/?get=405/imc_2022_ukraine_mhps_rapid_situational_analysis.pdf

2. ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ В ДИТИНСТВІ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПОДАЛЬШЕ ЖИТТЯ

2.1. Що таке травматична подія?

«Травму можна розуміти як досвід перетворення на об'єкт; жертву чужого гніву, байдужості природи чи власних фізичних і психологічних обмежень. Разом із болем і страхом, пов'язаними зі згвалтуванням, бойовою травмою чи стихійним лихом, приходять маргінально стерпне відчуття безпорадності, усвідомлення того, що власна воля та бажання стають несуттєвими для перебігу подій, залишаючи по собі сприйняття себе як пошкодженого, забрудненого приниженням, болем і страхом, які нав'язала подія або фрагментоване сприйняття себе», — Девід Шпігель (David Spiegel).

Найновіша версія Міжнародної класифікації хвороб (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2018 р.) – МКХ-11 вважає подію травматичною, якщо вона надзвичайно загрозлива чи жахлива. Травматичну подію не можна визначити як об'єктивну конкретну подію, а радше як суб'єктивний досвід, визначений травматичним чи нетравматичним через власне його сприйняття, оцінку та інтерпретацію³⁵. За словами Томпсона³⁶, травматичний стрес у дитинстві стосується фізичних та емоційних реакцій дитини на небезпечні для життя події або на події, що загрожують фізичній цілісності дитини чи когось критично важливого для неї. Події перевищують здатність дитини впоратися зі збудженим почуттям жаху, безсилля та сильного фізіологічного подразнення. Переживання травматичних подій може глибоко вплинути на готовність дитини довіряти іншим людям, на її відчуття особистої безпеки та на ефективність орієнтування в життєвих змінах. Травма часто порушує або руйнує уяву, чи змушує травмованих людей відчувати, як їхня уява знову повертає їх до небезпеки. Відсутність уяви та здатності уявити зміни в житті означає, що людині буде складно організувати та змінити щось для себе в майбутньому³⁷.

Травми умовно поділяються на травми I та II типу. Травма I типу — це раптова, несподівана, одноразова травматична подія або психологічна травма, що виникла після серії подій. Травми II типу є наслідком різноманітних і повторюваних тривожних переживань у ранньому дитинстві, таких, як погане поводження, жорстоке поводження, експлуатація та насильство, пов'язані з війною і конфліктами³⁸. Важкі травми II типу також називають комплексними травмами, які часто супроводжуються серйозними труднощами щодо контролю емоцій і призводять до появи різноманітних і широко розповсюджених проблем, які негативно позначаються на багатьох сферах життя дитини та посилюють ПТСР³⁹.

Саме тому психологічна допомога дітям, які пережили травматичну подію, покликана насамперед знизити ризик появи посттравматичних розладів, а також сприяти розвитку стресостійкості, яка надалі допоможе адаптивно долати стресогенні події.

35 Юле, У. (2003 р.) Лекція Емануеля Міллера — від погромів до «етнічних чисток»: задоволення потреб дітей, постраждалих від війни. *J Child Psychol Psychiatry* 41(6):695–702.

36 Томпсон, Р. А. (2014 р.). Стрес і розвиток дитини. *The Future of Children*, 24(1), 41–59.

37 Ван дер Колк, Б. А. (2014 р.). Тіло веде рахунок: Роль мозку, розуму і тіла у зціленні травми.

38 Клітермес, М.Д., і Вамсер, Р. А. (2012 р.). Застосування для молоді зі складною травмою. У Дж. Коен, А. Маннаріно та Е. Деблінгер (ред.), *Застосування ТФКПТ для дітей та підлітків* (стор. 175–196). Нью-Йорк: Guilford Press.

39 Там само

Основні категорії травматичних подій

Тип 1 або гостра травма: одноразова травматична подія, обмежена за часом.

Хронічна травма: є повторюваною та тривалою, при цьому наслідки подій (таких, як домашнє насильство, війна, повторювані стихійні лиха) є кумулятивними, оскільки кожна подія нагадує дитині попередні травматичні події і посилює свій негативний вплив на неї.

Тип 2 або комплексна травма/травма під час розвитку та становлення особистості: вплив різноманітних і множинних травматичних подій, часто інвазивного, міжособистісного характеру з відчуттям зради, зазвичай спричиненої в дитинстві опікуном, якому дитина довіряє.

Згідно з ван дер Колком⁴⁰, травма змінює примітивну частину мозку, змушуючи травмованих осіб вбачати небезпеку там, де інші люди бачать керовані ситуації. Травмованій людині часто буває складно зосередитися на тому, що відбувається поточного моменту, через травму, яка пошкоджує систему фільтрації мозку. Травма також притуплює систему самовідчуття, і коли ця внутрішня реакція на погане самопочуття загашується, водночас пригнічуються й інші відчуття – задоволення, чуттєвість, хвилювання та міжособистісні зв'язки, які формують особистість. Це впливає на мотивацію та здатність почуватися живим. Травма також може змінити темперамент і автоматичні реакції, а також спосіб сприйняття світу⁴¹. Відповідно до ван дер Корка⁴², травму можна розглядати як втрату невинності, втрату здатності просто насолоджуватися життям або почуватися повністю живим, тому що ви завжди сприймаєте все навколо через призму пошуку травми та небезпеки.

Травматична подія – це життєва подія або ситуація, яка впливає на значущі сторони існування дитини і призводить до глибокого психологічного переживання⁴³. Травматична подія може набирати форми незвичайних обставин чи якихось подій, які піддають дитину екстремальному, інтенсивному, надзвичайному впливу загрози для життя чи здоров'я як його самого, так і близьких, та докорінно порушують відчуття безпеки. Це може бути щось особисте (аварія, смерть близької людини, насильство в сім'ї тощо) або таке, що стосується багатьох людей (бомбування, обстріл, воєнна сутичка, терористичний акт, пожежа, природна катастрофа).

Травматичну подію можна класифікувати відповідно до характеристик самої травми: інтенсивність, складність, тривалість, частота, походження, індивідуальні особливості.

40 Ван дер Колк, Б. А. (2014 р.). Тіло веде рахунок: Роль мозку, розуму і тіла у зціленні травми. Вікінг.

41 Бучинський (Buczynski) і ван дер Колк: Як терапія лімбічної системи може допомогти усунути наслідки травми — NICABM

42 Ван дер Колк, Б. А. (2014 р.). Тіло веде рахунок: Роль мозку, розуму і тіла у зціленні травми. Вікінг.

43 Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання / Н. Є. Гоцуляк // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер. : Педагогічні та психологічні науки. - 2015. - № 1. - С. 378-390. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnprav_ppn_2015_1_31.

Переживання та життєвого досвіду дитини:

за видами:

- **монотравма** – неочікувана чи приголомшлива травматична подія, наприклад аварія, природна катастрофа, одиничний епізод насильства, раптова втрата близької людини;
- **мульти травма (політравма)** – одночасно різного роду травматична подія в певному часовому проміжку;
- **секвеційна (повторювання) травма** – повторювані стихійні лиха, сексуальне насильство, тривале жорстоке ставлення, домашнє насильство, війна, постійна зрада тощо;
- **комплексна травма (травма розвитку, травматичне дитинство, хронічна травма)** – повторювана травматична подія, відсутність безпеки та безпечної прив'язаності, емоційне занедбання тощо;
- **інтергенераційна травма** – психологічний чи емоційний ефект, який відчувають діти, які мешкають поряд із тими, хто пережив травматичну подію.

за типами:

- **пряма** – дитина безпосередньо переживає травматичну подію, переживає багаторазові або надмірні експозиції до нестерпних деталей травматичної події;
- **опосередкована** – дитина перебуває свідком подій, які трапились з іншими або знає, що травматична подія трапилась із членом сім'ї чи близьким другом.

за часом впливу:

- шокова -
- гостра -
- хронічна -

Травматична подія характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю. Вона має подвійну природу: з одного боку, несе загрозу, небезпеку, руйнування для особистості, забирає здатність «жити і радіти життю», а з іншого – апелює до стійкості, мужності, має можливості для конструктивних змін, зцілює та трансформує.

Скільки у людини травм, стільки і ресурсів за допомогою яких вона бореться з нею.

Травматична подія обмежує здійснення самореалізації та ускладнює можливості в задоволенні потреб, вона упродовжується появою тріадичної структури «розлад – адаптація – розвиток».

Класифікація та види травматичної події.

Будь-які життєві ситуації, які безпосередньо або опосередковано впливають на поведінку дитини, її стан і внутрішній світ можуть мати травматичний характер. Сучасна дитина знаходиться в умовах постійного стресу і психотравмуючих ситуацій та піддається різноманітним негативним впливам, під час яких спрацьовують різноманітні захисти, для того щоб зберегти цілісність психіки. Для кращого розуміння того, який саме досвід може бути травматичним для дитини, розглянемо чотири типи життєвих ситуацій відповідно рівня їхньої суб'єктивної складності та впливу на психічне здоров'я⁴⁴:

1. Комфортні ситуації, що потребують мінімальних енергетичних витрат. Це ситуації, в яких задовольняються актуальні потреби, і людина відновлюється від втоми, виснаження.

2. Проблемні, повсякденно-життєві ситуації. Розв'язання проблем вимагає вибіркової активності, психічного і фізичного напруження. Проблемні ситуації є стресовими. Особистісні характеристики людини та соціальні чинники визначають, як завершиться ситуація – дистресом чи адаптацією й особистісним зростанням. Якщо не вдається адаптуватися до ситуації через збільшення втоми, розчарування, погіршення умов тощо, то психічні ресурси зменшуються, людина виснажується. За умови сприятливого вирішення ситуації і цілеспрямованого подолання проблем психічне здоров'я поліпшується.

Ці два типи життєвих ситуацій можна віднести по «позитивного чи терпимого стресу», вони не потребують втручання фахівців, але потребують своєчасної підтримки дитини та в майбутньому формують життєвий досвід. Наприклад, дитина йде перший раз до закладу освіти, має публічний виступ, самостійно готує їжу, є учасником конфліктної ситуації, впала з велосипеда тощо.

3. Важкі ситуації (екстремальні, надзвичайні) пов'язані з великими енергетичними навантаженнями на людину через вплив різних чинників: небезпеки, несподіваності, невизначеності, новизни; високої інтелектуальної або/і психофізичної складності; необхідності поєднувати кілька видів діяльності й виконувати декілька завдань; негативного групового впливу; несприятливих природно-кліматичних і часових впливів; смислових розбіжностей або девальвації колишніх базових смислів і цінностей тощо.

Виділяють чотири типи важких життєвих ситуацій, які можуть призвести до фізичного та психічного травмування: *стрес, фрустрація, конфлікт та криза*.

Кризовими можуть стати ситуації фрустрації, конфлікту. Кризові ситуації можуть розвиватися на фоні дистресу, що переживається як горе, нещастя, виснаження сил і супроводжується порушенням адаптації, контролю, перешкоджає самоактуалізації особистості.

Всі кризові ситуації можна поділити на два типи: серйозні потрясіння та власне кризи. У першому випадку в дитини є шанс повернутися до колишнього рівня життя (наприклад, у ситуації переїзду на нове місце). А в другому – ситуація безповоротно пере-креслює життєві задуми, залишаючи єдиним виходом модифікацію особистості та сенсу її життя.

⁴⁴ Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с. – Режим доступу <https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf>

Травматична подія, що переживається на фоні дистресу, фрустрації, конфлікту чи кризи з більшою ймовірністю призведе до розвитку посттравматичних стресових та супутніх розладів, ніж у випадку комфортної ситуації⁴⁵.

4. Гіперекстремальні ситуації, пов'язані з навантаженнями, що перевищують адаптаційно-компенсаторні можливості психіки й організму та супроводжуються руйнуванням психічного здоров'я. Гіперекстремальні ситуації завжди травматичні для кожного, хто їх переживає. А екстремальні (важкі) та надзвичайні можуть такими стати залежно від особистісної готовності, рівня підготовки та психічного здоров'я людини.

Найчастіше виділяють надзвичайні та екстремальні ситуації⁴⁶.

Надзвичайна ситуація – це обстановка на певній території, яка склалася в результаті аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного або іншого лиха, що може призвести до людських жертв, шкоди здоров'ю людей або довкіллю, до значних матеріальних втрат і порушень умов життєдіяльності людей.

Екстремальна ситуація – це сукупність умов і обставин, що виходять за рамки звичайних, які ускладнюють або роблять неможливою життєдіяльність індивідів або соціальних груп. Екстремальні ситуації – це особливо складні небезпечні ситуації, коли збігаються кілька несприятливих для людини умов і чинники ризику.

Травматичні події в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій називають колективними.

*Колективна травма*⁴⁷ – це психічна травма, яку отримала група людей будь-якого розміру, аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичних чи інших соціальних суб'єктів.

Ці два типи життєвих ситуацій відносяться до «токсичного стресу» при яких дитина потребує кваліфікованої допомоги фахівців та психологічного супроводу.

Основні види травматичних ситуацій, які можуть нанести психологічну травму дитині:

- фізичне, сексуальне, економічне або психологічне насильство;
- домашнє насильство;
- природні катаклізми та техногенні катастрофи;
- терористичні акти;
- воєнні дії, збройні конфлікти;
- загроза застосування зброї;
- раптова або насильницька втрата близької людини;
- зловживання психоактивними речовинами (особисте або сімейне);
- міграція, досвід біженців, вимушене переміщення;
- нещасні випадки, аварії або захворювання, що загрожують життю;
- спостереження насильства або нещасного випадку;
- розлучення батьків;
- перебування без батьків;
- ув'язнення тощо.

45 Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. – Київ, 2012. – 275 с.

46 Надзвичайна ситуація. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/>

47 Колективна травма. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Колективна_травма

Існує велика кількість подій, не згаданих тут, які можуть бути травматичними для дитини. Жоден перелік не може бути вичерпним.

Що таке дитячий травматичний стрес.

Несприятливі умови під час травматичної події можуть порушити когнітивний, емоційний, соціальний та фізичний розвиток дитини, внаслідок чого у дитини може виникнути травматичний стрес.

Дитячий травматичний стрес – це особлива форма загальної стресової реакції, яка перевантажує психологічні, фізичні, адаптаційні можливості дитини. Дитячий травматичний стрес – це переживання особливого роду, це результат взаємодії дитини і навколишнього світу, це нормальна реакція на ненормальні обставини, що виникають у дитини, яка переживає щось, що виходить за рамки її звичайного досвіду.

Характерними рисами для визначення дитячого травматичного стресу є:

- усвідомлення, тобто дитина знає, що з нею сталося, через що у неї погіршився психологічний стан, може визначити дію стресу в просторі і в часі;
- обумовленість зовнішніми причинами (наприклад, пожежа, катастрофа, смерть близької людини тощо);
- руйнація первинного способу життя, тобто дитина вже не може продовжувати свою життєдіяльність в звичайному ритмі, їй необхідно перебудувати систему своїх відносин, особливості своєї діяльності, без чого не відбудеться адаптація до нових умов життєдіяльності;
- відчуття небезпеки, безпорадності та безсилля.

Не кожна травматична подія здатна викликати травматичний стрес. Для більшості дітей, які пережили травматичну подію, інтенсивність впливу симптомів зменшується і симптоми проходять протягом місяця. У частині дітей реакції, що виникли під час травматичної події, зберігаються і сприяють розвитку різного виду розладів адаптації та посттравматичного стресового розладу.

Саме тому, психологічна допомога дітям, які пережили травматичну подію, покликана перш за все знизити ризик виникнення посттравматичних розладів, а також сприяти розвитку стресостійкості, яка надалі допоможе адаптивно долати стресогенні події.

2.2. Різні реакції на стрес і травми

Реакція на стрес — «бийся або тікай»

Стрес — це реакція організму на тиск, спричинений такими подіями, як переведення до нової школи, іспити, дедлайни чи конфлікти з батьками. Однак стрес не завжди шкідливий, оскільки він дозволяє добре реагувати на виклик, який перед особою ставить стресор. Реакція «бийся або тікай» або реакція на стрес, мета якої – виживання, є тимчасовою, нормальною фізіологічною та психологічною реакцією на складну, стресову або загрозливу ситуацію. Діти, які потерпіли від війни, мають широкий спектр реакцій на дистрес і стрес. Це специфічні страхи, нав'язлива поведінка, тривалий плач, відсутність інтересу до навколишнього середовища, зміни в поведінці та психосоматичні симптоми (Пфайффер та ін. (Pfeiffer et.al.), 2019 p.; Шоу (Shaw), 2003 p.). Коли діти відчувають стрес у контрольованих дозах і поруч є дорослі, з якими вони почуваються безпечно, які їх розуміють та підтримують, стрес може допомогти дітям розвиватися та перетворюватися на витриваліших людей. Однак, коли реакція на стрес затягується, а дитина не має опікунів, які б додали їй відчуття безпеки та до яких вона могла б звернутися по допомогу, у неї може розвинутися токсичний стрес і навіть розлади, пов'язані зі стресом і травмою, які можуть мати тривалий вплив на її благополуччя.

Гостра стресова реакція

(ГСР, також відома як психологічний шок, психічний шок або шок)

Під гострою стресовою реакцією мають на увазі «розвиток транзиторних емоційних, когнітивних і поведінкових симптомів у відповідь на винятковий стресор, такий, як обтяжливий травматичний досвід, що передбачає серйозну шкоду або загрозу безпеці чи фізичній цілісності особи або її близької особи (осіб) (наприклад, стихійне лихо, нещасний випадок, битва, злочинний напад, зґвалтування) або надзвичайно раптову та загрозову зміну соціального становища та/або оточення особи — наприклад, втрату сім'ї внаслідок стихійного лиха. Симптоми вважаються такими, що знаходяться в межах нормальних реакцій, враховуючи надзвичайну тяжкість стресора. Симптоми зазвичай з'являються впродовж кількох годин або днів після впливу стресового подразника або події і зазвичай починають слабшати впродовж тижня після події або після виходу із загрозової ситуації» (11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб, МКХ-11). Гостра стресова реакція є не розладом, який можна діагностувати, а короткочасною реакцією на травматичну подію. Вона починається одразу під час травматичної події та триває до двох-трьох днів, часто включає тривогу, депресію, відсторонення, звуження уваги до події та її наслідків, дезорієнтацію, відчай, безнадію, горе, гнів і підвищене збудження.

Хронічний та токсичний стрес

Хронічний стрес — це частий або постійний стрес, який відчувається впродовж тривалого періоду, часто пов'язаний з неналежною підтримкою, має потенційно довгостроковий шкідливий вплив на фізичне та психічне благополуччя особи та може призвести до довічних соціальних та емоційних порушень. Формулювання «токсичний стрес» часто використовується в дослідженнях НДД (негативного дитячого досвіду), оскільки хронічний стрес у дитинстві може призвести до того, що гормони стресу, такі як кортизол і адреналін, закривають ділянки мозку, намагаючись забезпечити захист від неконтрольованих почуттів, та спричинити зміни в розвитку мозку.

Гострий стресовий розлад

Відповідно до DSM-5 (Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів, видання 5), гострий стресовий розлад можна визначити як розвиток характерних симптомів після впливу екстремального травматичного стресора. Це короткий період нав'язливих спогадів, що виникає впродовж 4 тижнів по тому, як людина стала свідком або пережила обтяжливу травматичну подію. Гострий стресовий розлад накладається на симптоми ПТСР, але швидше з'являється після травматичної події та не обов'язково призводить до розвитку ПТСР.

DSM-5 визначає гострий стресовий розлад як:

а. Вплив ситуації, в якій особа стала свідком фактичної смерті, жертвою чи свідком смертельної загрози, серйозних травм або сексуального насильства одним (чи кількома) із наведених нижче способів:

- безпосереднє переживання травматичної події (подій);
- особа стала безпосереднім свідком події (подій) щодо інших осіб;
- отримання інформації, що травматичні події сталися з близьким членом родини чи близьким другом. Примітка: у випадках фактичної смерті або загрози смерті члену сім'ї чи другу, події мали бути насильницькими чи випадковими;
- переживання повторного або екстремального впливу аверсивних деталей травматичної(-их) події(-й) (наприклад, працівники швидкого реагування збирають людські останки; поліцейські неодноразово стикаються з деталями жорстокого поводження з дітьми). Примітка: це не стосується отримання інформації про травматичні ситуації через електронні засоби масової інформації, телебачення, фільми чи зображення, окрім випадків, коли це пов'язано з роботою;

b. Наявність дев'яти (або більше) з наведених нижче симптомів із будь-якої з п'яти категорій — інтрузії, негативного настрою, дисоціації, уникнення та збудження, які виникають або посилюються після травматичної(-их) події(-й).

- *Симптоми інтрузії:* 1. Періодичні, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травматичну(-і) подію(-і). **Примітка: у дітей може виникати повторювана гра, в якій відтворюються теми чи аспекти травматичної події (подій).** 2. Періодичні тривожні сни, в яких зміст і/або вплив сну пов'язані з подією(-ями). **Примітка: у дітей старших за 6 років можуть бути страшні сни без впізнаного змісту.** 3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), під час яких особа відчувається або діє так, ніби травматична подія (події) повторюється. (Такі реакції можуть виникати безперервно, причому найбільш екстремальним їхнім проявом є повна втрата усвідомлення поточного оточення). **Примітка: у дітей відтворення травми може відбуватися під час гри.** 4. Інтенсивний або тривалий психологічний дистрес або помітні фізіологічні реакції у відповідь на внутрішні чи зовнішні сигнали, які символізують або нагадують певний аспект травматичних подій.
- *Негативний настрій:* 1. Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення або почуття любові).
- *Дисоціативні симптоми:* 1. Змінене відчуття реальності свого оточення або самого себе (наприклад, бачення себе з точки зору іншого, ошелешеність, уповільнення часу). 2. Нездатність запам'ятати важливий аспект травматичної події (подій) (зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через інші чинники, такі як травма голови, алкоголь або наркотики).
- *Симптоми уникнення:* 1. Намагання уникати тривожних спогадів, думок або почуттів щодо травматичної події (подій) або тих, які тісно пов'язані з нею. 2. Намагання уникати зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій, об'єктів, ситуацій), які пробуджують тривожні спогади, думки чи почуття щодо травматичної події (подій) або тісно пов'язані з нею (ними).
- *Симптоми збудження:* 1. Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням або тривалістю сну, неспокійний сон). 2. Дратівлива поведінка та спалахи гніву (з невеликою провокацією або без неї), що зазвичай виявляються в словесній або фізичній агресії стосовно людей або предметів. 3. Гіпернастороженість, проблеми з концентрацією, перебільшена реакція переляку;

c. Тривалість порушення (симптомів у критерії В) становить від 3 днів до 1 місяця після впливу травми. Примітка: симптоми зазвичай виникають одразу після травми, але для того, щоб відповідати критеріям розладу, вони мають тривати принаймні від 3 днів до 1 місяця;

d. Порушення викликає клінічно вагомий дистрес або погіршення соціальної, професійної чи інших важливих сфер функціонування;

e. Порушення не пов'язане з фізіологічним впливом певної речовини (наприклад, ліків або алкоголю) чи іншим медичним станом (наприклад, легкою черепно-мозковою травмою) і його не пояснює короточасний психотичний розлад.

Гострий стресовий розлад — це короткий період нав'язливих спогадів, який виникає впродовж 4 тижнів по тому, як дитина стала свідком або пережила травматичну подію. Гострий стресовий розлад базується на критеріях DSM-5 і пов'язаний з наступними симптомами: повторювані, інтрузивні та нав'язливі гнітючі спогади про подію; повторювані гнітючі сни після події; дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), що змушують дитину знову пережити травматичну подію; інтенсивний психологічний або фізіологічний дистрес при нагадуванні про подію (наприклад, коли дитина перебуває в подібному місці, чує звуки, схожі на ті, які чула під час події); стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, щастя, задоволення, любов); спотворене відчуття реальності (наприклад, заціпеніння, уповільнення часу, спотворене сприйняття); нездатність запам'ятати важливу частину травматичної події; уникнення гнітючих спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із подією; уникнення

зовнішніх тригерів (людей, місць, розмов, діяльності, предметів, ситуацій), пов'язаних із подією; розлади сну; дратівливість або спалахи гніву; гіпернастороженість; труднощі з концентрацією уваги; перебільшена реакція переляку. Крім того, прояви повинні спричиняти значний дистрес або суттєво погіршувати соціальну чи освітню діяльність і не бути пов'язаними з фізіологічним впливом психоактивних речовин або з іншими захворюваннями. Кризові втручання здійснюються з перших днів і впродовж першого місяця після травматичної події. Історія розвитку кризового втручання починається з досліджень Ліндермана (Linderman, 1944 р.) та концепції стадій життєвого циклу і кризи ідентичності Еріксона (Erikson, 1950 р.). Кризове втручання передбачає низку засобів і методів психологічної допомоги. Його основні цілі — стабілізація психічного та емоційного стану, сприяння розвитку специфічних умінь і навичок для підвищення адаптаційного потенціалу дитини, допомога в мобілізації зовнішніх і внутрішніх ресурсів. Рекомендована кількість кризових втручань залежить від умов перебування дитини під час гострої стресової реакції та наявності професійної допомоги. Відповідно до Протоколу № 3 («Кризове втручання, кожне кризове втручання вимагає зазначення дати та місця кризового втручання, запиту про поточне втручання, деталізації минулих дій дитини для поліпшення її власного стану та/або запобігання наслідкам травматичної події, а також окреслення подальших дій щодо подолання кризи, яка виникла внаслідок травмуючої події. Під час обговорення та формування запиту на втручання фахівець має допомогти дитині визначити поточну проблему, яка виникла внаслідок травматичної події, ускладнює її життя та заважає адаптації до нових реалій. Щоб визначити поточну проблему, слід використовувати відкриті запитання про загальний стан дитини, її настрій та емоції, тригери, сон, зміни до/після травматичної події тощо. Під час кожного кризового втручання варто наголошувати, що в поточний момент, тобто під час обговорення кризового втручання, дитина перебуває в безпечному чи умовно безпечному просторі, а сама травматична подія вже скінчилася; також треба нормалізувати реакції дитини, вказуючи, що це нормальна реакція на ненормальні події. Фахівець повинен бути обізнаним з віковими особливостями реакції дітей на травматичні події і їхні наслідки. Якщо можливо і якщо дитина готова обговорити обставини травматичної події, потрібно скласти послідовність подій, враховуючи роль і участь знакових для дитини осіб. Уточнюючи дані про травматичну подію, важливо зазначати лише достовірно відомі факти та надавати відповідний віковий обсяг інформації, запобігаючи повторній травматизації. Одна з цілей уточнення даних про події та дії — зняти емоційну напругу та допомогти дитині відновити здатність раціонально мислити. Поза професійною допомогою дитина намагатиметься впоратися з симптомами гострого стресового розладу по-своєму, тому фахівцям важливо досліджувати активні моделі її поведінки та цікавитися ними. У випадках емоційного хвилювання слід допомогти дитині стабілізувати її стан на початку кризового втручання. Передбачені певні етапи виявлення ефективних моделей поведінки дитини для стабілізації емоційного стану при переживанні наслідків травмуючої події. Насамперед йдеться про формування здійсненої, реальної, досяжної мети, що залучає раціональне та логічне мислення дитини, з урахуванням часу до наступного втручання. Якщо можливо, слід розробити «антикризовий план», який би враховував вплив на емоційний стан дитини для її активізації чи заспокоєння. План і мета мають враховувати наявні на поточний момент ресурси. Завеликі цілі/плани можуть погіршити відчуття беспорядності та неадекватності. Необхідно пам'ятати, що самооцінка дитини, яка переживає кризу внаслідок травмуючої події, часто різко падає. Тому слід подбати про її відновлення, наприклад, утриматися від пропозиції про надто ефективну поведінку, оскільки це може посилити тривогу та відчуття слабкості дитини. Потрібно спільно обговорити можливі негативні та позитивні наслідки запланованих дій для вибору найпрактичніших варіантів. Здатність дитини мислити раціонально та реалістично порушується або знижується під час гострої реакції на стрес і реакції на відповідні симптоми. Послідовні кризові втручання допомагають їй відновити відчуття безпеки через усвідомлення того, що травматична подія закінчилася, повернути відчуття контролю через успішне планування власної діяльності та відродити

емоційну саморегуляцію. Передбачається, що допомога в усвідомленні емоційних реакцій та когнітивних цінностей щодо розуміння травматичної події повинна бути персоналізованою та відповідати віку дитини. Якщо можливо, фахівець повинен не ігнорувати згадку про травматичну подію, а сприяти інтеграції досвіду. Також він має визначити можливість відновлення відчуття контролю та безпеки. Слід аналізувати взаємодію поведінки та настрою/емоційного стану. Можна запитати про дії та поведінку в період між травматичною подією та кризовим втручанням через призму позитивної поведінкової та когнітивної діяльності. Так у дитини формуватимуться та розвиватимуться навички відновлення власних ресурсів та стресостійкості.

Гострий стресовий розлад – це короткий період нав'язливих спогадів, які виникають впродовж чотирьох тижнів, відколи дитина стала свідком або учасником травматичної події.

Гострий стресовий розлад ґрунтується на критеріях DSM-5 та характеризується наступними симптомами:

- повторювані, мимовільні та нав'язливі гнітючі спогади про подію;
- повторювані гнітючі сни про подію;
- дисоціативні реакції (наприклад, ретроспекції), за яких дитина відчуває, нібито травмуюча подія відбувається знову;
- інтенсивний психологічний або фізіологічний дистрес при нагадуваннях про подію (наприклад, при потраплянні в схоже місце, при звуках, схожих на ті, що дитина чула під час події);
- стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, щастя, задоволення, любов);
- змінене відчуття реальності (наприклад, відчуття заціпеніння, сповільнення часу, зміна сприйняття);
- неспроможність згадати важливу частину травматичної події;
- намагання уникати гнітючих спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із подією;
- намагання уникати зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, предметів, ситуацій), пов'язаних із подією;
- порушення сну;
- дратівливість або спалахи гніву;
- надмірна пильність;
- труднощі з концентрацією уваги;
- перебільшена реакція переляку.

Крім того, прояви мають викликати значний дистрес або суттєво погіршувати соціальну чи навчальну діяльність і не бути пов'язаними з фізіологічним впливом психоактивних речовин або з іншими захворюваннями⁴⁸.

Кризові інтервенції (втручання) надаються з перших днів та впродовж першого місяця після травматичної події. Історія розвитку кризової інтервенції починається з робіт Ліндермана (1944 р.) та з концепції стадій життєвого циклу та кризи ідентифікації Еріксона (1950 р.).

Під час проведення кризової інтервенції використовуються різні засоби і методи психологічної допомоги. Головними цілями можна вважати психоемоційну стабілізацію, сприяння розвитку специфічних навичок та вміння для поліпшення адаптаційного потенціалу дитини, допомогу в мобілізуванні зовнішніх та внутрішніх ресурсів.

Залежно від умов перебування дитини під час переживання гострої стресової реакції та від доступності фахової допомоги встановлюється рекомендована кількість кризових інтервенцій.

Кожна кризова інтервенція, відповідно до Протоколу №3 «Надання кризових інтервенцій», містить посилання на дату та місце проведення кризової інтервенції, формулювання запиту на поточну інтервенцію, повідомлення про дії, які дитина вже виконала для поліпшення власного стану та/або для попередження наслідків травматичної події, а також планування подальших дій для виходу з кризи, що стала наслідком травматичної події.

Під час обговорення та формування запиту на інтервенцію важливо допомогти дитині зрозуміти, яка саме поточна проблема, що виникла внаслідок травматичної події, ускладнює її життя та перешкоджає адаптації до нових реалій.

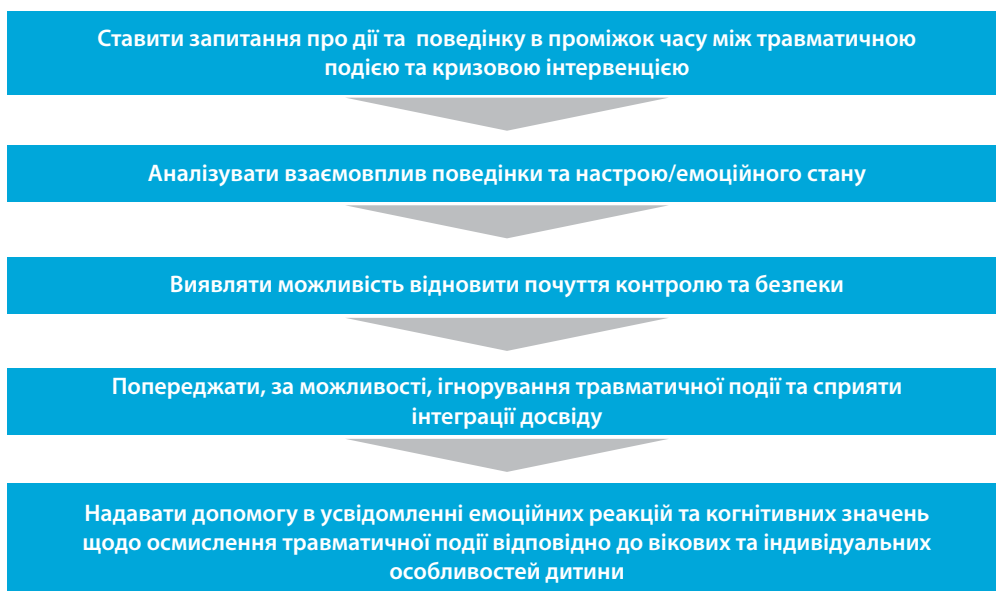
Для формування поточної проблеми рекомендовано використовувати відкриті запитання про загальний стан, про настрій та емоції, про тригери, про сон, про зміни до/після травматичної події тощо.

Під час кожної кризової інтервенції важливо наголошувати на тому, що на даний час, тобто на час обговорення в рамках кризової інтервенції, дитина перебуває в безпечному чи умовно безпечному місці, а сама травматична подія вже завершилася; також важливо нормалізувати реакції дитини, зауважуючи, що «це нормальна реакція на ненормальні події».

Проводити психоедукацію щодо реакцій та наслідків травматичної події відповідно до віку дитини. Якщо можливо і якщо дитина готова до цього, прояснити обставини травматичної події, відновити картину подій, роль та участь знакових для дитини людей. Обговорюючи травматичну подію, слід зазначати лише достовірно відомі факти та надавати обсяг інформації відповідно до віку дитини, попереджаючи ретравматизацію. Однією з цілей з'ясування подій та дій є зменшення емоційної напруги та допомога у відновленні здатності до раціонального мислення.

Перебуваючи за межами фахової допомоги, дитина намагатиметься впоратися з симптомами гострого стресового розладу у власний спосіб, тому для фахівців важливо досліджувати та цікавитися поведінковими патернами дитини, які виявилися ефективними. У випадках емоційного збудження дитини на початку кризової інтервенції необхідного надати допомогу щодо стабілізації її стану.

Кроки щодо дослідження ефективних поведінкових патернів дитини, здійснених нею для емоційної стабілізації переживання наслідків травматичної події:



Планування подальших дій для виходу з кризи, що стала наслідком травматичної події, передбачає побудову посильної, реальної, досяжної мети із залученням раціонального та логічного мислення дитини та з урахуванням часового проміжку до наступної інтервенції.

Необхідно по можливості розробити «антикризовий план» з урахуванням впливу на емоційний стан дитини для підвищення її активності або для заспокоєння. Розробка плану та мети має враховувати наявні на конкретний момент ресурси. Надмірність мети/плану може посилити у дитини почуття безпорадності та неспроможності.

Важливо пам'ятати, що самооцінка дитини, яка переживає кризу після травматичної події, часто різко знижується. Тому слід подбати про її відновлення, але при цьому не пропонувати за зразок занадто ефективну поведінку, бо це може посилити у дитини тривогу та відчуття слабкості. Спільно обговорюються можливі негативні та позитивні наслідки запланованих дій та обираються найпрактичніші варіанти. Здатність дитини раціонально та реально мислити блокована або зменшена під час переживання гострої стресової реакції та реагування на її симптоми.

Послідовні кризові інтервенції допомагають дитині відновити почуття безпеки завдяки усвідомленню про завершення травматичної події, повернути почуття контролю внаслідок успішного планування власної діяльності, поновити емоційну саморегуляцію через реалізацію позитивних поведінкових та когнітивних активностей. Таким чином дитина тренує та розвиває навички відновлення власних ресурсів та стресостійкості.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Теоретичний конструкт ПТСР було розроблено наприкінці 1970-х років, щоб допомогти зрозуміти психопатологічні симптоми, які виникали у багатьох ветеранів в'єтнамської війни. Його подальшому розвитку сприяли ранні дослідження зґвалтувань, домашнього насильства та жорстокого поводження з дітьми (Фрідман, Ресік та Кін (Friedman, Resick & Keane), 2007 р.). Наразі DSM-5 пропонує ряд критеріїв для визначення ПТСР.

(Примітка: наведені нижче критерії стосуються дорослих, підлітків і дітей старших за 6 років. Щодо дітей віком до 6 років див. розділ DSM-5 «Посттравматичний стресовий розлад у дітей віком 6 років і молодших»).

а) Вплив ситуації, в якій особа стала свідком фактичної смерті, смертельної загрози, серйозної травми або сексуального насильства одним (чи кількома) з наведених нижче способів: 1. Безпосереднє переживання травматичної події (подій); 2. Особа безпосередньо стала свідком події (подій) стосовно інших осіб; 3. Отримання інформації, що травматичні події сталися з близьким членом родини або близьким другом. У випадках фактичної смерті або загрози смерті члена сім'ї чи друга події мали бути насильницькими чи випадковими; 4. Переживання повторного або екстремального впливу аверсивних деталей травматичної(-их) події(-й) (наприклад, працівники швидкого реагування збирають людські останки, поліцейські неодноразово стикаються з деталями жорстокого поводження з дітьми).

б) Наявність одного (або кількох) із наведених нижче симптомів інтрузії, пов'язаних із травматичною подією (подіями), після травматичної події (подій): 1. Періодичні, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травматичну(-і) подію(-і); 2. Періодичні тривожні сни, зміст яких і/або вплив сну пов'язані з травматичною(-ими) подією(-ями); 3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), під час яких особа почувається або діє так, ніби травматична подія (події) повторюється. (Такі реакції можуть виникати безперервно, причому найекстремальнішим їхнім проявом є повна втрата усвідомлення поточного оточення); 4. Інтенсивний або тривалий психологічний дистрес під впливом внутрішніх чи зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують певний аспект травматичної події (подій); 5. Виражені психологічні реакції на внутрішні або зовнішні сигнали, які символізують або нагадують певний аспект травматичної події (подій).

с) Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травматичною(-ими) подією(-ями), яке починається після травматичної(-их) події(-й) і підтверджується однією чи обома зазначеними нижче умовами: 1. Уникнення чи намагання уникнення тривожних спогадів, думок або почуттів щодо травматичної події (подій) чи тих, які тісно пов'язані з нею; 2. Уникнення або намагання уникнення зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій, об'єктів, ситуацій), які навіюють тривожні спогади, думки чи почуття щодо травматичної події (подій) або тісно пов'язані з нею (ними);

д) Негативні зміни в когніціях і настрої, пов'язані з травматичною(-ими) подією(-ями), які починаються або посилюються після травматичної(-их) події(-й) і про які свідчать наступні пункти: 1. Нездатність згадати важливий аспект травматичної події (подій) (зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через інші чинники, такі як травма голови, алкоголь або наркотики); 2. Постійні та перебільшені негативні переконання чи очікування стосовно себе, інших осіб чи світу в цілому (наприклад, «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ цілковито небезпечний», «Мою нервову систему повністю та остаточно зруйновано»); 3. Постійні спотворені когніції про причину або наслідки травматичної події(-й), які змушують особу звинувачувати в них себе чи інших; 4. Стійкий негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, провинна або сором); 5. Помітно знижений інтерес або небажання брати участь у важливих заходах; 6. Почуття відстороненості або відчуженості від інших; 7. Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, щастя, задоволення або любов).

е) Помітні зміни в процесах збудження та здатності реагувати, пов'язані з травматичною(-ими) подією(-ями), що починаються або загострюються після травматичної(-их) події(-й) і про які свідчать наступні пункти: 1. Дратівлива поведінка та спалахи гніву (з невеликою провокацією або без неї), які зазвичай виявляються в словесній чи фізичній агресії стосовно людей або предметів; 2. Навіжена чи саморуйнівна поведінка; 3. Гіпернастороженість; 4. Перебільшена реакція переляку; 5. Проблеми з концентрацією; 6. Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням або тривалістю сну, неспокійний сон).

ф) Тривалість порушення (критеріїв b, c, d і e) перевищує один місяць.

г) Порушення викликає клінічно вагомий дистрес або погіршення соціальної, професійної чи інших важливих сфер функціонування людини.

h) Порушення не пов'язане з фізіологічним впливом певної речовини (наприклад, ліків, алкоголю) чи з іншим медичним станом.

Як відгалуження DSM-IV критерії DMS-5 для дітей і підлітків тепер включають дратівливість або спалахи гніву та навіжену поведінку. Окремі критерії для дітей віком до 6 років включають більше критеріїв, які відповідають розвитку в такому віці. Зокрема це втрати, пов'язані з відносинами дитини та її опікуна як головне джерело травми, а також зосередження на поведінкових симптомах ПТС. Відповідно до DSM-5, ПТСР може розвинути в будь-якому віці після 1 року, оскільки діти молодшого віку більше схильні виявляти симптоми через гру.

Згідно з ван дер Колком⁴⁹, флешбеки зазвичай пов'язують симптоми з певним спогадом. Однак у травмованих людей не завжди існує психічний зв'язок і вони можуть повторно пережити спогад, поводячись так, ніби знову перебувають у травматичній події, — наприклад, їх сильно лякає дотик іншої людини, звук або запах, навіть якщо вони не можуть пов'язати це відчуття зі спогадом. Коли люди повторно переживають свою травму, їхній емоційний мозок повертається в минуле, і багато інших ділянок мозку «полишають мережу». Вони можуть бачити образи того, що сталося в минулому, переживати ті самі фізичні відчуття, при цьому часто гормони стресу вивільняються і тіло починає поводитися так, ніби травмуюча подія відбувається просто зараз.

49 Ван дер Колк, Б. А. (2014 р.). Тіло веде рахунок: Роль мозку, розуму і тіла у зціленні травми. Вікінг.

Травмовані діти, яким пізніше показують страшні для них зображення, демонструють реакцію в примітивніших частинах мозку; надзвичайне збудження виявляється в мигдалеподібному тілі, а дезактивація – в частинах мозку, що відповідають за мислення, при цьому знижується здатність перешкоджати сильним емоціям або перетворювати почуття на слова⁵⁰. З іншого боку, деякі діти, які зазнали травми, можуть переживати реакцію заціпеніння, коли частини їхнього мозку, що відповідають за мислення, відключаються (дисоціативні реакції). Травмовані діти часто вважають, що світ небезпечний, страшний і непередбачуваний, де дорослі не можуть їх захистити. Діти з дезорганізованою прихильністю вразливіші до розвитку ПТСР у дорослому віці.

Метааналіз чинників ризику ПТСР у дітей демонструє, що такі чинники до виникнення травми та об'єктивні показники, пов'язані з травматичною подією, відіграють лише незначну роль у розвитку ПТСР, тоді як суб'єктивний досвід, пов'язаний з травматичною подією, і посттравматичні зміни, такі як низька соціальна підтримка, уявна загроза життю, соціальна відчуженість, погане функціонування сім'ї та придушення думок, відіграють значно більшу роль у виникненні ПТСР⁵¹. Звіти показують, що існує нагальна потреба в підтримці дітей та їхніх сімей, які потерпають через війну та під час втечі від неї і зазнаватимуть наслідків таких травматичних подій⁵².

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це хронічне порушення психічного стану, що може розвинути після травматичної події (за визначенням Міністерства охорони здоров'я України). ПТСР є діагнозом, діагностується та встановлюється лише лікарями.

ПТСР характеризується наступними діагностичними критеріями⁵³:

- A.** Піддавання ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства.
- B.** Присутність інтрузивних симптомів, пов'язаних з травматичною подією / подіями, які виникають після того, як подія відбулася.
- C.** Постійне уникання пов'язаних з травматичною подією подразників, які з'являються після події.
- D.** Негативні зміни у думках і настрої, пов'язані з травматичною подією, які починаються або погіршуються після події.
- E.** Помітні зміни в активності та здатності реагувати, які з'являються або погіршуються після травматичної події / подій.
- F.** Тривалість розладу (критерії B, C, D, E) понад 1 місяць.
- G.** Розлад викликає значне страждання чи порушення функціонування у соціальній, професійній або інших сферах.
- H.** Порушення не зумовлене фізіологічним наслідком дії речовин чи іншим клінічним станом.

Рекомендації щодо лікування та втручання при ПТСР зазначаються у протоколі NICE та використовуються лікарями та психотерапевтами відповідної кваліфікації.

50 Раух, С.Л., ван дер Колк, Б.А., Фіслер, Р.Е., Альперт, Н.М., Опп, С.П., Севідж, Ч.Р., Фішман, А.Дж., Дженіке, М.А., Пітман, Р.К. Дослідження провокації симптомів посттравматичного стресового розладу за допомогою позитронно-емісійної томографії та образів, керованих сценарієм.

51 Трікі, Д., Сіддавей, А.П., Мейзер-Стедман, Р., Серпелл, Л., Філд, А.П. (2012 р.) Метааналіз чинників ризику посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. Clin Psychol Rev 32(2):122–138.

52 Бургін, Д., Анагностопулос, Д., Правління та Відділ політики ESCAP та ін. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей — багаторівневі підходи, орієнтовані на потреби та з урахуванням інформації про травму Eur Child Adolesc Psychiatry 31, 845–853 (2022).

53 Синописис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. 112 с.)

Скринінг на наявність травми дітей та підлітків (CATS-2) є валидизованим методом, що не потребує ліцензування та охоплює критерії DSM-5 і МКХ-11, представлений у вигляді травматичних подій (15 подій), симптоми посттравматичного стресу (DSM-5 та МКХ-11) та функціональні порушення (5 позицій). Він має декілька версій:

- версія для самооцінки дітей і підлітків контрольного списку від 7 до 17 років;
- версія для піклувальників дітей і підлітків від 7 до 17 років;
- версія для піклувальників? Опікунів? дітей 3-6 років (критерії DSM-5 для дітей дошкільного віку).

CATS можна проводити у вигляді самооцінювання або бесіди. Його також можна використовувати як рутинний моніторинг симптомів під час лікування ПТСТР.

Процедура скрінінгу починається з підготовчого етапу – забезпечення безпечного або умовно безмечного середовища, пояснення відсутності судження щодо наданих відповідей та спрямованість питань на думки, почуття та поведінку після переживання травматичної події, із зауваження принципу конфіденційності. В процесі скрінінгу можливо надати допомогу дитині та нормалізувати надані відповіді. Отримані результати слід обговорити з дітьми та їхніми піклувальниками. Спільний перегляд результатів дає можливість:

- валидизувати досвід дитини;
- дізнатися про основні фактори, що стосуються терапії та відновлення, наприклад, виявлення «гарячих точок» пам'яті про травму, тригерів та вивчення уявлень дитини про травму і її наслідки;
- оцінити поточний рівень безпеки та рекомендувати важливі клінічні заходи, щоб забезпечити процес відновлення дитини, яка пережила травматичну подію;
- скерувати до доступних фахівців, що надають психотерапевтичні послуги та лікарів, які можуть запропонувати фармакотерапію.

Результати скрінінгу краще передати безпосередньо фахівцю з лікування ПТСТР.

Комплексний ПТСТР (КПТСТР)

Комплексна травма розвивається в результаті травматичних обставин, втекти від яких неможливо, наприклад, від жорстокого поводження або геноциду в дитинстві, коли особа переживає повторювані випадки або численні форми травми⁵⁴. Додатково до кількох критеріїв, таких як повторне проживання, уникнення, заціпеніння та гіперзбудження, які наочно демонструють ПТСТР, симптоми КПТСТР також включають порушення п'яти здібностей до саморегуляції: це труднощі з регуляцією емоцій, порушення здатності формувати відносини, зміни уваги та свідомості (наприклад, дисоціація), негативний вплив на системи переконань та соматичний дистрес чи соматизація.

У дітей, які зазнали жорстокого поводження в дитинстві, спостерігаються зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковій системі, яка є одним із основних біологічних механізмів регуляції стресу. Дослідження показує, що триваліші періоди жорстокого поводження є чинником ризику для серйозніших збоїв у цьому механізмі, незалежно від тяжкості жорстокого поводження⁵⁵. Тож діти та підлітки з історією жорстокого поводження виявляють вищий рівень тривоги та гіпернастороженості, а також вищий рівень кортизолу вночі. Поряд із фізичним і сексуальним насильством емоційне насильство в дитинстві було пов'язане зі змінами в структурі мозку, що спричиняють зменшення об'єму мозочка (який підтримує емоційну обробку) і вентрального смугастого тіла (що бере участь в обробці винагороди)⁵⁶.

54 Клойтр, М., Петкова, Е., Ван, Дж., Лю Лассел, Ф. Вивчення впливу послідовного лікування на перебіг та вплив дисоціації серед жінок із ПТСТР, пов'язаним із жорстоким поводженням у дитинстві. *Depress Anxiety*. 2012 сер;29(8):709-17.

55 Маркес-Фейша, Л., та ін. (2021 р.). Жорстоке поводження в дитинстві порушує активність НРА-осі в базових умовах і в умовах стресу у взаємозв'язку доза-відповідь у дітей і підлітків. *Psychological Medicine* («Психологічна медицина») 1–14.

56 Георге, Д.А., Лі, К., Галлахер, Дж., і Баурмейстер, С. (2020 р.). Асоціації суб'єктивного несприятливого життєвого досвіду зі структурою мозку в учасників Біобанку, Сполучене Королівство. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* («Журнал дитячої психології та психіатрії»).

Куртуа⁵⁷ припускає, що комплексний травматичний досвід може також включати іншу катастрофічну, згубну травматизацію в дитинстві, як, наприклад, безперервна війна, що призводить до розвитку КПТСР внаслідок цілісного епізоду травматичного досвіду. Це суперечить традиційному розумінню КПТСР як результату тривалої травми. Проте з доказів видається очевидним, що ті діти, якими нехтують чи які зазнають жорстокого поводження і були вразливими ще до війни, снайбільш вразливі до її руйнівних наслідків. 10 категорій негараздів, запропонованих Фелітті (Felitti) та його колегами (1998 р.), досі широко використовуються для визначення того, що таке «негаразди» дитинства. До таких категорій належать фізичне, емоційне та сексуальне насильство, травми, яких дитина зазнає вдома, зокрема насильство в сім'ї, розлучення батьків, ув'язнення, залежність і психічні захворювання, а також фізичне та емоційне нехтування.

Інші розлади, пов'язані з травмою та стресором, визначені DSM-5:

- реактивний розлад прив'язаності;
- розгальмований розлад соціальної активності;
- розлади адаптації;
- неуточнений і некласифікований травматичний стресовий розлад.

2.3. Вплив травматичної події в дитинстві

Травматичний досвід у дитинстві часто описують як негативний дитячий досвід (НДД), оскільки дитинство є критичним періодом для формування самовизначення та саморегуляції⁵⁸. Способи впливу на дітей з травматичним досвідом, незалежно від того, чи йдеться про одноразові, багаторазові або тривалі повторювані події, є надзвичайно різноманітними залежно від таких чинників, як характеристики та поточний вік і етап розвитку дитини, сприйняття нею подій, її минулий травматичний досвід та роль опікунів. Значна група дітей та підлітків має емоційні та поведінкові труднощі після війни та вимушеної імміграції⁵⁹. Травма має суттєво вплинути на розвиток дитини, позначитись на її гормональній системі та мозковому шляху, на стосунках між батьками та дитиною, а також спричинити зміни в діях, притаманних віку дитини, таких як участь в іграх. Той факт, що діти зазнають травматичного досвіду на війні, є порушенням їхніх основних прав людини та може мати довготривалий вплив на їхній розвиток, фізичне й психічне здоров'я⁶⁰.

57 Куртуа, К. А., та Форд, Дж. Д. (2009 р.). Лікування складних травматичних стресових розладів: Доказовий посібник. Ххі, стор. 468. Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США: Guilford Press; США.

58 Куртуа, К. А., та Форд, Дж. Д. (2009 р.). Лікування складних травматичних стресових розладів: Доказовий посібник. Ххі, стор. 468. Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США: Guilford Press; США.

59 Фазель, М., Штайн, А. (2003 р.). Психічне здоров'я дітей-біженців: Порівняльне дослідження. *British Medical Journal* («Британський медичний журнал»), 327(7407), стаття 134.

Грем, Х. Р., Мінхас, Р. С., Пакстон, Дж. (2016 р.). Проблеми з навчанням у дітей біженців: Систематичний огляд. *Pediatrics* («Педіатрія»), 37(6), стаття e20153994.

Томмесен, С., Лагі, Ф., Серроне, К., Байокко, Р., Тодд, Б. К. (2013 р.). Інтерналізовані та екстерналізовані симптоми серед підлітків-біженців без супроводу та італійських підлітків. *Children and Youth Services Review* («Огляд служб для дітей та молоді»), 35(1), 7–10.

60 Бургін, Д., Анагностопулос, Д., Правління та Відділ політики ESCAP та ін. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей — багаторівневі підходи, орієнтовані на потреби та з урахуванням інформації про травму. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, 845–853 (2022).

Вплив травми може бути непомітним, розвиватися безсимптомно або ставати руйнівним. Кілька метааналізів показують високу частку психічних розладів і психопатологій у постраждалого від війни та конфліктів населення. Один із них, що включив 8 досліджень щодо дітей та підлітків-біженців, зазначив поширеність ПТСР на рівні 22,7%, депресії — 13,8% і тривожних розладів — 15,8%⁶¹. Хоча багато дітей та підлітків страждають від руйнівних, комплексних і широкомасштабних наслідків війни, інші демонструють надзвичайну стійкість до наслідків війни та вимушеної міграції⁶².

Попри те, що вплив війни, хаосу та розладу може призвести до серйозних наслідків, включно з ПТСР, депресією, тривогою та труднощами в повсякденному функціонуванні, було б недоцільно зосереджуватися виключно на серйозних проблемах із психічним здоров'ям, бо в такому разі поза увагою опиниться велика група дітей, які зазнали впливу травматичних подій. Багато з них переживають конфлікти та тривожні події, але уникають травм. Тому корисно також враховувати захисні чинники, які дають змогу деяким дітям пройти через вкрай тривожні переживання і залишитися при цьому психологічно неушкодженими.

Дитяча психіка інтенсивно розвивається, тому, з одного боку, вона лабільніша ніж психіка дорослого, а з іншого – незрілість психофізіологічних процесів у дитини не дозволяє давати стабільні прогнози щодо наслідків пережитої травмуючої події.

Травматична подія складається з травматичних ситуацій, які можуть порушувати нормальний процес розвитку дитини, впливаючи на формування довіри, активності, ініціативності, міжособистісних відносин, розвиток мислення, формування самооцінки, самоконтролю та особливості в цілому. Це може в свою чергу призвести до психічної травми.

Вплив травматичної події на дитину залежить від віку, етапів її психофізіологічного розвитку, характеру пережитих травматичних подій, особливостей взаємодії в батьківській родині, особливостей психологічного комфорту в нових умовах життєдіяльності тощо.

Вплив травматичної події на дитину залежить від наступних параметрів:

1. Характеру травматичної ситуації:

- політравма (психотравма, що є наслідком численних повторюваних травм, наприклад, часті обстріли, або тривалих фрустрацій, наприклад, перебування в полоні);
- монотравма (наслідок несподіваної одноразової загрозливої для життя події).

2. Характеристики дитини:

- історія попереднього життя (наявність у минулому психічних розладів чи схильності до таких; проблеми з фізичним здоров'ям; зловживання батьками психоактивними речовинами; відсутність особистого досвіду перебування в екстремальних ситуаціях; численні психічні травми в минулому);
- особистісні характеристики (здатність адаптуватися до екстремальних ситуацій, рівень стресостійкості та психологічної пружності);
- наявність чи відсутність травм розвитку.

61 Блекмор, Р., Грей, К.М., Бойл, Дж.А., Фазель, М., Ранасінха, С., Фіцджеральд, Дж., Міссо, М., Гібсон-Хелм, М. (2020 р.) Систематичний огляд і метааналіз: поширеність психічних захворювань у дітей і підлітків-біженців і шукачів притулку. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 59(6):705–714.

62 Тозер, М., Хаваджа, Н. Г., Швейцер, Р. (2017 р.). *Захисні чинники, що сприяють благополуччю молоді-біженців в Австралії.* *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools* («Журнал психологів і консультантів у школах»), 28(1), 66–83.

Віндевогель, С. (2017 р.). *Стойкість у контексті війни: Критичний аналіз сучасних концепцій і втручань для сприяння стійкості дітей, постраждалих від війни, та їхнього оточення.* *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 76–84.

3. Особливостей соціального середовища, зокрема наявності/відсутності соціальної підтримки:

- розрив стосунків чи проблеми в родині;
- недостатня підготовка (брак необхідних знань, умінь та навичок);
- відсутність або спотворення інформації щодо екстремальної ситуації;
- відсутність або негативна інформація щодо майбутнього (пільги, соціальні гарантії, компенсації);
- ізоляція або конфліктні стосунки в колективі;
- побутова невлаштованість (обмаль питної води, погане харчування тощо);
- погана організація вільного часу і відпочинку (наприклад, працює телевізор під час сну);
- відсутність допомоги та психологічної підтримки⁶³.

Можна виділити два типи поведінки дитини, що пережила травматичну ситуацію:

1. Інтерналізована поведінка – це поведінка, яка спрямована в середину, на себе:

- закритість і уникнення контактів з іншими («присутні, але не включаються»);
- ознаки зниженого настрою аж до депресії;
- недостатність спонтанності та ігрової поведінки;
- слухняність і легка піддатливість;
- надмірна пильність і лякливість;
- фобічні реакції на нетипові подразники;
- часті головні болі або болі в животі;
- порушення харчового циклу;
- схильність до адиктивної поведінки;
- можливі загрози самогубством;
- схильність до дисоціативних розладів;
- нанесення собі пошкоджень.

2. Екстерналізована поведінка – це поведінка, яка спрямована на інших:

- діти можуть бути агресивні, ворожі та деструктивні;
- вони можуть поводити себе зухвало, самі провокувати або здійснювати нападати на інших;
- вони можуть знущатися над тваринами (аж до їх убивства);
- вони схильні до деструктивних форм поведінки (наприклад, до підпалів);
- їх поведінка може бути сексуально забарвленою або сексуально спрямованою.

Для визначення наслідків травматичної події для дитини треба враховувати наступні фактори:

Тяжкість події	• Наскільки серйозною була подія; наскільки сильно постраждала дитина та/або близька людина; чи потрібна була медична допомога/госпіталізація; чи була задіяна поліція; чи розлучали дітей зі своїми опікунами; хто опитував дитину; чи бачила\знає дитина про смерть близької людини тощо
Близькість до події	• Чи справді дитина була на місці події; вона бачила, як подія сталася з кимось іншим, та/чи постраждала сама; дитина дивилася подію по телевізору; дитина чула, розповідь про те, що сталося тощо
Реакція значущого дорослого	• Чи повірили в родині дитини, що вона говорить правду; чи сприйняли реакцію дитини серйозно; як дорослі відреагували на потреби дитини і як вони самі впоралися з подією тощо
Травматична подія в анамнезі	• Діти, які постійно піддаються травматичним подіям, мають більше шансів на розвиток травматичних стресових реакцій
Сімейні та громадські фактори	• Культура ідентичність, раса та етнічна приналежність можуть бути ресурсом і захистити від наслідків травматичної події. Однак досвід дискримінації може підвищити ризик виникнення у дитини симптомів травматичного стресу.

⁶³ Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSd.pdf

1. Інтрюзивні спогади, думки та відчуття.

Ці спогади можуть виникати в будь-який час дня цілком несподівано внаслідок дії певних факторів чи нагадувань з оточення дитини. Вони можуть з'являтися вночі у вигляді жахів чи поганих снів. Ці спогади є надзвичайно реалістичними та страшними, вони можуть ставати нестерпними. Нічні жахіття засмучують і виснажують дітей. Якщо жахіття повторюються, діти можуть боятися лягати спати або ж боятися засинати знову. Нестача сну в дитини може призвести до роздратованості й утруднити здатність зосереджуватись протягом дня, що негативно вплине на навчання й стосунки з однолітками. Старші діти можуть соромитись своїх нічних жахів, і нікому про це не говорити: це, очевидно, призведе до того, що кошмари будуть далі повторюватись.

2. Збудливість.

Діти, в результаті травматичних подій можуть проявляти фізіологічну збудливість: бути надмірно нервовими, непосидючими, тривожними, лякливою Вони можуть частіше дратуватись, їм може бути важко зосереджуватись. Дітям може бути важко засинати або спати без пробуджень. Ці прояви можуть негативно вплинути на життя дитини: на її стосунки з близькими та однолітками, на успішність у навчанні, на сон. Фізіологічна збудливість тісно пов'язана з інтрюзивними спогадами.

3. Уникання.

Уникання може бути когнітивним (тобто намагання не думати про травматичні події і не згадувати про них) або поведінковими (намагання уникнути нагадування про травматичні події і про пов'язані з ними місця і людей, уникання розмов про подію). Явище уникання встановлює мішені для втручання з двох основних причин. По-перше, уникання може спричинити обмеження функціонування дитини: воно має первинний і безпосередній вплив на її життя. По-друге, хоча уникання може забезпечити певне короточасне полегшення, у тривалій перспективі воно буде тільки підтримувати проблему дитини.

Кожна дитина є унікальною та неповторною, тому і реакції на травматичну подію будуть різні, відповідно до її віку, статі, минулого, темпераменту. Немає правильних або неправильних реакцій. Діти можуть лякатись своїх же реакцій, побоюючись, що вони втрачають контроль або божеволюють.

Загальні реакції дітей на травмуючу подію можуть бути наступними:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> дратливість	<input type="checkbox"/> засмученість через дрібниці	<input type="checkbox"/> абстрагованість
<input type="checkbox"/> тремтіння, особливо від гучних звуків	<input type="checkbox"/> істерики	<input type="checkbox"/> воєнні теми в іграх
<input type="checkbox"/> страхи	<input type="checkbox"/> роздратованість	<input type="checkbox"/> депресія
<input type="checkbox"/> тривога	<input type="checkbox"/> неспокійність	<input type="checkbox"/> плаксивість
<input type="checkbox"/> примхливість або швидка зміна настрою	<input type="checkbox"/> проблеми з концентрацією уваги	<input type="checkbox"/> напади гніву
<input type="checkbox"/> страх виходити на вулицю	<input type="checkbox"/> порушення сну	<input type="checkbox"/> страх смерті інших членів сім'ї
<input type="checkbox"/> усамітнення	<input type="checkbox"/> кошмари	<input type="checkbox"/> хвилювання
<input type="checkbox"/> реакція горя	<input type="checkbox"/> виникнення образ в уяві в денний час тощо	<input type="checkbox"/> втрата інтересу до повсякденної діяльності

За якими симптомами можна зрозуміти те, що дитина страждає від наслідки травмуючої події:



ДІТИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	ДІТИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	ДІТИ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ
<ul style="list-style-type: none"> – Безпорадність і пасивність – Загальні страхи – Страх повернення події – Регресивна поведінка – Питання безпеки – Дитина не розмовляє – Проблеми зі сном – Несприйняття смерті 	<ul style="list-style-type: none"> – Нечітке або викривлене розуміння події – Почуття власної відповідальності – Страх повторення події – Переживання події знову – Наплив почуттів – Проблеми зі сном – Побоювання стосовно безпеки – Агресивна/невгамовна поведінка – Скарги на фізичні симптоми 	<ul style="list-style-type: none"> – Відстороненість, сором і почуття провини – Самосвідомість – Неконтрольована поведінка – Страхи повторення та реакції на спогади – Різкі зміни в міжособистісних стосунках – Радикальні зміни у ставленні – Передчасний вступ у доросле життя <i>(бажання покинути школу, вийти заміж)</i> – Труднощі зі сном

Типові реакції дитини на травматичну подію залежно до віку

Вік	Типові реакції
2-5 років	«Гра» в подію, істерика, спалахи дратівливості, плач, плаксивість, підвищений страх (темряви, монстрів, самотності тощо), підвищена чутливість до звуків (грим, вітер, інші гучні звуки), порушення споживання їжі, сну та туалету, віра в те, що катастрофу можна відкотити назад, адмірне чіпляння до опікунів і проблемне розставання з ними, повернення до ранньої поведінки (белькотання, нічне нетримання сечі, смоктання пальця тощо).
6-11 років	Тривожність, підвищена агресія, гнів і дратівливість (знуцання або бійка з однолітками), порушення сну та апетиту, звинувачення себе в подіях, зміна настрою, плач, сумніви, що про тебе піклуватимуться, страх можливих травм або смерті близьких у майбутньому, заперечення події, яка відбулася, скарги на фізичний дискомфорт (болі в животі, головні болі та апатичність), повторення одних і тих же запитань, відмова обговорювати події, уникнення соціальної взаємодії, проблеми з успішністю (проблеми з пам'яттю та концентрацією), відмова відвідувати заклад освіти.
12-18 років	Уникнення почуттів, постійні думки про катастрофу, дистанціювання від друзів та родини, гнів, образа, депресія, надзвичайна печаль, паніка, тривога (в тому числі тривога про майбутнє), перепади настрою, дратівливість, зміни апетиту і звичок сну, порушення успішності (проблеми з пам'яттю, концентрацією), відмова відвідувати заклад освіти, ризикована поведінка.

Одним з типів травматичної події є хронічна травматизація, яка впливає на психологічний розвиток дитини та на формування центральної нервової системи. Хронічна травматизація – це травмуюча ситуація пов'язана з тривалим жорстоким ставленням, домашнім насильством, війною, постійною зрадою тощо. Це поняття характеризує травматичну ситуацію, в якій часто повторюються схожі події.

У дитинстві, під час формування особистості, наслідки впливу хронічної травматизації виявляються в порушенні самооцінки, емоційної регуляції, психосексуального розвитку, моделі прив'язаності (недовіра, уникнення стосунків, очікування на скривдження), дисоціації психобіологічних систем мозку та самої особистості дитини, розладах пам'яті (амнезія, нав'язливі, неконтрольовані спогади про тарвматичні ситуації), сприйнятті скривдження як норми (прийняття кривдника або жертви в стосунках у майбутньому), тривозі, страху, сорому, злості, агресивній поведінці, вторинних розладах поведінки, тривожних розладах, депресії тощо⁶⁵.

Якщо психологічна підтримка була відсутньою або неефективною на попередньому етапі, то у дитини, яка пережила психотравмуючу подію, можуть з'явитися симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

65 Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTS.pdf

2.3.1. Раннє дитинство

У ранньому дитинстві одночасно відбувається багато складних фізіологічних, когнітивних та емоційних процесів, які впливають на сприйняття та переживання маленькою дитиною потенційно травматичної події. Оскільки когнітивний і вербальний розвиток ще незрілий, дитина може мати труднощі з розумінням потенційно травматичних подій; при цьому в неї обмежена здатність сповіщати про свої емоції, пов'язані з цими подіями⁶⁶. Відповідно до Ософскі⁶⁷, травма може особливо перешкоджати нормальному розвитку довіри та самостійності маленької дитини. Потреба дітей у розвитку та право зростати у фізично й емоційно безпечному та передбачуваному середовищі часто протилежні тому, що вони переживають під час війни та внаслідок неї⁶⁸. Дитяча схильність до створення уявних світів, до самозвинувачення та збентеженості сприяє специфічному мисленню та емоційній обробці, типовій для маленьких дітей під впливом травми⁶⁹. У перші роки життя цей стрімкий період розвитку характеризується особливим набором реакцій на ймовірно травматичні події, які, згідно зі Слоуном і Манном⁷⁰ можуть виявлятися в різних сферах — від психосоматичних скарг до внутрішньопсихічних і поведінкових реакцій. Навіть незначні зміни в нормальному функціонуванні маленької дитини, які не здавалися б ознаками симптомів за звичайних обставин, можуть вважатися такими під час або після війни, оскільки маленькі діти не завжди можуть виявляти негайні або явні ознаки дистресу.

Слоун і Манн⁷¹ застосували кілька методів для перегляду 34 кількісних і одного якісного дослідження, що включали дані про 4365 дітей віком від 0 до 6 років, які зазнали впливу війни, збройного конфлікту чи інших подій, пов'язаних із терором. Загалом вплив згаданих подій був пов'язаний з проблемами інтерналізації та екстерналізації дітей. Ці проблеми були поширенішими серед дітей, котрі перебували в ситуації конфлікту тривалий час, ніж у тих, які зазнали лише одного епізоду. Результати показують, що поведінкові та емоційні труднощі є найпоширенішою категорією наслідків. У багатьох дослідженнях повідомлялося про підвищену тривожність дітей, які зазнали впливу, що проявлялася такими симптомами, як нервозність, сильна реакція на тригери (наприклад, шум), прояв страху разом із розвитком нових страхів, а також демонстрація підвищеної сепараційної тривоги та надмірна емоційна залежність. Результати також вказали на інші поведінкові реакції, такі як низька толерантність до фрустрації, надмірне смоктання пальця, зміна харчових звичок, вимоглива поведінка, агресивність з метою привернення уваги, дитячі істерики, а також емоційні реакції, включно зі смутком і тривалими періодами плачу. Кілька досліджень виявили психосоматичні реакції, передусім болі в шлунку та нерегулярне випорожнення; багато досліджень вказали на проблеми зі сном.

66 Стовер, К.С., Берковці, С. (2005 р.). Оцінка впливу насилля та симптомів травми у маленьких дітей: критичний огляд заходів. *J Traumatic Stress* 18(6):707–717

67 Ософскі, Дж. Д. (1995 р.) Вплив насильства на маленьких дітей (Ososky JD (1995) The effect of exposure to violence on young children). *Am Psychol* 50(9):782

68 Бургін, Д., Анагностопулос, Д., Правління та Відділ політики ESCAP та ін. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей — багаторівневі підходи, орієнтовані на потреби та з урахуванням інформації про травму. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, 845–853 (2022).

69 Джоші, П. Т., і О'Доннелл, Д. А. (2003 р.). Наслідки впливу війни та тероризму на дітей. *Clinical Child and Family Psychology Review* («Клінічний огляд дитячої та сімейної психології»), 6, 275–292.

70 Слоун, М., Манн, С. (2016 р.) Вплив війни, тероризму та збройних конфліктів на дітей раннього віку: систематичний огляд. *Child Psychiatry Hum Dev* 47(6):950–965.

71 Там само

В огляді Слоуна та Манна⁷² також зроблено висновок, що ступінь впливу травми (незалежно від того, чи зазнавали діти впливу постійних стресорів, чи обмеженого впливу) і тяжкість подій були безпосередньо пов'язані з поширеністю симптомів ПТС у дітей, а також із поведінковими та емоційними проблемами. Важливо зазначити, що навіть у разі близькості до події без її прямого впливу порушення адаптації дітей посилюються. Усі дослідження, що вивчали гру, відображали пов'язані з травмою афекти, такі як повторювані ігри, розігрування хворобливих тем і менш фантазійні ігри. Цікаво, що діади матері та дитини, які зазнали травматичного впливу, продемонстрували нижчу взаємність під час спільної гри порівняно з діадами, які такого впливу не зазнавали.

М'юзік⁷³ пояснює важливість гри батьків із немовлям як щось таке, де пара часто занурюється в ритми одне одного; це допомагає дитині розвинути відчуття власної значимості, соціальної впевненості, а також гнучкості. В дослідженні ігрових епізодів немовлят у діадичних і тріадичних взаємодіях у звичайних ситуаціях⁷⁴ задоволення та радість дитини зростають, тоді як нейтральні та негативні емоції стають рідшими. Огляд Слоуна та Манна вказує на те, що діти, які зазнали впливу війни та інших тривалих конфліктів, виявляють більше гальмування, негативного афекту, агресії, тривоги та зниженої соціальної взаємодії в своїх іграх. М'юзік стверджує, що гра дитини є багатшою та повнішою, коли вона почувається безпечно. Важливою метою психосоціальної підтримки є підвищення почуття безпеки дитини, що, на думку М'юзіка, може позитивно вплинути на якість гри дитини, яка потерпіла через війну.

2.3.2. Діти шкільного віку та підлітки

Травма впливає на зону мозку, яка відповідає за виживання й не включає концепти чи ідеї. Діти зазвичай демонструють деякі симптоми травми, подібні до тих, що проявляються у дорослих; оскільки вони постійно «насторожі» або готові відреагувати на небезпеку, вони здаються нервозними, у них можуть виявлятися пов'язані з регуляцією емоцій симптоми дратівливості, спалахи гніву або емоційна млявість та відсутність мотивації до будь-якої діяльності, яка раніше їх тішила. Діти також відчувають такі типові симптоми травми, як жахи та флешбеки і часто намагаються контролювати їх, уникаючи будь-яких нагадувань про травму, які можуть виникати через предмети, людей або, наприклад, гучні звуки чи певні запахи. Травмовані діти зазвичай або постійно насторожені та реагують на кожен незначний подразник, або повністю заціпенілі та відлюдькуваті.

Мигдалеподібне тіло – примітивна частина мозку, відповідальна за те, щоб людина відчувала страх, після травматичної події часто стає гіперактивною⁷⁵. У дитинстві це можна розглядати як гіпернастороженість, яка спричиняє зміни в поведінці. Таламус, який об'єднує вхідні дані, що надходять до мозку через органи чуття, організовуючи ці відчуття разом, руйнується, перебуваючи у стані дуже високого збудження, залишаючи неінтегровані образи, відчуття, думки, запахи та звуки травматичного

72 Слоун, М., Манн, С. (2016 р.) Вплив війни, тероризму та збройних конфліктів на дітей раннього віку: систематичний огляд. *Child Psychiatry Hum Dev* 47(6):950–965.

73 М'юзік, Дж. (2011 р.) Виховання натур. Прив'язаність та емоційний, соціокультурний і розумовий розвиток дітей. Psychology Press. Східний Сассекс

74 Кугіумутзакіс, Г., Коккінаккі, Т., Макродімітракі, М., та Віталакі, Е. (2004 р.) Емоції в ранньому мімізисі. У Дж. Надель та Д. Муір (ред.), *Емоційний розвиток: Останні наукові досягнення* (стор. 161–182). Нью-Йорк: Oxford University Press

75 Ван дер Колк, Б. А. (2014 р.). Тіло веде рахунок: Роль мозку, розуму і тіла у зціленні травми. Вікінг.

досвіду. Діти відчувають це через флешбеки та жахіття так само, як і дорослі. Медіальна префронтальна частина мозку, яка дозволяє людині відчувати свій внутрішній світ, часто викликає підвищену здатність реагувати під впливом травми. У метааналізі Вібхакара та ін.⁷⁶ зроблено висновок, що діти та підлітки, котрі зазнали травми, мають депресію, яка не повністю відображає передтравматичні труднощі. Аналіз відзначає в 2,6 рази вищу ймовірність діагностувати депресію у дітей, які зазнали травми, порівняно з їхніми однолітками. Вплив міжособистісного насильства збільшує поширеність депресії порівняно із впливом травм, не пов'язаних із ним.

Метааналіз Маккея та ін.⁷⁷ лонгітюдних когортних досліджень систематично переглядав докази зв'язку між травмою, пережитою в дитинстві чи підлітковому віці, та появою афективних або психотичних психічних розладів у дорослому віці. Вони виявили сильний зв'язок між дитячою травмою та пізнішим психічним захворюванням, причому спостерігався особливо сильний зв'язок із пережитим залякуванням, емоційним насильством, жорстоким поведінням і втратою батьків. На підставі цих доказів вони припускають, що дитинство та підлітковий вік є критичними періодами, коли необхідно зосереджуватися на стратегіях втручання. Травма також може вплинути на переконання дітей старшого віку та підлітків щодо майбутнього, оскільки вони можуть відчувати втрату надії, обмежені очікування щодо нормальних життєвих подій, таких як освіта, стосунки та робота, і боятися, що їх життя раптово закінчиться^{78, 79}

2.3.3. Перспектива прив'язаності

Травму в дитинстві важливо розглядати з погляду теорії прив'язаності. Під час небезпеки чи стресової ситуації активується особливий стиль прив'язаності кожної дитини. Залежно від стилю прив'язаності, який формується в ранньому дитинстві через взаємодії між дитиною та її основним опікуном, діти по-різному реагуватимуть на небезпеку⁸⁰. За словами Боулбі⁸¹, добре відомого як автора теорії прив'язаності, рання взаємодія з основним опікуном визначає негайні емоційні реакції дитини на небезпеку чи стресові ситуації та здатність регулювати емоції в подальшому житті. Неконтактні діти схильні більше покладатися на когніцію, амбівалентні діти — на афекти, тоді як надійно прив'язані діти зазвичай гнучко покладаються як на афект, так і на когніцію⁸². Дослідження Фельдман та Венгробер (Feldman and Vengrober), 2011 р.) щодо ізраїльських дітей, які зазнавали щоденних травм, вказує на те, що діти, які піддавалися впливу і не мали ПТСР, характеризувались застосуванням безпечної базової поведінки, тоді як діти з ПТСР продемонстрували підвищене поведінкове уникнення. Значимого дорослого, який доступний для дитини в потенційно травматичній події, можна розглядати як захисний ресурс, тоді як недоступність значимого дорослого може посилити страхи дитини⁸³.

76 Вібхакара, В., Аллен, Л., Джи, Б., і Мейзер-Стедман, Р. (2019 р.). Систематичний огляд і метааналіз поширеності депресії у дітей і підлітків після впливу травми. *Journal of affective disorders* («Журнал афективних розладів»), 255, 77–89.

77 Маккей, Майкл і Кеннон, Мері та Чемберс, Дерек і Конрой, Ронан і Кофлан, Хелен і Додд, Філіп і Хілі, Колм і О'Доннелл, Лорі та Кларк, Мері. (2020 р.). Травма дитинства та психічний розлад дорослого віку: Систематичний огляд і метааналіз лонгітюдних когортних досліджень. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 143. 10.1111/acps.13268.

78 Центр лікування зловживання психоактивними речовинами (США). [Травма-інформована допомога в службах поведінкового здоров'я. Роквіль](#) (Меріленд): Управління з питань зловживання психоактивними речовинами та служби психічного здоров'я (США); 2014 р. (Серія протоколів удосконалення лікування (TIP), № 57.)

79 Більше інформації про пов'язані з віком реакції на травматичну подію див. за посиланнями: [age_related_reactions_to_traumatic_events.pdf \(nctsn.org\)](#). [age-related-reactions-factsheet-uk.pdf \(nctsn.org\)](#).

80 М'юзік, Дж. (2011 р.) Виховання натур. Прив'язаність та емоційний, соціокультурний і розумовий розвиток дітей. Psychology Press. Східний Сассекс

81 Боулбі, Джон (1978 р.). Теорія прив'язаності та її терапевтичне значення. *Adolescent Psychiatry* («Підліткова психіатрія»), 6(1), 5–33.

82 М'юзік, Дж. (2011 р.) Виховання натур. Прив'язаність та емоційний, соціокультурний і розумовий розвиток дітей. Psychology Press. Східний Сассекс

83 Слюн, М., Манн, С. (2016 р.) Вплив війни, тероризму та збройних конфліктів на дітей раннього віку: систематичний огляд. *Child Psychiatry Hum Dev* 47(6):950–965.

Смерть близької людини може викликати у дитини надзвичайний смуток, збентеження або гнів. Це також може спричинити сильні фізіологічні симптоми у дитини, зокрема нудоту чи втому. В конфліктній ситуації дитина, ймовірно, боїтиметься, що вона сама та інші її близькі також можуть померти. Це часто викликає у дітей надмірну емоційну залежність і тривогу, коли їх розлучають з опікунами. Розділ «Практичні інструменти для психосоціальної підтримки» містить матеріал для подальшого розуміння впливу смерті близької людини та горя на дітей.

2.3.4. Відмінності за статтю

Загалом екстерналізовані розлади, такі як СПАУ або розлади поведінки внаслідок несприятливих переживань, частіше спостерігаються у хлопців, тоді як у дівчат за подібних обставин частіше спостерігаються інтерналізовані розлади — депресія, тривога та розлади харчування⁸⁴. Згідно з М'юзіком, це може принаймні частково пояснити тенденцію дівчаток до кращої здатності щодо саморегуляції; також у дівчаток кращі вербальні навички, тоді як хлопчики переважно ще з раннього віку є активнішими фізично. Навіть у дошкільному віці різні статі демонструють різний рівень агресії. Наприклад, хлопчики зачіпають більш насильницькі теми в своїх фантазіях та іграх. Значна частина ґендерних досліджень зосереджена на гормональних відмінностях. Наприклад, високий рівень тестостерону пов'язаний з домінуванням, агресивністю та конкурентністю. Однак поділ природного виховання за ґендерними відмінностями не зовсім зрозумілий, бо крім біологічних чинників важливу роль також відіграє соціальне навчання⁸⁵. Усселз⁸⁶ припускає, що дівчатка, які постраждали від війни, часто наражаються на такі ризики, як сексуальна експлуатація та насильство, ранні шлюби та рання вагітність. Він також стверджує, що багато заходів підтримки розроблено з урахуванням специфіки саме хлопчиків, оскільки в багатьох спільнотах із низьким і середнім рівнем доходу присутня ґендерна дискримінація.

2.4. Захисні чинники та стійкість

Не у всіх дітей виникають серйозні психологічні проблеми внаслідок війни або тривожних чи потенційно травматичних подій. Існує кілька соціальних, психологічних і біологічних чинників, які взаємодіють та сприяють виникненню у людей психологічних проблем або, навпаки, допомагають збереженню стійкості під час переживання потенційно травматичних подій⁸⁷. Відповідно до дослідження Фельдман та Венгробер (2011 р.) щодо ізраїльських дітей, які зазнавали щоденних травм, пов'язаних із війною, благополуччя матері, чутлива поведінка та мережі підтримки служать захисними чинниками та захищають від найжорстокіших наслідків війни. Вони стверджують, що ці сфери повинні бути центром психологічного втручання для сімей дітей, які потерпіли від війни. Пойжула⁸⁸ погоджується з цим, порівнюючи «достатньо хороше батьківство» разом із соціальними навичками з вакцинацією, що захищає від впливу стресових подій у житті дитини. Важливо розпізнавати можливі чинники ризику, а також ті, які захищають окрему дитину від будь-яких негативних наслідків війни та можуть допомогти їй подолати складні обставини.

84 М'юзік, Дж. (2011 р.) Виховання натур. Прив'язаність та емоційний, соціокультурний і розумовий розвиток дітей. Psychology Press. Східний Сассекс

85 Там само

86 Усселз, М. Дж. (2017 р.). *Діти та збройний конфлікт: Втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни*. Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 4–13

87 Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації, 2007 р. IASC. [Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings \(English\).pdf](#) (interagencystandingcommittee.org)

88 Пойжула С. (Poijula, S.), (2007 р.), Lapsi ja Kriisi. Selvitysmisen tukeminen. Gummerus Kirjapaino Oy. Гельсінкі

Психічне здоров'я дітей — це спектр, який формується різноманітними чинниками ризику та захисними чинниками. Приклади широко зрозумілих чинників ризику та захисту психічного здоров'я дітей можна знайти в наступній таблиці (Public Health England (Служба охорони здоров'я Англії), 2016 р.).

ЧИННИКИ РИЗИК

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✗ Генетичні впливи ✗ Низький IQ та проблеми з навчанням ✗ Специфічна затримка розвитку ✗ Труднощі в спілкуванні ✗ Важкий темперамент ✗ Фізична хвороба ✗ Академічна неуспішність ✗ Низька самооцінка | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Сімейна дисгармонія або розпад сім'ї ✗ Непослідовний стиль дисципліни ✗ Батьки з психічними захворюваннями чи зловживанням психоактивними речовинами ✗ Фізичне, сексуальне насильство, нехтування або ✗ Емоційне насильство ✗ Злочинність батьків або їхній алкоголізм ✗ Смерть і втрата | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Булінг (цькування) ✗ Дискримінація ✗ Розрив позитивної дружби або її відсутність ✗ Девіантний вплив однолітків ✗ Тиск однолітків ✗ Погані стосунки між учнем і вчителем | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Невигодне соціально-економічне становище ✗ Безпритульність ✗ Катастрофа, нещасні випадки, війна чи інші надзвичайно тяжкі події ✗ Дискримінація ✗ Інші значимі життєві події ✗ Відсутність доступу до служб підтримки |
|---|--|--|--|



ДИТИНА

- ✓ Досвід безпечної прив'язаності
- ✓ Гарні комунікативні навички
- ✓ Віра в контроль
- ✓ Позитивне ставлення
- ✓ Досвід успіхів і досягнень
- ✓ Здатність до рефлексії



СІМ'Я

- ✓ Сімейна гармонія та стабільність
- ✓ Батьківська підтримка
- ✓ Сильні сімейні цінності
- ✓ Любов
- ✓ Чітка, послідовна дисципліна
- ✓ Підтримка освіти



ШКОЛА

- ✓ Позитивний шкільний клімат, який посилює відчуття приналежності та зв'язку
- ✓ Чітка політика щодо правил поведінки та стосовно цькування
- ✓ Політика «відкритих дверей» для того, щоб діти могли порушувати проблемні питання
- ✓ Загальношкільний підхід до зміцнення психічного здоров'я



ГРОМАДА

- ✓ Розширена мережа підтримки
- ✓ Гарне житло
- ✓ Високий рівень життя
- ✓ Можливості для цінних соціальних ролей
- ✓ Доступ до різноманітних видів спорту/розваг

ЗАХИСНІ ЧИННИКИ

Стійкість — це здатність відносно добре подужувати ситуації хаосу та негараздів. Її широко досліджували. Деякі люди відновлюються після травми краще за інших. Здатність до саморегуляції відіграє важливу роль, але нещодавні дослідження додали до здатності особи залишатися стійкою такі чинники, як гени та соціальні впливи. Діти часто мають до певної міри завищені самовпевненість і оптимізм, і це їх захищає. Наприклад, діти частіше за дорослих схильні вважати, що негативні риси в людях зміняться на позитивніші. Цей захисний оптимізм або надмірний оптимізм заохочує дітей продовжувати спроби та зміцнює їхню стійкість⁸⁹.

89 М'юзік, Дж. (2011 р.) Виховання натур. Прив'язаність та емоційний, соціокультурний і розумовий розвиток дітей. Psychology Press. Східний Сассекс

Енн Мастен (Ann Masten), 2015 р.), яка витратила десятиліття на вивчення та аналіз стійкості дітей в ситуаціях, коли вони стикаються з безпритульністю, війною чи стихійними лихами, визначає стійкість як «здатність динамічної системи адаптуватися до збурень, які загрожують функціонуванню, життєздатності або розвитку системи». Вона вважає, що стійкість виникає через звичайні людські ресурси та процеси. Найбільшим сюрпризом для Мастен після вивчення дітей та їхньої стійкості стала, за її словами, звичайність цього явища. Докази переконливо засвідчують, що діти, які долають складний досвід, мають у своєму житті пересічні людські ресурси та захисні чинники, і Мастен їх перераховує: здоровий людський мозок у гарному робочому стані, близькі стосунки з компетентними та турботливими дорослими, сім'я, де панує відданість, ефективні школи та спільноти, можливість досягти успіху та віра в себе, які виховуються завдяки позитивній взаємодії з оточенням.

У минулому стійкість пояснювалася передусім внутрішніми чинниками дитини. Попри те, що самі діти часто мають сильне бажання вижити та благополучно розвиватися, сучасне розуміння стійкості не зосереджується виключно на особистості, а радше використовує екологічніший підхід, відповідно до якого особистість, сім'я, ширший соціальний вплив і зв'язки між ними сприяють здатності людини захиститися від впливу складних переживань⁹⁰.

90 М'юзік, Дж. (2011 р.) Виховання натур. Прив'язаність та емоційний, соціокультурний і розумовий розвиток дітей. Psychology Press. Східний Сассекс

3. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ, СПРЯМОВАНА НА МІНІМІЗАЦІЮ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ

Згідно з Бургіном та ін⁹¹., психічне та психосоціальне втручання, спрямоване на дітей, які потерпіли від війни, має враховувати інформацію про травму, бути багаторівневим та орієнтованим на стійкість. Воно повинно конкретно спрямовуватися на потреби дитини та включати розширення можливостей та підтримку батьків у догляді за дитиною. Клінічно стиль реакції дитини на травматичну подію не такий серйозний, як ступінь, до якого спроби дитини успішно впоратися з травмою допомагають їй продовжувати функціонувати – виконувати необхідні дії, регулювати емоції, підтримувати здорову самооцінку та міжособистісні відносини. Попередня віра в психологію травматичного стресу помилково припускала, що постраждалими, особливо тим, які зазнали впливу групових або масових травм, необхідно висловлювати власні емоції, пов'язані з травматичними подіями, і говорити про них, щоб зцілитися. Пізніші дослідження спростували це та підкреслили важливість індивідуальних захисних механізмів кожної окремої постраждалої особи⁹².

Відповідно до Пойжула⁹³, метою втручання для подолання травми є визнання та зміцнення стійкості дитини. Підтримка психічного здоров'я та психосоціальна підтримка, що зменшують стрес у дітей і допомагають їм почуватися безпечно та з підтримкою, — це не те, чим займаються винятково психологи⁹⁴; таку підтримку можуть запропонувати ті, хто працює з дітьми та підлітками в різних секторах⁹⁵. Нижче наведено доказові психологічні втручання, призначені спеціально для дітей у кризових ситуаціях, а також під час і після конфліктів, таких як війна. Також представлено доказово обґрунтовані індивідуальні травмофокусовані втручання, призначені для дітей в клінічних умовах, які проводять кваліфіковані клініцисти. Однак основна увага зосереджуватиметься на психосоціальній підтримці для різних вікових груп, яка надає практичні інструменти для посилення захисних стратегій у дітей та зміцнення їхнього відчуття безпеки. Якщо ці інструменти та практики регулярно використовуються у широкому діапазоні фахівцями, котрі працюють із дітьми в повсякденних умовах, користь для психічного благополуччя дітей може бути значною та тривалою.

3.1. Перша психологічна допомога та кризове втручання для дітей

Перша психологічна допомога під час війни чи іншої кризи та одразу після неї має зосереджуватися на відновленні зовнішньої та внутрішньої безпеки шляхом надання дітям базової фізичної та емоційної підтримки й опіки⁹⁶. Перша психологічна допомога спрямована на зміцнення психічного благополуччя людей негайно після надзвичайної

91 Бургін, Д., Анагностопулос, Д., Правління та Відділ політики ESCAP та ін. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей — багаторівневі підходи, орієнтовані на потреби та з урахуванням інформації про травму. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, 845–853 (2022).

92 Центр лікування зловживання психоактивними речовинами (США). Травма-інформована допомога в службах поведінкового здоров'я. Роквіль (Меріленд): Управління з питань зловживання психоактивними речовинами та служби психічного здоров'я (США); 2014 р. (Серія протоколів удосконалення лікування (TIP), № 57.)

93 Пойжула С. (Poiijula, S.), (2007 р.), *Lapsi ja Kriisi. Selviytymisen tukeminen*. Gummerus Kirjapaino Oy. Гельсінкі

94 Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації, 2007 р. [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings \(English\).pdf \(interagencystandingcommittee.org\)](#)

Уесселз, М. Дж. (2016 р.). Діти та збройний конфлікт: Вступ і огляд. *Peace and Conflict* («Мир і конфлікт»), 22, 198–207.

95 Уесселз, М. Дж. (2017 р.). Діти та збройний конфлікт: Втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 4–13.

96 Бургін, Д., Анагностопулос, Д., Правління та Відділ політики ESCAP та ін. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей — багаторівневі підходи, орієнтовані на потреби та з урахуванням інформації про травму. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, 845–853 (2022).

ситуації, конфлікту чи катастрофи⁹⁷. Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я⁹⁸ перша психологічна допомога — це пряма відповідь і комплекс дій, спрямованих на допомогу людині, яка зазнала дистресу, щоб вона відчула спокій та підтримку в подоланні труднощів. Вона призначена для того, щоб особа, яка відчуває дистрес, була в безпеці, з одночасним сприянням спокою; при цьому звертається увага на реакцію людини. З нею розмовляють, заспокоюють, активно слухають та допомагають їй отримати доступ до необхідних послуг. Така підтримка також охоплює включення людей до наявних систем підтримки та виявлення тих, хто потребує більш спеціалізованих послуг. Принципи надання першої психологічної допомоги слід застосовувати невідкладно після небезпечної та тривожної події⁹⁹.

Відповідно до Уесселза¹⁰⁰, перша психологічна допомога включає підтримку під час кризи та невдовзі після неї нефахівцями, які пропонують супровід, підтримувальне слухання, інформацію, допомогу в пошуку доступу до необхідних послуг, підтримку в управлінні травматичними реакціями, а також турботу про себе та керівництво з саморегуляції. Дізнатися більше про підхід «Подивись, послухай та поєднай» та про першу психологічну допомогу загалом можна в посібниках Психосоціального центру¹⁰¹ (Міжнародної федерації товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця):

ПОДИВИСЬ



- інформацію про те, що сталося і відбувається зараз
- кому потрібна допомога
- ризики для безпеки та захисту
- тілесні ушкодження
- безпосередні базові та практичні потреби
- емоційні реакції

ПОСЛУХАЙ

(стосується спостереження за особою, що надає допомогу)

- який підхід застосовується
- як особа представляється
- наскільки вона уважна та активно слухає
- як приймає почуття інших
- як заспокоює людину в біді
- як запитує про потреби та проблеми
- як допомагає людині в дистресі знайти рішення її нагальних потреб і проблем

ПОЄДНАЙ

(про надання допомоги людям)

- доступ до інформації
- спілкування з близькими та зв'язок зі службою соціальної підтримки
- вирішення практичних проблем
- отримання доступу до послуг та іншої допомоги

97 Бетанкур, Т.С., Меерс-Окі, С.Е., Чарроу, А.П., Тол, В.А. Втручання для дітей, які постраждали від війни: екологічна перспектива психосоціальної підтримки та охорони психічного здоров'я. *Harv Rev Psychiatry*. 2013, бер-кві;21(2):70-91.

98 Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) (2018 р.), перша психологічна допомога: [Посібник фасилітатора для орієнтування працівників на місці](#)

99 Короткий вступ до першої психологічної допомоги: [PFA-Intro-low.pdf \(pscentre.org\)](#) RED CROSS_2(curvs).cdr (pscentre.org)

100 Уесселз, М. Дж. (2017 р.). Діти та збройний конфлікт: Втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 4–13.

101 КЕРІВНИЦТВО З НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

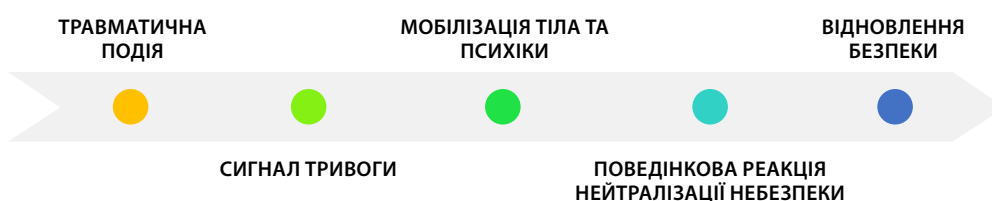
Також можна завантажити та переглянути відео, в якому пояснюється, коли надавати першу психологічну допомогу, хто її може надавати та як можна використовувати методи надання допомоги людям у дистресі.

[Відеоролик: Поговоримо про першу психологічну допомогу — Українська — Психосоціальна підтримка МФЧХ і ЧП \(Let's talk about Psychological First Aid — Ukrainian — Psychosocial Support IFRC\) \(pscentre.org\)](#)

Перш ніж надавати першу психологічну допомогу, необхідно переконатись, що у дитини відсутня первинна реакція на травматичну подію – *гострий емоційний шок*, коли спостерігається загальне психічне напруження, мобілізація психофізіологічних резервів з переважанням почуття відчаю та страху при загостреному сприйнятті та одночасному зниженні критичної оцінки ситуації.

Гострий емоційний шок – це перша реакція на травматичну подію. Він може виявлятися у вигляді збудження, гальмування або чергування цих двох станів. Загальна риса всіх варіантів шокowego стану – ослаблена реакція на зовнішні подразники.

Коли відбувається травматична подія, організм дитини ніби «готується» до інтенсивного реагування, вмикаючи «сигнал тривоги».



Тривога: виділяються гормони, необхідні для швидкого та сильного реагування на ситуацію (адреналін, норадреналін, кортизон), виділяються й знеболюючі речовини, що притупляє, а іноді й зовсім відключає чутливість тіла, – така реакція зменшує страждання, оберігає від больового шоку.

Збудження: активізуються частина мозку, що відповідає за емоції, та нервова система. Впродовж певного часу (від 3 до 8 годин) людина без шкоди для власного здоров'я (без сну, їжі та води) може переносити такі навантаження, які не змогла б здолати в стані звичайного функціонування.

Розрядка: неконтрольоване тремтіння тіла (воно може тривати кілька годин), таким чином організм звільняється від напруження.

Втома: відчуття пригнічення, бажання плакати¹⁰².

На цьому етапі у дитини можуть спостерігатися наступні реакції: марення, галюцинації, апатія, ступор, рухове збудження, агресія, страх, істерика, нервове тремтіння, плач¹⁰³.

Екстрена психологічна допомога спрямована на виведення дитини з гострих стресових реакцій та надається в перші години після травматичної події.

102 Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації. Методичний посібник. / Уклад.: Г. Б. Растроста. – Суми. НВВ КЗ СОІППО: 2018. 64 с.

103 <https://dszn-zoda.gov.ua/node/495>

Для надання допомоги дитині можна використовувати модель екстреної психологічної допомоги Dr. Moshe Farchi «Six Cs»¹⁰⁴. В основу цієї моделі покладено шість принципів.

- I. Communication (комунікація): встановити контакт.
- II. Commitment (зобов'язання): запевнити дитину, що ви разом із нею і не залишите її.
- III. Challenge (стимуляція): заохочення до ефективних дій.
- IV. Cognition (когніція): розуміння, усвідомлення дій.
- V. Continuity (безперервність): допомога дитині відновити безперервність подій, розуміння того, що сталося.
- VI. Control (контроль): надання можливості дитині ухвалювати прості рішення.

Динаміка переживання травматичної події дитиною – процес індивідуальний, який не має строгої послідовності. Єдине, що можна констатувати, – основним наслідком травматичної події на цьому етапі є руйнування базової потреби дитини в безпеці.

Перша психологічна допомога – це сукупність заходів психологічної підтримки та практичної допомоги дитині, котра страждає чи чогось потребує. Така допомога надається впродовж першої доби після травми.

Сьогодні поняття «перша психологічна допомога» частіше використовують, щоб описати заходи, які здійснюють фахівці або ті, хто пройшов спеціальну підготовку, чи люди, які опинилися поруч із дитиною, котра щойно пережила травматичну подію, чи в момент прояву в дитини гострого стану.

Алгоритм надання першої психологічної допомоги «5В»

Алгоритм надання першої психологічної допомоги «5В»¹⁰⁵, складається з п'яти кроків, під умовною назвою «5В»:



Використання методів першої психологічної допомоги залежатиме від особливостей травматичної ситуації, стану дитини та від підготовки того, хто надає допомогу.

104 The Six Cs Model. URL: <https://www.icfr.co.il/the-six-cs-model>

105 <https://moz.gov.ua/article/news/rekomendacii-z-psihologichnoi-dopomogi>

3.2. Індивідуальні травмофокусовані втручання в клінічних умовах для дітей

За словами Уесселза¹⁰⁶, психотерапія як втручання для підтримки постраждалих від війни дітей часто включає структуровану обробку досвіду війни та може охоплювати групову когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), орієнтовану на травму, міжособистісну психотерапію або психотерапію травматичного горя. Не існує жодного психологічного втручання, яке годилося б для всіх дітей, що потерпіли від війни. Згідно з деякими дослідженнями, проведення інтенсивної індивідуальної терапії для дітей для опрацювання їхнього досвіду війни рекомендовано лише в повоєнний період. Однак через те, що діти по-різному реагують на травматичний досвід, кваліфіковані клініцисти мають оцінити кожен окремий випадок, направлений їм на розгляд.

Дорсі та ін.¹⁰⁷ проаналізували втручання щодо дітей та підлітків, які зазнали впливу травм, оцінивши 37 досліджень. Їхні результати засвідчують наступне: індивідуальна КПТ із залученням батьків, індивідуальна КПТ та групові КПТ вважалися добре налагодженими; групові КПТ із залученням батьків і десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (EMDR) вважалися ймовірно ефективними; індивідуальна комплексна терапія складної травми та групові навички щодо розуму та тіла вважалися ймовірно ефективними; індивідуальна клієнтоорієнтована ігрова терапія, індивідуальні навички щодо розуму та тіла й індивідуальний психоаналіз вважалися експериментальними; групову креативну експресивну терапію + КПТ було визнано сумнівно ефективними. Огляд Сільверман та ін.¹⁰⁸ показав, що травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія відповідає чітко встановленим критеріям; шкільна групові когнітивно-поведінкова терапія відповідає критеріям імовірної ефективності. Всі інші методи лікування, згідно з їхнім оглядом, були класифіковані як імовірно ефективні або експериментальні. Метааналітичні результати щодо чотирьох кінцевих наслідків, якими були посттравматичний стрес, симптоми депресії, симптоми тривоги та екстерналізовані поведінкові проблеми, продемонстрували, що всі види лікування порівняно з контрольною групою в списку очікування мали позитивний, хоча й помірний ефект. Нижче подаються доказові індивідуальні клінічні втручання, які широко використовуються кваліфікованими психологами або психотерапевтами для підтримки дітей та підлітків, які постраждали від війни.

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФКПТ) є добре відомим доказовим методом лікування травмованих дітей та підлітків¹⁰⁹. Він довів свою ефективність у лікуванні симптомів ПТСР та інших симптомів, пов'язаних із травмою. Цей метод годиться для особи, яка страждає від пов'язаних із травмою симптомів, що погіршують її здатність адаптуватися та функціонувати, і яка пережила травматичну подію принаймні за місяць до початку лікування. ТФКПТ можна підсумувати як структуроване лікування під керівництвом терапевта, що фокусується на травмі та включає три фази. Початкова *фаза стабілізації* зосереджена на формуванні базових навичок безпеки та емоційної регуляції. *Фаза розповіді* про травму дає змогу особі поступово глибше зрозуміти свій травматичний досвід, що веде до кращого розуміння себе. *Фаза інтеграції та консолідації* узагальнює нові навички та розуміння з метою встановлення довірчих відносин і збереження відчуття безпеки в житті. ТФКПТ, призначену

106 Уесселз, М. Дж. (2017 р.). Діти та збройний конфлікт: Втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 4–13.

107 Дорсі, С., Маклафлін, К.А., Кернс, С.Е.У., Харрісон, Дж.П., Ламберт, Х.К., Бріггс, Е.К., Ревіліон Кокс, Дж., Амайя-Джексон, Л. Оновлення бази доказів щодо психосоціального лікування дітей і підлітків, які зазнали впливу травматичних подій. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017 тра-чер;46(3):303-330.

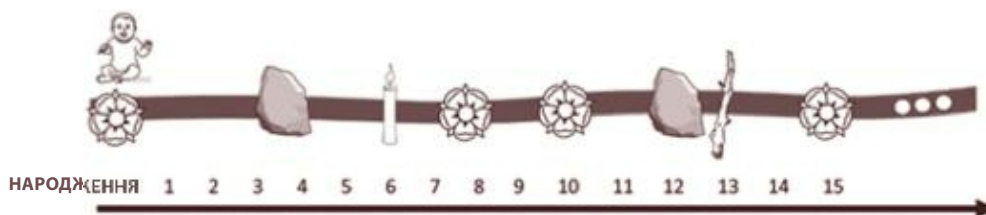
108 Сільверман, В.К., Ортіс, К.Д., Вісвесваран, С., Бернс, Б.Дж., Колко, Д.Дж., Путнам, Ф.В., Амайя-Джексон, Л. Психосоціальне лікування дітей та підлітків, які зазнали травматичних подій, засноване на доказах. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008 січ;37(1):156-83.

109 Там само

для підлітків, можна далі розділити на вісім піднапрямків, які утворюють акронім **PRACTICE («ПРАКТИКА»):** Psychoeducation and parenting (Психосоцвіта та виховання дїтей), Relaxation (Релаксація), Affective expression and modulation (Афективна експресія та модуляція), Cognitive coping (Когнітивний механїзм подолання), Trauma narrative development and processing (Розвиток і опрацювання розповїдї (наративу) про травму), In Vivo exposure (Жива експозиція), Conjoint parent–child sessions (Спїльні сеанси батькїв і дїтей) і Enhancing Safety and future development (Посилення безпеки та майбутнїй розвитку)¹¹⁰.

Наративна експозиційна терапія (NET) — це короткострокова травмофокусована когнітивно-поведїнкова терапія, яка зосереджується на обробцї та реструктуризацїї часто множинних травм за часом, щоб розробити послїдовний наратив подїй. NET вперше випробували на бїженцях і шукачах притулку, і результати лїкування продемонстрували ефективнїсть цього втручання¹¹¹. NET може адаптувати класичну форму експозиційної терапїї вїдповїдно до потреб осїб, які постраждали вїд вїйни. Також її було адаптовано для пїдлїткїв і дїтей вїком 12–17 рокїв, які мають численнї симптоми, пов'язанї з вїйною, і помїрний або важкий ПТСП¹¹². Вїдповїдно до Кангаслампї та їн.¹¹³, NET суттєво зменшує симптоми травматичного стресового розладу. NET використовувався для успїшного лїкування дорослих, які страждають вїд воєнних травм, зазнали досвїду насильства та стихїйних лих, і є певнї докази того, що це лїкування успїшне також і для дїтей¹¹⁴, але необхїднї додатковї дослїдження, що мають доказову базу.

KIDNET, що є адаптацїєю NET для дїтей та пїдлїткїв, наголошує на емпатичному розумїннї, активному слуханнї, конгруентностї та безумовному позитивному ставленнї як ключових компонентах роботи терапевта; при цьому необхїдно брати до уваги когнітивнї та емоцїйнї здїбностї дитини¹¹⁵. У KIDNET клїніцист і дитина разом створюють часову шкалу, яка веде до того, що дитина отримує письмову розповїдь (наратив) про своє життє наприкінцї втручання. Дитину просять вїдтворити як позитивнї, так і негативнї життєвї подїї на бїографїчнїй шкалї, використовувачи квіти для представлення позитивного досвїду (радостї, досягнення, важливих людей) і камїнцї для представлення негативного досвїду (жаху, смутку, втрати) (Уестбї (Westby), 2020 р.). Було показано, що KIDNET зменшує тривогу та симптоми ПТСП у дїтей, які зазнали травматичних подїй, вклучно з дїтьми з розладами спектру аутизму та з їнтеллектуальними порушеннями¹¹⁶.



Часова шкала KIDNET @Carol Westby

110 Коен, Дж.А., Маннарїно, А.П., Клїтермес, М., Мюррей, Л.А. Травмофокусована КПТ для молодї зї складною травмою. *Child Abuse Negl.* 2012 чер;36(6):528-41.

111 Фазель, М., Стратфорд, Х.Дж., Роусел, Е., Чан, С., Грїффїтс, Х., Робжант, К. П'ять застосувань наративної експозиційної терапїї для дїтей і пїдлїткїв, які страждають на посттравматичнї стресовї розлади. *Front Psychiatry.* 2020 лют 19;11:19.

112 Бетанкур, Т.С., Меєрс-Окї, С.Е., Чарроу, А.П., Тол, В.А. Втручання для дїтей, які постраждали вїд вїйни: екологїчна перспектива психосоцїальної пїдтримки та охорони психїчного здоров'я.

113 Кангаслампї та їн. *BMC Psychiatry* (2015 р.) 15:127 DOI 10.1186/s12888-015-0520-z

114 Шауер, Мергї, та Нойнер, Френк і Елберт, Томас. (2017 р.). Наративна експозиційна терапія для дїтей та пїдлїткїв (KIDNET) (. Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET)).

115 Там само

116 Фазель, М., Стратфорд, Х.Дж., Роусел, Е., Чан, С., Грїффїтс, Х., Робжант, К. П'ять застосувань наративної експозиційної терапїї для дїтей і пїдлїткїв, які страждають на посттравматичнї стресовї розлади. *Front Psychiatry.* 2020 лют 19;11:19.

Десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (EMDR)

EMDR — це ручне лікування, розроблене Франсін Шапіро для подолання наслідків травми іноді всього лише за один сеанс¹¹⁷. Відповідно до Леві та ін. (Lewey et.al.), 2018 р.), головною особливістю EMDR є те, що клієнти швидко рухають очима, зосереджуючись на травматичному спогаді, доки рівень дистресу не знизиться. Цей метод також складається з експозиції та когнітивних компонентів, таких як релаксація і візуалізація «безпечного місця», візуалізація аспектів травми та заміна негативних думок на позитивні. Огляд Леві та ін. (2018 р.) показує, що EMDR, подібно до ТФКПТ, зменшує симптоми ПТС у дітей та підлітків. EMDR і ТФКПТ є єдиними методами психотерапевтичного лікування, рекомендованими ВООЗ для дітей та підлітків із ПТСР.

Інтеграція травматичного досвіду. Багато людей, які зазнали травматичних подій, включно з дітьми (враховуючи емоційну лабільність), долають та інтегрують травматичний досвід за допомогою мінімальних втручань та кризових втручань. Однак усе ще є дорослі та діти, які потребують професійної психологічної підтримки в інтеграції травматичного досвіду. В період від одного до шести місяців після травматичної події у дитини можуть спостерігатися симптоми так званого «посттравматичного стресу» у вигляді інтрузій, уникнення та збудження. Ці симптоми є природними та нормальними, вони захищають психіку дитини від нав'язливих спогадів про травматичну подію. Однак ця форма захисту забезпечує лише тимчасове та короткочасне полегшення, тоді як у довгостроковій перспективі вона запобігає інтеграції та переробці травматичного досвіду, що з часом підвищує ймовірність ускладнення загального стану, погіршення якості життя та сприяє розвитку ПТСР. Тому надання своєчасної та кваліфікованої допомоги сприяє прискоренню відновлення психіки дитини. Практичні прийоми боротьби з інтрузією, уникненням і збудженням достатньою мірою висвітлені в праці «Діти та війна: навчання технік зцілення»¹¹⁸, авторами якої є. Надання допомоги в інтеграції травматичного досвіду починається зі спільного аналізу травматичної події та поточних реакцій дитини на історію її досвіду. Фахівцю потрібно в доступний та безпечний для дитини спосіб дослідити її сприйняття та поточне розуміння завершеної травматичної події та збитків від неї (людей, тварин, майна, доступності знайомих місць і речей тощо). Слід аналізувати та записувати емоційні реакції дитини на пригадування травматичної події; запитувати, чи погоджується дитина з емоцією, яку спостерігає фахівець. Потрібно вивчити думки та надані значення щодо події, які озвучує дитина, згадуючи травматичний досвід. Поведінкові реакції на травматичну подію відстежуються тоді, коли дитина розповідає про свій розпорядок дня, організацію своєї діяльності та дозвілля, дії та поведінку, які забирають більшу частину її вільного часу. Потрібно збирати достовірні факти про травматичну подію та збитки, яких зазнала дитина, з доступних офіційних джерел. Дані аналізу травматичної події дають змогу фахівцю побачити точку зору дитини на саму подію та сформований досвід, акцентувати увагу на реальності дитини та спробувати визначити тяжкість дискомфорту, якого дитина зазнала через травматичну подію. Окремо слід проаналізувати симптоми, які проявляються після травматичної події, зокрема інтрузії, збудження, уникнення та деструктивної поведінки. Інтрузії — це нав'язливі спогади, думки та почуття, пов'язані з травматичною ситуацією, які можуть виникнути в будь-який час, зокрема у вигляді флешбеків або нічних жахів, і через їхній

116 Фазель, М., Стратфорд, Х.Дж., Роусел, Е., Чан, С., Гріффітс, Х., Робжант, К. П'ять застосувань нарративної експозиційної терапії для дітей і підлітків, які страждають на посттравматичні стресові розлади. *Front Psychiatry*. 2020 лют 19;11:19.

117 Шапіро, Ф. Ефективність процедури десенсибілізації руху очей при лікуванні травматичних спогадів. *Journal of Traumatic Stress* («Журнал травматичного стресу»). 1989;2(2):199-223.

118 Патрік Сміт, Етл Дирегров, Уільям Юле у співавторстві з Лейлою Гупта, Шоном Перреном, Рольфом Г'єстадом. [Діти та війна: навчання технік зцілення](#) у перекладі Бюро перекладів deir.dp.ua, її Слабінської та за упорядкування Олени Черненко, Мирослави Лемик та Катерини Явної

реалістичний та несподіваний характер викликають у особи дискомфорт і тривогу щодо її здорового глузду. Щоб впоратися з інтрузивними спогадами, слід нормалізувати та пом'якшити емоційне навантаження від повторного проживання події, а також дослідити чинники, які нагадують про травматичну подію. Важливо знайти зв'язки між тригерами в повсякденному житті та негативними емоціями, щоб відновити відчуття контролю та запобігти закріпленню стратегії уникнення. Збудження може виявлятися через надмірну нервозність, лякливність, тривогу, дратівливість, неспокій, погану концентрацію тощо та може впливати на якість і цикли сну. Збудження часто пов'язане з інтрузіями та має фізіологічні симптоми, схожі на панічні атаки. Уникнення дає тимчасове полегшення, але в довгостроковій перспективі створює порочне коло та зміцнює деструктивну модель поведінки, яка обмежує повсякденне життя дитини, пригнічує емоції та підвищує ймовірність розвитку ПТСР. Уникнення може спричинити депресію, відчуження тощо. Деструктивні прояви можуть включати агресивність, імпульсивність, схильність до ризику, бунтарство, регресивність тощо і вимагають не стільки виховного впливу, скільки психосоціальної підтримки у вигляді психологічної освіти та стримування емоцій. В процесі інтеграції травматичного досвіду дитині необхідно розвинути навички стабілізації, щоб виробити стійкість і стресостійкість. Методи стабілізації можуть бути різними, але їхньою метою має бути зменшення емоційного стресу через травматичні спогади. Доказовий метод включає десенсибілізацію та повторну обробку рухів очей. Однак дихальні, когнітивні та поведінкові техніки не менш ефективні. Важливо зосередитися на щоденному плануванні корисної діяльності для формування навичок саморегуляції та контролю, одночасно відновлюючи та зміцнюючи відчуття самоуправління. Окрім короткострокового планування слід обговорювати мрії та орієнтовані на майбутнє поточні повсякденні справи. Процес інтеграції травматичного досвіду відбувається в теперішньому часі методом «повернення» спогадів у минуле для побудови майбутнього.

Інструменти оцінки психічного здоров'я

За наступним посиланням клініцисти можуть отримати доступ до ряду матеріалів щодо психічного здоров'я, перекладених українською мовою, включно з інструментами оцінки психічного здоров'я:

[Україна | Міжнародний консорціум з питань травм \(traumameasuresglobal.com\)](http://ukraine.mindmeasures.org)

3.3. Психосоціальна підтримка дітей

Психосоціальна підтримка, яка не має на меті індивідуальне терапевтичне втручання для дитини, окреслює будь-який тип підтримки, спрямованої на захист або сприяння психосоціальному благополуччю та/або на лікування чи запобігання виникненню психічного розладу. Її мета — зміцнити дитячі захисні механізми та зменшити стресові реакції, які розвинулися через минулі або поточні стресори в їхньому житті. Керівництво з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації¹¹⁹, надане Міжвідомчим постійним комітетом (МПК), припускає, що основна ідея керівництва полягає в тому, що соціальна допомога має ключове значення для захисту та підтримки психічного здоров'я та психосоціального благополуччя населення, що потерпіло від надзвичайних ситуацій. Згідно з Пойжула¹²⁰, у кризових ситуаціях важливо не використовувати медичний підхід, заснований на розладі, а радше дотримуватися кризової психологічної моделі, котра включає поліпшення добробуту, підтримку копіngu та запобігання розладам. Дітям окрім задоволення основних потреб потрібен захист, підтримка та можливість обговорити потенційно травматичні події з «безпечним» дорослим. Діти можуть отримати психосоціальну допомогу для свого благополуччя на багатьох рівнях. Наприклад, від батьків, друзів, вчителів і релігійних лідерів¹²¹.

119 Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації, 2007 р. [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings \(English\).pdf \(interagencystandingcommittee.org\)](https://www.iatc.org/Guidelines-on-Mental-Health-and-Psychosocial-Support-in-Emergency-Settings-English.pdf)
120 Пойжула С. (Poijula, S.), (2007 р.), *Lapsi ja Kriisi. Selvitysmisen tukeminen*. Gummerus Kirjapaino Oy. Гельсінкі
121 Уесселз, М. Дж. (2017 р.). *Діти та збройний конфлікт: Втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни*. Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 4–13.

Підтримка та посилення дитячих захисних механізмів під час стресової події включає зміцнення соціальних навичок, підтримку батьківського виховання та спілкування, підвищення почуття безпеки, а також різні кризові втручання — від вербальної першої допомоги до робочих таблиць і практичних стратегій копінгу¹²². На думку Уесселза, заходи психосоціальної допомоги на рівні громад, які широко застосовуються для підтримки дітей, що постраждали від війни, сприяють самодопомозі, колективному розширенню можливостей, активізації локальних мереж, нормалізації, вираженню почуттів та соціальній інтеграції. Робота, пов'язана з психосоціальною підтримкою, часто складається з ігор, пісень, танців, театральних вистав, сторітелінгу, малювання та занять спортом. Уесселс також нагадує, що повсякденні практики, наприклад, коли батьки обіймають дитину або коли вчитель дає поради учневі, не зустрічаються в жодному з перерахованих психосоціальних втручань, навіть якщо вони мають суттєвий психосоціальний вплив на дітей. Застосування підходу громадської охорони здоров'я, коли психосоціальні втручання здійснюються фахівцями, які не обов'язково мають значний досвід у сфері психічного здоров'я дітей, але мають досвід навчання чи забезпечення їхніх потреб загалом, дає змогу охопити велику кількість дітей за короткий проміжок часу.

3.4. Психологічне/посттравматичне зростання

«Ми знаємо те, чого не знали до ударів, — що ми можемо їх пережити».

Сюзанна Ковен (Suzanne Koven)

Теорію посттравматичного зростання (Post-traumatic growth, PTG), яка пояснює трансформацію після травми, розробили психологи та доктори філософії Річард Тедескі (Richard Tedeschi) і Лоуренс Калхун (Lawrence Calhoun) в середині 1990-х років. На думку Кольєра¹²³, це поняття можна сплутати зі стійкістю, навіть якщо йдеться про дві різні конструкції. PTG, тобто відчуття особистісного зростання, відбувається за певний період часу в результаті активних зусиль для подолання психологічних труднощів, іноді навіть психічного захворювання. Психологи використовують різні шкали самооцінки, щоб оцінити, чи досяг хтось зростання після травми. Однією з них є Опис посттравматичного зростання (Post-Traumatic Growth Inventory, PTGI), розроблений Тедескі та Калхуном¹²⁴. У ньому розглядаються позитивні відповіді в п'яти сферах: «Цінування життя», «Стосунки з іншими», «Нові можливості в житті», «Особиста сила» та «Духовні зміни».

122 Пойжула С. (Pojula, S.), (2007 р.), Lapsi ja Kriisi. Selviytymisen tukeminen. Gummerus Kirjapaino Oy. Гельсінкі

123 Кольєр, Л. (2016 р.). Зростання після травми. Чому одні люди більш стійкі, ніж інші, і чи можна цьому навчитися?. Monitor on Psychology Том 47, № 10

124 Тедескі, Р.Г., та ін. J Trauma Stress. 1996 р. Опис посттравматичного росту: вимірювання позитивних наслідків травми. PMID: 8827649

4. ПРАКТИЧНІ ІНСТРУМЕНТИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ФАХІВЦІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ ІЗ ДІТЬМИ

Діти, які зазнали тривожного чи травматичного досвіду, спричиненого війною чи іншими конфліктами, потребують місця, де їм буде надано безпеку та захист. Фахівці, що працюють із дітьми в повсякденних умовах, відіграють важливу роль у підтримці та зміцненні дитячих захисних механізмів і в запобіганні тривалим негативним психологічним наслідкам, навіть якщо вони не обов'язково мають досвід у сфері психічного здоров'я дитини. Здатність дітей долати наслідки стресових подій та зберігати надію на майбутнє посилюється завдяки приязній взаємодії з «безпечними» дорослими. Значимість фахівців, які пропонують психосоціальну підтримку дітям, зростає, коли все населення зазнало травматичних подій, наприклад, під час війни, коли багато батьків і опікунів не здатні емоційно підтримати своїх дітей. Екстрена психологічна допомога часто залежить від короткострокового фінансування, наслідки раптового зникнення якого можна пом'якшити через інституціоналізацію психосоціальної підтримки дітей, що потерпіли через війну. Уесселз¹²⁵ припускає, що забезпечення стійкості систем підтримки може здійснюватися, наприклад, через гарантування навчання та постійного нагляду для вчителів або навіть інтеграції психосоціальної підтримки до національних навчальних планів педагогічної підготовки та посадових інструкцій вчителів.

У цьому розділі спочатку будуть представлені загальні поняття, важливі для будь-якого фахівця, який працює з дітьми, а потім – конкретніші практичні інструменти психосоціальної підтримки стосовно певного віку. Деякі практики підходять для дітей будь-якого віку, але призначені для найвідповіднішої вікової групи.

4.1. Хто може надавати психосоціальну підтримку?

«Посібник із захисту дітей у надзвичайних ситуаціях: керівництво для працівників на місцях. Розділ 5. Психосоціальна підтримка»¹²⁶ визначає певні підходи та навички для фахівців, які можуть надавати психосоціальну підтримку дітям. Вони повинні:

- сриймати дітей такими, якими вони є;
- розуміти місцеві звичаї та культуру;
- володіти місцевою мовою для полегшення спілкування;
- хвалити дітей за їхні вчинки та позитивну поведінку, цінувати їх;
- ставитися до дітей з повагою, а не принижувати їх, глузуючи або обзиваючи;
- помічати навіть невеличкі зміни в поведінці дітей;
- використовувати зрозумілу для дітей мову;
- надавати дітям можливість висловлювати свої почуття та ідеї та приймати їх;
- давати дітям право вибору;
- не демонструвати фаворитизм і не віддавати перевагу в ставленні до окремих дітей;
- приділяти більше індивідуальної уваги дитині, яка може мати бажання поговорити;
- виявляти емпатію та чутливість до потреб дитини;
- бути надійним і не давати брехливих обіцянок;
- бути гнучким і креативним — вміти оптимально використовувати наявні ресурси, але мати здатність адаптуватися до іншої ситуації, якщо попередня видається дітям нудною і вони не сприймають її;
- моделювати відповідні способи боротьби з труднощами та очікувану поведінку;
- вміти працювати в команді;
- бути чутливим до своїх власних змін. Фахівці не повинні керувати будь-якою діяльністю, якщо відчувають тиск або стрес, оскільки це заважатиме їхній здатності позитивно реагувати на дітей.

125 Уесселз, М. Дж. (2017 р.). Діти та збройний конфлікт: Втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 4–13.

126 Посібник із захисту дітей у надзвичайних ситуаціях (ЮНІСЕФ, Індонезія, 2008 р.) [Toolkit on Child Protection in Emergencies Section 5- Psychosocial Support.pdf](#) (bettercarenetwork.org)

4.2. Самодопомога: турбота про найважливіший інструмент — про самого себе

Дитині, особливо молодшого віку, потрібні дорослі, котрі допоможуть опрацювати її емоційні реакції, зокрема почуття, що виникають під час нормального розвитку, і ті, що з'являються в результаті тривожних або травматичних життєвих подій. Нервова система дитини та дорослих, які її оточують, взаємопов'язані та взаємодіють. Здатність дорослого підключитися до власного тіла та заспокоїти власну нервову систему безпосередньо впливає на відчуття безпеки дитини у та на її здатність заспокоїтися. Нервова система дитини є дзеркалом нервової системи дорослих, які її оточують. Якщо дорослий постійно відчуває тривогу та стрес, дитина також схильна почуватися невпевненою та незахищеною. Тому важливо, щоб фахівці, які працюють із дітьми в повсякденних умовах, мали засоби для того, щоб насамперед керувати власним рівнем стресу та тривоги, оскільки спокійний емоційний стан «безпечного» дорослого підтримує дитину більше за будь-які заспокійливі слова. Повідомлення, яке надходить через нервову систему від дорослого до дитини, є набагато дієвішим та значимішим за будь-які слова чи вправи, призначені для заспокоєння тривожного стану дитини. Нижче наведені приклади завдань і вправ, які завдяки регулярному виконанню можуть допомогти полегшити психологічний дистрес і тривогу, спричинені неспокійними та складними часами. Самодопомога — це піклування про найважливіший інструмент — про самих фахівців¹²⁷. Ключ до керування стресовими ситуаціями, які людині важко опанувати, полягає в тому, щоб зосередити енергію на захисних стратегіях, здатних допомогти в управлінні важкими почуттями та думками, що виникають через складні обставини. Типові рекомендовані захисні стратегії, які допомагають розвинути стійкість, є наступними:

- перебувати на зв'язку зі своєю соціальною мережею якомога довше;
- включати певні фізичні навантаження до повсякденного життя. Навіть прості рухові вправи допомагають врівноважити збільшення рівня гормонів стресу та відчуття збудження;
- співчутливо поговорити з самим собою;
- розробити план і певний розпорядок дня. Розпорядок дня може налаштувати на знайомі відчуття та додати контролю в ситуаціях, які без цього здаватимуться хаотичними;
- застосувати ментальні практики самоусвідомлення (майндфулнес) і релаксації. Глибоке дихання може зменшити відчуття стресу у вашому тілі, посилюючи заспокійливе повідомлення для розуму. Нижче наведено кілька вправ для розслаблення, які легко пристосувати до власного розпорядку дня;
- замість того, щоб відганяти від себе страшні переживання чи думки, намагайтеся дозувати їх невеликими порціями. Нагадуйте собі про стійкість, яку вже продемонстрували в складних ситуаціях;
- обговорюйте травматичні події, зокрема хвилювання, занепокоєння та страхи з надійним колом підтримки;
- не втрачайте надію. Зосереджуйтеся на своїй здатності впоратися з надзвичайно складною ситуацією, оскільки стійкість і сила можуть допомогти зберегти певний оптимізм;
- уникайте впливу постійного потоку новин і соціальних мереж¹²⁸.

127 Посилання на інші поради щодо самодопомоги (багато вправ підходять як для дорослих, так і для дітей):

[Посібник для доброго самопочуття](#)

[Поради для дорослих](#)

128 Як це зробити, див. у посібнику за посиланням: [Як контролювати вплив новин і соціальних змі на себе](#).

4.3. Комунікація — помічайте, слухайте та обговорюйте

Оскільки центр Брока демонструє обмежену активацію, коли людина перебуває в найелементарнішій ситуації, спричиненій страхом, здатність говорити про травматичні події після неї також буде обмеженою. Тому, щоб отримати доступ до травми, самих слів часто замало¹²⁹. На думку Уесселза¹³⁰, нерідко можна зустріти психологів чи інших фахівців, які просять дітей намалювати або розповісти детальні історії про найболючіші події, з якими вони стикалися під час війни чи інших травматичних подій. Дорослі часто вірять, що зцілення відбувається через емоційне вираження жахливих переживань, але це також може негативно вплинути на дітей. Уесселз¹³¹ представляє два дослідження, які показують, що діти чи підлітки, які розповідають або висловлюють почуття, пов'язані з їхнім травматичним досвідом на війні, мають гірші довгострокові наслідки для психічного здоров'я порівняно з їхніми однолітками, які дивляться у майбутнє або використовують стратегії уникнення¹³². Травмофокусована практика психологічного дебрифінгу для дорослих також виявилася неефективною, а в деяких випадках навіть шкідливою¹³³. Тому спілкування стосовно думок або почуттів дитини, пов'язаних із тривожними або травматичними подіями, завжди має ініціювати сама дитина.

Розглядати розум як окрему сутність, яка потребує розмовної терапії для лікування, особливо проблематично у випадку з малими дітьми, які природно спілкуються за допомогою невербальних сигналів і дій, а травма суттєво посилює цю проблему. Деяким дітям легко відтворювати тривожні та травматичні події чи пов'язані з ними почуття, тоді як багатьом іншим це робити складно. Незалежно від того, що актуально для конкретної дитини, діти зазвичай виражають важкі переживання через дії та поведінку, а не через слова. Дорослому складно залишатися чесним і відкритим щодо будь-яких стресових або травматичних подій, які дитина пережила і про які хоче розповісти. Важливо також пам'ятати, що навіть якщо труднощі часто в очевидний спосіб виявляються в поведінці дитини, така поведінка не завжди відтворює те, що відбувається в її розумі. Інколи буває складно витлумачити хвилювання або смуток дитини за виразом її обличчя та поведінкою. Перебування поряд з окремими дітьми в їхньому природному середовищі (наприклад, спільна гра чи невимушена розмова про улюблену відеогру) допомагає дорослому розпізнати будь-які занепокоєння чи інші тривожні думки, які можуть бути у дитини, і, що найважливіше, допомагає самій дитині почуватися безпечно.

Діти часто покладаються на «безпечних» дорослих, які їх оточують, щоб отримати інформацію про страшні чи травматичні події, про те, наскільки серйозною є небезпека і як на неї реагувати. Коли дитина ставить запитання або розповідає про те, що вона почула чи пережила, вона часто шукає підтримки у дорослих. Критично важливо дозволити дитині поділитися своїми думками чи хвилюваннями у власний спосіб і своїми словами. «Слухання» дитини, коли вона грає, малює або під час іншої діяльності, може дати дорослому безцінне розуміння її думок і почуттів. «Безпечний» дорослий, який нормалізує та валідує ці почуття та думки, може відігравати важливу

129 Ван дер Колк, Б. А. (2014 р.). Тіло веде рахунок: Роль мозку, розуму і тіла у зціленні травми. Вікінг.

130 Уесселз, М. Дж. (2017 р.). Діти та збройний конфлікт: Втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни. Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 4–13.

131 Там само

132 Джонс, Л. (2013 р.). Потім вони почали стріляти. Нью-Йорк, Нью-Йорк: BellevueLiterary Press.

Бутбі, Н., Кроуфорд, Дж., і Гальперін, Дж. (2006 р.). Дослідження з оцінки результатів життя дітей-солдат у Мозамбіку: Досвід, здобутий під час реабілітації та реінтеграції. Global Public Health, 1, 87–107.

133 Оланье М., Вергер П., Руйон Ф. Ефективність психологічного дебрифінгу в профілактиці посттравматичних стресових розладів. Rev Epidemiol Sante Publique. 2004;52:67–9.

Цільова група з питань профілактичних послуг у громаді (2008 р.). Рекомендації щодо зменшення психологічної шкоди від травматичних подій серед дітей та підлітків. American Journal of Preventive Medicine («Американський журнал превентивної медицини»), 35, 314–316.

роль у процесі зцілення дитини. Слід уникати брехні щодо реальних подій або применшувати переживання та почуття дитини, навіть якщо це робиться в найкращих інтересах дитини. Розповідь про власні відчуття дорослого щодо ситуації нормалізує почуття дитини, наприклад, щодо війни, і може бути корисною для неї, якщо дорослий також висловлює оптимізм і надію. Замість того, щоб запитувати про будь-яку конкретну подію в житті дитини, «безпечний» дорослий дає можливість висловити навіть найскладніші переживання та почуття, якщо дитина цього бажає, і таким чином підтримує її загальне зцілення від травматичного досвіду. Надання можливостей для вільної гри, танцю, руху та мистецтва може бути дуже потужною формою спілкування та самовираження.

Екіпаж Кіп справляється зі своїми турботами¹³⁴ — це буклет із вправами для дітей віком від 4 до 9 років, який допоможе їм подумати про свої почуття хвилювання та управляти ними і, зокрема, подолати хвилювання та страхи, спричинені війною, та відновити відчуття безпеки. Вправи можна безпечно використовувати в групі дітей, оскільки вони не вимагають від дитини описувати будь-які конкретні тривожні події, а радше надають їй можливість висловити занепокоєння та інші тривожні думки та почуття, якщо вона хоче і готова виразити їх через гру, малювання та інші дії, які є природними для дітей способами опрацювати свої складні почуття та переживання.

4.3.1. Спілкування з дітьми про смерть, допомога впоратися з горем

Нижче подаються посилання на брошури, які допомагають батькам та іншим дорослим зрозуміти, як діти різного віку переживають втрату та горе, як поговорити з ними про це та як допомогти їм впоратися зі смертю близької людини та з горем загалом¹³⁵.

4.4. Підвищення відчуття безпеки

Підвищення відчуття безпеки дитини під час і після тривожної або травматичної події є життєво важливим для захисту дітей від тривалого впливу травматичного досвіду. Окрім методів, коли фахівці піклуються про себе та проєктують надію і стійкість, є прості дії, до яких можна вдаватися, щоб посилити у дитини відчуття безпеки, навіть коли в її житті є очевидні та реальні небезпеки та дистреси.

- Підвищення передбачуваності в контрольованих сферах повсякденного життя:
 - намагання підтримувати звичайний графік і розпорядок дня;
 - підвищення передбачуваності завдяки повідомленню дітей про те, що відбувається впродовж звичайного дня, а також у разі, наприклад, повітряної атаки (для цього можуть використовуватися картки [«Спочатку — потім» \(suojellaanlapsia.fi\)](#));
 - дотримання безпечних кордонів.
- Здатність бути дорослим, якому довіряють і який допоможе дитині осмислити свої внутрішні переживання і навколишній світ:
 - забезпечення кожній дитині повідомлення «ти важливий/важлива», а також постійної уваги дорослих впродовж дня;
 - увага до комунікативних нюансів, коли співрозмовник дивиться дитині в очі під час привітання та прощання, і присідання на рівень з молодшими дітьми, щоб вони не дивилися на дорослого знизу догори;
 - чуйність, виявлення емпатії та розуміння, що дитина проходить через дуже складні переживання, які можуть вплинути на її поведінку та спричинити регрес у здібностях і навичках;
 - розуміння, що дитині важко працювати або зосереджуватися, коли вона схвилювана чи травмована; коли вона в такому стані, їй варто пропонувати альтернативні види діяльності — наприклад, більше фізичних навантажень, які також допомагають впоратися з фізичними симптомами, спричиненими стресом;
 - додавання надії та оптимізму.

¹³⁴ Екіпаж Кіп справляється зі своїми турботами

¹³⁵ Спілкування з дітьми про смерть і допомога дітям у подоланні відчуття смутку під час війни

[Дитяче травматичне горе: інформація для шкільного персоналу](#)

[Допомога підліткам з травматичним горем: поради для тих, хто надає допомогу](#)

– Забезпечення моментів «нормальності»: попри те, що дітям важливо давати можливість висловлювати свої почуття та думки, коли вони будуть готові та захочуть це зробити, не менш важливо дозволити їм відпочити від тривожних подій і відволіктися, забезпечити нормальним досвідом дитинства. Можливість зустрічатися з друзями, співати та танцювати, грати у веселу гру, займатися випічкою чи дивитися улюблений фільм відволікає розум дитини від тривожних переживань, які вона має або через які проходить. Школи та дошкільні заклади — ідеальні місця для таких заходів і відволікаючих моментів, які сприяють підвищенню у дитини відчуття безпеки.

4.5. Техніки заземлення та релаксації

Усім дітям, особливо тим, які «застрягли» в своєму дистресі та не мають змоги чи мотивації гратися та брати участь у різних заходах, або, навпаки, постійно виказують надмірну пильність і не здатні зосередитися на заняттях, можна допомогти почуватися більш «заземленими» за допомогою відповідних їхньому вікові вправ на заземлення та релаксацію. Практика релаксації повинна бути регулярною частиною повсякденного життя для всіх дітей, які потерпіли від війни чи інших затьожних конфліктів, щоб допомогти впоратися зі звичайними стресовими реакціями та запобігти виникненню розладів у майбутньому. Релаксаційні вправи можна запланувати на весь день, але найкраще їх включити на початку та наприкінці будь-яких складних завдань з концентрації. Деяким дітям буде складно виконувати спокійні, повільні та статичні вправи на розслаблення, тому замість них можна запропонувати вправи, які передбачають розслаблення через рухи. У наступному підрозділі наведені вправи на релаксацію, які відповідають певному віку. Водночас будь-яка діяльність, яка допомагає чи змушує розум дитини зосередитися на поточному моменті, найімовірніше допоможе їй заземлитися та розслабитися. Наприклад, гра в футбол або інші види спорту, які вимагають повної уваги, корисні для дитини не лише для зосередження на поточному моменті, але й тому, що рух корисний для тіла та розуму.

У запропонованому документі перераховані типові реакції, які фахівці можуть спостерігати у дітей, з якими вони працюють, а також пропозиції про те, як допомогти дітям після пережитої травми на рівні громади¹³⁶.

4.6. Діти дошкільного віку

Допомогти дітям дошкільного віку озвучити свій дистрес та впоратися з ним може бути складно, зокрема тому, що ця вікова група часто не повністю розуміє масштаби того, що відбувається, але zarazом піддається впливу емоцій, які відчують старші діти та дорослі навколо них. Створення можливостей для ігор і творчих занять для опрацювання складних емоцій, а також для відволікання дітей від їхнього опрацювання є однаково важливими. Маленькі діти часто переживають складні події, повторюючи їх у грі. Наприклад, нормальна поведінка для дитини, яка стала свідком травмування іншої людини, — відтворювати цю сцену в грі, часто по кілька разів, за допомогою іграшок. Це може виглядати як агресивна гра. Однак якщо дитина не завдає шкоди собі чи іншим і не відчуває дистресу чи нав'язливого стану (тобто, коли вона не може відійти від сценки, а натомість «застрягає», відтворюючи один і той же інцидент знову й знову та демонструючи дистрес), таку гру можна вважати здоровим природним способом для дитини, щоб впоратися зі складним досвідом, який вона мала, і осмислити його¹³⁷ (М'юзік, 2011 р.).

136 *Helping Youth after Community Trauma: Tips for Educators*
137 М'юзік, Дж. (2011 р.) *Виховання натур. Прив'язаність та емоційний, соціокультурний і розумовий розвиток дітей.*
Psychology Press. Східний Сассекс

Деякі шкільні втручання для сприяння копіngu через психосоціалну підтримку демонструють багатообіцяючі результати для дітей, які живуть в умовах тривалого конфлікту чи війни¹³⁸. За словами Слоуна і Манна¹³⁹, не існує доказових втручань, які б розглядали такі програми втручання, котрі сприяють стійкості для дітей дошкільного віку в дитячих садках. Наведені нижче вправи базуються на наявних знаннях про вплив психосоціальної підтримки на дітей і про теорю розвитку дитини загалом.

Втручання Huggy-puppy («Цуценя Хаггі»)

Втручання Huggy Puppy (HPI) розробив професор Аві Саде (Avi Sadeh) як короткочасне втручання для підтримки дітей у важкій ситуації — наприклад, досвід переживання війни. Саде та ін.¹⁴⁰ досліджували стресові реакції маленьких дітей (2-7 років) під час і після війни через втручання HPI. Дітям подарували по цуценяті Хаггі, яке дуже потребує підтримки, щоб заохотити їх піклуватися про нього. Загальне Дослідження 1 показало, що більшість постраждалих від війни дітей мають сильні реакції на стрес. Дослідження 2 продемонструвало значне зниження стресової реакції в повоєнній оцінці для групи, яка брала участь у втручанні HPI. Вищий рівень прив'язаності та залучення до взаємодії з цуциком Хаггі показали кращі результати.

HPI базується на теоретичних і клінічних припущеннях про те, що коли дитина виконує роль опікуна, це сприяє підвищенню її самооцінки, потенційно знижуючи вразливість до реакції на стрес. Це також переключає увагу з власних почуттів або внутрішнього дистресу дитини на інтерес до тваринки, це дозволяє дитині спроектувати на неї страхи і краще регулювати свої емоції. Етапи HPI включають заохочення дитини піклуватися про іграшкове цуценя, що потребує турботи, чи про будь-яку іншу м'яку тваринку. Спочатку дитину знайомлять із твариною та розповідають, що Хаггі (ім'я іграшки) трохи засмучена і налякана, тому що вона далеко від дому і в неї немає нікого, хто б про неї піклувався. Дитині також кажуть, що Хаггі любить, коли її обнімають, але ніхто про неї не турбується. Якщо дитина погоджується бути хорошим другом Хаггі та піклуватися про неї, їй дають іграшку та наочно показують, як її правильно обіймати. Якщо діти мають проблеми зі сном, відчувають страх перед тим, як заснути або посеред ночі, Хаггі можна забрати додому або ж батьки можуть дати дітям іншу іграшку Хаггі, щоб вони пильнували її вночі.

Вправи на заземлення та релаксацію

Маленьким дітям, скоріш за все, більше сподобаються вправи на розслаблення, якщо вони міститимуть елемент гри та залучення уваги. Нижче наведено приклади дихальних вправ, які можна запланувати впродовж дня як веселу перерву; водночас вони посприяють розслабленню. Уповільнення дихання заспокоює тіло та розум, перериваючи реакцію «бийся або тікай» та посилюючи приплив крові до ділянок мозку, що дозволяє когнітивним процесам працювати ефективніше.

Дихання «полуниця та свічка». Уявіть, що на долоні у вас полуниця, а вказівний палець іншої руки — свічка. Понюхайте «полуницю», повільно вдихаючи через ніс, потім задуйте «свічку», видихнувши через рот. Повторіть кілька разів.

«Подих зайчика». Зробіть три швидких вдихи через ніс і один довгий видих через рот. Коли діти починають освоювати вправу, нехай ваші маленькі зайчики зосереджуються на тому, щоб видих відбувався щоразу повільніше.

138 Слоун, М., Шошані, А., Лобель, Т. (2013 р.) Допомога молоді негайно після впливу війни: квазірандомізоване контрольоване випробування шкільної програми втручання. *J Prim Prev* 34(5):293–307

139 Слоун, М., Манн, С. (2016 р.) Вплив війни, тероризму та збройних конфліктів на дітей раннього віку: систематичний огляд. *Child Psychiatry Hum Dev* 47(6):950–965.

140 Саде, А., Хен-Гал, С., Тікоцький, Л. Реакція маленьких дітей на стрес, пов'язаний із війною: опитування та оцінка інноваційного втручання. *Pediatrics* («Педіатрія»). 2008 січ;121(1):46-53.

«Подих змії». Повільно вдихніть через ніс і видихніть через рот із довгим повільним шипінням, як у змії.

За інформацією Служби охорони здоров'я Англії (Public Health England, 2019 р.), фізично активні діти мають більше впевненості, вищу самооцінку, менше тривоги та стресу й кращі соціальні навички. Усі ці якості допомагають їм долати складні часи. Фізичні навантаження підтримують низку важливих процесів розвитку маленьких дітей, а також допомагають їм осилювати нормальні реакції на стрес, спричинені аномальними подіями, що часто проявляються у хвилюванні. Під час неспокійних і стресових періодів дітям корисно мати додатковий час на фізичну активність, включно з короткими перервами на рухові вправи, які плануються на періоди, коли потрібна концентрація. Нижче наведено приклади фізичних вправ/перерв-руханок, які підходять для дошкільної вікової групи.

Імітація тварин. Дітям пропонують наслідувати різноманітних тварин. Пересуваючись на руках і колінах, діти рухаються і граються. Вони можуть стрибати, як жабка, або ходити перевальцем, як пінгвін. Можна вигинати спину, перевертатися на спині, тупотіти ногами або тягнутися максимально високо вгору.

Хапання пір'їнок. Пір'я підкидають у повітря, щоб діти хапали його руками або посудинами, перш ніж воно впаде на землю. Дітям старшого віку також можна дати пір'їнку, щоб вони спробували утримати її в повітрі, дмухаючи на неї.

«Танцюй-замри». Дорослий грає пісню, під яку діти танцюють. Щоразу, коли дорослий зупиняє пісню, діти завмирають на місці. Дітям буде весело танцювати, а ще вони розвиватимуть навички саморегуляції.

Надання можливості висловити важкі почуття та думки

Для маленьких дітей природним способом висловити свої почуття та думки, пов'язані з травматичними подіями, є гра, творчість та інші види діяльності. Читання збірки оповідань *«Сильні почуття приходять та йдуть»* є прикладом розмови про почуття загалом і про надання дітям можливості розповісти про власні почуття, якщо вони захочуть це зробити. Книга розповідає дітям про реакції завмирання, «бийся або тікай» та допомагає їм навчитися деяким базовим навичкам саморегуляції. Розуміння реакцій завмирання, «бийся або тікай» може посприяти новим бесідам про те, як дитина почувається та що робити, щоб допомогти їй керувати своїми «великими почуттями».

4.7. Діти молодшого шкільного віку

Згідно з Уесселзом¹⁴¹, шкільні заходи підтримки для дітей, що постраждали від війни, передбачають класи для допомоги, взаємодію з учителями, експресивні заходи, ненавильницьку дисципліну та розв'язання конфліктів, зосередження КПТ на творчому самовираженні та перенаправлення дітей, які потребують спеціалізованої підтримки. Навички, які базуються на інформації про травму, в освіті є відносно новою сферою досліджень і практики¹⁴². Гарріс і Фалло¹⁴³ описують її як підхід, що базується на знанні та розумінні того, як травма впливає на людей. До практики в освіті, що базується на інформації про травму, включено такі чинники: (1) безпека, (2) надійність і прозорість, (3) співпраця та взаємність, (4) підтримка однолітків, (5) розширення можливостей,

141 Уесселз, М. Дж. (2017 р.). *Діти та збройний конфлікт: Втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни*. Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 4–13.

142 О'Тул, Катріона (2022 р.) *«Коли травма приходять до школи: Про соціально справедливую практику, що враховує інформацію про травми»*. International Journal of School Social Work («Міжнародний журнал шкільної соціальної роботи»): Том 6: Вип. 2.

143 Гарріс, М., та Фалло, Р. Д. (2001 р.) Розробка служб у сфері боротьби із залежностями на основі інформації про травми. New Directions for Mental Health Services («Нові напрямки служб психічного здоров'я»), 57–73

голос і вибір, (б) реагування на культурні, історичні та ґендерні проблеми (SAMHSA (Служба надання допомоги людям з алкогольною та наркотичною залежністю), 2014 р.). Нижче наведено приклади практик і вправ у шкільному середовищі, які сприяють стійкості дітей та їхній здатності впоратися зі стресовими та складними періодами.

«Безпечне місце»

Усі візуалізації у вправі «Безпечне місце» можна посилити, якщо діти залучають усі свої органи чуття до формування картинки в своїй голові. Якщо під час виконання вправи дитина помічає будь-які негативні образи, що з'являються в її позитивних картинках, її можна захопити відкинути ці образи і подумати про щось інше. Попросіть дитину намагатися не використовувати свій дім (або ліжко) як «безпечне місце» і натомість створити нове «безпечне місце» в своїй уяві.

Наведені нижче інструкції від getselfhelp.co.uk можна тлумачити як сценарій та регулярно практикувати їх разом із дітьми. Ідея полягає в тому, що коли діти ознайомляться з використанням образів, які вони створюють у своїй уяві як безпечне місце, вони можуть «увійти» туди, коли відчувають тривогу, занепокоєння або страх.

«Влаштуйтеся у комфортному місці (якщо можливо, там, де тихо і де вас ніхто не турбуватиме) і виділіть кілька хвилин, щоб зосередитися на своєму диханні. Заплющте очі, відчуйте будь-яку напругу в своєму тілі та дозвольте їй зникати з кожним видихом.

Уявіть собі місце, де ви відчуваєте спокій, мир і безпеку. Це може бути місце, де ви були раніше, місце, де ви мріяли побувати, місце, яке ви бачили на фото, або просто спокійне місце, яке ви можете створити в своїй уяві.

Озирніться, зверніть увагу на кольори та форми. Що ще ви помічаєте?

Тепер зверніть увагу на звуки навколо себе, або, можливо, на тишу. Звуки вдалині та поблизу. Ті, що помітніші, і ті, що менш помітні.

Подумайте про будь-які запахи, які ви там відчули.

Потім зосередьтеся на будь-яких відчуттях своєї шкіри — землі під вами чи будь-чому іншому, що підтримує вас у цьому місці, на температурі, на будь-якому порухові повітря, на будь-чому, чого ви можете торкнутися.

Зверніть увагу на приємні фізичні відчуття в тілі, насолоджуючись цим безпечним місцем.

Тепер, перебуваючи у своєму спокійному та безпечному місці, ви можете назвати одним словом чи фразою, які потому використовуватимете, щоб у будь-який момент повернути цей образ.

Ви можете затриматися там на деякий час, просто насолоджуючись спокоєм і безтурботністю. Ви можете піти, коли захочете, просто розплющивши очі, усвідомивши, де ви зараз і повернувши себе до відчуття пильності «тут і зараз».

Фізично безпечний простір у школі (наприклад, тиха зона, де немає інших дітей/дорослих, де є м'які ковдри, книги тощо, щоб відволіктися, коли дитина буде до цього готовою).

«Обійми метелика»

У складних життєвих ситуаціях щоденні стресори можуть спричинити перетворення емоцій на деструктивну форму тривоги. Деструктивні емоції призводять до прискореного серцебиття, нав'язливих думок та ускладненого дихання. Метод «обійми метелика» пропонують для того, щоб полегшити ці емоції, розслабитися та втамувати їх, бо вони швидко перетворюються на деструктивні¹⁴⁴.

Нижче наведено інструкцію з техніки «обійми метелика», яку варто читати разом із дітьми, пояснюючи їм її особливості та відтворюючи потрібні рухи.

«Схрестіть руки на грудях так, щоб кінчик середнього пальця кожної руки розміщувався під ключицею, а інші пальці й руки охоплювали зону, розташовану під з'єднанням між ключицею та плечем і ключицею та грудниною або грудною кліткою.

Руки та пальці повинні розташовуватися максимально вертикально, щоб пальці були спрямовані в бік шиї, а не в бік рук.

За бажання можна зчепити великі пальці, формуючи ними тулуб метелика, а інші пальці, витягнуті назовні, зобразять крильця. Очі можна заплющити чи залишити напівприкритими, дивлячись на кінчик носа.

Далі потрібно чергувати рухи руками, імітуючи змахи крил метелика. Руки повинні рухатися вільно. Ви можете дихати повільно й глибоко (черевне дихання), помічаючи те, що відбувається у вашому розумі та тілі. Наприклад, можна стежити за думками, образами, звуками, запахами, почуттями та фізичними відчуттями, не змінюючи, не відганяючи своїх думок і не засуджуючи їх.

Можна уявити, що ваші спостереження схожі на хмари, які пропливають повз» (Люсіна Артїгас (Lucina Artigas) та Ігнасіо Хареро (Ignacio Jarero), 2014 р.).

Далі також пропонуються психосоціальні заходи для дітей шкільного віку, розроблені Офісом ЮНІСЕФ в Індонезії¹⁴⁵.

Мистецтво. Мистецтво може бути засобом спілкування із зовнішнім світом і давати можливість для вираження думок і почуттів. Приклади мистецтва включають малюнок і живопис.

Театральні та лялькові вистави. Театральна вистава — це ефективний спосіб допомогти дітям розвинути вміння співпрацювати, вільно самовиражатися та зміцнювати впевненість у власних силах. Театр також може допомогти дітям опрацювати свій досвід та усвідомити, що з ними відбувається. Дітям молодшого віку (до 9 років) особливо сподобаються лялькові вистави.

Сторітелінг. І слухання, і переповідання історій можуть бути корисними, бо допомагають дітям дослухатися до інших, вчитися виявляти емпатію та повагу. Історії можна використовувати для опанування моральних цінностей та способів розв'язання проблем. Особлива перевага сторітелінгу полягає в тому, що він дає дітям змогу вільно висловлювати свої ідеї. Йдеться не обов'язково про них самих, а й про персонажів, яких вони вигадали, бо діти можуть ідентифікувати себе з героями та їхніми історіями. Сторітелінг може відбуватися в усній чи письмовій формі. При ньому також можна використовувати вірші.

144 Техніка «обійми метелика» | Oak Learners.

145 Посібник щодо захисту дітей в надзвичайних ситуаціях: керівництво для працівників на місцях. Розділ 5. Психосоціальна підтримка», ЮНІСЕФ, Індонезія, 2008 р

Гра та ігри. Вільні ігри та ігровий формат можуть поліпшити здатність дітей до самовираження. Структуровані ігри з визначеними правилами допоможуть продемонструвати та зміцнити певні ціннісні установки, зокрема вміння обмінюватися досвідом і співпрацювати, контролювати власні імпульси. Структуровані ігри передбачають, що їхня підготовка та реалізація можуть здійснюватися більш упорядковано.

Спорт. Діти сповнені енергії. Спорт може стати виходом для неї та спрямуванням у позитивне русло. Спорт також допоможе розвивати фізичні здібності дітей, але важливо захистити їх від травм. А ще він може навчити дисципліні та співпраці й зміцнити почуття солідарності через товариські матчі.

Пісні, музика й танці. Так само, як мистецтво та сторітелінг, пісні, музика й танці можуть стати для дітей способом самовираження. Вони також можуть долучити дітей до культурної спадщини. Там, де це можливо, і особливо там, де мало ресурсів, можна заохочувати дітей виготовляти власні музичні інструменти. Наприклад, у провінції Ачех в Індонезії діти створили музичні групи, використовуючи інструменти, які вони зробили зі сміття (пляшок, бляшанок та пластикових контейнерів).

4.8. Підлітки

Підлітковий вік має деякі спільні риси в різних культурах, включно з фізіологічними та гормональними змінами. Цей період також включає значну кількість змін у мозку із суттєвим когнітивним та інтелектуальним розвитком. Підлітковий вік зазвичай характеризується важливістю відносин з однолітками, експериментуванням, прийняттям ризиків і відкриттям власної ідентичності, тоді як вплив батьків починає слабшати¹⁴⁶. Різноманітні процеси розвитку в підлітковому віці дозволяють ширше та ґрунтовніше думати про себе, про інших і про життя загалом. Це також фаза вразливості, що включає емоційні потрясіння та проблеми з психічним здоров'ям, які стають помітнішими. Водночас підлітковий вік є фазою можливостей та психологічного, емоційного та соціального зростання¹⁴⁷.

Дослідження Слоуна та ін.¹⁴⁸ оцінювало шкільне втручання, спрямоване на сприяння захисним механізмам підлітків одразу після війни. Втручання включало два раніше перевірені чинники стійкості — мобілізацію підтримки та самоефективність. Фахові педагоги пройшли підготовку щодо таких аспектів стійкості, як соціальна підтримка та самоефективність, а також вказівки та заходи щодо посилення захисних механізмів підлітків, які справляються зі стресом війни. Дослідження включало наступні теми: «Визначення наявних та нових особистих джерел підтримки»; «Виявлення типів підтримки, доступних із кожного джерела»; «Мапування наявних стилів і розробка нових стилів надання та отримання підтримки»; «Дослідження періодів, коли можна побути на самоті, та періодів, коли можна побути з іншими»; «Групова співпраця та спільна діяльність»; «Прокладання шляху розвитку, який передбачає розробку групових проєктів для соціального залучення та участі громад». Результати цього дослідження підкреслюють важливість науково обґрунтованих втручань для шкільного персоналу, спрямованих на посилення у підлітків почуття безпеки та захисних механізмів для поліпшення їхнього благополуччя в контексті кризи після війни або одразу після повернення до школи.

146 М'юзік, Дж. (2011 р.) Виховання натур. Прив'язаність та емоційний, соціокультурний і розумовий розвиток дітей. Psychology Press. Східний Сассекс

147 Тут пропонується інформація для підлітків, яка допоможе їм зрозуміти різницю між горем і травматичним горем, усвідомити ознаки та симптоми травматичного горя у дітей і молоді, а також дізнатися, що робити, щоб почуватися краще. [childhood-traumatic-grief-youth-information-sheet.pdf](https://www.nctsn.org/childhood-traumatic-grief-youth-information-sheet.pdf) ([nctsn.org](https://www.nctsn.org)) [ctg-youth-information-sheet-uk.pdf](https://www.nctsn.org/ctg-youth-information-sheet-uk.pdf) ([nctsn.org](https://www.nctsn.org))

148 Слоун, М., Манн, С. (2016 р.) Вплив війни, тероризму та збройних конфліктів на дітей раннього віку: систематичний огляд. *Child Psychiatry Hum Dev* 47(6):950–965.

Психоосвіта. Підліткам часто корисно отримати наукову та детальну психоосвіту стосовно реакцій свого тіла чи психічного благополуччя загалом. Наприклад, розуміння реакції «бийся або тікай» та її впливу на організм і, отже, на здатність нормалізувати власні реакції в кризових ситуаціях допомагає молодим людям відчути більший контроль над власним тілом і розумом у ситуації, яка в іншому разі може змусити їх почуватися позбавленими контролю¹⁴⁹.

Ігри та вправи в цьому посібнику були розроблені спеціально для дівчат і хлопців віком від 10 до 19 років, які живуть в умовах надзвичайної ситуації та зтяжної кризи¹⁵⁰.

Вправа на заземлення

1. Роззирніться та назвіть п'ять предметів, які бачите навколо. Це може бути картина на стіні або рослина в кімнаті. Подумайте про кольори та форми того, на що дивитесь. Що вам у ньому подобається? Що вам у ньому не подобається?
2. Зосередьтеся на чотирьох предметах, які можете відчути. Це може бути стілець, на якому ви сидите, або одяг, у який вбрані. Подумайте, як ви їх відчуваєте, вони м'які чи тверді? Гладкі чи шорсткі? Холодні чи теплі?
3. Назвіть три звуки, які чуєте навколо себе. Ви можете чути людей або шум вітру. Подумайте, наскільки ці звуки гучні чи тихі. Ви часто чуєте ці звуки?
4. Зверніть увагу на два об'єкти, запах яких ви відчуваєте навколо себе в цей момент. Це може бути квітка, запах вашого одягу або шампуню на волоссі. Подумайте, що вам подобається в цьому запаху.
5. Зосередьтеся на одному об'єкті, який можете спробувати на смак. Якщо ви не можете нічого спробувати на смак, можна обрати щось, смак чого вам подобається¹⁵¹.

Helping Hand («Рука допомоги») — гра

Клінічний психолог Солфрід Ракнес (Solfrid Raknes) є провідним ініціатором відзначеного нагородами когнітивно-поведінкового матеріалу Helping Hand («Рука допомоги»), що наразі доступний як цифрова гра. Вона пропонує підліткам способи, щоб впоратися з травмою. Гру розроблено для того, щоб посилювати ухвалення підлітками позитивних рішень і скеровувати на пошук допомоги, коли вона їм потрібна. Гра Helping Hand уже допомогла 2000 сирійських підлітків у таборах, поліпшивши їхні захисні механізми та благополуччя. Застосунок наразі доступний кількома мовами, включно з українською, і його можна безкоштовно завантажити з Apple Store та Google Play¹⁵².

Написання матеріалів для відновлення

Написання матеріалів для посібника з відновлення орієнтоване на молодь віком від 12 до 18 років, які зазнали травматичної події. Автори припустили, що потерпілим від війни підліткам може бракувати фахівців із психічного здоров'я дітей. Тому посібник простий в адмініструванні, а групових інструкторів, які мають певні базові знання про людську реакцію на травми та катастрофи, можуть готувати та долучати для навчання підлітків, щоб вони додавали свої коментарі та пропозиції. Посібник рекомендує підліткам мати і двох групових інструкторів через посилений тиск у зв'язку з реагуванням на потреби дітей, що постраждали від війни. Один лідер бере на себе ініціативу стосовно вказівок, а інший стежить за реакцією дітей, щоб переконатися, що вони залучені, підходять до процесу з розумінням і не засмучуються¹⁵³.

149 Приклад інформаційних брошур із психоосвіти:

Як пережити скрутні часи: Інформаційний бюлетень для молоді старшого шкільного та університетського віку

150 Сміх і гра. Ігри та творчі вправи для підлітків у кризових умовах

151 Дослідження практики майднфулнес та заходи із заземлення 5-4-3-2-1 (Exploring mindfulness and the 5-4-3-2-1 grounding activity): Lincolnshire Young Minds (lpft.nhs.uk)

152 Докладніше: Attensi пропонує руку допомоги українським дітям-біженцям | Attensi.

153 Посібник із написання матеріалів для відновлення, Фонд «Діти та війна» (CAW Writing for recovery manual) (mhps.net).

4.9. Посилання на психосоціальну підтримку та заходи з дітьми та підлітками:

Каталог заходів для просторів дружніх до дитини в гуманітарних установах
Програма професійного зростання та емоційної підтримки педагогічних працівників
Підтримка молодої людини, яка переживає депресію чи кризу і вдається до самоушкодження; Особиста криза та шаблон захисного плану від NHS UK.

4.10. Підтримка батьків

У багатьох дослідженнях батьківський дистрес корелюється з дистресом дітей, причому ПТСР або депресія матері підвищує ризик ПТС, поведінкових або соматичних симптомів у дитини. Згідно з оглядом Слоуна та Манна¹⁵⁴, дослідження маленьких ізраїльських дітей, які зазнали загрози ракетних атак під час Першої війни в Перській затоці, виявили помірний кореляційний зв'язок віку дитини та симптомів батьків і дітей. В іншому дослідженні кореляції між симптомами ПТС у матері та дитини слабшала з віком, наприклад, була сильнішою, коли дитина мала 3 роки, ніж у 4-річної. У цьому дослідженні не було жодної кореляції між симптомами ПТС матері та дитини, коли дитині було 5 років. Дослідження показало, що підтримка батьків і надання психосоціальної допомоги всій родині особливо критичні для дітей молодшого віку. При цьому підтримка всіх батьків у конфлікті безпосередньо впливає на добробут дітей, оскільки інші дослідження також виявили, що поліпшення стану домашнього середовища та функціонування родини корелює зі зменшенням інтенсивності проблем у дітей під час війни¹⁵⁵.

Члени сім'ї можуть по-різному переживати одну й ту саму подію чи кризу залежно від їхніх індивідуальних особливостей, етапів розвитку, попереднього досвіду травми та чинників стійкості. Важливо, щоб сім'ї розуміли та приймали ті способи, що допомагають кожному з її членів осмислювати та справлятися з минулим травматичним досвідом або поточними складними подіями. Батьки часто недооцінюють вплив війни на дітей і те, наскільки часто діти думають про складні події навіть по тому, як втекли від найгострішої небезпеки. Батьки можуть ігнорувати чи не брати до уваги реакції дітей на стрес і травматичний досвід, оскільки не спроможні перебирати на себе тягар від труднощів чи дистресу, через які проходить їхня дитина. Вони також можуть уникати тем, які нагадують їм про важкі почуття та травматичний досвід. На думку Уесселза¹⁵⁶, втручання щодо підтримки сім'ї, які широко використовуються для допомоги дітям, які потерпіли від війни, включають кроки для возз'єднання членів роз'єднаних сімей; ненасильницьке вирішення конфліктів; розвиток навичок батьківського виховання, зокрема комунікації, ненасильницької дисципліни та саморегуляції; підвищення розуміння батьками розвитку дитини; управління стресом.

154 Слоун, М., Манн, С. (2016 р.) Вплив війни, тероризму та збройних конфліктів на дітей раннього віку: систематичний огляд. Child Psychiatry Hum Dev 47(6):950–965.

155 Захр, Л.К. (1996 р.) Наслідки війни для поведінки ліванських дітей дошкільного віку: вплив домашнього середовища та функціонування сім'ї. Am J Orthopsychiatr 66(3):401–408

156 Уесселз, М. Дж. (2017 р.). Діти та збройний конфлікт: Втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни. Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 4–13.

4.10.1. Рекомендації для батьків дітей, які постраждали від травматичної події

Батьки можуть допомогти своїй дитині подолати минулу травму або поточні страшні та тривожні події за допомогою наступних дій.

- Відповідати на запитання дитини просто та правдиво. Це означає не додавати жодних зайвих подробиць про тривожні події, про які дитина не запитувала.
- Підвищувати передбачуваність та відчуття безпеки дитини через дотримання розпорядку дня (наприклад, прийому їжі) і пояснювати можливі зміни заздалегідь, коли це можливо.
- Помічати та називати почуття дитини загалом; також батьки повинні говорити про власні почуття.
- Часто обіймати дитину, тримати її на колінах і фізично бути поруч, щоб підвищити її відчуття безпеки.
- Тим дітям, яких розлучали з близькими, може бути важко спати наодинці, тож батьки можуть тимчасово змінити правила їхнього сну чи проводити з дитиною додатковий час перед сном, щоб заспокоїти її та спонукати почуватися безпечно.
- Діти можуть дуже важко переносити навіть коротку розлуку зі своїми батьками та опікунами, тому слід скеровувати дитину, озвучуючи її почуття, та знайти час і пояснити дитині, що станеться далі (хто за нею доглядатиме і коли повернеться хтось із батьків).
- Допомогати дитині через прості вправи на регуляцію емоцій, які заспокоюють її тіло та розум.
- Відволікати дитину від поточних подій, проводячи з нею час за іграми, читанням, малюванням або іншими цікавими для неї справами.
- Не змушувати дитину їсти, а намагатися зробити прийом їжі невимушеним та веселим, оскільки стрес і хвилювання можуть негативно позначитися на апетиті.
- Після складних подій або під час тривалої кризи дитина може регресувати в поведінці та навичках — наприклад, дитина, яка вже самостійно ходила в туалет, може почати мочитися уві сні. Важливо не критикувати дитину, а сприйняти зміни як частину подолання нею складного періоду, бо часто навички повертаються у простіший спосіб, якщо дитина не відчуває тиску.
- Необхідно особливо підкреслювати той факт, що батьки не залишають дитину, дитина зараз у безпеці. Це може бути складно під час тривалої кризи. Але маленькі діти живуть миттєвістю, і тому те, що відбувається зараз і саме тут, є найважливішим для них і для їхнього відчуття безпеки.

У Посібнику ЮНІСЕФ із захисту дітей в надзвичайних ситуаціях¹⁵⁷ зазначається, що хоча діти по-різному реагують на надзвичайну ситуацію, найпоширеніші реакції включають почуття незахищеності, провини (діти можуть навіть подумати, що це саме вони спричинили катастрофу, на відміну від дорослих, для яких такі дії нелогічні), горя, втрати та страху повторення інцидентів. Реакції батьків відіграють важливу роль у тому, як дитина реагує на надзвичайні ситуації. Якщо батьки ставляться до цього належним чином і показують дітям, що ці реакції є нормальними та природними, вони надають їм важливу психосоціальну підтримку. Її можна поліпшити, підвищивши обізнаність батьків про переживання їхніх дітей і про те, як найкраще їм допомогти.

157 Посібник із захисту дітей у надзвичайних ситуаціях (ЮНІСЕФ, Індонезія, 2008 р.) [Toolkit on Child Protection in Emergencies Section 5- Psychosocial Support.pdf](#) (bettercarenetwork.org)

Брошура «**Реагування батьків в Україні: допомога дітям і батькам у подоланні кризи**» містить 14 наборів практичних порад, якими батьки та опікуни можуть скористатися для власної підтримки та допомоги своїм дітям під час кризи. Брошура містить поради щодо самопомоги для батьків або опікунів, підказки щодо різних способів сприяння дітям у подоланні стресу, гніву та втрати, а також поради та практичні рекомендації щодо забезпечення їхньої безпеки та захисту¹⁵⁸.

Спілкування з дітьми про смерть, допомога впоратися з горем

Запропоновані нижче брошури розроблені таким чином, щоб допомогти батькам зрозуміти, як діти різного віку переживають втрату та горе; як поговорити з ними про це та як допомогти їм впоратися зі смертю близької людини¹⁵⁹.

Посібник для батьків «Як я допоможу своїй травмованій дитині» містить поради, структуровані за віком дітей¹⁶⁰.

Посилання на інші корисні матеріали

– Немовлята та діти раннього віку:

[Поради для батьків: як допомогти немовлятам та малюкам після травматичних подій](#)

– Діти дошкільного віку:

[Поради для батьків: як допомогти дітям дошкільного віку після травматичних подій](#)

[Як говорити з дітьми про війну?](#)

[Поради для дорослих](#)

[Поради для батьків: Як допомогти підліткам після травматичних подій](#)

[Поради для батьків: як допомогти немовлятам та малюкам після травматичних подій](#)

[Поради для батьків: як допомогти дітям дошкільного віку після травматичних подій](#)

[Після кризи: Як допомогти дитині зцілитися](#)

[7 порад для батьків: запобігання торгівлі дітьми та сексуальному насильству над дітьми | Ресурсний центр Фонду «Врятуймо дітей» \(Save the Children\)](#)

[Поради щодо боротьби зі стресом для батьків і дітей | Ресурсний центр Фонду «Врятуймо дітей» \(Save the Children\)](#)

[Безпечний простір програма тренінгів для батьків](#)

[Дитяче травматичне горе: інформація для батьків та опікунів](#)

5. СУПЕРВІЗІЙНА ПІДТРИМКА ТА ВТОРИННА ТРАВМАТИЗАЦІЯ

Найважливішим інструментом для психологів, які працюють із травмованими дітьми, є турбота про самих фахівців. Щоб піклуватися про травмованих дітей та їхні сім'ї, психологи повинні спочатку подбати про себе. Більшість представників інших професій не мають справи з жорстокістю та суворістю життя, інформацію про яку отримують впродовж кількох годин щодня, щотижня, щомісяця та щороку. Психологи, які працюють із травмованими дітьми, стикаються з винятково великою кількістю тривожних історій про військові злочини, страждання та катування дітей. Немає жодних теорій, технік чи практичних інструментів, які б повністю захистили клініцистів від негативних наслідків, що призводять до професійного вигорання, втому від співчуття чи найжорсткішої вторинної травматизації. Тривала клінічна компетентність, навчання та самопоміага, разом узяті, є «щитами», які підвищують особисту стійкість спеціалістів (Буш (Bush), 2009 р.; Штамм (Stamm), 2002 р.).

Наведені нижче визначення та додаткову інформацію про засоби самопоміаги можна знайти на вебсайті: <https://proqol.org/>

Професійне вигорання

Професійне вигорання характеризується відчуттям емоційного виснаження чи знесилення і може виникнути після тривалого періоду стресу, пов'язаного з роботою. Є три ключові аспекти вигорання, які фахівці можуть відчувати тією чи іншою мірою.

Емоційне виснаження	Відчуття, що ваша особиста енергія зникла або виснажилася.
Деперсоналізація та цинізм	Почуття відірваності від роботи, зокрема втрата мотивації чи інтересу.
Відчуття неефективності	Почуття безпорадності чи безнадії щодо своєї роботи та відчуття невдачі в досягненні особистих цілей, пов'язаних із роботою.

Втома від співчуття

Більшість надавачів медичних послуг починають працювати в своїй сфері з наміром допомагати іншим і забезпечувати емпатичний догляд за пацієнтами з критичними фізичними, розумовими, емоційними та духовними потребами. Проте на надавачів медичних послуг може впливати постійний стрес, пов'язаний із задоволенням часто обтяжливих потреб пацієнтів та їхніх родин, що може спричинити втому від співчуття.

Втома від співчуття — це результат неодноразового перебирання на себе страждання іншої людини; психофізичний стан напруги, за якого розповіді тих, кому надається допомога, заповнюють свідомий і несвідомий розум того, хто допомагає; проявляється у вигляді фізичних реакцій на стрес, внутрішнього заціпеніння, цинізму, зниження професійної самооцінки та міжособистісних проблем на роботі та в приватному житті¹⁶¹.

161 Фірлі, Ч.Р. (2002 р.) Лікування втоми від співчуття. Нью-Йорк: Routledge

Задоволення від співчуття

Хоча для тих, хто працює у сфері допомоги, існують певні ризики, ця робота також приносить свої винагороди та вигоди. Задоволення від співчуття — позитивний наслідок надання допомоги. Це задоволення, яке ви отримуєте від того, що допомагаєте іншим, позитивні почуття, які відчуваєте до колег, і приємне відчуття, що впливає зі здатності допомагати іншим та робити свій внесок.

Моральний дистрес

Моральний дистрес виникає тоді, коли медичні працівники в гуманітарних установах розуміють, що необхідно вжити належних заходів, але не можуть діяти відповідним чином. Моральний дистрес з'являється у випадках, коли медичні працівники вимушені діяти таким чином, що суперечить їхнім особистим і професійним цінностям. Це підриває їхнє відчуття особистої цілісності та щирості.

Суб'єктивно відчутна підтримка

Медичні працівники часто стикаються з тривалим хронічним стресом, який виникає через такі чинники, як безпосереднє спостереження за чужими стражданнями, тривалий робочий день, позмінна робота, вплив травматичних історій і складні умови праці. В результаті фахівці піддаються ризику втоми від співчуття, професійного вигорання, вторинного травматичного стресу та морального дистресу. Суб'єктивно відчутна підтримка визначається як особистий досвід особи, про яку дбають та яку люблять, як відчуття того, що її цінують і потребують інші, та як відчуття приналежності до мережі взаємної підтримки.

Вторинний травматичний стрес

Вторинний травматичний стрес (ВТС) означає дистрес та емоційне порушення в результаті тривалого та кумулятивного контакту або після одноразового контакту з особами, які безпосередньо зазнали травми. Робота, яка передбачає, що особа, яка її виконує, стає безпосереднім свідком багатьох страждань (як через спостереження, так і через слухання розповідей про травму), може призвести до тривалого емоційного дистресу для медичних працівників.

Існує багато чудових інструментів самодопомоги, а також анкети для вимірювання професійної якості життя.

Способи підвищення стійкості:

- зміцнити стресостійкість;
- застосовувати професійну підтримку та вказівки;
- скористатися соціальною підтримкою;
- подбати про власний фізичний стан;
- виконати вправи з релаксації;
- застосовувати практики самоусвідомлення (майндфулнес).

Ресурси:

- психічна стійкість;
- клінічний досвід і знання;
- фізична підготовка;
- гарні стосунки;
- вільний час.

Робота з травмованими дітьми

Слухання травмованих дітей, їхній біль, гнів і страх можуть викликати не лише співчуття, але й подібні страждання у психолога, а також збурювати його емоції та проблеми, пов'язані з власними невіршеними або поточними негативними справами та травмами психолога¹⁶². Рефлексивне усвідомлення та спостереження за власними внутрішніми реакціями були однією зі змінних, які пов'язані з високою якістю допомоги при травмах¹⁶³.

«Основа емпатії закладена глибоко в досвіді мого власного тіла. Саме цей досвід дає нам змогу одразу розпізнавати інших — не як тіла з розумом, а як людей, подібних до нас самих» (Гальєсе, Феррарі та Умі (Gallese, Ferrari & Umi), 2002 р.).

Емпатичне переживання відбувається за допомогою ментальних образів. Уявлення травматичних переживань дитини змушує психолога співчувати їй (роль «очевидця»/ роль «того, хто переживає»). Контролюючи емпатичні образи, психологи можуть запобігти втомі від співчуття та вторинній травматизації. Серед практичних способів контролювати це під час роботи з дітьми в клінічних умовах можна згадати:

- розташування стільців, розмір кімнати, сидіння обличчям/по діагоналі до співрозмовника;
- визначення оптимальної відстані до співрозмовника залежить від конкретної дитини, дня та сеансу;
- використання психологами захисної образної уяви.

Негативні симптоми, пов'язані з клінічною роботою з травмованими дітьми

Когнітивні симптоми:

- труднощі з концентрацією;
- брак самоповаги;
- апатія;
- жорсткість;
- дезорієнтація;
- перфекціонізм;
- заперечення;
- (травматичні) думки проникають у розум;
- думки про заподіяння шкоди собі чи іншим.

Емоційні симптоми:

- імпотенція;
- тривога;
- почуття провини;
- гнів, злість;
- відлюдькуватість;
- заціпеніння;
- страхи;
- безпорадність;
- смуток;
- занепад моральних сил;
- гіперчутливість;
- відчуття професійного вигорання.

162 Фіглі, Ч.Р. (2002 р.) Лікування втоми від співчуття. Нью-Йорк: Routledge

163 Ліхі, Р.Л. (2007 р.) Схематична невідповідність у терапевтичних відносинах. Теоксеса Гілберт та ін.

Симптоми поведінки:

- нетерплячість;
- відчуження;
- легковажність;
- регресія;
- розлади сну;
- нічні жахіття;
- зміни апетиту;
- гіперактивність;
- чутливість до здивування;
- схильність до аварій;
- забудькуватість.

Соціальні симптоми:

- відчуження;
- зниження інтересу до сексу або інтимної близькості;
- недовіра;
- ізоляція;
- надмірна опіка дітей;
- нетерпимість;
- самотність.

Фізичні симптоми:

- шок;
- пітливість;
- підвищений пульс;
- утруднене дихання;
- болі, ломота;
- запаморочення;
- збільшення кількості серйозних захворювань;
- розлади імунної системи.

Симптоми на роботі:

- знижений моральний дух;
- зниження мотивації до роботи;
- уникання завдань;
- перфекціонізм;
- негативний підхід;
- нездатність виносити судження;
- орієнтація на зовнішній результат;
- відсутність формування зв'язків;
- кадрові конфлікти;
- прогули;
- виснаження.¹⁶⁴

164 Фіглі, Ч.Р. (2002 р.) Лікування втоми від співчуття. Нью-Йорк: Routledge

Боротьба з «гальмами» для заспокоєння нервової системи

- Усвідомлення свого тіла допомагає впоратися з тривогою та гіперактивністю під час лікування травмованих дітей у клінічній роботі.
- Знання функціонування вегетативної нервової системи, розуміння власних варіацій у станах настороженості є ключовими елементами для того, щоб впоратися з роботою над травмою та пов'язаними з травмою симптомами.
- Концентрація уваги на тілі: серцебиття, дихання, стан шкіри, м'язи та обличчя.
- Двонаправлене усвідомлення (переведення фокусу).
- Створення замкнутого простору за допомогою вашої уяви — конкретного місця, де можна залишити всі тривожні переживання та історії, пов'язані з травмами, які розповіли діти.
- Формування чіткої відокремленості, яка зменшить ідентифікацію з ситуацією дитини (контроль внутрішнього мовлення).
- Внутрішнє мовлення, «клінічний керівник» (перелік корисних і позитивних відгуків, які ви можете регулярно давати собі, наприклад: «якщо дитина отримує хоча б незначне полегшення від своїх симптомів і надію щодо своєї ситуації, робота була варта всіх зусиль»).
- Ритуали для переходу від роботи до дому (наприклад, коротка релаксація).

Розвиток навичок управління стресом

Самопізнання:

- мої стосунки з членами родини та життєва ситуація;
- моє фізичне та психічне здоров'я;
- соціальна підтримка друзів, родичів;
- клінічна робота, робоче місце;
- економічна ситуація;
- сім'я, дитинство, травми;
- події, що загрожували життю;
- фізичне чи сексуальне насильство;
- моє психічне здоров'я та реакція на травму працюють? Чи виникає депресія, симптоми тривоги?

Питання, які слід поставити собі

1. Як я почуваюся?
2. Хто або що мені подобається?
3. Наскільки здоровим/здоровою я почуваюся?
4. Чи можу я просити та отримувати допомогу від інших людей?
5. Що я думаю про свою роботу?
6. Чи достатньо я відпочиваю?
7. Чи відчуваю, що мене люблять і цінують?
8. Чи мене щось лякає?
9. Що наповнює моє життя сенсом?
10. Чи пробачаю я собі?
11. Чого я бажаю?
12. Чи почуваюся я самотнім/самотньою?
13. Що дарує мені щастя та радість?
14. Про що я нікому не розповідав/не розповідала б?
15. Що я відчуваю, коли дивлюся в дзеркало?
16. Як я можу краще дбати про себе?
17. З ким мені хотілося б поспілкуватися наодинці?
18. Чи вмію я сміятися? Чи вмію я плакати?
19. Наскільки я чесний/чесна із собою?
20. Яку музику та вправи я люблю?
21. Якби я міг/могла змінити три речі в своєму житті, що б це було?

Поради щодо самодопомоги (Махоні (Mahoney))

1. Прийміть себе, поважайте свій власний процес. Професійна відповідальність і життєві вимоги можуть підвести вас до межі та змусити почуватися неналежним чином. Завжди пам'ятайте: необхідно навчитися розслаблятися, досягати спокою та рівноваги, бути співчутливими та приймати себе.

2. Відпочивайте достатньою мірою. Привчіть себе до коротких перерв, щоб подрімати. Якщо у вас проблеми зі сном, зробіть усе можливе, щоб збільшити час сну та знайдіть способи поліпшити свій сон. Якщо можливо, сплануйте свій графік і стиль роботи таким чином, щоб у вас було достатньо перерв між сеансами.

3. Створіть для себе комфорт. Одягайтеся зручно і вдома, і на роботі, затишно облаштуйте свій робочий простір і оселю, слухайте музику. Купуйте та добирайте для себе речі, які роблять ваше життя комфортнішим. Дозволяйте собі радіти дрібницям у цій складній ситуації.

4. Часто рухайтесь і потягуйтеся. Часто змінюйте положення під час клінічних сеансів та робіть фізичні вправи після них. Гуляйте, танцюйте. Стежте за своїм фізичним станом і регулярно займайтеся спортом.

5. Розробіть ритуали переходу між роботою та домом. Навіть якщо ви тримаєте в голові дитячі історії, навчіться свідомо переходити від роботи до особистого життя (наприклад, робочий щоденник, коротка релаксація).

6. Насолоджуйтеся регулярними практиками розслаблення тіла. Навчіться робити масаж обличчя. Отримуйте насолоду від дотиків.

7. Цінують друзів та плекайте почуття приналежності до своєї родини. Плачте, смійтеся, виявляйте та отримуйте любов.

8. Цінують свою відданість роботі, сенсом якої є надання допомоги. Поважайте привілей роботи з людськими стосунками. Пишайтеся своєю професією та своєю працею як особи, що підтримує людський розвиток.

9. Висловлюйте потребу в допомозі та підтримці. Звертайтеся за якісними та надійними рекомендаціями щодо організації роботи та за необхідними консультаціями. Дозвольте собі отримувати допомогу та турботливе ставлення від інших.

10. Створіть мережу колегіальної підтримки. Запропонуйте свою підтримку, якщо хтось її потребує, попросіть інших підтримати вас, якщо є така необхідність.

11. Прислухайтесь до свого серця та внутрішнього «я». Віднайдіть свій власний елемент духовності. Насолоджуйтеся маленькими чудесами природи, мистецтва тощо. Знайдіть головні цінності свого життя, мету життя та почуття причетності.

Копію цієї картки, розробленої доктором Бет Хадналл Штамм (Beth Hudnall Stamm), варто тримати при собі — вона може допомогти у стресових або складних ситуаціях. Це шаблон для створення кишенькових карток, які нагадуватимуть про доступні інструменти самодопомоги. Картку ProQOL (професійної якості життя) особи, котра надає допомогу, можна вільно копіювати, якщо (а) вказано автора, (б) не внесено жодних змін, окрім дозволених нижче, (с) вона не продається¹⁶⁵.

ПОДБАЙТЕ ПРО СЕБЕ ПЕРЕД СКЛАДНОЮ РОБОТОЮ

Наша робота може бути обтяжливою. Наше завдання полягає в тому, щоб зберегти власну стійкість, щоб бути спроможними продовжувати виконувати роботу з увагою, енергією та співчуттям.

10 речей, які потрібно робити щодня

1. Висипатися.
2. Достатньо їсти.
3. Робити легкі фізичні вправи.
4. Чергувати роботу з іншими справами.
5. Робити щось приємне для себе.
6. Зосереджуватися на тому, що ви зробили добру справу.
7. Вчитися на своїх помилках.
8. Розповідати жарти.
9. Молитися, медитувати або розслабитися.
10. Підтримувати колег.

Для отримання додаткової інформації зверніться до свого керівника.

«УВІМКНЕННЯ» І «ВИМКНЕННЯ»

Саме ваша емпатія до інших допомагає вам виконувати цю роботу. Критично важливо ретельно дбати про свої думки та почуття, стежачи за тим, як саме ви їх використовуєте. Стійкі працівники знають, як «вимкнути» свої почуття, коли заступають на чергування, і знову «ввімкнути» їх по його завершенні. Це не заперечення, це захисна стратегія. Це їхній спосіб отримати максимальний захист під час роботи («вимкнення») і максимальну підтримку під час відпочинку («увімкнення»).

Як навчитися ефективніше «вмикатися» і «вимикатися»

1. Перемикання — свідомий процес.
Розмовляйте з собою під час перемикання.
2. Використовуйте образи, які дозволяють вам почуватися в безпеці та під захистом («вимкнення») або готовими до контакту та отримання турботливого ставлення («увімкнення»).
Це допоможе вам «перемикатися».
3. Знайдіть ритуали, які допоможуть вам «перемикатися» на початку та наприкінці роботи.
4. Дихайте повільно та глибоко, щоб заспокоїтися, коли починаєте важку роботу.

6. РЕКОМЕНДОВАНА/ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА

Книги

Зцілення травми: прив'язаність, розум, тіло та мозок, Деніел Дж. Сігел, доктор медичних наук, і Маріон Соломон, доктор філософії (Healing Trauma: Attachment, mind, body, brain, by Daniel J. Siegel, M. D., and Marion Solomon, Ph. D.).

Подолання свого минулого: візьміть під контроль своє життя, застосовуючи методи самопомоги з терапії EMDR, Франсін Шапіро, доктор філософії (Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with Self-Help Techniques from EMDR Therapy by Francine Shapiro, Ph. D.).

Розбудити тигра: зцілення травми, Пітер А. Левін, доктор філософії (Waking the Tiger: Healing Trauma, by Peter A. Levine, Ph. D.).

Тіло веде рахунок: роль мозку, розуму та тіла в зціленні травми, доктор медичних наук Бессель ван дер Колк (The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma, by Bessel van der Kolk, M. D.).

Хлопчик, якого виховували як собаку, та інші історії із зошита дитячого психіатра, Брюс Д. Перрі, доктор медичних наук, доктор філософії, та Майя Салавіц (The Boy Who Was Raised as a Dog and Other Stories From a Child Psychiatrist's Notebook, by Bruce D. Perry, MD, Ph. D., and Maia Szalavitz).

Професійне вигорання

Професійне вигорання характеризується відчуттям емоційного виснаження чи знесилення і може виникнути після тривалого періоду стресу, пов'язаного з роботою. Є три ключові аспекти вигорання, які фахівці можуть відчувати тією чи іншою мірою.

Наукові статті

Андершед А. К., Андершед Х. Чинники ризику та захисту дітей дошкільного віку: інтеграція досліджень і практики (Andershed A. K, Andershed H. Risk and protective factors among preschool children: integrating research and practice) J Evid Inf Soc Work. 2015;12(4):412-24. doi: 10.1080/15433714.2013.866062. Ел. публ. 20 березня 2015 р. PMID: 25794349.

Бір Р. (2013 р.). Огляд травмофокусованих КПТ для дітей і підлітків. Застосування для лікування (Beer, R. (2013). Review of Trauma-focused CBT for children and adolescents Treatment applications) European Child & Adolescent Psychiatry («Європейська дитяча та підліткова психіатрія»), 22(9), 581-582. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0448-0>

Маркес-Фейша Л. та ін. (2021 р.). Жорстоке поводження в дитинстві порушує активність НРА-осі в базових умовах і в умовах стресу у взаємозв'язку доза-відповідь у дітей і підлітків (Marques-Feixa, L., et al. (2021) Childhood maltreatment disrupts HPA-axis activity under basal and stress conditions in a dose-response relationship in children and adolescents) Psychological Medicine («Психологічна медицина»), doi.org/10.1017/S003329172100249X

Огава Ю. (2004 р.). Дитяча травма та втручання у формі ігрової терапії для травмованих дітей (Ogawa, Y. (2004). Childhood trauma and play therapy intervention for traumatized

children). *Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, & Research* («Журнал професійного консультування, практики, теорії та досліджень»), 32(1), 19-29. Відновлено з <https://0-search-proquest-com.library.acaweb.org/docview/212437441?accountid=13505>

Перріман К., Блізارد П. та Мосс Р. (2019 р.). Використання креативного мистецтва в терапії травм: нейронаука зцілення (Perryman, K., Blizard, P., & Moss, R. (2019) Using creative arts in trauma therapy: The Neuroscience of Healing). *Journal of Mental Health Counseling* («Журнал психологічного консультування»): 41(1) 80-94.

Сміт Дж. (2016 р.). Зцілення прихованих образ: трансформація теорії прив'язаності та травми в ефективну практику щодо сімей, дітей та дорослих (Smith, J. (2016). Healing hidden hurts: transforming attachment and trauma theory into effective practice with families, children and adults). *Child & Adolescent Mental Health* («Психічне здоров'я дітей та підлітків»), 21(1), 76. <https://doi.org/10.1111/camh.12154>

Фезер Дж. С. і Ронан К. Р. (2006 р.). Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія для дітей, які постраждали від насильства, з посттравматичним стресовим розладом: пілотне дослідження (Feather, J. S. & Ronan, K. R. (2006). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for abused children with posttraumatic stress disorder: A pilot study). *New Zealand Journal of Psychology* («Новозеландський журнал психології»), 35(3), 132-145. Відновлено з <https://0-search-proquest-com.library.acaweb.org/docview/212440305?accountid=13505>

Helping Hand («Рука допомоги»):

Березень 2022 р., Шулер Б. Р. і Ракнес С. (2022 р.), «Чи має значення розмір групи та змішування? Вплив цифрової гри про психічне здоров'я, реалізованої з біженцями в різних умовах» (Schuler, B. R. and Raknes, S. (2022), «Does group size and blending matter? Impact of a digital mental health game implemented with refugees in various settings»), *International Journal of Migration, Health and Social Care* («Міжнародний журнал з міграції, охорони здоров'я та соціальної допомоги»), 18, 83-94. <https://doi.org/10.1108/IJMHC-07-2021-0060>.

KIDNET (детальний опис кроків): Шауер, Меггі, та Нойнер, Френк і Елберт, Томас (KIDNET (detailed descriptions of the steps): Schauer, Maggie & Neuner, Frank & Elbert, Thomas) (2017 р.). Наративна експозиційна терапія для дітей та підлітків (KIDNET). 10.1007/978-3-319-46138-0_11.

Посібники та інші матеріали

Докладніше про підхід «Подивись, послухай та поєднай» див. у книзі ВООЗ (2011 р.) «Перша психологічна допомога: посібник для працівників на місцях» (Psychological First Aid: Guide for field worker). [Перша психологічна допомога: посібник для працівників на місцях \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241548735).

ЮНІСЕФ (2019 р.). Конвенція ООН про права дитини. Версія для дітей. <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/united-nations-convention-rights-child-childrens-version/>

Подолання наслідків травмуючої події (українською)
Подолання наслідків травмуючої події (coping after a traumatic event)|Королівський
коледж психіатрів (rcpsych.ac.uk).

Посттравматичний стресовий розлад (українською)
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (post-traumatic stress disorder
(PTSD)|Королівський коледж психіатрів (rcpsych.ac.uk).

TMHC A good nights sleep English Latest Web.pdf
Ukranian – - A Practical Guide A good nights sleep.pdf

TMHC Stress and Stress Management Latest English Web.pdf
Ukranian – A Practical Guide Stress and Stress Management.pdf

https://app.mhpss.net/?get=405/ukraine_key_care_recommendations_final-1.pdf

7. ПОСИЛАННЯ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) (2018 р.). Перша психологічна допомога: посібник фасилітатора для орієнтування працівників на місці. [9789241548618_eng \(1\).pdf](#)

Довідник «ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ: ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ТА САМОДОПОМОГА». Режим доступу: <https://rm.coe.int/traumatic-events-ukr-/1680a765d4>

[Захистити дітей \(suojellaanlapsia.fi\)](#)

Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації, 2007 р. [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings \(English\).pdf \(interagencystandingcommittee.org\).](#)

[Конвенція про права дитини | ЮНІСЕФ](#)

Національна мережа дитячого травматичного стресу (NCTSN) – National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) <https://learn.nctsn.org/>

[Національний центр для дітей та сімей імені Анни Фрейд](#)

Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Зібрання в 3-х томах. Режим доступу: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430811>

Основи роботи з травмою. Робочі матеріали учасників тренінгів «Робота з травмою та втратою. Основи супервізії», О. Гершанов, 2019. Режим доступу: <https://rm.coe.int/ptsd-ukr/1680a0a10b>

[Психічне здоров'я дітей в Англії \(publishing.service.gov.uk\)](#)

Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України: посіб. для практиків соціальної сфери / за ред. Волинець Л. С., 2015. Режим доступу: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/pozashkilna/psycholog-ichna-sluzhba/pos-bnik-shhodo-psixosocz-alno-dopomogi.pdf>

[Фізична активність допомагає дітям справлятися з життєвими труднощами — GOV.UK \(www.gov.uk\)](#)

[Центр здоров'я та розвитку «Коло Сім'ї» https://k-s.org.ua/](#)

Центр лікування зловживання психоактивними речовинами (США). Травмоінформована допомога в службах поведінкового здоров'я. Роквіль (Меріленд): Управління з питань зловживання психоактивними речовинами та служби психічного здоров'я (США); 2014 р. (Серія протоколів з удосконалення лікування (TIP), № 57.) Доступно за посиланням: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/>

Бейкер Е. К. (Baker, E. K.) (2003 р.). *Työvälineenä oma persoona*. Hki: Edita.

Беннет-Леві Дж. і Туейтс Р. (2007 р.). Своє «я» та саморефлексія в терапевтичних стосунках у Гілберта П. і Ліхі Р.Л. (ред.). *Терапевтичні стосунки в когнітивно-поведінковій психотерапії* (Bennet-Levy, J. & Thwaites, R. (2007). *Self and self-reflection in the therapeutic relationship*. in Gilbert, P. & Leahy, R. L. (toim.) *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*). Нью-Йорк: Routledge, 255-281.

Бетанкур Т. С., Меєрс-Окі С. Е., Чарроу А. П., Тол В. А. Втручання для дітей, які постраждали від війни: екологічна перспектива психосоціальної підтримки та охорони психічного здоров'я (Betancourt T. S., Meyers-Ohki S. E., Charrow A. P., Tol W. A. *Interventions for children affected by war: an ecological perspective on psychosocial support and mental health care*). *Harv Rev Psychiatry*. 2013, бер-кві;21(2):70-91. doi: 10.1097/HRP.0b013e318283bf8f. PMID: 23656831; PMCID: PMC4098699.

Блекмор Р., Грей К. М., Бойл Дж. А., Фазель М., Ранасінха С., Фіцджеральд Дж., Міссо М., Гібсон-Хелм М. (2020 р.). Систематичний огляд і метааналіз: поширеність психічних захворювань у дітей та підлітків-біженців і шукачів притулку (Blackmore R., Gray K. M., Boyle J. A., Fazel M., Ranasinha S., Fitzgerald G., Misso M., Gibson-Helm M. (2020). *Systematic review and meta-analysis: the prevalence of mental illness in child and adolescent refugees and asylum seekers*). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 59(6):705-714. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.11.011>

Боулбі Джон (1978 р.). Теорія прив'язаності та її терапевтичне значення (Bowlby, John (1978). *Attachment theory and its therapeutic implications*). *Adolescent Psychiatry («Підліткова психіатрія»)*, 6(1), 5-33.

Бутбі Н., Кроуфорд Дж. і Гальперін Дж. (2006 р.). Дослідження з оцінки результатів життя дітей-солдатів у Мозамбіку: досвід, здобутий під час реабілітації та реінтеграції (Boothby, N., Crawford, J., & Halperin, J. (2006). *Mozambique childsoldier life outcome study: Lessons learned in rehabilitation and reintegration efforts*). *Global Public Health*, 1, 87-107. <http://dx.doi.org/10.1080/17441690500324347>

Бургін Д., Анагностопулос Д., Правління та Відділ політики ESCAP та ін. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей — багаторівневі підходи, орієнтовані на потреби та з урахуванням інформації про травму (Bürgin, D., Anagnostopoulos, D., the Board and Policy Division of ESCAP. et al. *Impact of war and forced displacement on children's mental health—multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches*). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, 845-853 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z>

Ван Л., Норман І., Сяо Т., Лі Ю., Лімі М. Підготовка з надання першої психологічної допомоги: огляд масштабів її застосування, результатів і впровадження (Wang L., Norman I., Xiao T., Li Y., Leamy M. *Psychological First Aid Training: A Scoping Review of Its Application, Outcomes and Implementation*). *Int J Environ Res Public Health*. 2021 кві 26;18(9):4594. doi: 10.3390/ijerph18094594. PMID: 33926108; PMCID: PMC8123604.

Ван дер Колк Б. А. (2014 р.). Тіло веде рахунок: роль мозку, розуму та тіла у зціленні травми (van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*). Вікінг.

Вібхакар В., Аллен Л., Джі Б. і Мейзер-Стедман Р. (2019 р.). Систематичний огляд і метааналіз поширеності депресії у дітей та підлітків після впливу травми (Vibhakar, V., Allen, L., Gee, B., & Meiser-Stedman, R. (2019). *A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma*). *Journal of affective disorders* («Журнал афективних розладів»), 255, 77-89.

Віндевогель С. (2017 р.). Стійкість у контексті війни: критичний аналіз сучасних концепцій та втручань для сприяння стійкості дітей, постраждалих від війни, та їхнього оточення (Vindevogel, S. (2017). *Resilience in the context of war: A critical analysis of contemporary conceptions and interventions to promote resilience among war-affected children and their surroundings*). *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 76-84. <https://doi.org/10.1037/pac0000214>

Гавенко В. Л., В. С. Бітенський, В. А. Абрамов та ін.; за ред. В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. Психіатрія і наркологія: підручник — 2-ге вид., переробл. і допов. — К.: ВСВ «Медицина», 2015. — 512 с.

Гарріс М. та Фаллот Р. Д. (2001 р.). Розробка служб у сфері боротьби із залежностями на основі інформації про травми (Harris, M., & Fallot, R. D. (2001). *Designing trauma-informed addiction services*). *New Directions for Mental Health Services* («Нові напрямки служб психічного здоров'я»), 57-73.

Гаррісон Дж. П., Ламберт Х. К., Бріггс Е. К., Ревілії Кокс Дж., Амайя-Джексон Л. Оновлення бази доказів щодо психосоціального лікування дітей і підлітків, які зазнали травматичних подій). (Harrison J. P., Lambert H. K., Briggs E. C., Revillion Cox J., Amaya-Jackson L. *Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events*). *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017 тра-чер;46(3):303-330. doi: 10.1080/15374416.2016.1220309. Ел. публ. 19 жовтня 2016 р. PMID: 27759442; PMCID: PMC5395332.

Георге Д. А., Лі К., Галлахер Дж. і Бауермейстер С. (2020 р.). Асоціації суб'єктивного несприятливого життєвого досвіду зі структурою мозку у учасників Біобанку, Сполучене Королівство (Gheorghe, D. A., Li, C., Gallacher, J., & Bauermeister, S. (2020). *Associations of perceived adverse lifetime experiences with brain structure in UK Biobank participants*). *Journal of Child Psychology and Psychiatry* («Журнал дитячої психології та психіатрії»). Друкується.

Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання.
Режим доступу: www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi.../cgiirbis_64.exe

Гоял М., Сінгх С., Сібінга Е. М. С. та ін. Програми медитації для подолання психологічного стресу та для благополуччя: систематичний огляд і метааналіз (Goyal M., Singh S., Sibinga E. M. S., et al. *Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis*). *JAMA Intern Med*. 2014;174(3):357-368. doi:10.1001/jamainternmed.2013.13018.

Грем Х. Р., Мінхас Р. С., Пакстон Дж. (2016 р.). Проблеми з навчанням у дітей біженців: систематичний огляд (Graham, H. R., Minhas, R. S., Paxton, G. (2016). Learning problems in children of refugees: A systematic review). *Pediatrics* («Педіатрія»), 37(6), стаття e20153994.

Джонс Л. (2013 р.). Потім вони почали стріляти (Jones, L. (2013). Then they started shooting). Нью-Йорк, Нью-Йорк: Bellevue Literary Press.

Джоші П. Т. і О'Доннелл Д. А. (2003 р.). Наслідки впливу війни та тероризму на дітей (Joshi, P. T., & O'Donnell, D. A. (2003). Consequences of child exposure to war and terrorism). *Clinical Child and Family Psychology Review* («Клінічний огляд дитячої та сімейної психології»), 6, 275-292. doi:10.1023/B:CCFP.0000006294.88201.68.

Дільтенс Т., Муненс І., Ван Прает К., Де Бак Е., Вандекеркхов П. (2014 р.). Систематичний пошук літератури про першу психологічну допомогу: відсутність доказів для розробки рекомендацій (Dieljtens T., Moonens I., Van Praet K., De Buck E., Vandekerckhove P. (2014). A Systematic Literature Search on Psychological First Aid: Lack of Evidence to Develop Guidelines). *PLoS ONE* 9(12): e114714. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114714>.

Дорсі С., Маклафлін К. А., Кернс С. Е. У., Харрісон Дж. П., Ламберт Х. К., Бріггс Е. К., Ревіліон Кокс Дж., Амайя-Джексон Л. Оновлення бази доказів щодо психосоціального лікування дітей і підлітків, які зазнали впливу травматичних подій (Dorsey S., McLaughlin K. A., Kerns S. E. U.,

Захр Л. К. (1996 р.). Наслідки війни для поведінки ліванських дітей дошкільного віку: вплив домашнього середовища та функціонування сім'ї (Zahr LK (1996). Effects of war on the behavior of Lebanese preschool children: influence of home environment and family-functioning). *Am J Orthopsychiatr* 66(3):401-408.

Кангаслампи та ін. *BMC Psychiatry* (2015 р.). 15:127 DOI 10.1186/s12888-015-0520-z.

Карам Е. Г., Файяд Дж. А., Фархат К., Плюсс М., Хаддад Ю. К., Табет К. К., Фарах Л., Кесслер Р. К. (2019 р.). Роль негараздів та чутливості до навколишнього середовища в дитинстві для розвитку посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків-біженців із Сирії, які постраждали від війни (Karam, E. G., Fayyad, J. A., Farhat, C., Pluess, M., Haddad, Y. C., Tabet, C. C., Farah, L., Kessler, R. C. (2019). 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* («Британський журнал психіатрії»), 214(6), 354-360. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.272>

Клінгман А. (2002 р.). Діти під впливом стресу від війни. У А. Ла Грека, В. К. Сільверман, Е. Вернберг і М. С. Робертс (ред.), *Допомога дітям у боротьбі з наслідками катастроф та тероризму* (стор. 359-380) (Klingman, A. (2002). Children under stress of war. In A. La Greca, W. K. Silverman, E. Vernberg, & M. C. Roberts (Eds.), *Helping children cope with disasters and terrorism* (pp. 359-380). Вашингтон, округ Колумбія: Американська психологічна асоціація.

Клітермес М. Д. і Вамсер Р. А. (2012 р.). Застосування для молоді зі складною травмою. У Дж. Коен, А. Маннаріно та Е. Деблінгер (ред.), *Застосування ТФКПТ для дітей та підлітків* (стор. 175-196) (Kliethermes, M. D., & Wamser, R. A. (2012). Applications for youth with complex trauma. In J. Коен, А. Маннаріно та Е. Деблінгер (ред.), *Застосування ТФ-СВТ для дітей та підлітків* (Cohen, A. Mannarino, & E. Deblinger (Eds.), *Applications of TF-CBT for Children and Adolescents*) (pp. 175-196)). Нью-Йорк: Guilford Press.

Клойтр М., Петкова Е., Ван Дж., Лю Лассел Ф. Вивчення впливу послідовного лікування на перебіг та вплив дисоціації серед жінок із ПТСР, пов'язаним із жорстоким поведінням у дитинстві (Cloitre M, Petkova E, Wang J, Lu Lassell F. An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse). *Depress Anxiety*. 2012 сер;29(8):709-17. doi: 10.1002/da.21920. Ел. публ. 1 травня 2012 р. PMID: 22550033.

Коен Дж. А., Маннаріно А. П., Клітермес М., Мюррей Л. А. Травмофокусована КПТ для молоді зі складною травмою (Cohen JA, Mannarino A. P, Kliethermes M, Murray L. A. Trauma-focused CBT for youth with complex trauma). *Child Abuse Negl*. 2012, чер.; 36(6):528-41. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.03.007. Ел. публ. 30 червня 2012 р. PMID: 22749612; PMCID: PMC3721141.

Кольер Л. (2016 р.). Зростання після травми. Чому одні люди стійкіші за інших, і чи можна цьому навчитися? (Collier L. (2016). Growth after trauma. Why are some people more resilient than others—and can it be taught?). *Monitor on Psychology* Том 47, № 10.

Коуен Е. Л. (1983 р.). Первинна профілактика психічного здоров'я: минуле, теперішнє та майбутнє. У Р. Д. Фелнера, А. Джейсона, Дж. Н. Моріцугу та С. С. Фарбера (ред.), *Превентивна психологія: теорія, дослідження та практика* (стор. 11-25) (Cowan, E. L. (1983). Primary prevention in mental health: Past, present, and future. In R. D. Felner, A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research, and practice* (pp. 11-25)). Нью-Йорк: Pergamon Press.

Кугіумутзакіс Г., Коккінаккі Т., Макродімітракі М. та Віталакі Е. (2004 р.). Емоції в ранньому мімесисі. У Дж. Надель та Д. Муір (ред.), *Емоційний розвиток: останні наукові досягнення* (стор. 161-182) (Kugiumutzakis, G. Kokkinakki, T., Makrodimitraki, M. & Vitalaki, E. (2004). Emotions in early mimesis. In J. Nadel & D. Muir (Eds.), *Emotional Development: Recent Research advances* (pp.161-182)). Нью-Йорк: Oxford University Press.

Куртуа К. А. та Форд Дж. Д. (2009 р.). Лікування складних травматичних стресових розладів: доказовий посібник. (Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An Evidence-Based Guide*). Ххі, стор. 468. Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США: Guilford Press; США.

Кяхконен С., Каріла І. та Холмберг Н. (2001). Когнітивна психотерапія (Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (2001) *Kognitiivinen psykoterapia*). Нкі: Duodecim.

Ліхі Р. Л. (2007 р.). Схематична невідповідність у терапевтичних відносинах. Теоксеса Гілберт та ін. (Leahy, R.L. (2007). Schematic mismatch in the therapeutic relationship. *Teoksessa Gilbert etc.*

Маккей, Майкл і Кеннон, Мері та Чемберс, Дерек і Конрой, Ронан і Кофлан, Хелен і Додд, Філіп і Хілі, Колм і О'Доннелл, Лорі та Кларк, Мері (2020 р.). Травма дитинства та психічний розлад дорослого віку: систематичний огляд і метааналіз лонгітюдних когортних досліджень (McKay, Michael & Cannon, Mary & Chambers, Derek & Conroy, Ronán & Coughlan, Helen & Dodd, Philip & Healy, Colm & O'Donnell, Laurie & Clarke, Mary (2020). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 143. 10.1111/acps.13268.

Маркес-Фейша Л. та ін. (2021 р.). Жорстоке поведіння в дитинстві порушує активність НРА-осі в базових умовах і в умовах стресу у взаємозв'язку доза-відповідь у дітей та підлітків (Marques-Feixa L et al (2021). Childhood maltreatment disrupts HPA-axis activity under basal and stress conditions in a dose–response relationship in children and adolescents). *Psychological Medicine* («Психологічна медицина») 1-14. <https://doi.org/10.1017/S003329172100249X>

Махоні М. (2003 р.). Конструктивна психотерапія. Практичний посібник. Mahoney, M. (2003). *Constructive psychotherapy. A practical guide*. Нью-Йорк: Guilford press.

Мьолен Х., Парцер П., Реш Ф., Бруннер Р. Психосоціальна підтримка травмованих війною дітей та підлітків-біженців: оцінка короткострокової програми лікування (Möhlen H., Parzer P., Resch F., Brunner R. Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program). *Aust N Z J Psychiatry*. 2005, січ.-лют.; 39(1-2):81-7. doi: 10.1111/j.1440-1614.2005.01513.x. PMID: 15660709.

М'юзік Дж. (2011 р.). Виховання особистостей. Прив'язаність та емоційний, соціокультурний і розумовий розвиток дітей (Music, G. (2011). *Nurturing Natures. Attachment and Children's Emotional, Sociocultural and Brain Development*). Psychology Press. Східний Сассекс .

Найдам М. Дж., де Фріс Дж. Дж., Герсонс Б. П., Олфф М. Відповідь на психотерапію посттравматичного стресового розладу: роль ефективності вербальної пам'яті перед лікуванням (Nijdam M. J., de Vries G. J., Gersons B. P., Olf M. Response to psychotherapy for posttraumatic stress disorder: the role of pretreatment verbal memory performance). *J Clin Psychiatry*. 2015, серп.; 76(8):e1023-8. doi: 10.4088/JCP.14m09438. PMID: 26335088.

Ніссінен Л. (Nissinen, L.) (2008 р.). *Auttamisen rajoilla. Myötätuntouupumisen synty ja ehkäisy*. Hki: Edita.

Норкросс Дж. С. та Гай Дж. Д. мол. (2007 р.). Залишаючи офіс. Посібник із самодопомоги психотерапевта (Norcross, J.C. & Guy, J.D.Jr. (2007). *Leaving at the office- A guide to psychotherapist self-care*). Нью-Йорк: Guilford.

Оланьє М., Вергер П., Руйон Ф. Ефективність психологічного дебрифінгу в профілактиці посттравматичних стресових розладів (Aulagnier M., Verger P., Rouillon F. Efficiency of psychological debriefing in preventing posttraumatic stress disorders) *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2004;52:67

Ософські Дж. Д. (1995 р.). Вплив насильства на маленьких дітей (Osofsky J. D. (1995). The effect of exposure to violence on young children). *Am Psychol* 50(9):782.

О'Тул Катріона (2022 р.). «Коли травма приходиться до школи: про соціально справедливу практику, що враховує інформацію про травми» (O'Toole, Catriona (2022). «When trauma comes to school: Toward a socially just trauma-informed praxis»), *International Journal of School Social Work* («Міжнародний журнал шкільної соціальної роботи»): Том 6: Вип. 2. <https://doi.org/10.4148/2161-4148.1076>

Оффорд Д. Р. (2000 р.). Вибір рівнів профілактики (Offord, D. R. (2000). Selection of levels of prevention). *Addictive Behaviors*, 25, 833-842.

Пойжула С. (Pojjula, S.), 2007 р.), *Lapsi ja Kriisi. Selviytymisen tukeminen*. Gummerus Kirjapaino Oy. Гельсінкі.

Пфайфер Е., Сукале Т., Мюллер Л. Р. Ф., Пленер П. Л., Рознер Р., Фегерт Дж. М., Захсер С., Унтерхітценбергер Дж. (2019 р.). Репрезентація симптомів посттравматичного стресового розладу серед неповнолітніх біженців без супроводу та із супроводом у Німеччині: аналіз мережі (Pfeiffer E., Sukale T., Muller L. R. F., Plener P. L., Rosner R., Fegert J. M., Sachser C., Unterhitzenberger J. (2019). The symptom representation of posttraumatic stress disorder in a sample of unaccompanied and accompanied refugee minors in Germany: a network analysis). *Eur J Psychotraumatol* 10(1):1675990. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1675990>

Раух С. Л., ван дер Колк Б. А., Фіслер Р. Е., Альперт Н. М., Орт С. П., Севідж Ч. Р., Фішман А. Дж., Дженіке М. А., Пітман Р. К. Дослідження провокації симптомів посттравматичного стресового розладу за допомогою позитронно-емісійної томографії та образів, керованих сценарієм (Rauch S. L., van der Kolk B. A., Fislser R. E., Alpert N. M., Orr S. P., Savage C. R., Fischman A. J., Jenike M. A., Pitman R. K. A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery). *Arch Gen Psychiatry*. 1996, трав.; 53(5):380-7. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830050014003. PMID: 8624181.

Ресік П., Бовін М., Каллоуей А., Дік А., Кінг М., Мітчелл К., Сувак М., Уеллс С., Уїлтсі Стірман С. та Вольф Е.: Критична оцінка літератури про комплексний ПТСР: імплікації для DSM-5 (Resick, P., Bovin, M., Calloway, A., Dick, A., King, M., Mitchell, K., Suvak, M., Wells, S., Wiltsey Stirman S. & Wolf, E.: A Critical Evaluation of the Complex PTSD Literature: Implications for DSM-5).

Розенталь М. (2013 р., 27 листопада). Три способи, якими травма впливає на ваш мозок (Rosenthal, M. (2013, November, 27). Three Ways Trauma Affects Your Brain), HealthyPlace. Отримано 28 серпня 2022 року з <https://www.healthyplace.com/blogs/traumaptsdblog/2013/11/three-ways-trauma-affects-your-brain>

Ротшильд Б. і Ренд М.Л. (2010 р.). Допомога особі, котра надає допомогу. Психофізіологія втоми від співчуття та вікарної травми (Rotschild, B. & Rand, M.L. (2010). Help for the helper. The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma). W.W.Norton & Company, Нью-Йорк, 2006 р.

Саде А., Хен-Гал С., Тікоцький Л. Реакція маленьких дітей на стрес, пов'язаний з війною: опитування та оцінка інноваційного втручання (Sadeh A., Hen-Gal S., Tikotzky L. Young children's reactions to war-related stress: a survey and assessment of an innovative intervention). *Pediatrics* («Педіатрія»). 2008, січ.; 121(1):46-53. doi: 10.1542/peds.2007-1348. PMID: 18166556.

Сільверман В.К., Ортіс К.Д., Вісвесваран С., Бернс Б.Дж., Колко Д.Дж., Путнам Ф.В., Амаїя-Джексон Л. Психосоціальне лікування дітей та підлітків, які зазнали травматичних подій, засноване на доказах (Silverman W. K., Ortiz C. D., Viswesvaran C., Burns B. J., Kolko D. J., Putnam F. W., Amaya-Jackson L. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events). *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008, січ.; 37(1):156-83. doi: 10.1080/15374410701818293. PMID: 18444057.

Слоун М., Манн С. (2016 р.). Вплив війни, тероризму та збройних конфліктів на дітей раннього віку: систематичний огляд (Slone M., Mann S. (2016). Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review). *Child Psychiatry Hum Dev* 47(6):950-965. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0626-7>

Слоун М., Шошані А. (2008 р.). Ефективність шкільної програми з первинної профілактики для подолання впливу політичного насильства (Slone M., Shoshani A. (2008). Efficacy of a school-based primary prevention program for coping with exposure to political violence). *Int J Behav Dev* 32(4):348-358.

Слоун М., Шошані А., Лобель Т. (2013 р.). Допомога молоді одразу після впливу війни: квазірандомізоване контрольоване випробування шкільної програми втручання (Slone M., Shoshani A., Lobel T. (2013). Helping youth immediately after war exposure: a quasi-randomized controlled trial of a school-based intervention program). *J Prim Prev* 34(5):293-307.

Слоун М., Шошані А., Лобель Т. (2013 р.). Допомога молоді одразу після впливу війни: квазірандомізоване контрольоване випробування шкільної програми втручання (Slone M., Shoshani A., Lobel T. (2013). Helping youth immediately after war exposure: a quasi-randomized controlled trial of a school-based intervention program). *J Prim Prev* 34(5):293-307.

Слоун М., Розінер І. (2013 р.). Чи пом'якшує самокомплексність вплив політичного насильства серед підлітків? (Slone M., Roziner I. (2013). Does self-complexity moderate political violence among adolescents?) *Anxiety Stress Coping* 26 659-673. 10.1111/0162-895X.00199 - [DOI - PubMed](#).

Сміт П., Е. Дирегров, У. Юле, 2016. Діти та війна: навчання технік зцілення
Режим доступу: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/10/dity_fin_ispp-1.pdf

Стовер К. С., Берковіц С. (2005 р.). Оцінка впливу насилля та симптомів травми у маленьких дітей: критичний огляд заходів (Stover CS, Berkowitz S (2005). Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: a critical review of measures). *J Traumatic Stress* 18(6):707-717.

Цільова група з питань профілактичних послуг у громаді (2008 р.). Рекомендації щодо зменшення психологічної шкоди від травматичних подій серед дітей та підлітків. *American Journal of Preventive Medicine* («Американський журнал превентивної медицини»), 35, 314-316. doi:10.1016/j.amepre.2008.06.025.

Томмесен С., Лагі Ф., Серроне К., Байокко Р., Тодд Б. К. (2013 р.). Інтерналізовані та екстерналізовані симптоми серед підлітків-біженців без супроводу та італійських підлітків (Thommessen, S., Laghi, F., Cerrone, C., Baiocco, R., Todd, B. K. (2013). Internalizing and externalizing symptoms among unaccompanied refugee and Italian adolescents). *Children and Youth Services Review* («Огляд служб для дітей та молоді»), 35(1), 7-10. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.10.007>

Томпсон Р. А. (2014 р.). Стрес і розвиток дитини (Thompson, R. A. (2014). Stress and Child Development). *The Future of Children* («Майбутнє дітей»), 24(1), 41-59. <http://www.jstor.org/stable/23723382>

Тедескі Р. Г. та ін. *J Trauma Stress*. 1996 р. Опис посттравматичного росту: вимірювання позитивних наслідків травми (Tedeschi RG, et al. *J Trauma Stress*. 1996 The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma). PMID: 8827649.

Посібник із захисту дітей у надзвичайних ситуаціях (ЮНІСЕФ, Індонезія, 2008 р.). [Toolkit on Child Protection in Emergencies Section 5- Psychosocial Support.pdf \(bettercare-network.org\)](#)

Тозер М., Хаваджа Н. Г., Швейцер Р. (2017 р.). Захисні чинники, що сприяють благополуччю молоді-біженців в Австралії (Tozer, M., Khawaja, N. G., Schweitzer, R. (2017). Protective factors contributing to well-being among refugee youth in Australia). *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools* («Журнал психологів і консультантів у школах»), 28(1), 66-83. <https://doi.org/10.1017/jgc.2016.31>

Трікі Д., Сіддавей А. П., Мейзер-Стедман Р., Серпелл Л., Філд А. П. (2012 р.). Метааналіз чинників ризику посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків (Trickey D., Siddaway A. P., Meiser-Stedman R., Serpell L., Field A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents). *Clin Psychol Rev* 32(2):122-138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>

Уесселз М. Дж. (2016 р.). Діти та збройний конфлікт: вступ і огляд (Wessells, M. G. (2016). Children and armed conflict: Introduction and overview). Peace and Conflict («Мир і конфлікт»), 22, 198-207. <https://doi.org/10.1037/pac0000176>

Уесселз М. Дж. (2017 р.). Діти та збройний конфлікт: втручання для підтримки дітей, постраждалих від війни (Wessells, M. G. (2017). Children and armed conflict: Interventions for supporting war-affected children). Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology («Мир і конфлікт: Журнал психології миру»), 23(1), 4-13. <https://doi.org/10.1037/pac0000227>

Фаррел К., 2011 р. Техніка «Обійми метелика» | Oak Learners.

Фазель М., Штайн А. (2003 р.). Психічне здоров'я дітей-біженців: порівняльне дослідження (Fazel, M., Stein, A. (2003). Mental health of refugee children: Comparative study). British Medical Journal («Британський медичний журнал»), 327(7407), стаття 134. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7407.134>

Фазель М., Стратфорд Х. Дж., Роусел Е., Чан С., Гріффітс Х., Робжант К. П'ять застосувань нарративної експозиційної терапії для дітей та підлітків, які страждають на посттравматичні стресові розлади (Fazel M., Stratford H. J., Rowsell E., Chan C., Griffiths H., Robjant K. Five Applications of Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents Presenting With Post-Traumatic Stress Disorders). Front Psychiatry. 2020 лют. 19;11:19. doi: 10.3389/fpsy.2020.00019. PMID: 32140112; PMCID: PMC7043101.

Фелітті В. Дж., Анда Р. Ф., Норденберг Д., Вільямсон Д. Ф., Шпіц А. М., Едвардс В., ... Маркс, Дж. С. (1998 р.). Зв'язок між жорстоким поведінням у дитинстві та дисфункцією домогосподарств із багатьма основними причинами смерті дорослих. Дослідження негативного досвіду дитинства (НДД) (Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study). American Journal of Preventive Medicine («Американський журнал превентивної медицини»), 14 (4), 245-258.

Фіглі Ч. Р. (2002 р.). Лікування втоми від співчуття (Figley, C. R. (2002). Treating compassion fatigue). Нью-Йорк: Routledge.

Шауер, Мергі та Нойнер, Френк і Елберт, Томас. (2017 р.). Нарративна експозиційна терапія для дітей та підлітків (KIDNET) (Schauer, Maggie & Neuner, Frank & Elbert, Thomas. (2017). Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET)). 10.1007/978-3-319-46138-0_11.

Шнайдер та ін. (2015 р.). Доказові методи лікування психологічних розладів, пов'язаних із травмою: А (Schnyder et.al. (2015). Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A).

Шоу Дж. А. (2003 р.). Діти, які зазнали впливу війни/тероризму (Shaw JA (2003). Children exposed to war/terrorism). Clin Child Fam Psychol Rev 6(4):237-246. <https://doi.org/10.1023/b:ccfp.0000006291.10180.bd>

Шапіро Ф. Ефективність процедури десенсибілізації руху очей при лікуванні травматичних спогадів (Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories). Journal of Traumatic Stress («Журнал травматичного стресу»). 1989; 2(2):199-223. doi: 10.1002/jts.2490020207.

Шпігель Д. (1990 р.). Гіпноз, дисоціація та травма: приховані та явні спостерігачі. У Дж. Л. Сінгера (ред.), Репресія та дисоціація: наслідки для теорії особистості, психопатології та здоров'я (стор. 121-142) (Spiegel, D. (1990). Hypnosis, dissociation, and trauma: Hidden and overt observers. In J. L. Singer (Ed.), Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health (pp. 121-142). Чикаго: University of Chicago Press. ISBN 0226761061. Докладніше: <http://traumadissociation.com/trauma-abuse>.

Юле У. (2003 р.). Лекція Емануеля Міллера — від погромів до «етнічних чисток»: задоволення потреб дітей, постраждалих від війни (Yule W (2003). Emanuel Miller lecture from pogroms to «ethnic cleansing»: meeting the needs of war affected children). *J Child Psychol Psychiatry* 41(6):695-702. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00657>

Юле У., Дирегров А., Раундален М. і Сміт П. (2013 р.). Діти та війна: робота Фонду «Діти та війна» (Yule, W., Dyregrov, A., Raundalen, M. & Smith, P. (2013). Children and war: the work of the Children and War Foundation), *European Journal of Psychotraumatology* («Європейський журнал психотравматології»), 4:1, DOI: [10.3402/ejpt.v4i0.18424](https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.18424).

Додатки

П1	Первинна інформація
Загальні данні	
ПІБ дитини	
Стать	
Дата народження	
Склад сім'ї	
Мати	
Батько	
Законний представник	
Дата травматичної події	
Загальна кількість постраждалих	
Опис травматичної події за офіційними даними	

Ім'я дитини

Вік дитини

*I. Симптоми первинної реакції на травматичну подію***Апатія**байдуже ставлення до навколишнього так німлявість так нізагальмованість так німова повільна, з великими паузами так ні**Ступор**різке зниження або відсутність довільних рухів і мови так нівідсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики) так ні«заціпеніння» в певній позі так ністан повної нерухомості так ні**Рухове збудження**різкі рухи так нічасто безцільні й безглузді дії так ніненормально голосна мова або підвищена мовна активність
(дитина говорить без зупинки, іноді абсолютно безглуздо) так нічасто відсутня реакція на навколишніх
(на зауваження, прохання, накази) так ні**Агресія**роздратування так ніневдоволення так нігнів (з будь-якого, навіть незначного приводу) так ніудари руками або якими-небудь предметами так нісловесна образа так нілайка так нім'язова напруга так нізростання кров'яного тиску (почервоніння) так ні**Страх**напруження м'язів (особливо м'язів обличчя) так нісильне серцебиття так ніприскорене поверхневе дихання так нізнижений контроль за власною поведінкою так ні**Нервові тремтіння**неконтрольоване нервові тремтіння
(дитина не може за власним бажанням припинити цю реакцію) так нідитина не може утримати в руках дрібні предмети так ніздається, що вона змерзла так ні

Плач

дитина вже плаче або готова розридатися так ні

тремтять губи так ні

спостерігається відчуття пригніченості так ні

Істерика

зберігається притомність так ні

безліч рухів так ні

театральні пози так ні

мова емоційно насичена так ні

швидка так ні

ридання так ні

Первинна реакція на травматичну подію:

Тривалість первинної реакції на травматичну подію:

II. Алгоритм надання першої психологічної допомоги «5В»

Крок перший «Впізнати»

ознаки розладу:

встановлення контакту:

місце розмови:

Крок другий «Визнати»

вільна розповідь:

додаткові питання:

уточнення:

почуття:

думки:

тілесні реакції:

потреби:

Крок третій «Відреагувати»

запропонована підтримка:

додаткова допомога:

надана інформація:

методи самопомоги:

задоволення потреб:

Крок четвертий «Відскерувати»

фахова допомога:

Крок п'ятий «Відстежити»

результат фахової підтримки:

додаткова допомога:

(дата заповнення)

(ПІБ фахівця)

ПЗ

Надання кризової інтервенції

ПІБ дитини

**Запланована кількість
кризових інтервенцій**

Кризова інтервенція №

Дата проведення

Місце проведення

Запит на інтервенцію:

Дії потерпілого задля поліпшення власного стану та/або задля попередження наслідків травматичної події:

Планування виходу з кризи, що стала наслідком травматичної події:

П4 Надання допомоги при інтеграції травматичного досвіду

I. Аналіз травматичної події

Подія:

Факти:

Втрати:

Емоційні реакції:

Когнітивні реакції:

Поведінкові реакції:

II. Аналіз наслідків травматичної події

Інтрुзивні думки:

Збудливість:

Уникання:

Деструктивні прояви:

III. Стабілізація

Метод стабілізації:

IV. Щоденне планування

	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	НД
Ранок							
День							
Вечір							

V. Планування «повернення до життя»

Рутини:

Мрії:

CATS – опікуни (3-6 років)

Ім'я дитини

Дата

Багато дітей стикаються зі стресовими подіями або подіями, які лякають. Нижче наданий перелік стресових або страхітливих подій, які іноді трапляються з дітьми. Відмітьте «ТАК», якщо зазначене траплялося з дитиною, наскільки це вам відомо. Відмітьте «НІ», якщо зазначене з дитиною не траплялося

- | | |
|---|--|
| 1. Тяжке стихійне лихо, як-от повідь, торнадо, ураган, землетрус або пожежа | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 2. Тяжка аварія або травмування, як-от автомобільна/велосипедна аварія, укуси собаки, спортивні травми | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 3. Пограбування з застосуванням погроз, сили або зброї | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 4. Ляпаси, удари кулаком або побиття в сім'ї | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 5. Ляпаси, удари кулаком або побиття кимось не з сім'ї | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 6. Дитина бачила, як хтось отримувал ляпаси, удари кулаком або побиття в сім'ї | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 7. Дитина бачила, як хтось отримувал ляпаси, удари кулаком або побиття в громаді | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 8. Хтось старшого віку доторкався до її інтимних частин, хто не повинен був цього робити | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 9. Хтось здійснювал психологічний тиск або змушував до сексу, або коли він/вона не міг (могла) сказати ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 10. Хтось з близьких дитини помирав неочікуваною або насильницькою смертю | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 11. Напади, удари гострою зброєю, вистріли або сильні поранення | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 12. Дитина бачила, як хтось піддавався нападам, ударам гострою зброєю, вистрілам або отримувал сильні поранення | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 13. Стрессова або страхітлива медична процедура | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 14. Перебування в місцях ведення війни | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 15. Інша стрессова або страхітлива подія? | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |

16. Опишіть:

Яка з подій зараз найбільше непокоїть дитину?

Якщо ви відмітили будь-яку стресову або страхітливу подію для дитини, перегорніть сторінку та дайте відповіді на наступні запитання.

166 <https://ulmer-onlineklinik.de/course/view.php?id=1701>
<https://istss.org/clinical-resources/child-trauma-assessments/child-and-adolescent-trauma-screen-cats>
https://www.researchgate.net/publication/346759880_Psychometric_properties_of_the_Child_and_Adolescent_Trauma_Screen_CATS_in_a_sample_of_Swedish_children

CATS – опікуни (3-6 років) продовження

Відмітьте 0, 1, 2 або 3 стосовно того, як часто нижче зазначене турбувало дитину протягом останніх двох тижнів.

Відповідайте якомога точніше: 0=ніколи 1=інколи 2=половину часу 3=майже постійно

1. Сумні думки або образи щодо стресової події або відтворення стресової події в грі	0	1	2	3
2. Погані сни, пов'язані зі стресовою подією	0	1	2	3
3. Дитина діє, грає або відчуває себе так, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз	0	1	2	3
4. Відчуває себе надзвичайно сумним(-ою), згадуючи стресову подію	0	1	2	3
5. Гостра фізична реакція при згадці про стресову подію (потіння, швидке серцебиття)	0	1	2	3
6. Намагається не згадувати, не думати або не відчувати емоцій стосовно стресової події	0	1	2	3
7. Уникає всього, що може нагадати про стресову подію (дій, людей, місць, речей, розмов)	0	1	2	3
8. Посилилися негативні емоціональні стани (страх, гнів, почуття провини, сором, розгубленість)	0	1	2	3
9. Втратив зацікавленість у видах діяльності, які подобалися до стресової події. Зокрема, менше грає	0	1	2	3
10. Дитина ізолювала себе соціально	0	1	2	3
11. Зменшення прояву позитивних емоцій (відчуття щастя, любові)	0	1	2	3
12. Відчував(-ла) роздратованість. Або спостерігалися напади гніву без важливої причини, які зганялися на інших особах або речах	0	1	2	3
13. Був(-ла) занадто насторожі або занадто обережним(-ою)	0	1	2	3
14. Був(-ла) занадто знервованим(-ою) або швидко лякався (-лася)	0	1	2	3
15. Проблеми з концентрацією	0	1	2	3
16. Труднощі під час засинання або зі сном	0	1	2	3

Будь ласка, відмітьте «ТАК» чи «НІ», якщо зазначені вами труднощі заважають:

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Ладнати з іншими | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 2. Хобі/розвагам | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 3. У школі або дитячому садку | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 4. Родинним відносинам | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 5. Загальному відчуттю щастя | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |

CATS для дітей та підлітків (7-17 років)

Ім'я дитини

Дата

Багато людей стикаються зі стресовими подіями або подіями, які лякають. Нижче наданий перелік стресових або страхітливих подій, які іноді трапляються в житті. Відміть «ТАК», якщо таке з тобою траплялося. Відміть «НІ», якщо такого з тобою не траплялося

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Тяжке стихійне лихо, як-от повідь, торнадо, ураган, землетрус або пожежа. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 2. Тяжка аварія або травмування, як-от автомобільна/велосипедна аварія, укус собаки, спортивні травми. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 3. Пограбування з застосуванням погроз, сили або зброї. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 4. Ляпаси, удари кулаком або побиття в твоїй сім'ї. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 5. Ляпаси, удари кулаком або побиття кимось не з твоєї сім'ї. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 6. Ти був (-ла) свідком того, що хтось у твоїй сім'ї отримувал ляпаси, удари кулаком або побиття. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 7. Ти бачив(-ла), що хтось отримувал ляпаси, удари кулаком або побиття в громаді. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 8. Хтось старшого віку доторкався до твоїх інтимних частин, хто не повинен був цього робити. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 9. Хтось здійснювал психологічний тиск або змушувал до сексу, або коли ти не міг (могла) сказати ні. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 10. Хтось з близьких помирав неочікуваною або насильницькою смертю. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 11. На тебе здійснювалися напади, удари гострою зброєю, вистріли або сильні поранення | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 12. Ти бачив(-ла), як хтось піддавався нападам, ударам гострою зброєю, вистрілам або отримувал сильні поранення | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 13. Стресова або страхітлива медична процедура. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 14. Перебування в місцях ведення війни. | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 15. Інша стресова або страхітлива подія? | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |

16. Опишіть:

Яка з них зараз найбільше тебе непокоїть?

Якщо ти позначив(-ла) будь-яку стресову подію або подію, яка тебе лякає, перегорни сторінку та дай відповіді на наступні запитання.

167 <https://ulmer-onlineklinik.de/course/view.php?id=1701>[https://istss.org/clinical-resources/child-trauma-assessments/child-and-adolescent-trauma-screen-\(cats\)](https://istss.org/clinical-resources/child-trauma-assessments/child-and-adolescent-trauma-screen-(cats))https://www.researchgate.net/publication/346759880_Psychometric_properties_of_the_Child_and_Adolescent_Trauma_Screen_CATS_in_a_sample_of_Swedish_children

CATS для дітей та підлітків (7-17 років) продовження

Відмітьте **0, 1, 2 або 3** стосовно того, як часто нижче зазначене турбувало тебе протягом останніх двох тижнів.

Відповідай якомога точніше: **0**=ніколи **1**=інколи **2**=половину часу **3**=майже постійно

1. Сумні думки або образи щодо стресової події, які з'являються у тебе в голові.	0	1	2	3
2. Погані сни, що нагадують тобі про те, що сталося.	0	1	2	3
3. Відчуття, нібито те, що сталося, весь час повторюється.	0	1	2	3
4. Відчуваєш себе надзвичайно сумним(-ою), згадуючи про те, що сталося	0	1	2	3
5. Гостре відчуття в тілі, коли тобі нагадують про те, що сталося (потіння, швидке серцебиття, розлад шлунка).	0	1	2	3
6. Намагаєшся не думати та не відчувати емоцій стосовно того, що сталося.	0	1	2	3
7. Уникаєш усього, що може нагадати тобі про те, що сталося (дій, людей, місць, речей, розмов).	0	1	2	3
8. Не можеш згадати частини того, що сталося	0	1	2	3
9. Негативні думки про себе та інших. Наприклад, такі думки: у мене ніколи не буде хорошого життя, нікому не можна довіряти, весь світ небезпечний.	0	1	2	3
10. Ти звинувачуєш себе в тому, що сталося. Або ти звинувачуєш інших, хоча в цьому не їх провина	0	1	2	3
11. Протягом довгого часу ти маєш негативні відчуття (страх, гнів, відчуття провини, сорому)	0	1	2	3
12. Не хочеш робити те, що ти звичайно робив(-ла)	0	1	2	3
13. Ти не відчуваєш себе близьким з іншими людьми.	0	1	2	3
14. Ти не можеш відчувати позитивні емоції або щастя	0	1	2	3
15. Відчуваєш, що втратив(-ла) глузд. У тебе бувають напади гніву, які ти зганяєш на інших.	0	1	2	3
16. Ти робиш небезпечні речі	0	1	2	3
17. Ти занадто обережний(-а) (озираєшся, хто знаходиться навколо тебе).	0	1	2	3
18. Ти занадто знервований(-а)	0	1	2	3
19. Проблеми з концентрацією уваги	0	1	2	3
20. Труднощі під час засинання або сну	0	1	2	3

Яка з них зараз найбільше тебе непокоїть?

16. Опишіть:

Якщо ти позначив(-ла) будь-яку стресову подію або подію, яка тебе лякає, перегорни сторінку та дай відповіді на наступні запитання.

Будь ласка, відмітьте «ТАК» чи «НІ», якщо зазначені тобою труднощі заважають:

1. Ладнати з іншими так ні
2. Хобі/розвагам так ні
3. У школі або на роботі так ні
4. Родинним відносинам так ні
5. Загальному відчуттю щастя так ні

CATS – піклувальники (7-17 років)

Ім'я дитини

Дата

Багато дітей стикаються зі стресовими подіями або подіями, які лякають. Нижче наданий перелік стресових або страхітливих подій, які іноді трапляються з дітьми. Відмітьте «ТАК», якщо зазначене траплялося з дитиною, наскільки це вам відомо. Відмітьте «НІ», якщо зазначене з дитиною не траплялося

- | | |
|---|--|
| 1. Тяжке стихійне лихо, як-от повідь, торнадо, ураган, землетрус або пожежа | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 2. Тяжка аварія або травмування, як-от автомобільна/велосипедна аварія, укуси собаки, спортивні травми | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 3. Пограбування з застосуванням погроз, сили або зброї | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 4. Ляпаси, удари кулаком або побиття в сім'ї | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 5. Ляпаси, удари кулаком або побиття кимось не з сім'ї | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 6. Дитина бачила, як хтось отримувал ляпаси, удари кулаком або побиття в сім'ї | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 7. Дитина бачила, як хтось отримувал ляпаси, удари кулаком або побиття в громаді | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 8. Хтось старшого віку доторкався до її інтимних частин, хто не повинен був цього робити | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 9. Хтось здійснювал тиск або змушувал до сексу, або коли він/вона не міг (могла) сказати ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 10. Хтось з близьких дитини помирав неочікуваною або насильницькою смертю | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 11. Напади, удари гострою зброєю, вистріли або сильні поранення | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 12. Дитина бачила, як хтось піддавался нападам, ударам гострою зброєю, вистрілам або отримувал сильні поранення | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 13. Стрессова або страхітлива медична процедура | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 14. Перебування в місцях ведення війни | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| 15. Інша стрессова або страхітлива подія? | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |

16. Опишіть:

Яка з подій зараз найбільше непокоїть дитину?

Якщо ви відмітили будь-яку стресову або страхітливу подію для дитини, перегорніть сторінку та дайте відповіді на наступні запитання.

CATS – піклувальники (7-17 років) продовження

Відмітьте **0, 1, 2 або 3** стосовно того, як часто нижче зазначене турбувало дитину протягом останніх двох тижнів.

Відповідай якомога точніше: **0**=ніколи **1**=інколи **2**=половину часу **3**=майже постійно

1. Сумні думки або образи щодо стресової події або відтворення стресової події в грі	0	1	2	3
2. Погані сни, пов'язані зі стресовою подією	0	1	2	3
3. Дитина діє, грає або відчуває себе так, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз	0	1	2	3
4. Відчуває себе надзвичайно сумним(-ою), згадуючи стресову подію	0	1	2	3
5. Гостра фізична реакція при згадці про стресову подію (потіння, швидке серцебиття)	0	1	2	3
6. Намагається не згадувати, не думати або не відчувати емоцій стосовно стресової події	0	1	2	3
7. Уникає всього, що може нагадати про стресову подію (дій, людей, місць, речей, розмов)	0	1	2	3
8. Посилилися негативні емоціональні стани (страх, гнів, почуття провини, сором, розгубленість)	0	1	2	3
9. Втрата зацікавленості у видах діяльності, які подобалися до стресової події. Зокрема, менше грає	0	1	2	3
10. Дитина ізолювала себе соціально	0	1	2	3
11. Зменшення прояву позитивних емоцій (відчуття щастя, любові)	0	1	2	3
12. Відчував(-ла) роздратованість. Або спостерігалися напади гніву без важливої причини, які зганялися на інших особах або речах	0	1	2	3
13. Був(-ла) занадто насторожі або занадто обережним(-ою)	0	1	2	3
14. Був(-ла) занадто знервованим(-ою) або швидко лякався (-лася)	0	1	2	3
15. Проблеми з концентрацією	0	1	2	3
16. Труднощі під час засинання або зі сном	0	1	2	3

Будь ласка, відмітьте «ТАК» чи «НІ», якщо зазначені вами труднощі заважають:

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|
| 1. Ладнати з іншими | <input type="checkbox"/> | так | <input type="checkbox"/> | ні |
| 2. Хобі/розвагам | <input type="checkbox"/> | так | <input type="checkbox"/> | ні |
| 3. У школі або на роботі | <input type="checkbox"/> | так | <input type="checkbox"/> | ні |
| 4. Родинним відносинам | <input type="checkbox"/> | так | <input type="checkbox"/> | ні |
| 5. Загальному відчуттю щастя | <input type="checkbox"/> | так | <input type="checkbox"/> | ні |

(дата заповнення)

(ПІБ фахівця)

(ПІБ опікуна)

www.coe.int

Рада Європи – провідна правозахисна організація на континенті. До її складу входять 46 держав-членів, зокрема всі члени Європейського Союзу. Усі держави – члени Ради Європи підписали Європейську конвенцію з прав людини – угоду, покликану захищати права людини, демократію та верховенство права. Європейський суд з прав людини веде нагляд за імплементацією Конвенції в державах-членах.

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE