

Міністерство освіти і науки України  
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

**Н. М. ДІДИК**

# **ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ДІТЬМИ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ, У ВОЄННИЙ ЧАС**

**НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК**



**Електронне видання**

Кам'янець-Подільський  
2025

УДК 159.98-056.4/.6:355.48

ББК 88.4я73

Д44

*Рекомендувала вчена рада факультету спеціальної освіти, психології і соціальної роботи Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, протокол № 5 від 23 квітня 2025 р.*

### **Рецензенти:**

**Логвіна О. А.** – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри загальної та практичної психології Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка;

**Руденок А. І.** – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри загальної та практичної психології Хмельницького національного університету;

**Федорчук В. М.** – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри соціальної роботи, психології та соціокультурної діяльності ім. Т. Сосновської Навчально-реабілітаційного закладу вищої освіти «Кам'янець-Подільський державний інститут».

**Дідик Н. М.**

**Д44 Психологічна робота з дітьми, які зазнали психічної травми, у воєнний час:** навчальний посібник [Електронний ресурс]. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2025. 114 с.

У навчальному посібнику проаналізовано теоретичні основи викладання освітнього компоненту «Психологічна робота з дітьми, які зазнали психічної травми, у воєнний час». У посібнику подано лекційний матеріал до курсу, список використаних джерел до освітнього компоненту «Психологічна робота з дітьми, які зазнали психічної травми, у воєнний час». Цей посібник рекомендовано для професійної підготовки майбутніх психологів, педагогів, соціальних працівників.

УДК 159.98-056.4/.6:355.48

ББК 88.4я73

**Електронна версія посібника доступна за покликанням:**

**URL:** <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/9308>

© Дідик Н. М., 2025



## ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА .....	4
<i>Тема 1. Війна як психотравма .....</i>	<i>8</i>
<i>Тема 2. Особливості дитячої психотравми .....</i>	<i>31</i>
<i>Тема 3. Арттерапія у подоланні дітьми травми війни .....</i>	<i>40</i>
<i>Тема 4. Психологічна підтримка дітей після травматичного досвіду .....</i>	<i>47</i>
<i>Тема 5. Психологічний супровід дитини в ситуації насильства .....</i>	<i>56</i>
<i>Тема 6. Психологічний супровід дітей при втраті .....</i>	<i>89</i>
<i>Тема 7. Формування резиліентності як умови стресостійкості дитини .....</i>	<i>103</i>
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	111



## ПЕРЕДМОВА

*«Не вся допомога психолога однаково корисна, на все свій час. Є час на кризове втручання і є час на терапію – застосування їх в неналежний часовий відрізок в кращому випадку буде марним, в гіршому – призведе до чергових страждань, з якими людина може вже не впоратись».*

(Калмиков Г.В., Кириченко Т.В.,  
Ткач Т.В., 2024)

Розв'язана війна в Україні торкнулася і людей, які опинилися в зоні бойових дій або в окупації, і жителів тилу, і переселенців, і тих, хто виїхав за кордон. Постійні перевтома, тривожність та довгостроковий стрес виснажують організм, шкодять фізичному стану, можуть стати тригером депресії, посттравматичного синдрому та інших порушень психіки, скоротити тривалість життя.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, близько 15 млн громадян, ймовірно, потребуватимуть психологічної підтримки; із них приблизно 20–40% потребують психологічної допомоги вже сьогодні.

На сайті Національного інституту стратегічних досліджень вказано, що 40–50% населення у майбутньому потребуватимуть психологічної допомоги. У певних групах населення кількість таких людей буде становити: 3-поміж військових та ветеранів – 1,8 млн; серед людей старшого віку – 7 млн; близько 4 млн – дітей та підлітків. Прогнозована потреба в допомозі з питань психічного здоров'я на первинній ланці медицини – 27 млн звернень. Водночас близько 3–4 млн українців матимуть певний розлад психічного здоров'я – помірної або тяжкої форми.

Поширення психічних розладів унаслідок війни становитиме для держави та суспільства проблему й після її закінчення. Для психологічної реабілітації населення знадобиться досить тривалий час. Психічні розлади стимулюють розвиток важких соматичних хвороб, які можуть мати летальні наслідки (серцево-судинні, онкологічні). Важкі психічні розлади,

такі як ПТСР, призводять до соціальної дезадаптації хворого, зменшують або нівелюють його працездатність, що відбивається на сім'ї, соціальному оточенні, економіці країни.

За результатами практичної діяльності психологічної служби «Спів-ДіяХаб Одещина» визначено, що тематика 93% всіх звернень до практичних психологів та відповідного індивідуального консультування викликана психотравмуючими ситуаціями, пов'язаними з війною в Україні. Сьогодні навіть існує «Інститут психотравми війни» – це спільнота українських психотерапевтів, які працюють з ментальним здоров'ям під час війни та пропонують відповідні освітні програми.

Згідно з даними соціологічних опитувань, сьогодні 71% українців відчувають стрес або сильну знервованість. Серед їх причин на першому місці – повномасштабна війна з росією (72%) і фінансові складнощі (44%). З-поміж аспектів війни, які спричиняються до стресу або сильної знервованості, на першому місці перебуває безпека близьких (63%) і втрата роботи або джерела доходу (42 %).

Особливо гостро на воєнні дії реагують діти і підлітки. Вони не мають досвіду переживання травматичних подій та не володіють конструктивними копінг-стратегіями щодо їх подолання. Тому діти потребують особливої психологічної підтримки у воєнний час.

У посібнику обґрунтовано війну як психотравму, проаналізовано особливості дитячої психотравми та застосування арттерапії у подоланні дітьми травми війни; розкрито основні принципи, форми і методи психологічного супроводу дітей у період війни; описано специфіку психологічної підтримки дітей після травматичного досвіду та психологічного супроводу дітей при втраті; обґрунтовано роль формування резильєнтності як умови стресостійкості дитини у воєнний час.

Метою викладання освітнього «Психологічна робота з дітьми, які зазнали психічної травми, у воєнний час» є: сформувані розуміння основних понять про психічну травму та особливостей її проживання дітьми; обґрунтувані мету, завдання і напрями роботи з дітьми, які зазнали психічної травми; оволодіти вмінням застосовувати ефективні методи та форми супроводу дітей, які зазнали психічної травми; сформувані здатність створювати комфортні умови для оптимізації розвитку дітей, які зазнали психічної травми; розвивати у здобувачів вищої освіти професійні уміння і навички використання ефективних засобів роботи з дітьми, які зазнали психічної травми.

## **Статус дисципліни – вибіркового освітнього компонента.**

В результаті вивчення освітнього компонента «Психологічна робота з дітьми, які зазнали психічної травми, у воєнний час» здобувачі вищої освіти будуть:

### *Знати:*

- визначення поняття «психічна травма», її причини, ознаки і наслідки;
- напрями допомоги дітям, які зазнали психічної травми;
- форми та методи психологічного супроводу дітей, які зазнали психічної травми;
- методики для етапу стабілізації дитини, опрацювання травматичного досвіду та відновлення;
- особливості супроводу дитини в ситуації насильства;
- специфіку підтримки дитини при втраті;
- зміст арттерапевтичних методик для подолання психічної травми;
- особливості проведення терапії іграшкою як напряму роботи з дітьми, які зазнали психічної травми.

### *Уміти:*

- аналізувати основні поняття про психічну травму, її причини, ознаки та наслідки;
- надавати допомогу дітям, які зазнали психічної травми;
- стабілізувати емоційний стан та психічний розвиток дітей, які зазнали психічної травми;
- оптимально підбирати форми і методи супроводу дітей, які зазнали психічної травми;
- застосовувати методики на етапі стабілізації дитини, опрацювання травматичного досвіду та відновлення;
- здійснювати супровід дитини в ситуації насильства;
- проводити супровід при втраті для дітей;
- застосовувати арттерапевтичні методики у подоланні психічної травми;
- здійснювати терапію іграшкою як напрям роботи з дітьми, які зазнали психічної травми.

Навчальний посібник буде корисний для майбутніх практичних психологів, педагогів, соціальних працівників. Він може застосовуватися науково-педагогічними працівниками в освітньому процесі при викладанні освітнього компоненту «Психологічна робота з дітьми, які зазнали психічної травми, у воєнний час».



## Тема 1. ВІЙНА ЯК ПСИХОТРАВМА

### План

1. Визначення поняття «психотравма».
2. Класифікація психотравмувальних ситуацій.
3. Стадії психотравми.
4. Етапи розгортання порушень після травматичної події.
5. Діагностичні критерії ПТСР.
6. Симптоми ПТСР.
7. Чинники, що впливають на переживання травматичних подій.
8. Порушення психіки під час війни.
9. Колективна травма та її наслідки.
10. Фази травматичної кризи особистості та у суспільстві.

### 1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «ПСИХОТРАВМА»

Людський організм, як усе живе, має механізми опрацювання інформації, зокрема травматичної. Тому:

- у перший тиждень 90% травмованих мають симптоми травми;
- до місяця – 60% зберігають симптоми травми;
- після місяця – 25–30% (можна діагностувати ПТСР).

Якось колега з Ізраїлю розповів, що завдяки ранньому втручанню у воєнних досягли показника 6–8% замість 25–30%. Річ у тім, що коли підрозділ повертається на ротацію, вони не одразу їдуть додому, а спочатку обов'язково мають бесіду з психологом і кілька днів перебувають у таборі, аби відбулася так звана декомпресія (до тижня).



## ***Якою має бути подія, щоб травмувати?***

Події, які можуть спричинити психологічне травмування – це події, які людина сприймає як загрозу своєму, життю близьких або свідком яких стає. Ідеться про воєнні події, кримінальні дії різного штибу (зґвалтування, катування, пограбування), стихійні лиха (зокрема, хвороби, раптові втрати близьких) та ДТП.

Нині ми маємо три кластери з чотирьох, що є дуже травматичними. Людина або переживає ці події або стає їхнім свідком. Тому можна сказати, що не лише ті люди, які безпосередньо перебувають у вирі подій війни, страждають. Коли ми чуємо та читаємо, то також стаємо свідками та можемо травмуватися.

### *Якою має бути подія, щоб спричинити травму:*

- раптовою;
- сильною та інтенсивною – руйнівна сила;
- здаватися безвихідною – безпорадність, безсилля;
- тривалою – спричиняє відчай.

Тож чому відбувається травмування? Через надмірну стимуляцію всіх органів чуття травматичні події настільки наповнені стресом, що їхній вплив перевантажує наші звичні стратегії подолання стресу. Хтось майже не переживав травматичний досвід за життя, хтось переживав багато. Відповідно до цього людина буде почуватися в наступних стресових подіях.

Як наслідок, від перенавантаження можуть виникати страх, гостре відчуття безпорадності та втрати контролю.

Зараз дуже часто називають травмою все підряд – «щось не вдалося купити чи хтось накричав – у мене травма». Ні, це – розчарування, фрустрація через нездійснення бажань, образа, конфлікт або що. Це – неприємні складні ситуації, які не переходять у психологічну травму.

**Визначення психотравми, за міжнародною класифікацією, – це експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження або сексуального насильства в один чи більше таких способів:**

- безпосереднє переживання травматичної події;
- спостереження за подіями, які трапилися з іншими (люди, на очах яких це стається, або фахівці, які приїжджають на місце злочину);

- *знання того, що травматична подія трапилася з членом сім'ї чи близьким другом у випадках смерті чи загрози життю (ідеться про раптовість);*

- *переживання багаторазової чи надмірної експозиції до нестерпних деталей травматичної події. Наприклад, фахівці швидкого реагування, які збирають частини тіл, офіцери поліції, що стикаються з деталями скривдження дітей.*

Поняття «**травма**» у повсякденному розумінні співвідноситься, переважно, з *тілесними ушкодженнями, порушенням цілісності тіла*. Травми бувають легкими, важкими та несумісними з життям, все залежить від сили впливу джерела травми та захисного бар'єра тіла. За законами гомеостазу все, що порушує рівновагу та цілісність організму, викликає реакцію, спрямовану на відновлення стабільного стану. При цьому всі чужорідні тіла відторгаються організмом, тобто витісняються. За аналогією з фізичною травмою та реакцією на неї організму, функціонує й психічна травма.

*Відмінності психічної травми від фізичної:*

1. На відміну від фізичної травми, яка завжди є зовнішньою, **психічна травма** може мати *інтрапсихічну природу, тобто психіка має здатність травматизувати саму себе, продукуючи певні думки, спогади, переживання та афекти*.

2. Друга істотна відмінність психічної травми від фізичної полягає в тому, що **психічна травма невидима та об'єктивується за непрямыми ознаками, головною з яких є душевний біль**.

**ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА** (психотравма) (*traumata, traumas* – від давньогрецького *trauma* – «рана») —це:

- *травма, що виникла в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації;*

- *емоційна дія, яка спричинила психічний розлад;*

- *шкода, нанесена психічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гостро-емоційних, стресових впливів інших людей на її психіку.*

Поняття «травма» використовується в психології для опису психологічної травми, аналогічної травмі в медицині, яка **супроводжується си-**

**льним психологічним потрясінням.** Це може бути спричинено людьми, стихійними лихами, тортурами тощо.

Руйнівна сила психологічної травми залежить *від індивідуальної значущості надзвичайної події для людини.* **Тому травму важко оцінити збоку, вона суто індивідуальна!** І це надважливо враховувати у подальшій терапії травми.

Розрізняють кілька видів психологічних травм.

**Психологічна травма** формується завжди **спонтанно**, є наслідком загрозливих подій для життя індивіда та/або для його близьких. Гостра психологічна травма характеризується короткостроковим потужним впливом на психіку. Якщо людина отримує професійну допомогу та підтримку фахівця чи фахівчині в цей період, то часто вдається запобігти загрозі розвитку посттравматичного стресового розладу.

**Психологічна травма** обумовлена **негативним тривалим впливом на психіку**, може тривати десятиліттями. Наприклад, це дитинство в тривалих складних сімейних обставинах з домашнім насильством або шлюб, який завдає психологічного дискомфорту або фізичної шкоди.

**Психологічна травма** означає *різкий перелом, тяжкий перехідний стан, гостра нестача, невідповідність.* Криза змінює тенденції життєдіяльності системи, тобто порушує її стійкість, радикально її оновлює.

Поняття кризи більш широке, ніж поняття стресу. По суті *криза – це сукупність стресових ситуацій*, які тривають певний час, а ті засоби подолання стресу, що спрацьовували раніше, вже не дають бажаного результату.

«При отриманні сигналів про небезпеку наш організм мобілізується, *підвищується тиск, частішає серцебиття*, посилено працюють усі наші системи. Це нормальна реакція на небезпеку. Наше тіло і мозок реагує, щоб зберегти себе. Це складний і дивовижний процес, відточений еволюцією».

У момент сильного страху чи загрози життю у людини часто (проте не завжди) робота когнітивних функцій кори головного мозку (неокортекс), значно ускладнена або зовсім недоступна:

- відзначається *зниження швидкості протікання розумових процесів* (мислення гальмується, інколи аж до повної зупинки);

- значне зниження продуктивності;
- когнітивні операції стають або хаотичними, або низько координованими;
- знижується точність логічних операцій;
- збільшується кількість допущених помилок;
- значно порушується навички критичного мислення;
- порушується зв'язність мови;
- відзначається зниження стійкості уваги, інколи аж до неможливості довільної концентрації;
- порушується сприйняття, поява синдрому «тунельного зору»;
- значно порушені процеси пам'яті (зниження запам'ятовування, збереження, відтворення інформації).

Попри вагомий вплив на людину довготривалий стрес не є вироком. При довготривалому стресі дієвими способами збереження психічного здоров'я є відновлення/відбудовування безперервності життя та застосування моделі BASIC Ph.

#### Про позитивний аспект психологічної травми

Людина, яка пережила травматичні події й опрацювала ці переживання, *особистісно зростає*. З'являються більша впевненість у собі, міцніші стосунки, переосмислення духовних переконань, більша цінність життя, переосмислюються пріоритети тощо.

Я спостерігаю, як люди реагують на травматичні події, і можу з певністю сказати, що за 10 років війни ми багато *переосмислили* і стали *міцнішими*. Поведінка людей свідчить про хороший психологічний рівень людей: вони мають силу, переконання, віру. На психологічному рівні ми вже перемогли, адже перебуваємо на вищому рівні, ніж вороги.

## **2. КЛАСИФІКАЦІЯ ПСИХОТРАВМУВАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ**

### 1. За тривалістю впливу:

- шоківі психічні травми;
- ситуативні психічні травми;
- хронічні психічні травми.

2. За причинами, які спровокували психотравму:

- стихійні лиха;
- дорожні катастрофи;
- техногенні катастрофи;
- військові події;
- кримінальні дії;
- втрата.

3. За масштабністю дії:

- масові;
- одиничні.

4. За соціально-значимими наслідками:

- вузько спрямовані;
- багатопланової дії

5. За інтимно-особистісними наслідками:

- біологічно значимі;
- особистісно значимі.

**Також є типи травм:**

- **Тип 1. Мототравма** – *наслідки несподіваної одноразової події.*

Наприклад, у людини було нормальне дитинство – нормальні взаємини, у школі не було травматичних подій, а потім вона пережила ДТП. Таку подію можна швидко опрацювати з психотерапевтом, або психіка впорається сама.

- **Тип 2. Наслідки багаторазових травм**, особливо якщо йдеться про *персональні травми. Як-от насилля в сім'ї, багаторазове сексуальне насильство.* тоді наслідки важчі й опрацьовуються довше.

До того ж травми можна ділити на *спричинені людиною та природні катастрофи.* Ми важче переживаємо *повторювані травми*, спричинені людиною. Природні катастрофи психіці легше опрацьовувати, бо ми можемо собі це якось пояснити.

### 3. СТАДІЇ ПСИХОТРАВМИ

**1 стадія. Стадія шоку (ступору)** – дек. хвилин. Людина завмирає, мозок відключається, організм несвідомо очікує на наступну реакцію «Бий або біжи?».

**2 стадія. Адреналінова, або стадія активного виживання.** Через сплеск адреналіну отримуються надзвичайні можливості, включається страх і лють. Найчастіше збудження, що виражається у нецілеспрямованих рухах. Міміка і жести надмірні, увага концентрується, зір звужується. Включається рептильна частина мозку, функція мислення і аналізу.

**3 стадія. Стадія виснаження.** Адреналін, який не використався, залишається у м'язових затискачах (спазмах). Включається лімбічний мозок, мислення, аналіз, логіка, емоції. Виникає почуття вини, відчай, сльози, депресія важкі роздуми.

**4 стадія. Стадія виходу із травми, стадія росту.** В цей період людина переосмислює себе та оточуючий світ із врахуванням нового досвіду. У більшості випадків людина природньо і самостійно проходить усі стадії.

### 4. ЕТАПИ РОЗГОРТАННЯ ПОРУШЕНЬ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ

*Етапи розгортання основних видів порушень (реакцій та розладів) після травматичної події:*

1. Гостра стресова реакція – від хвилин до 3 діб
2. Гострий стресовий розлад – від годин до 4-6 тижнів
3. Гострий ПТСР – від 1 до 3 місяців
4. Хронічний ПТСР – понад рік [шлях до зцілення: основи роботи з наслідками травматичних подій, с. 14-15].

**1. ГОСТРА СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ** – виникає під час проживання травматичної події і може тривати **до 3–4 днів** після неї зі згасанням і/або зникненням симптомів. Це тимчасове порушення значної тяжкості, яке розвивається в осіб без психічного розладу у відповідь на винятковий фі-

зичний і психологічний стрес (втрата близької людини, зґвалтування, насильство, свідчення страшних подій тощо).

У гострому періоді людина, що пережила травматичну подію, може демонструвати надзвичайно сильні реакції.

**2. ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ГСР)** є порушенням, що розвивається у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо. Дані травматичні події мають бути пов'язаними з **загрозою для власного життя** (або іншої людини) чи **фізичної недоторканності та зумовили сильний страх, безпорадність або жах**. Під час ГСР людина відчуває чимало симптомів високої інтенсивності, які здебільшого демонструються протягом **перших 4-6 тижнів** з моменту травматичної події і мають тенденцію до зменшення або повного припинення.

Якщо зниження інтенсивності і частоти прояву симптомів не відбувається або у людини спостерігається погіршення стану, то є висока вірогідність розвитку посттравматичного стресового розладу.

**3. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)** – *психічний розлад, що виникає внаслідок переживання **однієї чи кількох подій, що травмують психіку***. Наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важкі фізичні травми, побутові або статеві насильства, загроза смерті або був свідком або заподіювачем/заподіювачкою чужої смерті. Це порушення психічного стану, що може розвинутиися після травматичної події. Існують дослідження, згідно яких близько **8% чоловіків та 20% жінок, які пережили травматичні події, мають ПТСР**.

Протягом останніх двох років в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) фіксується значне збільшення пацієнтів зі встановленим діагнозом посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Так, у **2023 році кількість пацієнтів з ПТСР зросла майже в чотири рази в порівнянні з 2021 роком, а за перші два місяці 2024 року діагноз встановлено фактично такої ж кількості пацієнтів, як за весь 2021 рік**.

За даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), показники у розрізі цифр за роками виглядають так:

- 2021 рік – 3 167 пацієнтів,
- 2022 рік – 7 051 пацієнт,

- 2023 рік – 12 494 пацієнти,
- 2024 рік – 3 292 пацієнти (станом на 06.03.2024).

На ПТСР страждають *незалежно від статі і віку*. Симптоми розладу можуть виникати в *короткий або тривалий період після травматичної події* — як правило, **протягом перших трьох місяців**. Вони можуть проявлятися через гіперзбудженість, перепроживання травматичних подій, проблеми із пам'яттю та емоційною сферою, порушення сну, надмірну втому, дратівливість, головні болі, намагання уникнути всього, що нагадує про травмуючу подію, тощо.

За різними оцінками, **ПТСР може розвиватися у 12–20% людей**, які пережили травматичну подію або були свідками такої.

Якщо взяти складні розлади, такі як ПТСР, є чітка світова статистика про плюс-мінус 15-20%, у яких він може розвинути, якщо людина відчувала оцю величезну травматизацію. І частина з цих 20% може достатньо швидко відновитися – за рахунок гарної реабілітації, власної цілісності, – говорить директорка Центру психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» МОЗ України Ксенія Возніцина. – Не треба думати, що всім буде потрібне лікування, що у всіх буде ПТСР – це міф, який ми постійно розвінчуємо. Він буде у невеликої кількості людей».

Близько 30% осіб, які зазнали впливу травматичних подій матимуть ПТСР та потребуватимуть допомоги. Близько 70% осіб, які пережили травматичні події – відновляться і не матимуть ПТСР. Якщо людина не відчуває безпорадності та безсилля (*переважно стосується людей, які мали досвід подібних подій, опрацювали їх і знають, що робити*), то найбільш імовірно, що в неї не розвиватиметься *посттравматичний стан або вона швидко з нього вийде*.

*ПТСР проявляється як довготермінова реакція на стрес* – його прояви з'являються *через щонайменше чотири тижні* після травматичної події. Симптоми розладу можуть виникати в коротший або триваліший період після травматичної події – але, як правило, *протягом перших трьох місяців*.

При ПТСР спостерігають такі **4 кластери симптомів**:

- 1) **перепроживання, флешбеки, нав'язливі думки**: часті, повторювані спогади про травматичні події, рецидивні спогади;
- 2) **уникнення**: відчуття нереальності події, так наче подія сталася не з потерпілим/потерпілою;



- 3) **гіперзбудження** (проблеми із сном, може виявлятися у ризиковій поведінці, відчутті непереможності), високий рівень гніву, підвищена чутливість до стресових ситуацій, психопатологічні переживання нових стресів;
- 4) **проблеми із пам'яттю та емоційною сферою** (наприклад, відчуття обрізаності власного життя, ізолюваності від людей), уникнення або втрата послідовності подій у пам'яті, випадіння важливих компонентів травматичної події, підвищена пильність, яка зберігається більше місяця після травматичної події.

**4. ХРОНІЧНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД** – характерне *поступове наростання ознак патології, що заважає нормальному функціонуванню людини, зростає виснаження нервової системи*, відбувається зміна характеру, інтересів.

#### **Прояви довготривалого травматичного стресу:**

1. *Емоційні та психологічні проблеми*: довготривалий травматичний стрес може призвести до збільшення рівня тривоги, депресії, почуття відчуженості та інших емоційних проблем. Люди можуть відчувати страх, гнів, роздратування, байдужість.

2. *Соціальні наслідки*: тривалий стрес може призвести до зміни соціальних відносин, які можуть бути причиною почуття відчуження, втрати друзів та соціальної підтримки. Важко зосередитися на взаєминах, можуть виникати конфлікти з близькими та колегами.

3. *Загальна здатність до роботи*: тривалий стрес може знизити рівень працездатності, погіршити увагу та її концентрацію, що може призвести до зниження ефективності та продуктивності.

4. *Підвищення рівня захворюваності*: тривалий травматичний стрес може призвести до збільшення ризику розвитку різних хвороб.

## 5. ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПТСР

Термін «посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)» був вперше запропонований М. Хоровіц. Ним були розроблені діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті за основу при складанні Американської класифікації хвороб.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) являє собою **комплекс психофізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яка у більшості людей викликає страх, жах, відчуття безпорадності**. Це, в першу чергу, ситуації, в яких людина сама пережила загрозу власного життя, смерть або поранення іншої людини (особливо – близької людини), що відбулися за надзвичайних обставин.

ПТСР піддається лікуванню і навіть через багато років після травматичної події. Це означає, що ніколи не пізно звернутися по допомогу.

**До основних діагностичних критеріїв ПТСР**, які містяться в найавторитетнішому посібнику з діагностики та статистики психічних розладів «DSM-V» належать:

- а) безпосереднє зіткнення (експозиція) зі смертю або загрозою життя;
- б) *інтрузивні симптоми*: 1) періодичні, мимовільні, нав'язливі неприємні спогади про травматичну подію чи події; 2) періодичні неприємні сни, зміст та/або емоції яких пов'язані із травматичною подією; 3) дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки) при яких особа поводить ся чи відчувається так, ніби подія відбувається знову;
- в) стійке уникання травматичних спогадів та нагадувань про подію;
- г) негативні зміни у думках та настрої;
- д) помітні зміни в реактивності;
- е) тривалість порушень понад один місяць;
- є) сильний дистрес та порушення важливих сфер життєдіяльності;
- ж) відсутність зв'язку симптомів із впливом психоактивних речовин чи іншими медичними причинами.

Посттравматичний стресовий розлад діагностується у *близько 30% дітей та дорослих, які зазнали впливу травматичних подій*.

В. Горбунова описує, що нав'язливі спогади, негативні думки та настрої, нічні жахіття, тривога та інші посттравматичні симптоми можуть су-

проводжуватися і **іншими проблемами та розладами**, до яких належать:

- 1) *депресія*, зокрема пов'язана з ускладненим переживанням горя;
- 2) *тривожні розлади*, зокрема панічні стани та фобії;
- 3) психосоматичні реакції, наприклад, хронічний біль, для якого немає медичних підстав;
- 4) короткі *психотичні епізоди*, за яких людина втрачає контроль над собою і стає агресивною, імпульсивною, неконтрольованою;
- 5) *зловживання алкоголем, наркотиками, ігрова залежність*;
- 6) *дезадаптивна, асоціальна поведінка*, зокрема відмова працювати, бродяжництво, жебракування.

**Маркерами психологічного стану клієнтів, що пережили психотравмуючі ситуації стали:**

- почуття безпорадності й незахищеності;
- тривожні стани, страх змін у майбутньому;
- прояви агресивності;
- тенденції до ізолюваності від соціуму;
- почуття провини та низька самооцінка;
- деформація картини світу, а саме, сприйняття світу як загрози особистій безпеці, наповненому небезпечними подіями тощо;
- порушення когнітивної сфери;
- порушення сну;
- психосоматичні порушення – логоневроз, бронхіальна астма, нейродерміти, синдром подразненого кишківника тощо.
- розлади адаптації, які перешкоджають соціальному функціонуванню;
- невротичні реакції;
- панічні атаки;
- такі симптоми як зниження концентрації уваги, пригнічений настрій погіршення пам'яті.

У психокорекційній та психологічній реабілітації клієнтів, які піддавались впливу психотравмуючих ситуацій, **основними завданнями стають відновлення ефективного соціального та особистісного функціонування індивіда**. Психологічна допомога в даному випадку має бути *системною, глибинною та пролонгованою*.

## 6. СИМПТОМИ ПТСР

1. Найхарактернішим симптомом ПТСР є **повторне переживання симптомів**. Люди з ПТСР *мимоволі знову переживають аспекти травматичної події* в дуже яскравий спосіб, що викликає у них **дистрес**. Ідеться про **флешбеки**, під час яких людина діє або відчувається так, ніби подія повторюється; нічні жахи; **тривожні інтрузивні образи**, що виникають у свідомості мимоволі, або інші сенсорні враження від події. Нагадування про травматичну подію викликають **сильний дистрес** і/або фізіологічні реакції. У **дітей** симптоми *повторного переживання можуть набувати форми повторного переживання досвіду, повторюваної гри або страшних снів без усвідомлення змісту*.

2. **Уникання згадок про травму** є ще одним характерним симптомом ПТСР. Це стосується людей, ситуацій та *обставин, що нагадують або пов'язані з травматичною подією*. Люди з ПТСР часто намагаються *виштовхнути зі своєї свідомості спогади про подію*, не думати та не обговорювати її деталі, особливо найгірші моменти. З іншого боку, є люди, які забагато роздумують над питаннями, що заважають їм примиритися з подією (наприклад, про те, чому подія відбулася саме з ними, про те, як їй можна було б запобігти, або про можливу помсту).

3. Люди з ПТСР також відчувають симптоми **надмірного збудження**, включаючи гіпернастороженість щодо загрози, лякливість, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги і проблеми зі сном.

4. Інші особи з ПТСР також скаржаться на симптоми **емоційного оніміння**. До них належать: відсутність здатності відчувати емоції, відчуття відсторонення від інших людей, відмова від видів діяльності, які раніше були важливими, і втрата пам'яті стосовно важливих частин події.

Симптоми ПТСР часто розвиваються *відразу після травматичної події, але в деяких людей (менше 15% всіх постраждалих) симптоми можуть з'явитися пізніше*. Люди з ПТСР можуть не звертатися за допомогою протягом декількох місяців або й років після появи симптомів, незважаючи на значний дистрес, який вони відчувають. **Однак ПТСР є виліковним розладом навіть через багато років після травматичної події**. Проте обстеження ПТСР може становити значні труднощі, оскільки багато людей ухиляються розповідати про свої проблеми, хоча скаржаться на дискомфорт.

Не лише війна, а будь-яка подія, що несе в собі загрозу смерті або цілісності, може стати передумовою для розвитку ПТСР. При цьому **досвід переживання воєнних дій не обов'язково призводить до такого діагнозу!!!** Це залежить від стійкості людини, обставин, наявної підтримки та інших факторів. Але, беззаперечно, повномасштабна війна значною мірою вплинула на життя і психічний стан українців.

«Для сформованого ПТСР характерне **постійне переживання травми, тригери-нагадування, флешбеки, інтрузії** — спогади з минулого, які втручаються в теперішнє і заважають жити. Це постійне повернення до травми, людину відкидає в ті події, Є і повернення до минулого, і говорити про нього важко. **Уникнення згадувань про травмівну подію – це найбільш характерний та небезпечний симптом**».

#### ІНТРУЗИВНІ СИМПТОМИ:

**Тригер** (від англ. trigger) – подія, що викликає у людини, хворої на ПТСР, **раптове повторне переживання психологічної травми**, сама по собі не є страшною або травматичною. Це періодичні, мимовільні, нав'язливі неприємні спогади про травматичну подію чи події; хворі посттравматичним стресовим розладом зазвичай всіма силами уникають зустрічей з тригером, прагнучи уникнути нового нападу. Наприклад, запах пригорілого м'яса викликає блювоту, оскільки він був подібний до запаху згорівших людей.

**Флешбек** – психологічне явище, при якому у людини виникають **раптові, зазвичай сильні, повторні переживання минулого досвіду** або його елементів. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки) при яких особа поводить ся чи відчувається так, ніби подія відбувається знову. Святкові салюти можуть викликати флешбеки з зони бойових бій, оскільки звук нагадує запуск і політ міномета.

**Інтрузія** – це повторне переживання події, що супроводжується образами, думками, відчуттями. Можливі повторювані сні про пережитий «кошмар наяву», що викликає значне занепокоєння. Це періодичні неприємні сні, зміст та/або емоції яких пов'язані із травматичною подією.

При цьому варто розуміти, що ПТСР є здебільшого виліковним і успішно минає у більшості пацієнтів/ок.

Є також поняття **відтермінованої реакції**. Тобто відразу після події немає симптомів, але за якийсь час, коли мобілізація енергії спадає,

починає наростати симптоматика. Чим раніше втрутитися й почати опрацьовувати, тим меншими будуть наслідки. Якщо нічого не робити, гострий ПТСР може перерости в хронічний.

## 7. ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ

- **Захисні механізми.** Якщо вони спрацьовують і психіка обороняється – це добре. Небезпека може бути, коли захисні механізми, як-от дисоціація, деперсоналізація, людина використовувала так часто, що це стало частиною особистості. Так може трапитися, якщо в людини було травматичне дитинство з насиллям. А коли в *дорослому віці* людина переживає травматичну подію, то заходить у такі стани – і з них *важче вийти*.

- **Розум, когнітивна сила.** Це не означає, що якщо в людини низький IQ, то вона не впорається. Це просто один із чинників, який може допомогти. Якщо в людини є *здатність до аналізу та встановлення причинно-наслідкових зв'язків*, це дає змогу структурувати досвід, інформацію та сприяє подоланню наслідків.

- **Вік і зрілість.** Подумайте, як ми визначаємо, скільки людині років. Фізіологічно, на вигляд, за паспортом, а ще враховуємо *психологічний вік*.

Наприклад, людина, яка має алкогольну залежність, на вигляд може мати 50 років, у паспорті – 30, починаємо говорити з людиною, а її психологічний рівень розвитку зупинився десь у підлітковому віці. І це – ризик. В ідеалі вік людини має відповідати її паспортному віку. Це свідчить про зрілість. Тоді людина краще справляється з травматичними ситуаціями. До того ж молодий і старший вік – також чинники ризику. До 18 років психіка може бути ще слабка, а після 65 – уже слабка. Звісно, кожне правило має винятки.

- **Попередній досвід.** Якщо людина – каскадер, робота якого – перекидатися на автомобілях, – це її досвід. Тому, коли вона потрапить в аварію за кермом, то переживатиме це менш стресово, ніж людина, яка вперше сіла за кермо – і відразу потрапила в аварію.

- **Механізми подолання і взірці поведінки.** У кризовій ситуації важливо, аби хоча б одна людина показувала, що знає, що робити. А

якщо вона справді знає, що робити, – це взагалі чудово. Тоді інші люди дивляться на неї й не впадають у паніку, а гуртуються та починають якось виходити зі ситуації.

- **Сила «Я»** – це про наші характерологічні особливості. Є люди, яким море до колін, а є такі, що поріжуть палець – і вже плачуть. Також є різні типи нервової системи – у когось стійка, у когось – чутливіша.

## 8. ПОРУШЕННЯ ПСИХІКИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Якщо на етапі дистресу психіці не допомогти адаптуватися, то тривожність може досить швидко посилитися до більш деструктивного психічного порушення.

### ***Генералізований тривожний розлад***

Для цього стресового стану, залежно від психотипу людини, типові або виражені *стан занепокоєння, перезбудження та посилення апетиту, або, навпаки, апатія, сонливість та пригнічення апетиту*. При цьому у всіх поступово розвивається та наростає напруга деяких великих або дрібних м'язів. Людина скаржиться на *головний біль, м'язи, живіт*. Він стає збудженим і дратівливим, не може надовго сконцентрувати увагу, страждає від порушень пам'яті, безсоння, частих пробуджень. Можливі кошмарні чи абсурдні сновидіння.

### ***Депресія***

Психотравми війни можуть стати причиною розвитку **клінічної депресії** з острахом, тугою, пригніченістю, пригніченням рухової активності та загальмованістю мислення.

При **змішаній формі депресії** рухова та мовна активність періодично підвищуються.

Для **атипової форми депресивного розладу** притаманні постійна сонливість, підвищений апетит, різкі перепади настрою.

### ***ПТСР – посттравматичний синдром***

Люди з ПТСР відчувають часті *мимовільні спогади про подію, що травмує, які можуть провокуватися асоціаціями*, наприклад, шумом або спалахом світла. Типовими є **дисоціативна амнезія, утруднення**

контролю своїх реакцій, безрозсудна поведінка, спалахи агресії, складності із засипанням, кошмари, перелічені нижче розлади, суїцидальні думки.

У дітей ПТСР підозрюють за наявності відтворення аспектів події, що травмує, у грі, незвичайно сильної нав'язливості або, навпаки, завзятого відчуження і мовчання, нічного діурезу, заїкання, лякаючих снів.

### ***Синдром провини вцілілого або того, хто вижив***

Цей розлад психіки типовий для людей, які опинилися в зоні бойових дій, що бачили та перенесли загибель бойових товаришів, родичів, друзів, сусідів, земляків. Воно часто виникає і у переселенців, що вчасно виїхали. Їхнє психічне самозвинувачення можуть завдати здоров'ю навіть більше шкоди, ніж стресові реакції людей, які бачать жахи війни на власні очі. Синдром того, хто вижив, також буває у заробітчан або у українців, які постійно живуть за кордоном, які не можуть приїхати в Україну або займатися волонтерством.

### ***Синдром «застряглої» людини або зависання***

Це порушення виникає у деяких людей, які втратили роботу, у яких немає «фінансової» основи. Стан посилюється розпачем та безсиллям через усвідомлення неможливості працевлаштування, постійними емоційними потрясіннями від поточних військових новин. Синдром «застряглої» людини також типовий для переселенців, яким не треба стежити за побутом в умовах проживання в санаторіях, готелях.

### **Є три варіанти розвитку подій під час небезпеки чи стресу:**

- ***Боротьба.***
- ***Втеча.*** Мобілізаційна енергія витрачається на те, щоби тікати. За якийсь час рівень стресу зменшується й повертається до норми внаслідок якоїсь дії, а не пасивності.
- ***Застигання або так звані травматичні щипці.*** Тут ідеться про можливість виникнення психологічної травми. Коли є травматична подія, реакції штибу страху, розпачу, збудження, болю, фізіологічних стресових реакцій і немає можливостей для втечі та боротьби, виникає відчуття безпорадності, безсилля, замороженість, відчуття бути відданим на поталу.

Такі травматичні щипці можуть бути з різних причин – як об'єктивних, так і суб'єктивних. Тобто може бути об'єктивна ситуація, яка не дає мож-



ливості ні битися, ні втікати (наприклад, сильний обстріл). Суб'єктивні причини – це якісь непропрацьовані травми, неможливість включатися.

Чим довше триває загроза, коли людина не може ані битися, ані втікати, тим можуть бути серйозніші наслідки. Так може формуватися травматичний стан, який згодом переходить у посттравматичний стресовий розлад.

Тобто *тривала «ані втеча, ані боротьба» призводить до заціпеніння, зміни біологічної ефективності організму, комплексної дисоціації, деперсоналізації, втрати відчуття реальності, розірваності здатності сприйняття, відбувається стрибок ендорфінів – така собі психічна анестезія.*

Найпростіший приклад **дисоціації** – це коли після якоїсь бійки чи сварки людина згадує про цю подію й каже: *»У мене таке враження, що я одночасно брав участь у цьому й наче бачив усе збоку«.*

**Деперсоналізація** – це коли людина *почувається не собою* – наприклад, іншою людиною, героєм із фільмів чи звіром. Так наша психіка намагається захиститися в стресовій ситуації.

**Втрата відчуття реальності** – наче ви перебуваєте за скляною стіною, *наче це в кіно, наче не з вами.*

**Розірваність здатності сприйняття** можна пояснити так: у сучасних авто є система ABS, коли авто на льоду, вона то гальмує, то їде, наче перериває їзду, щоби не занесло. Щоби не отримати максимальну кількість негативної інформації, наша психіка то сприймає, то не сприймає її. Згодом людина згадуватиме гострі події уривчасто.

## 9. КОЛЕКТИВНА ТРАВМА ТА ЇЇ НАСЛІДКИ

**КОЛЕКТИВНА ТРАВМА** – травма великої кількості людей. Крім безпосередніх учасників, вона зачіпає людей, прямо не причетних до події, іноді охоплюючи все суспільство. Травма необмежена в просторі, розтягнена в часі, жертвами є соціальні групи загалом.

Нині ми можемо говорити про травматичну ситуацію, що охопила не лише нашу країну, а і ближні країни Європи, частково інші країни у всьому світі. Усі ці люди відчуватимуть наслідки, коли війна завершиться.

Психологічні наслідки колективної травматизації після того, як травматичні події завершилися:

1. *Соціальна фрустрація*. Якщо подивитися на нашу історію, то після Голодомору, Другої світової війни та СРСР люди були дуже пасивні, не ініціативні, активність не віталася та була небезпечною.

2. Збільшується рівень *психологічних проблем*: депресії, соматичні захворювання.

3. *Групоцентризм* – схильність ідеалізувати свою соціальну групу та бачити образ ворога в представниках інших груп. Пам'ятайте, що йдеться про те, коли події минули, а люди не пережили травму. Натомість групуватися проти ворога під час війни – це нормально. А от казати зараз, що не всі вороги погані – небезпечно, адже йдеться про захист себе, території та своїх близьких. Це так само, як говорити людині, яку зґвалтували: «*Ну, ґвалтівник як людина не такий уже й поганий. У нього є пес, якого він дуже любить і доглядає за ним*».

4. *Помста, тероризм, етнічні війни*, що можуть стати причиною нових колективних травм.

Під час війни діти, як і дорослі, можуть не раз ставати жертвами різноманітних жахливих подій, що травмують психіку. Вони можуть ставати свідками артилерійських обстрілів та стрілянини, спостерігати руйнування рідного міста чи села, або навіть їхніх домівок. Діти можуть побачити поранених чи померлих, катування та вбивство, масову загибель людей.

Діти можуть зазнавати тяжких втрат, бачити, як зазнають поранення чи помирають члени їхніх сімей та друзі. Діти самі можуть бути поранені. У деяких війнах дітей змушують ставати солдатами, і тоді вони на власні очі бачать жахливі сцени боїв.

Такий досвід може призвести до виникнення різноманітних психологічних проблем у дітей. У Боснії запитували вчителів, лікарів та батьків, як саме війна змінила їхніх дітей. Усі опитувані часто стверджували суттєві зміни. Діти ставали дратівливими, неспокійними та полохливими. Вони лякалися гучних звуків, а іноді навіть боялися виходити з дому. Де-хто здавався замкнутим та депресивним, часто плакав та засмучувався через дрібниці. Такі діти не хотіли гратися та втрачали цікавість до того, що зазвичай робили. Деякі діти постійно проявляли занепокоєння та тривогу. Інші ставали більш дратівливими, схильними до різких приступів гніву чи роздратування. Вони були неспокійні, їм було важко зосередити-

ся у школі. У деяких дітей виникали проблеми зі сном: вони прокидалися серед ночі із криками та розповідали, що бачили нічні жахіття про те, що вони пережили.

Коли ми запитували самих дітей про те, як вони почуваються, деякі казали, що потерпають від спогадів про ті жахливі сцени, які вони бачили чи пережили. Ці спогади мимовільно та виразно спливали в їхній пам'яті. Деякі діти почувалися так, ніби переживають ті події насправді ще і ще раз. Багато дітей боялися, що втрачають глузд і божеволіють.

Багатьом дітям думки про минулі події спричиняли такий сум, що вони намагалися витіснити ці спогади та не хотіли ні говорити про пережите, ані повертатися в місця, які навіювали ці спогади. Більшість дітей також зазначали, що вони почуваються роздратованіше та неспокійніше, ніж перед війною. Деякі відчували, що втрачають контроль над собою та не знають, що їм робити.

Ви можете виявити деякі з цих труднощів у дітей, з якими вам доведеться працювати зараз. Тепер нам відомо від різних дослідників, які працювали у країнах з воєнними діями по всьому світі, що подібні типи реакції після переживання трагічних подій війни характерні для всіх дітей.

### ***Шляхи подолання колективної травми:***

- *Створення героїчного епосу:* фільми, вистави, пісні, «плачі». Добре, що в нас багато такого з 2014 року. До слова, у 2015–16 роках журналісти робили дослідження, чим цікавляться люди, як реагують на травматичні події. Так-от, найпопулярнішою книжкою була «На західному фронті без змін» Еріха Марії Ремарка. Людям цікаво, як інші переживали війну, як давали собі раду. Серед українських епічних творів, що оспівують героїчні події – «Слово о полку Ігоревім», «Плач Ярославни».

«Пісні-плачі» надають катарсис і емоційне зцілення. Часом кажуть, що українці співають багато сумних пісень. Це зрозуміло, бо ми переживали багато травматичних подій і добре, що в нас є сумні пісні. Адже вони дають нам змогу відреагувати, відсумувати та виспіватися.

Також допомагає театр. Коли ви дивитеся виставу, то співпереживаєте героям, а через переживання емоцій стає легше.

- *Гумор:* анекдоти, карикатури – це те, що зараз розквітло. Я як психолог і травмотерапевт не можу натішитися, як люди класно працюють те, що проживають.

• *Відзначення роковин, днів пам'яті, оплакування, поминання.* Це важливо на національному рівні, так само як ми влаштуємо роковини в родині.

- *Створення пам'ятників.*
- *Написання музичних творів на тему колективної травми.*
- *Канонізація історичних постатей.*
- *Політичні та громадські заходи, покликані встановити справедливість.* Наприклад, створення ООН, Нюрнберзький процес. Суть таких заходів у тому, щоби показати тим, хто постраждав, і світові, що є справедливість і винні будуть покарані.

*Травму не завжди вдається опрацювати.* Якщо вона довго не піддається описаним ритуалам, то за деякий час її сила все-таки слабшатиме. Адже ми не можемо постійно гостро переживати травматичні події, відбуватиметься поступове полегшення страждань.

Утім, незавершена та *неопрацьована травма однаково даватиметься знаки.* Наприклад, наслідки можуть закріплюватися в особливостях національного характеру та колективної ідентичності. Наприклад, *культ їжі після Голодомору* – завжди має бути запас, а в регіонах, де найбільше постраждали від Голодомору, зберіглася традиція сушити хліб. Це не можна змінити, бо травму не опрацювали, а тому люди поведуться так, наче небезпека досі є.

**Трансгенераційна травматизація** – це коли *травма неопрацьована й передається наступним поколінням.* Це не про те, що «передали травму наступним поколінням, яка біда». Ці явища треба просто знати й розуміти, що з цим робити.

Під час трансгенераційної травми діти чи онуки тих, хто, наприклад, пережив Голодомор, поведуть себе як травмики, хоча ніколи не бачили й не знали тих подій. Поки це не буде проговорено та осмислено, передаватиметься далі. І наступні покоління можуть навіть не знати, чому вони так роблять і так живуть.

Такий різновид травматизації вперше виявили в дітей людей, які пережили Голокост. Виявилось, що *по допомогу в психіатричні клініки найбільше зверталися діти й онуки людей, які пережили Голокост.* Відтоді це явище почали досліджувати – **травми поколінь** були зафіксовані навіть у нащадків рабів корінних американців.

## 10. ФАЗИ ТРАВМАТИЧНОЇ КРИЗИ ОСОБИСТОСТІ ТА У СУСПІЛЬСТВІ

ТИПОВІ ФАЗИ ТРАВМАТИЧНОЇ КРИЗИ, КОЛИ ЛЮДИНА ПЕРЕЖИВАЄ  
ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ:

1. **Фаза шоку** – гостра фаза, яка триває від кількох годин до кількох днів. Вона характеризується *втраченим відчуттям реальності*, людина стає *неконтактною*, зовні може здаватися впорядкованою, але всередині – хаос, може бути з *дивною* поведінкою чи судженнями, працюють захисні механізми, пізніше часто людина *не пам'ятає цю фазу*, функціонує з «тваринним мозком», часом навіть є тваринна поведінка, навколотравматична дисоціація.

2. **Реактивна фаза.** Коли є конфронтація з невідворотною реальністю, *потихеньку повертається усвідомлення того, що трапилось, але ще не повністю*. Може *поступово наростати емоційна реакція* (залежить від виховання, адже часто нас виховували «все тримати в собі», «на людях плакати не можна»). Люди часто *затримують емоції*, що дуже шкідливо. Адже невідреаговані емоції однаково знайдуть вихід – наприклад, через хворобу.

Також є *часткове сприйняття реальності, відчуття пригніченості, стійке бажання залежності*, часом тенденції до *самознищення* – алкоголь, наркотики. У такому випадку причина залишається – відбувається тільки тимчасова анестезія. І коли дія чинника минає, людина *почувається ще гірше*.

Для цієї фази також характерні *нав'язливі пошуки винуватця* того, що сталося. Тут треба бути обережним і розуміти, що людина дуже емоційна, може бути в стані афекту.

3. Якщо психіка має достатньо ресурсу та є зовнішня підтримка, вона виходитиме зі травматичного стресу. **Фаза виходу з кризи**, під час якої *відновлюється відчуття реальності, вмикається когнітивне мислення, процес розуміння причин та пояснень того, що сталося, спроби пошуку значення події, що відбувається, та розуміння забутого досвіду* (людині важливо структурувати світ і зрозуміти причинно-наслідковий зв'язок), питання вини, поступовий відхід від минулого та події.

Цікаво, що під час стресової ситуації людині щодня може здаватися, що подія була вчора чи сьогодні. Коли ж людина пропрацьовує стрес, то може здаватися, що це відбувалося 100 років тому.

4. **Фаза переорієнтації.** З'являються *нові зацікавлення, плани на майбутнє, прийняття втрати* (втрата в широкому розумінні – наприклад, втрата захищеності, майна, статусу, ілюзій, планів), відновлення *самоповаги та впевненості*, нові взаємини стають можливими та важливими.

#### **ФАЗИ ТРАВМАТИЧНОЇ КРИЗИ В СУСПІЛЬСТВІ:**

1. **Героїчна фаза (до тижня).** Люди, що пережили травматичні події, проявляють *високий рівень активності, оптимізм, альтруїзм*, залучені в осмислення катастрофи, виходу з хаосу та емоційної травми.

2. **Фаза медового місяця (до місяця).** Підйом спадає, але *оптимізм* далі присутній, *нереалістичне очікування* відновлення («За 2 місяці ми змінимо країну!»).

3. **Фаза розчарування.** Є багато *агресії та незадоволення* через повільне відновлення, виникають конфлікти.

4. **Фаза повернення та стабілізації.** Люди, які пережили катастрофу, починають *рухатися вперед і повертаються до процесів відбудови* середовища. Залежно від того, яка була подія, стільки часу займає й відновлення.

Якщо говорити про події 2014 року, то на фазі розчарування сталася анексія Криму та війна. Фактично, нам не дали перейти до фази повернення та стабілізації, не дали оговтатися. Зараз ми або зайшли у фазу розчарування, або заходимо. І саме зараз багато фейків, дезінформації, пропаганди, бо ми найуразливіші. Треба акуратно поводитися з інформаційним полем, аби не дестабілізувати себе та близьких.

Можливий перебіг травматичного досвіду такий: гостра стресова реакція (перші 3 дні) – гострий стресовий розлад (до 4 тижнів) – посттравматичний стресовий розлад (після 4 тижнів). **Пам'ятайте, що психотерапевти можуть говорити про підозру, що в людини є ПТСР, але діагноз встановлює психіатр!**



## **Тема 2. ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧОЇ ПСИХОТРАВМИ**

### **План**

1. Загальні особливості переживання дітьми травматичних подій.
2. Вікові особливості переживання дітьми травми.
3. Причини дитячої психотравми.
4. Наслідки дитячої психотравми.
5. Особливості психологічної підтримки дитини при травмі.

### **1. ЗАГАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ДІТЬМИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ**

У час стрімких соціально-економічних змін стрімко збільшується кількість осіб, які опиняються у ситуації життєвої кризи. За визначенням І. С. Булах, життєва криза – це період життя людини, в ході якого різко змінюються способи детермінації її особистісного розвитку, життєві задуми, руйнується напрямок життєвого шляху [1, с. 9]. Загальними показниками кризового стану людини є зниження адаптованості, падіння рівня самоприйняття, примітивізація саморегуляції поведінки. Кожна особистість переживає кризу по-своєму. Це залежить від внутрішніх чинників (віку та індивідуально-психологічних особливостей людини, її життєвого досвіду) і зовнішніх факторів (підтримка близьких, наявність кваліфікованої соціально-психологічної допомоги).

За дослідженнями, до 18 років у 30% дітей трапляються травматичні події [6, с. 30]. Саме діти найбільш гостро відчувають кризову ситуацію – обставини, в яких попередній досвід людини не є адекватним для розв'язання ситуації. Діти переживають кризову ситуацію ускладнено, що пов'язано з досить високою емоційною вразливістю дитячої психіки, відсутністю механізмів адаптації до кризових ситуацій через свій ще дитячий вік, і, відповідно, недостатністю досвіду їх вирішення у минулому.

- **Діти специфічно переживають травматичну ситуацію.** Нерідко через відсутність навичок обговорення своїх переживань, вікові особливості, сильне емоційне потрясіння діти не висловлюються відкрито про свої неприємні стани. Тому вони часто переживають сильні стресові ситуації. Наслідки стресу проявляються у емоційних, поведінкових проявах дітей чи представлені на тілесному рівні

Важливо враховувати, що діти реагують на психотравму індивідуально, і їхні реакції можуть бути диференційованими. Одна з ключових характеристик диференційованих реакцій у дітей – це вікова специфіка. Маленькі діти можуть проявляти свої емоції через плач, тоді як старші діти можуть більше приховувати свої переживання та виявляти їх через зміну поведінки, агресію або відсутність інтересу до навколишнього світу. Іншою ключовою визначальною реакцією є особистісні характеристики дитини. Інтровертні діти можуть більше схильні внутрішньо переживати травму, в той час як екстравертні можуть шукати більше публічної підтримки та виразно висловлювати свої емоції. Роль сім'ї та рівень підтримки з боку батьків також важливі. Діти, які мають стабільний і позитивний родинний контекст, можуть краще справлятися з психотравмуючими ситуаціями, тоді як діти з важкими сімейними обставинами можуть бути більш вразливими. Додатковий вплив на реакції дитини має її досвід та попередні травматичні досвіди [19, с. 62].

Найчастіше діти страждають від булінгу у закладах освіти, «інституалізованого» скривдження, якого зазнають діти в інтернатних закладах, від жорстокого ставлення близьких, останнім часом діти страждають від військових дій. Часто ці випадки приховані, оскільки діти бояться своїх кривдників, залежні від них, сім'ї не хочуть розголосу та ін.

Упродовж останніх десятиліть досвід хронічної травматизації у ранньому дитинстві перебуває у фокусі інтенсивних наукових досліджень, і сьогодні відомо про значний негативний вплив травматизації на психологічний розвиток дитини та на формування її центральної нервової системи. Пропонується додати у міжнародну класифікацію хвороб і новий розлад – розлад травми розвитку.



## 2. ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ДІТЬМИ ТРАВМИ

У кожному віці дитини є свої особливості переживання нею травми.

Таблиця 1

Вікова категорія дітей	Ознаки та симптоми
Діти молодшого віку (1 – 6 років)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Безсилля і пасивність, відсутність звичайних реакцій</li><li>• Генералізований страх</li><li>• Підвищена збудливість і незібраність</li><li>• Пізнавальна плутанина</li><li>• Складність говорити про цю подію</li><li>• Складність визначати почуття</li><li>• Нічні кошмари, інші порушення сну</li><li>• Страх розставання і «чіпляння» за близьку людину</li><li>• Регресивні симптоми (наприклад повернення нічного нетримання сечі, втрата мови, рухових навичок)</li><li>• Нездатність збагнути смерть як неминучість</li><li>• Тривога з приводу смерті</li><li>• Соматичні симптоми (болі в животі, головні болі та ін.)</li><li>• Підсилена реакція на гучні звуки</li><li>• «Заморожування» (раптова нерухомість)</li><li>• Метушливість, нехарактерний плач</li><li>• Уникання або тривога у відповідь на конкретні стимули, специфічно пов'язані з травмою, включаючи бачене і фізичні відчуття</li></ul>

Діти молодшого та середнього шкільного віку (6 – 11 років)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Почуття відповідальності та провини</li> <li>• Повторювана травматична гра</li> <li>• Почуття тривоги при нагадуванні про подію</li> <li>• Нічні кошмари, інші порушення сну</li> <li>• Стурбованість з приводу безпеки, думки про загрозу</li> <li>• Агресивна поведінка, спалахи гніву</li> <li>• Страх почуття болю, травми</li> <li>• Пильна увага до тривоги батьків</li> <li>• Ухиляння від школи</li> <li>• Тривога/турбота про інших</li> <li>• Поведінкові, емоційні, особистісні зміни</li> <li>• Соматичні симптоми (скарги на тілесні болі)</li> <li>• Очевидні тривога/страх</li> <li>• Схильність до усамітнення</li> <li>• Конкретні пов'язані з травмою страхи, загальні страхи</li> <li>• Віковий регрес (веде себе як молодша дитина)</li> <li>• Тривога розлуки</li> <li>• Втрата інтересу до діяльності</li> <li>• Плутанина думок, недостатнє розуміння травматичних подій</li> <li>• Відсутність чіткого розуміння явища смерті, причини «поганих» подій</li> <li>• Прогалини в нестачі розуміння заповнюються «магічними» поясненнями</li> <li>• Втрата здатності до концентрації в школі, зниження успішності</li> <li>• Дивна або незвичайна поведінка</li> </ul>
Підлітки (12–18 років)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Егоїстичність</li> <li>• Небезпечна для життя поведінка</li> <li>• Бунт удома або в школі</li> <li>• Різкі зміни у відносинах</li> <li>• Депресія, уникнення спілкування</li> <li>• Зниження успішності в школі</li> <li>• Спроба віддалитися і захиститися від почуттів сорому, провини, приниження</li> <li>• Надмірна активність з іншими людьми чи відступ від інших з метою врегулювання внутрішнього конфлікту</li> <li>• Схильність до переживання нещасних випадків</li> <li>• Бажання помсти, активність, пов'язана з відповіддю на травму</li> <li>• Порушення сну і харчування, нічні кошмари</li> </ul>

### 3. ПРИЧИНИ ДИТЯЧОЇ ПСИХОТРАВМИ:

- різні види насильства;
- смерть близьких людей;
- власна хвороба або хвороба родичів;
- розлучення батьків, покидання сім'ї одного з дорослих;
- несподіване порушення сімейних взаємин;
- раптове відчуження батьків від дитини;
- зрада, обман, несправедливість з боку близьких, друзів;
- розчарування, незадоволеність від нездійснених мрій;
- виховання дорослих, які ведуть аморальний спосіб життя;
- асоціальна атмосфера в колективі та родині;
- гіперопіка або гіпоопіка батьків;
- відсутність єдиної стратегії виховання у батьків;
- сварка з близькими друзями з їх ініціативи;
- ситуації, в яких дитина відчуває себе ізольованою;
- конфлікти в навчальних колективах;
- несправедливе ставлення, тиск з боку вчителів;
- непомірна завантаженість дитини навчальною та позанавчальною діяльністю.

Основними травмуючими чинниками у разі воєнних дій є: безпосередня загроза життю та здоров'ю дитини та її близьких, смерть близьких, фізичні травми дитини. У підлітків одним із симптомів посттравматичного стресу може бути переживання «вини того, хто вижив».

### 4. НАСЛІДКИ ДИТЯЧОЇ ПСИХОТРАВМИ

Дитячі психологічні травми можуть мати серйозні наслідки, які можуть проявитися відразу після травми або виявитися через кілька років. Наприклад, діти можуть страждати від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що проявляється у вигляді нічних жахів, болючих спогадів, тривожності, депресії та інших проблем.

О. І. Романчук узагальнює наслідки впливу хронічної травматизації на психологічний розвиток дитини: порушення самооцінки; порушення емоційної саморегуляції; тривога, страх, сором, злість; порушення моделі прив'язаності (недовіра, уникнення стосунків, очікування на скрив-

дження); сприйняття скривдження як норми (прийняття кривдника або жертви в стосунках у майбутньому); розлади пам'яті (амнезія, нав'язливі неконтрольовані спогади про травматичні події); порушення психосексуального розвитку; порушення регуляції тілесних процесів та біологічних функцій; дисоціація психобіологічних систем мозку та самої особистості дитини [27, с. 35].

На *емоційному рівні*: страх, фобії, неспокій, емоційна нестійкість, недовіра та підозрілість; пригнічений стан, депресія, тривожність.

На *когнітивному рівні*: погіршується концентрація уваги та її переключення, порушення пам'яті, затримка психічного розвитку, заїкання, мутизм.

На *поведінковому рівні*: агресивність, впертість, ворожість, конфліктність, регресія до дитячих форм поведінки, соціальна дезадаптація.

#### *Небезпечні наслідки психотравми у дітей:*

- сповільнений процес соціалізації;
- фобії;
- депресивні розлади;
- девіантна поведінка;
- психосоматичні захворювання;
- затримка психічного розвитку.

#### *Наслідки дитячої психотравми у дорослих:*

- апатія, смуток, пригніченість;
- безпричинні стрибки настрою;
- почуття сорому та провини;
- відчуття тривожності, страху, фобії;
- почуття покинутості і непотрібності.

#### *Фізіологічні симптоми дитячої психотравми:*

- нічні страхи, кошмари, безсоння;
- підвищене серцебиття, тахікардія;
- хронічні болі без наявних причин;
- постійна втома, безсилля;
- погіршення пам'яті та уваги;
- м'язові затискачі і напруження;
- енурез.

Для дітей *дошкільного віку* найбільш типовими наслідками травматичних ситуацій є регресивна поведінка (енурез, страх розлуки з батьками, страх перед незнайомими людьми, втрата наявних навичок), дратівливість.

У дітей *старшого віку* з'являються проблеми у навчанні та спілкуванні. Їм властиві поведінкові порушення від депресії до агресії. У підлітків також відзначаються різні соматичні скарги, що за результатами медичних оглядів не мають органічної природи.

При тривалій розлуці з батьками під час війни у дітей відзначено такі порушення, як депресія, нездатність відчувати задоволення, порушення соціальних контактів.

У дитини можуть зафіксуватися картини екстремальних подій. Вона знову і знову буде уявляти найстрашніші моменти з того, що відбулося (наприклад, понівечених поранених людей, тих, хто нападав, обстріли тощо). Дитина, яка пережила психотравмуючу подію, нерідко не бачить життєвої перспективи (не знає, що буде з нею через день, місяць, рік; втрачає інтерес до тих занять, що приваблювали її раніше). Для дитини психотравмуючі події можуть стати причиною зупинки її особистісного розвитку.

Соціально-психологічна допомога надається також і залежно від симптому, який проявився у цьому віці, від особливостей кризової ситуації. Специфіка емоційно-фізичних проявів кризової ситуації в дітей робить непридатною для роботи з ними більшість психотерапевтичних методик, що застосовуються для реабілітації дорослих пацієнтів. Для подолання наслідків впливу психологічної травми у дітей та підлітків доцільно використовувати елементи арттерапії.

## **5. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДИТИНИ ПРИ ТРАВМІ**

Фахівці дають такі основні поради щодо психологічної підтримки з дітьми конкретних вікових категорій.

*Діти 0-3 років* потребують насамперед фізичної близькості батьків.

*Діти 4-6 років* – потребують перш за все бути у безпеці, тому батькам слід заспокоїти дитину, запевнити, що і вона, і самі батьки в безпеці.

*Діти 7-10 років* – потрібно обговорювати з дитиною події та забезпечити їй безпеку, звичний спосіб життя.

*Діти 11-13 років* – батькам варто відкрито говорити з дітьми такого віку про свої переживання і допомагати їм відтворювати соціальні зв'язки.

*Діти 14-18 років* – батькам потрібно ділитися досвідом, розмовляти, допомагати знизити емоційну напругу.

Важливою є здатність батьків надавати допомогу дітям та наявність у батьків фізичних та емоційних ресурсів для надання допомоги. Щоб зберегти такі ресурси, батькам радять звернути увагу на:

1. Базові потреби, сон та їжу. Намагайтеся спати та їсти, якщо є така можливість. Це важливо.

2. Дихання. Коли відчуваєте сильний стрес/паніку/панічну атаку – концентруйтеся на диханні. Вдих має бути коротший за видих. Рахуйте в голові. Вдих на 5, видих на 8.

3. Спілкування з дітьми. Говоріть зі своїми дітьми. Приділяйте увагу дітям, навіть якщо у вас мало часу. Дорослі – це опора для дітей, їм потрібна ваша увага.

В залежності від віку, обирайте форму і обов'язково пояснюйте про те, що відбувається та як діяти в ситуаціях небезпеки. Говоріть про емоції, будьте поруч та проявляйте емпатію. Наприклад, «Тобі страшно, я розумію, але я поруч і я буду захищати тебе». Хваліть дітей, намагайтеся знаходити позитивні моменти, якомога більше говоріть про те, що любите їх.

Корисними для батьків стануть рекомендації психологинь Наталії Раїник та Світлани Ройз щодо дій батьків у певних ситуаціях, які спричинені війною (діти пережили важку подію, діти бояться сирен тощо).

*Вісім психотехнік, щоб не провалитися в емоційну яму*

1. Обійміть себе міцно-міцно і промасажуйте мочки вух.
2. В моменти тривоги та паніки виписуйте всі свої думки друкованими літерами.
3. Також при тривозі та паніці допомагає написати одне слово величезними літерами, а потім переписувати його, поступово зменшуючи розмір літер.
4. Озирніться довкола, виділіть два-три предмети і подумайте, яке позитивне послання вони зараз вам несуть. Наприклад, стіна – захист, крісло – опора, канапка – енергія і так далі.
5. Візьміть аркуш паперу і в довільній формі малюйте каракулі. Розфарбуйте кольоровими олівцями різні частини свого малюнка. Уважно придивіться до результату і маркером обведіть побачені образи. Поставте собі запитання: що позитивного мені несуть ці образи?
6. Якщо емоційна яма дуже глибока, напишіть історію про ситуацію, в якій ви зараз перебуваєте, але таку, де у вас є можливість все зробити по-своєму.
7. Дихання по квадрату: вдих на рахунок чотири, затримка дихання на рахунок чотири, повільний видих теж на рахунок чотири, знову затримка – і знов по колу. Як правило, трьох-п'яти підходів буває достатньо, щоб заспокоїти себе.
8. Часом в емоційній ямі потрібно просто побути, дозволяючи емоціям і почуттям накривати вас, як хвилями. Побути доти, поки не відчуете в собі сили піднятися з неї.



## Тема 3. АРТТЕРАПІЯ У ПОДОЛАННІ ДІТЬМИ ТРАВМИ ВІЙНИ

*«Оскільки травматичний досвід закарбовується в образній формі, то процес художньої творчості є ефективним засобом його подолання»*

(Валері Еплтон)

### План

1. Арттерапія як напрям психологічної допомоги
2. Роль арттерапії при переживанні психічної травми дітьми
3. Етапи, принципи і засоби взаємодії з дитиною в арттерапії
4. Особливості застосування арттерапії з дітьми при травмі

## 1. АРТТЕРАПІЯ ЯК НАПРЯМ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

***АРТТЕРАПІЯ – система психологічної допомоги, заснованої на мистецтві і творчості та розвитку психотерапевтичних стосунків***

Термін «арттерапія» у професійному полі з'явився в середині ХХ століття.

Інтегративна арттерапія включає в себе визнання та *прийняття клієнтом своїх проблемних* або підсвідомих аспектів, щоб потім інтегрувати їх в єдине ціле, встановити *гармонійний контакт* з оточуючим середовищем, підтримати здоров'я та комунікацію з оточуючими людьми.

Арттерапія – це особливий напрям психотерапії та психокорекції, в основу якого покладено образотворчу діяльність. Саме мистецтво дає змогу в особливій символічній формі реконструювати травматичну подію і знайти з неї вихід [29, с. 55]. Арттерапія – це лікування творчістю. Арт-



терапія ненав'язливо зцілює психіку, дозволяє побачити світ прекрасним і гостинним, допомагає невербально висловити свої емоції. Арттерапія має високу ресурсність, дає позитивний емоційний заряд, відновлює особисті межі. Ці її властивості роблять арт-терапію ідеальним засобом для подолання кризових ситуацій у дітей.

На думку багатьох науковців, у осіб, які зазнали психологічної травми, порушується здатність до вербального вираження почуттів, тоді як образотворчі засоби надають унікальну можливість для відображення, усвідомлення та опрацювання травматичних спогадів.

#### *Загальні ознаки арттерапії:*

1. Використання образотворчих матеріалів для вираження змістів свого внутрішнього світу.
2. Створення особливих умов та середовища для зцілення.
3. Присутність арттерапевта поруч з клієнтом процесі його образотворчої діяльності.

#### *Переваги арттерапії:*

1. Не має обмежень у застосуванні.
2. Є засобом невербального спілкування.
3. Є засобом вільного самовираження та самопізнання.
4. Має інсайт-орієнтований характер.
5. Не вимагає у клієнта спеціальних навичок.
6. Формує атмосферу довіри високої толерантності.

**Види арттерапії** розрізняють через використання різних видів мистецтва з терапевтичними цілями, їх виділяють 5:

1. Образотворче мистецтво (ізотерапія, малюнкова терапія).
2. Танцювально-рухова терапія.
3. Драматерапія.
4. Бібліотерапія.
5. Музикотерапія.

Важливим поняттям арттерапії є сублімація – *вираз несвідомих інстинктів і потягів* (часом деструктивних) за допомогою трансформації їх в творіння мистецтва; мистецтво може одночасно «спрямувати в інше русло» і *висловити почуття злості, болю, тривоги, страху*.

Арттерапія представлена різними видами і техніками. Малювання, ліплення, вправи з різними природними матеріалами, робота з казкою,

фотографіями дають можливість дітям позбутися негативних переживань та віднайти ресурси для подолання наслідків травми.

**Малювання** – одна з головних технік арттерапії. Хорошим методом вивільнення негативних емоцій та почуттів є малювання руками, без допомоги пензлика. Наприклад, досить потужною психотерапевтичною інтервенцією є прийом депривації за кольором: людині пропонують лише три кольори (чорний, червоний та коричневий), які часто вказують на стан вираженого стресу, переживання травмуючих подій [5, с. 66]. Дитині дають фарби, папір, воду і пропонують намалювати «каляки-маляки». Деяким дітям важко малювати аквареллю, яка розтікається, її складно «контролювати». Тоді їм пропонують малювати крейдою, олівцями. Вони більш «підконтрольні» волі дитини, а для дитини, яка пережила психічну травму, важливо відчувати контроль над ситуацією.

**Казкотерапія** – це процес пошуку сенсу життя, перенесення казкового змісту у реальність, процес об'єктивізації та переосмислення проблемних ситуацій, активізації особистісного потенціалу, пошук ресурсів, моделювання кращого майбутнього. За словами С. Влад, головне завдання терапевтичної казки – показати ситуацію з іншого боку, запропонувати альтернативні моделі поведінки [4, с. 29]. Прийоми роботи з казкою є різні: аналіз та розповідь казки з подальшим її обговоренням; малювання казкових героїв; постановка казки за допомогою ляльок або пісочниці; перетворення поганих казкових персонажів на добрих; складання власних казок із щасливим закінченням; програвання епізодів казки для відреагування певних емоцій та ін.

Ефективною для пропрацювання емоцій є **піскова терапія**: дітям пропонують техніки створення світів за допомогою сухого та мокрого піску та колекції іграшок. Пісочниця вивільняє творчий потенціал, внутрішні емоції та переживання, актуалізує спогади, що дозволяє зняти контроль свідомості та перейти від ролі «постраждалого» до ролі «творця свого життя» [4, с. 33].

**Фототерапія** полягає у створенні паперових фотоколажів та авторських фільмів з колекцій фото, які діти зробили власноруч. Важливим є використання сімейних фотографій, оскільки пережиті події підсвідомо продовжують впливати на дитину, якій важливо пригадати минуле, побачити образи, зрозуміти власні помилки.

Цікавою для застосування є **маскотерапія**, що передбачає ліплення маски на обличчя: на шкіру наносять спеціальний крем, на нього викла-

дають перший шар паперу, а зверху приклеюють другий. Потім маску знімають та висушують, розмальовують. Можна з пластиліну створити дві маски: маску «Я в минулому» та маску «Я в майбутньому». На думку О. Вознесенської, вихід з минулого в майбутнє є необхідною умовою подолання психічної травми [5, с. 65].

Ефективним у психологічній роботі з дітьми, які пережили травму, є **ліплення**, для якого використовують пластилін, глину, тісто. Дітям пропонують виліпити свій страх, подивитись і поламати, а потім створити протилежний стан – радості і щастя [4, с. 24].

Для відреагування почуттів застосовують глину, яка є корисною під час роботи з витісненими почуттями гніву, вини, сорому, відрази, страху, що пов'язані з психічними травмами. Гретхен Хульбут пропонує використовувати ліплення з глини на початковій стадії подолання психічної травми, що дає можливість ідентифікувати травматичний досвід. У роботі з травмами найкраще себе проявила природня, неочищена глина [5, с. 60].

Дитині пропонують створити кулю і просто тримати її в руках, заплющити очі і фіксуватися на асоціаціях та переживаннях. З глиною можна робити будь-які маніпуляції: м'яти, стукати, щіпати, колупати, бити, давити.

Ефективною для роботи з дітьми, які пережили травму, може бути **ігрова терапія**. Мета ігрової терапії – дати можливість дитині бути самою собою, відреагувати на ситуації, які для неї неприємні, заплутані, складні. Процес гри розглядається як зусилля дитини знайти контроль над кризовою ситуацією. Г. О. Івченко наголошує, що якщо дитина бачить розуміння і прийняття свого стану, то вона долає свої внутрішні конфлікти, психологічний дискомфорт, невротичні стани і стає здатною до особистісного росту і розвитку [11, с. 125].

Корисними будуть і тілесні техніки: техніка релаксації з **музичною терапією**, яка пов'язана з аутокорекцією психосоматичного напруження через зниження м'язового тону; дихальні техніки, що спрямовані на зняття напруження з діафрагми, міжреберних м'язів; театральні техніки, що допомагають відреагувати і подолати внутрішні переживання та комплекси у театральній дії; танцювально-рухові техніки, спрямовані на формування навичок спонтанності і вільного самовираження за допомогою танцювальних рухів.

Отже, ефективними арттерапевтичними техніками для подолання кризових ситуацій, які пережили діти, є: малювання, ліплення (з глини,

тіста, пластиліну), казкотерапія, піскова терапія, маскотерапія, ігрова терапія, фототерапія, музична терапія із застосуванням тілесних технік. Вибір техніки залежить від віку дитини, її індивідуально-психологічних характеристик, особливостей кризової ситуації, в яку потрапила дитина.

## 2. РОЛЬ АРТТЕРАПІЇ ПРИ ПЕРЕЖИВАННІ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ ДІТЬМИ

Психічне травмування у дітей, що пережили надзвичайні події, має різну глибину і складність, що залежить від факторів:

- вік постраждалого;
- ступінь причетності до надзвичайної події (свідок, учасник, постражданий та інше);
- життєвий і професійний досвід;
- психоемоційний статус та вміння володіти своїми емоційними станами;
- наявність або відсутність підтримки з боку найближчого соціального оточення.

Використання арттерапії з дітьми:

- сприяє покращенню психічного здоров'я;
- задоволення таких потреб як спілкування, прийняття, розуміння, емоційна підтримка, самовдосконалення, саморозуміння;
- вираження неприйнятих відчуттів, співвідношення цих відчуттів та думок з реальністю;
- позитивне сприйняття навколишньої дійсності;
- подолання відчуття самотності

*Методики арттерапії можуть бути використані під час роботи з дітьми, які перебували в зоні бойових дій:*

- ✓ для корекції негативних емоційних проявів;
- ✓ навчання навичкам вираження емоцій та розуміння їх причин;
- ✓ зняття емоційної напруги;
- ✓ вираження емоційних переживання;
- ✓ підвищення самооцінки;
- ✓ надання підтримки;
- ✓ пошук та актуалізацію внутрішніх ресурсів;
- ✓ корекцію способів реагування на зовнішні впливи та трансформацію негативних станів у позитивні.

### 3. ЕТАПИ, ПРИНЦИПИ І ЗАСОБИ ВЗАЄМОДІЇ З ДИТИНОЮ В АРТТЕРАПІЇ

**Етапи арттерапевтичної роботи з дітьми, які пережили травмівні події:**

1. Стабілізація через підтримку, надання ресурсів і створення утримуючого середовища та атмосфери безпеки.
2. Опрацювання травмівного досвіду на основі використання різних засобів самопрояву і вираження досвіду.
3. Особистісне відновлення, що передбачає ревізію травмівного досвіду, корекцію самооцінки, побудову планів на майбутнє.

**Принципи взаємодії з дитиною:**

- Толерантне прийняття і сприйняття, відсутність оцінки.
- Опора на позитивне.
- Опора на унікальність.
- Безпечна творчість, конфіденційність у роботі з травмою.
- Спонтанна творчість та імпровізація, свобода вибору матеріалів, вправ.
- Обережність у ставленні до дитини та її проявів творчості.
- Приймаюча присутність, безумовне прийняття.

Рекомендовані **засоби** арттерапії при роботі з травмою:

- ✓ олівці, фломастери, маркери;
- ✓ глина;
- ✓ папір;
- ✓ пластилін;
- ✓ солоне тісто;
- ✓ фольга (ресурс).

### 4. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АРТТЕРАПІЇ З ДІТЬМИ ПРИ ТРАВМІ

**Застереження застосування арттерапії з дітьми при травмі:**

- Онлайн форма занять.
- Не пропонувати малювати війну чи іншу травмівну подію.
- Не малювати страшні природні явища, а краще зображати могутні дерева і тварини та безпечні сезонні явища.

- У методиці «Безпечне місце» краще застосовувати «захищене» місце.
- Не малювати домівки, особливо якщо діти їх втратили.
- Не зображати зброю.
- Заборонені образи тілесних ушкоджень та ран.
- Не малювати черепах та равликів (домівка на собі, «тривожний наплічник», крихкість домівок як зруйновані будинки) та домашніх тварин, яких дитина могла втратити.
- Обережно застосовувати візуалізацію із заплющеними очима, де може бути об'єкт травми.

Після проведення занять з арттерапії у дітей:

- знижується тривожність;
- стабілізується емоційний та психологічний стан;
- зростає працездатність;
- поліпшується увага, пам'ять, мовлення;
- підвищуються самооцінка, віра в себе та свої сили;
- дає дитині змогу відкривати в собі щось нове, краще розуміти себе;
- розвивати свої стосунки з людьми та світом.

*Програма арттерапевтичної роботи з дітьми, які постраждали внаслідок війни:*

- використання таких методів та форм роботи, як групова арттерапія (образотворча терапія, кольоротерапія, фототерапія);
- музична терапія;
- танцювальна терапія;
- драмотерапія (маскотерапія та застосування театральних форм);
- бібліотерапія (казкотерапія);
- елементи етнотерапії, ігротерапії, лялькотерапії, створення орігамі тощо.



## **Тема 4. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ**

### **План**

1. Мета психологічної підтримки дітей після травматичного досвіду.
2. Етапи психологічної підтримки дітей після психічної травми.
3. Створення для дитини безпечного психологічного середовища.
4. Методи емоційної регуляції для дітей при психічній травмі.

### **1. МЕТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ**

**Метою психологічної підтримки дітей після травматичного досвіду є сприяння загоєнню та відновленню, зменшення негативного впливу травми на розвиток дитини, підтримка загального самопочуття дитини.**

Батькам важливо забезпечити послідовні та структуровані процедури, які можуть допомогти їхній дитині відчувати себе більш захищеною та контрольованою. *Батьки повинні бути терплячими і розуміючими*, визнаючи, що їхній дитині може знадобитися час, щоб обробити свої емоції і відчувати себе краще. Можна стверджувати, що батьки мають вирішальне значення в наданні психологічної підтримки своїм дітям після травматичної події. Вони можуть допомогти своїй дитині відчувати себе в безпеці та коханні, залишаючись спокійною, забезпечуючи структуру та послідовність, уважно слухаючи та звертаючись за професійною допомогою, якщо це необхідно.

*Сенс травматичного досвіду дитини тісно пов'язаний з специфікою вікового періоду розвитку дитини та індивідуально-психологічними*

*особливостями*. Травматичні події можуть порушити нормальну траєкторію розвитку дитини, змушуючи її відчувати труднощі з емоційною регуляцією, прихильністю, формуванням ідентичності. Також вони обертаються змінами світогляду дитини, приводять до труднощів з довірою і відносинами з оточуючими (Cloitre, 2011).

На думку вчених І. Біла, З. Кісарчук, Г. Лазос, Л. Литвиненко, Я. Омельченко та Л. Царенко, **важливо прийняти комплексний підхід до вирішення травматичних переживань дітей та підлітків**. Такий підхід передбачає *системне розуміння нормальних і симптоматичних процесів, які відбуваються у травмованих дітей, а також підбір комплексу методів, які будуть працювати екологічно і послідовно для вирішення деструктивних психоемоційних станів молодого клієнта, що виникають внаслідок значних травмуючих факторів* [24].

За словами М. Мюллера [18], *травматичні спогади відрізняються від повсякденних спогадів за кількома ознаками*.

1. *Травматичні спогади часто переживають з почуттям сильного страху або безпорадності, тоді як повсякденні спогади зазвичай не пов'язані з такими сильними емоціями*.

2. *Травматичні спогади також мають тенденцію бути фрагментованими та дезорганізованими, з яскравими сенсорними деталями, які можуть бути спровоковані, здавалося б, не пов'язаними між собою сигналами*. Навпаки, повсякденні спогади, як правило, більш узгоджені та контекстуалізовані, і часто викликаються більш передбачуваними та релевантними сигналами.

3. *Крім того, травматичні спогади можуть бути по-різному закодовані в мозку, що призводить до труднощів з пригадуванням та нав'язливим повторним переживанням*.

## **2. ЕТАПИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНОГО ВПЛИВУ**

Важливою є адекватна психологічна підтримка, яка може розгортатися в кілька етапів. Виходячи з нашого досвіду, пропонуємо її реалізацію в п'ять таких етапів.



На основі узагальнення різних підходів обрана система, яка дозволяє здійснити **психологічний супровід дітей, що піддавалися посттравматичному впливі**, а саме:

- *Перший етап* – первинне оцінювання психологічного стану дитини та розробка початкового корекційного плану.
- *Другий етап* – корегування негативних емоційних переживань дитини.
- *Третій етап* – використання нових засобів, за допомогою яких дитина зможе справлятися зі своїми емоціями.
- *Четвертий етап* – комплекс заходів, спрямованих на формування у дитини емоційної регуляції та стійкості.
- *П'ятий етап* – оцінка ефективності втручань та можливе корегування психологічного підходу

Що стосується **першого етапу** – ***це психологічна підтримка дітей, первинна оцінка і оцінка потреб дитини***. Психолог оцінює психологічний стан дитини, виявляє її потреби, розробляє початковий план втручання. Першим кроком на цьому етапі є *встановлення відносин з дитиною для завоювання її довіри та співпраці*. Психолог, який працює з дитиною оцінює симптоми дитини, включаючи її емоційні, когнітивні та поведінкові реакції. Використовуючи такі інструменти, як *анкетування, інтерв'ю або спостереження*, щоб зібрати інформацію про досвід і симптоми дитини. На основі цієї інформації виявляються *конкретні потреби дитини і розробляється початковий план співпраці з дитиною*. Включаючи **методи**, як *ігрова терапія, арт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія* або інші підходи, в залежності від індивідуальних потреб і переваг дитини. Загалом, перший етап психологічної підтримки дітей має вирішальне значення для створення *фундаменту для успішної роботи* та забезпечення задоволення унікальних потреб дитини [18; 38].

Що стосується **другого етапу** психологічного супроводу дітей, до якого відноситься ***психологічна корекція***. На цьому етапі психолог *працює безпосередньо з дитиною, щоб скорегувати її негативні емоційні переживання та поведінкові патерни, що виникають в результаті травматичної події*. Ключові завдання даного етапу передбачають ***побудову довіри та зв'язку з дитиною, допомогу їй у регулюванні своїх емоцій та розробку позитивних стратегій подолання***. Психолог також має на меті *виправити негативні переконання та уявлення про*

те, що дитина, можливо, розвинулася в результаті травми. До арсеналу **методів**, які можуть бути використанні на цьому етапі, слід віднести такі, як: *ігрова терапія, арт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія та експозиційна терапія.*

*Ігрова терапія* передбачає використання ігрових заходів, щоб допомогти дитині висловити свої емоції та почуття, тоді як *арт-терапія* використовує творчу діяльність для сприяння самовираженню та емоційному зціленню.

*Когнітивно-поведінкова терапія* використовується для виявлення та зміни негативних моделей мислення та поведінки, тоді як *експозиційна терапія* використовується для поступового впливу дитини на переляканий об'єкт або ситуацію в безпечному та контрольованому середовищі для зменшення тривоги та страху. Спрямованість етапу допомогти дитині розвинути здорові механізми подолання, сформувати стійкість та відновити емоційне благополуччя [24; 38].

Що стосується **третього етапу** психологічної підтримки дітей, то він спрямований на **відновлення психічного здоров'я дитини та допомогу їй в реінтеграції в звичне життя**. Під час цього етапу дитину вчать новим способам справлятися зі своїми емоціями і здорово керувати своєю поведінкою.

Реалізація цього етапу ґрунтується на:

- ✓ *визначенні сильних сторін дитини та допомога їй розвинути почуття власної гідності та впевненості;*
- ✓ *дитину навчають новим способам впоратися зі своїми емоціями та поведінкою, такими як глибокі дихальні вправи або позитивні розмови про себе;*
- ✓ *експерт допомагає дитині вирішити будь-які негативні або шкідливі думки, пов'язані з травматичною подією, такі як почуття провини або сорому;*
- ✓ *дитина поступово знову вводиться в ситуації або середовища, які, можливо, раніше викликали травматичні спогади, при цьому терапевт надає підтримку та керівництво протягом усього процесу.*

Втручання на третьому етапі можуть включати навчання дітей **методам релаксації, допомогу їй у переосмисленні негативних думок та поступове піддаючи їх страшним ситуаціям**, надаючи підтримку та перевірку. Все це робиться для того, щоб допомогти дитині відчувати себе упо-

вноваженою та впевненою у своїй здатності керувати своїми емоціями та поведінкою, а також реінтегруватися у своє звичайне життя [10; 20].

**Четвертий етап** психологічної підтримки спрямований **на активне соціально-психологічне залучення дитини до участі в різних спеціально організованих заходах з метою відновлення їх емоційної зрілості**. Як правило, в якості таких соціально-психологічних заходів можуть бути використані: *тренінги, експозиційна терапія, арт-терапія, когнітивно-поведінкова та ігрова терапія*.

Тренінг соціальних та емоційних навичок: дитина бере участь у заходах, які допомагають їй *розвивати соціальні та емоційні навички*, такі як напористість, спілкування, вирішення проблем та емоційна регуляція. Вони також можуть дізнатися про вплив травми на їхні емоції та поведінку та про те, як впоратися з цими почуттями здоровим способом.

Експозиційна терапія: *дитина бере участь у заходах, які поступово піддають її страху або травматичному досвіду в безпечному та контрольованому середовищі*, щоб допомогти їм розвинути майстерність та контроль над своїми емоціями та поведінкою. Це може включати такі дії, як *рольові ігри, керовані зображення або моделювання в реальному житті*.

Арт-терапія: дитина займається арттерапевтичними заходами, такими як *малювання та ліплення*, щоб допомогти їй обробити свої емоції та проявити себе в безпечному та сприятливому середовищі.

Когнітивно-поведінкова терапія: дитина бере участь у когнітивно-поведінковій терапії, яка допомагає експертам виявляти та *кидати виклик негативним або дезадаптивним думкам та поведінці*, пов'язаним з травматичним досвідом, а також розвивати більш позитивні та адаптивні моделі мислення.

Ігрова терапія: дитина бере участь у заходах ігрової терапії, таких як *ігри, рольові ігри або інші творчі дії*, щоб допомогти їй висловити свої емоції та розробити стратегії подолання у веселий та захоплюючий спосіб. Таким чином, даний етап зосереджений на тому, щоб *допомогти дитині розробити адаптивні стратегії подолання, розвинути стійкість та сприяти емоційному відновленню та зростанню після травматичного досвіду* [10; 37].

Щодо **п'ятого етапу** психологічної підтримки дітей, який передбачає **моніторинг і спостереження за наслідками попередніх корекційних заходів**. Важливо оцінити *ефективність втручань*, наданих на по-

передніх етапах, і *скорегувати психологічну підтримку*, якщо це необхідно. Психолог також може періодично *спілкуватися з дитиною*, щоб контролювати її прогрес і *виявляти будь-які потенційні довгострокові наслідки травми* [24, с. 6].

### 3. СТВОРЕННЯ ДЛЯ ДИТИНИ БЕЗПЕЧНОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО СЕРЕДОВИЩА

Для того щоб послабити вплив симптомів травматизації чи взагалі їх усунути, в освітньому просторі потрібно створити безпечне середовище, забезпечивши дітям фізичну та емоційну безпеку.

*Фізична безпека* передбачає не лише відсутність фізичного насильства, а й створення комфортного простору, де дитина почувається захищеною та забезпечує власні фізичні потреби.

#### **Емоційна безпека має кілька основних компонентів:**

✓ **передбачуваність середовища:** *дитина має розуміти і знати що, коли і де відбувається*. Створіть для неї розклад, візуальні підказки, схеми, алгоритми дій для виконання завдань. Це значно знижує тривогу і дає відчуття контролю;

✓ **передбачуваність реакцій дорослих:** *реакції мають бути екологічними, соціально прийнятними та забезпечувати підтримку*. Вам як дорослим потрібно показати дитині, що відчувати та проживати різні емоції, а також використовувати спеціальні способи саморегуляції та відновлення ресурсу – нормально;

✓ **можливості для самовираження:** *зробити так, щоб думка дитини завжди була почута*. Дитина має розуміти, що кожна думка має право на існування, навіть якщо вона хибна. У такому разі слід дати зворотний зв'язок про цю думку, але не критикувати саму дитину;

✓ **можливість вільно виражати емоції:** *поясніть дитині, що не потрібно блокувати вираження одних емоцій іншими*, і допоможіть їх прожити чи знайти прийнятні для цього способи.

Вибір зазначених вище активностей залежатиме *від віку дітей та особливостей класу*, з яким працює вчитель. Створення середовища емоційної безпеки потребує залучення як вчителя, так і учнів – заплануйте та проведіть заняття на тему визначення емоцій та способів, як з ними

впоратися, і створіть у школі «місця сили», де дитина зможе заспокоїтись, усамітнитись та відрегулювати емоції.

## 4. МЕТОДИ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ ПРИ ПСИХІЧНІЙ ТРАВМІ

Після взаємодії з певними тригерами у дітей можуть траплятись *емоційні вибухи* – бурхливі емоційні реакції зі стрімким розвитком й великою інтенсивністю. Після таких епізодів загальна активність дитини зазвичай знижується. У підлітковому віці це може відбуватися частіше, зважаючи на вікові особливості, коли діти тяжіють до категоричності, генералізації свого досвіду та намагаються самотужки впоратися з внутрішньою напругою.

У момент підвищеного стресу чи емоційної реакції можна спробувати зробити разом із дитиною **дихальні вправи**:

✓ **Видихання напруги**: зробити глибокий вдих і видихнути напругу назовні. Повторити 3–4 рази чи скільки потрібно, поки не з'явиться відчуття, що тіло стало легшим.

✓ **Дихання по квадрату**: зробити глибокий вдих, затримати дихання, видихнути, щоразу подумки рахуючи до 4. Повторити 3–5 разів.

Також для зменшення стресових реакцій можна застосовувати фізичну стабілізацію. Її можна робити всім класом на перервах між уроками. Це білатеральні (такі, що задіюють обидві сторони тіла) вправи, заземлення, розтягування й трусіння та когнітивна активація.

### **Білатеральні вправи:**

✓ **«Метелик»**: повільно, але ритмічно постукати схрещеними долонями, наче вистукуємо із тіла стрес. Змінювати ритм – то повільно, то швидко, поки дитина не відчує полегшення.

✓ **«Перехресна хода»**: крокувати так, щоб лівий лікоть торкався правого коліна, а правий лікоть – лівого коліна.

### **Заземлення:**

✓ **«Міцні обійми»**: дитині слід обійняти саму себе, аби відчути підтримку рук.

✓ **«Тут і зараз»:** сфокусувати дитину на тому, де вона зараз перебуває, та на відчутті різних частин тіла. Попросити її подивитися на себе, оглянути предмети довкола, прислухатися до звуків, відчути запахи, спробувати речі на дотик.

### ***Розтягування і струшування:***

- ✓ Будь-які **розтяжки та потягування**.
- ✓ **Контрастне напруження і розслаблення:** на вдиху сильно напружити частини тіла, на видиху – розслабити, щоб ноги та руки розслаблено пленталися.
- ✓ **Струситися:** разом з дитиною потрусити руками, ногами чи всім тілом, ніби ви струшуєте з себе напругу та все зайве.

### ***Когнітивна активація:***

- ✓ **«5-4-3-2-1»:** попросити дитину знайти 5 предметів одного кольору, почути 4 різні звуки, показати 3 тверді предмети, пригадати 2 солодкі речі, відчути 1 предмет, на якому сидиш. Знайти, порахувати і назвати.
- ✓ **«Думки-хмаринки»:** попросити дитину уявити, що думки – це хмаринки в небі, а вона дивиться на них здалеку. Розказати, що хмари бувають різного розміру, кольору, текстури та насиченості. Нехай вони пливуть, змінюють одна одну, поки дитина споглядає. Дозволити думкам бути різними, приходити і йти.

Емоційна стабільність складається з багатьох факторів. Впровадження найпростіших із них у шкільне життя допоможе психіці дитини створити міцний фундамент для реакції на тригери. Для профілактики емоційних вибухів та підтримки емоційної стабільності вчителі можуть впровадити такі практики:

- **розпорядок дня.** Це чудовий варіант профілактики тривожності, адже він є фактором стабілізації та створює заспокійливі умови передбачуваності;
- **фізична активність.** Перед початком першого уроку проводити руханки з розтяжками та дихальними вправами. Після уроків варто також забезпечити фізичне розвантаження для дітей, щоб вони могли впоратися з виснаженням психіки;
- **«суперсили».** Допомогти дітям визначити власні компетентності та «суперсили». Це допоможе їм відчути свій вплив та вагомість серед інших;

- **«скринька ресурсів».** Створити допоміжний засіб підтримки у важкі часи: коробку чи скриньку з речами, які важливі для дитини та емоційно її заряджають;
- **інсталяція змін.** Зробити інсталяцію, яка розкриватиме концепцію зміни як невіддільної частини життя. І так показати дітям, що все змінюється, і на одні речі вони можуть впливати, а на інші – ні (негода, війна чи інші трагічні події);
- **місце емоційної розрядки.** Створити в класі місце, де діти зможуть вивільнити свої емоції та позбутися їх. Це може бути дитяча халабуда, конструкція з пуфів чи просто окреме місце усамітнення.



## **Тема 5. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДИТИНИ В СИТУАЦІЇ НАСИЛЬСТВА**

### **План**

1. Насильство над дітьми як соціально-психологічна проблема.
2. Соціально-психологічні причини і наслідки насильства над дітьми.
3. Ознаки і види насильства.
4. Центри надання психологічної допомоги постраждалим від насильства.
5. Особливості проведення бесіди з дитиною-жертвою насильства.
6. Психологічна допомога жертвам насильства.
7. Соціально-психологічні заходи попередження насильства в сім'ї.
8. Програма «Підтримка учнів, які зазнали травми» (SSET).

### **1. НАСИЛЬСТВО НАД ДІТЬМИ ЯК СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА**

Поширеність міжособистісного насильства та насильства у місцевих громадах є свідченням суспільної кризи і негативного впливу на багатьох дітей у нашій країні загалом та в окремих спільнотах зокрема.

Деякі діти піддаються **більшому ризику насильства**, зокрема:

- хлопці;
- діти старшого віку;
- діти з ранніми проявами проблемної поведінки;
- діти, які живуть у містах;
- діти з низьким соціально-економічним статусом [14, с. 3].

Одним із показників соціальної зрілості суспільства є ставлення до дітей. Якщо воно зорієнтоване на високі загальнолюдські цінності, то не терпиме до проявів жорстокого поводження з дітьми, зневажання їхніх інтересів.



Про жорстоке поводження з дітьми та домашнє насильство відомо з давніх-давен. Проте дослідження, присвячені цій проблемі, з'явилися нещодавно: тривалий час факт існування і поширеності проблеми взагалі заперечувався [1; 2]. І як наслідок можна констатувати відсутність статистичного обліку фактів жорстокого поводження батьків з дітьми, низький рівень знань щодо цієї проблеми у спеціалістів, які повсякденно спостерігають подібне явище. Останнім часом зростає кількість випадків жорстокого поводження, про які стає відомо.

В Україні почастишали випадки жорстокості й насильства щодо дітей: лише за останні три роки до Уповноваженого з прав людини в Україні надійшли індивідуальні й колективні звернення за підписами 7,5 тис. дітей; за останні п'ять років майже 3 тис. осіб в Україні засуджені за злочини проти статевої свободи та статевої недоторканості особи, де постраждалими були діти; за даними Українського інституту соціальних досліджень, серед жінок, які здійснюють надання сексуальних послуг у комерційних цілях, 11% становлять підлітки віком 12–15 років, 20% – віком від 16–17 років; серед загальної кількості жертв від торгівлі людьми 10% становлять діти віком 13–18 років [1, с. 3].

На основі останніх доступних даних за 2023 рік ООН зафіксувала рекордні 32 990 випадків серйозних порушень прав 22 557 дітей. Це найбільший показник із часу початку моніторингу за мандатом Ради Безпеки.

О. Ребрик зауважила, що із початком повномасштабного вторгнення в Україну зросла кількість випадків сексуального та домашнього насильства, особливо проти дітей [26]. Про це в ефірі «Побачити невидиме» на Громадському радіо розповіла начальниця Департаменту захисту інтересів дітей та протидії насильству Офісу генпрокурора Юлія Усенко. За її словами, у 2023 році кількість дітей, що офіційно постраждали від сексуального насильства, перевищила 800 осіб. У 2022 році їх було трохи більше 500 дітей. За 9 місяців 2024 року цей показник вже досяг рівня 2022 року. Самі діти говорять, що кожна третя, кожна четверта дитина зазнає насильства. Це значить, що обсяг іде на мільйони. 90% дітей, в тому числі і в Україні, заявляють, що насильство щодо них чинять близькі люди.

Особливо тривожним є той факт, що значна частина цих злочинів вчиняються в родині – рідними людьми, яким діти довіряють, зазначила Юлія Усенко. Часто постраждалими є не лише діти, але й жінки та чоловіки, які потерпають від домашнього насильства. Вже в 2023 році кількість випадків домашнього насильства зросла на 70%, а в 2024 році показник зріс більш ніж на 200% порівняно з 2022 роком.

Юлія Усенко зауважила, що зростання насильства стало закономірним наслідком війни, адже соціально-економічний та психологічний стрес на населення має серйозні наслідки для поведінки людей. Війна не лише призводить до страждань, але й змінює соціальну поведінку. Це включає збільшення випадків домашнього насильства та сексуальних злочинів. Темпи зростання таких злочинів є типовими для країн, що переживають збройні конфлікти.

За офіційними даними, насильство в сім'ї – досить поширене явище в Україні [4]. За статистикою, 30–40% всіх насильницьких злочинів відбуваються в сім'ї. Майже в 45–49% сімей присутнє насильство над дітьми [5]. За даними органів МВСУ жорстоке поводження з дітьми присутнє у понад 80 тис. сімей, в яких проживають понад 110 тис. дітей. Дослідження свідчать: 44% батьків не знають інших методів виховання, ніж побиття дитини. Найбільш поширеними в сімейних стосунках є психологічне насильство: грубість (48%), приниження одне одного (14%), а також фізичне насильство, зокрема – побиття (6%). Найбільше страждають від домашньої тиранії діти у віці до 10 років, а інколи і до 2–3 років. В Україні минулого року від різноманітних протиправних дій дорослих постраждало вісім тисяч дітей – удвічі більше, ніж позаминулого. Кожна третя дитина з них не вчилася у школі. На профілактичному обліку в службах у справах неповнолітніх перебуває майже 45 тис. неблагополучних родин, в яких утримуються 94 тис. дітей. Проте на облік в органи внутрішніх справ поставлено лише 2,5 тис. осіб, які вчиняють насильство в сім'ї. Частоту випадків насильства у сім'ї важко визначити, оскільки сім'я замкнута як система, жертви і агресори взаємозалежні, існує страх образливого характеру розслідування, для соціальних працівників доступ в сім'ю часто відсутній, не вистачає інформації з правоохоронних органів та медичних центрів щодо даного явища.

За офіційними даними на обліку в органах Міністерства внутрішніх справ України за жорстоке поводження з дітьми знаходяться понад 80 тисяч сімей, в яких проживають понад 110 тисяч дітей. Дослідження свідчать: 44% батьків не знають інших методів виховання ніж побиття дитини за провину. В той же час, караючи дітей, батьки і самі внутрішньо страждають від цього: 65% – відчувають свою провину; 67% – шкодують що зробили це, 73% – відчувають сум; 79% – страждають від своїх дій [1].

І всупереч поширеній думці насильниками частіше є не незнайомці, а родичі й люди, яких дитина знає і яким довіряє [4, с. 66]. Проте і сьогодні точно визначити рівень поширення жорстокого поводження з дітьми у

сім'ях неможливо. Діти часто соромляться або бояться розповісти про те, що над ними знущаються. Основними причинами незвернення дітей до правоохоронних органів вважають: страх помсти насильника, сором перед оточенням, невіру в можливості правоохоронних органів, небажання проходити огляд після сексуального насильства.

Іноді діти просто не знають іншого ставлення до себе, а через те вважають його нормою. За даними дослідження центру «Соціальний моніторинг», 48% опитаних дітей вважають, що права дітей в Україні порушуються досить часто. Кожен четвертий з опитаних був свідком, як порушувалися права інших дітей, майже кожна восьма дитина особисто відчувала порушення своїх прав. Одним з аспектів проблеми є низька поінформованість фахівців та самих дітей про їхні права. Так, 8% дітей не знають жодного з прав, декларованих у Конвенції ООН про права дитини.

Найбільш інтенсивно проблема домашнього насильства і жорстокого поводження з дітьми досліджувалася світовими науковцями в останній чверті минулого сторіччя. Проте нині як у вітчизняній, так і у світовій науці нема повного та єдиного понятійного апарату з даної проблематики, а через розбіжності в термінології результати досліджень часто неможливо порівнювати.

Зауважимо, що у літературі концепти «насильство» і «жорстоке поводження» часто використовуються як взаємозамінні. Розглянемо визначення даних понять. Як зазначено в українському законодавстві, **насильство в сім'ї** – це будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї щодо іншого члена сім'ї, якщо ці дії порушують конституційні права і свободи члена сім'ї як людини та громадянина і завдають йому моральної шкоди, шкодять його фізичному чи психічному здоров'ю [9].

У законодавстві немає терміна «**жорстоке поводження**», проте він є у фахових словниках. Останні тлумачать його як «заподіяння фізичної, психологічної, емоційної шкоди дитині шляхом умисних дій, а також недбале ставлення батьків, вихователів чи інших осіб, що шкодить розвитку дитини» [9].

Таким чином, насильство завжди передбачає примусові дії всупереч волі іншого. Жорстоке поводження включає, крім різних видів насильства, недбале ставлення, яке не є примусом, а є, скоріше, бездіяльністю, невиконанням батьківських обов'язків. Тому доречніше використовувати узагальнене поняття «жорстоке поводження з дітьми», оскільки воно є ширшим.

Отже, за результатами вивчення даної проблеми виявлено, що у сім'ях учнів мають місце всі форми порушення прав та гідності дітей. Найбільш поширеним є моральне насильство над особистістю дитини, що пригнічує її як особистість, сприяє формуванню негативної Я-концепції, низької самооцінки, а також і подальшій соціальній дезадаптації дітей. Значно поширено в сім'ях фізичне насильство. Присутні також факти психологічного та сексуального насильства в сім'ях. Майже всі випадки насильства залишаються непокараними та прихованими. Зовсім не викриваються випадки сексуального насильства, тож його жертви залишаються на самоті зі своїми проблемами. Діти навіть у підлітковому віці не усвідомлюють, що вони є жертвами насильства, недостатньо інформовані про його види, наслідки, можливості подолання, свій правовий захист. Вірогідно, недостатньо інформовані з цих питань і дорослі. Великий відсоток сімей, де з дітьми спілкуються на мові сили, негативно впливає на суспільство. Підлітки беруть до арсеналу моделі агресивної, жорстокої поведінки і переносять її на однолітків, привносять агресію в колективи, на вулицю. «Брудна» мова підлітків, велика кількість у ній нецензурних слів є теж показником невербальної агресії, або ж уже просто показником загальноприйнятої культури. Той факт, що в останні роки ми маємо сумну статистику щодо росту випадків психічних розладів у дітей, безумовно, певною мірою є наслідком впливу на несформовану психіку дітей різних проявів жорстокої поведінки саме в сім'ях. Часто дорослі недостатньо приділяють уваги вихованню дітей, не турбуються про організацію спільного дозвілля.

## 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИЧИНИ І НАСЛІДКИ НАСИЛЬСТВА НАД ДІТЬМИ

Після безпосереднього зіткнення з травматичною подією у ролі потерпілого або свідка, у багатьох дітей спостерігаються симптоми розладу, який має назву **Посттравматичний стресовий розлад** (ПТСР); у переважної меншості цих дітей діагностують клінічний рівень прояву ПТСР. Згадані симптоми включають таке:

- повторне переживання травмуючої події (йдеться про флешбеки та/або інтрузивні думки про подію, нічні жахіття, відчуття пригніченості через зіткнення із нагадуваннями про подію);

- фізіологічна гіперактивація (йдеться про лякливість, пильність щодо небезпеки, швидкість виникнення реакцій злості чи роздратування, порушення сну, слабку концентрацію);

- уникання/заціпеніння (йдеться про намагання уникати думок, людей або інших нагадувань про травму; відчуття емоційного заціпеніння; прогалини у спогадах про те, що трапилось).

Окрім ПТСР, зіткнення з насильством у дитячому віці також пов'язують із **депресією, проблемною поведінкою, зловживанням психоактивними речовинами, низькою шкільною успішністю**. Серед підлітків симптоматика близько 6% хлопців і 4% дівчат відповідає клінічним критеріям діагнозу ПТСР. Ці показники набагато вищі для міської молоді і сягають від 24-х до 67 відсотків. Окрім цього, 75 відсотків молоді, що страждає від ПТСР, мають супутні проблеми із психічним здоров'ям [14, с. 13].

### ***Учні, які зазнали травм***

Робота з людьми, які пережили стрес чи зазнали травми, вимагає чуйності та терплячості. Наведемо кілька положень, про які важливо пам'ятати:

- Учні, які стикнулись із випадками насильства й мають характерні симптоми, можуть бути настороженими та схильними до недовіри. Ретельне пояснення специфіки групової роботи й аргументація всіх складових програми сприятимуть становленню довіри та отриманню згоди. Переконайтеся, що всі учасники розуміють, що таке конфіденційність, і спробуйте згуртувати групу для того, щоб усі почувалися у безпеці.

- Учні, які зазнали травм, можуть надто гостро реагувати на реальну або уявну несправедливість, в зв'язку з цим керівники груп мають бути послідовними та передбачуваними.

- Учні, які зазнали травм, мають схильність до «відтворення» стресу чи травми і подекуди можуть провокувати дорослих до кривдження. Бережіться цієї пастки. Намагайтеся повсякчас контролювати власну злість і незадоволення та будьте певні в тому, що ви не долучаєтеся до циклу скривдження.

- Учні, які зазнали травм, легко налякати. Будьте обережні щодо фізичного контакту та завжди питайте дозволу, перш ніж торкнутися учасника групи (за винятком питань безпеки).

Керуючи групою, корисно пам'ятати, що учні, які зазнали травм, мають психологічну пружність і розвинули творчі способи долання критичних подій. Це допоможе вам бути співчутливими та чуйними, коли вони погано поведуться! [14, с. 35].

Може виникати як через об'єктивні причини (бідність, психічні хвороби батьків, їх недосвідченість), так і без них.

Дослідники наголошують, що подібні прояви жорстокого поведіння рідко трапляються у чистому вигляді: зазвичай, діти зазнають кількох видів жорстокості.

За існуючими теоріями чинники жорстокого поведіння поділяються на психологічні та соціальні. Прибічники психологічних теорій зосереджують увагу на **психологічних чинниках ризику** – схильності до насильства батьків та особливостях дітей, що можуть провокувати жорстоке поведіння.

Так, батьки можуть бути схильні до жорстокого поведіння з дітьми через *вживання алкоголю чи наркотиків, психічні розлади, агресивність, відсутність самоконтролю, низьку самооцінку*.

Жорстоке поведіння з дітьми може бути для них способом *самоствердження за рахунок слабших*. Дослідники доводять, що наявність у батьків власного досвіду жорстокого поведіння у дитинстві є важливим фактором ризику. Генераційне відтворення жорстокого поведіння полягає в тому, що батьки виховують дітей так само, як виховували їх самих.

**До особливостей дітей, що можуть провокувати жорстоке поведіння**, належать недоношеність, хворобливість, небажаність дитини. Ризик жорстокого поведіння існує для дітей з фізичними чи розумовими вадами, оскільки вони є більш залежними від батьків, мають менше контролю над життям.

*Теорії соціальної причинності* розглядають **зовнішні чинники**, що впливають на виникнення насильства, а саме – культурні норми, бідність, безробіття, соціальна ізоляція, низький освітній рівень тощо.

До **соціальних факторів ризику** відносять втрату підтримки одного з подружжя, нестачу часу у працюючих батьків для виховання дитини, низький рівень освіти, безробіття, житлові проблеми. На думку дослідників, існує зв'язок між бідністю і жорстоким поведінням з дітьми, незадовільні фінансові умови призводять до експлуатації дітей.

До **соціальних факторів**, що впливають на жорстоке поводження з дітьми, належать такі соціально-демографічні характеристики сімей, як відсутність одного з батьків (неповна сім'я), наявність мачухи чи вітчима.

Серед *причин насильницьких дій* є:

- відсутність у соціальній свідомості чіткої оцінки фізичних покарань;
- демонстрація насильства у засобах масової інформації;
- звичка до позиції «сильний – слабкий» замість побудови демократичних стосунків;
- психопатологія батьків, соціальна ізоляція сімей;
- зруйнована модель взаємин між батьками і дітьми;
- викривлена система життєвих цінностей;
- низька правова грамотність населення.

Для пояснення механізмів сімейного насильства існують психологічний та соціологічний концептуальні підходи. За психологічним – насильство є результатом негативного особистого досвіду, «травми дитинства», психопатології, алкоголізму, сприйняття дитини як «тягаря», насильство є симптомом дисфункційної сім'ї. У соціологічному ракурсі визначальною умовою є соціокультурна обумовленість, де насильство є стереотипом сімейних відносин, прийнятим з дитинства, або результатом впливу соціальних факторів (безробіття, незадовільні житлові умови, низький соціально-економічний статус сім'ї). З сімейним насильством найчастіше пов'язують чотири соціально-психологічних фактори: алкоголізм, суспільна ізоляція, стрес (через безробіття, грошові труднощі, захворювання та ін.), постійна схильність до насильства.

Загалом, жорстоке ставлення до дітей – результат взаємодії багатьох чинників, до уваги слід брати як кожну дитину зокрема, так і її батьків, їхні психологічні характеристики та соціальні чинники, які впливають на сім'ю.

Діти, які зазнають жорстокого поводження, переживають психічну травму, внаслідок якої вони розвиваються з певними особистісними, емоційними та поведінковими особливостями. Дослідники даної проблеми переконані, що пережите у дитинстві насильство пов'язане з формуванням у майбутньому певних особистісних розладів.

Діти, які зазнали будь-якого виду жорстокого поводження, мають більше емоційних та поведінкових проблем, труднощів з навчанням порівняно з дітьми із сімей, де насильство відсутнє, жорстоке поводження перешкоджає здоровій соціалізації дитини.

**Негативними наслідками** жорстокого поводження є прагнення ізолюватися від суспільства, проблеми з навчанням, нездатність контролювати свою поведінку, невпевненість, почуття тривоги, гніву, стійкі дитячі страхи, порушення контактів з дорослими, розвиток депресії та почуття неповноцінності. У процесі і після насильства у дитини розвивається **первинна реакція на травму** – хворобливі фізичні і емоційні явища, які залежно від характеру і тривалості дії, віку дитини, її особистісних особливостей, можуть мати різний ступінь вираженості, тяжкість і спектри проявів. Це можуть бути:

- посттравматичні стресові розлади;
- фізичні прояви;
- емоційні реакції;
- когнітивні розлади.

Далі настає **стадія адаптації**, під час якої дитина починає розвивати навички, що допомагають їй справитися з тим, що трапилось. Вона обирає такі прийоми, такі форми поведінки, які, як дитина вважає, допоможуть їй забезпечити безпеку і зменшити фізичний і психологічний біль. Найбільш поширеним видом є витіснення або забування. Тобто дитина прагне не думати про ті епізоди, які заподіюють такі хворобливі страждання, примушують переживати знов і знов.

Щоб «забути» події, які, здається, забути неможливо, щоб припинити згадувати про них, переживши насилля, кошмар, жах, сором, приниження, дитина витрачає значну психічну енергію, яка в нормальних умовах використовується на оволодіння знаннями та навичками, властивими даному віку дитини. От чому важливо визначити контекст травми, що відбулася, або насильства, тобто вік дитини і стадію його розвитку. Як правило, у маленьких дітей (хоча не у всіх), що переживають фізичне, психологічне або сексуальне насильство, відбувається затримка мовного і психічного розвитку. Порушується когнітивна сфера – спостерігаються незрозумілі провали пам'яті, диссоціативні розлади, блокада спогадів, пов'язаних з певними подіями. Н емоційних і поведінкових особливостей дітей, які переживають насильство, є результатом пристосування до ситуації, в якій вони живуть, і спроби з нею впоратися. Учені, які досліджують психологію насилля (Н. Зінов'єва, Н. Михайлова та ін.) стверджують, що спричинене в дитинстві насилля призводить до віддалених наслідків, впливає на подальше життя жертви, оскільки отримала фізичні або психічні травми, формує специфічні сімейні взаємини та провокує розвиток



особливих життєвих сценаріїв. Так, у більшості випадків дорослі, які вчиняють насильницькі дії стосовно власних дітей, самі мали невирішений відповідний досвід насилля в дитинстві.

Для пояснення механізмів сімейного насильства існують психологічний та соціологічний концептуальні підходи. За психологічним – насильство є результатом негативного особистого досвіду, «травми дитинства», психопатології, алкоголізму, сприйняття дитини як «тягаря», насильство є симптомом дисфункційної сім'ї. У соціологічному ракурсі визначальною умовою є соціокультурна обумовленість, де насильство є стереотипом сімейних відносин, прийнятим з дитинства, або результатом впливу соціальних факторів (безробіття, незадовільні житлові умови, низький соціально-економічний статус сім'ї). З сімейним насильством найчастіше пов'язують чотири соціально-психологічних фактори: алкоголізм, суспільна ізоляція, стрес (через безробіття, грошові труднощі, захворювання та ін.), постійна схильність до насильства.

Діти, постраждалі від жорстокості та зневаги, мають низку *специфічних психологічних рис*, головною особливістю яких є амбівалентність (різнополюсність) – як реакція на суперечливі вимоги батьків. Підлітки, які зазнали зловживань, поєднують в собі імпульсивність та довготерпіння, підозрілість з ірраціональною вірою в можливість покращення внутрішньосімейної ситуації. Вони відзначаються низькою самооцінкою, є емоційно залежними, відчують самотність, ізолюваність, страх перед майбутнім, впевненість у безперспективності, провину за інциденти насильства.

Діти, що живуть в умовах сімейного насильства, демонструють схильність до депресій, високий рівень підданя стресу, явні істеричні та/або депресивні симптоми. Вони часто пропускають шкільні заняття (в тому числі через нездужання). Такі діти та підлітки відзначаються високим рівнем ризику алкоголізації та наркотизації, пределінквентною та делінквентною поведінкою, зухвалою сексуальною поведінкою, дромоманією (патологічною схильністю до мандрів, волоцюгства).

**Найтипівішими наслідками насильства в сім'ї** стають такі поведінкові прояви в дітей (і саме на них найчастіше скаржаться вчителі та батьки): бійки, конфлікти з оточенням, низка шкільна успішність, пропуски уроків без поважних причин, незвичайна замкненість. До емоційних проблем таких дітей можна віднести підвищену агресивність, переважно знижений настрій, високу тривожність та наявність страхів, нестійкість почуттєвої сфери, легке коливання емоцій та їхня надмірна сила, часто

неадекватна ситуації (лють або істеричні ридання у відповідь на незначні зовнішні подразники).

**Залежно від віку типовими психологічними наслідками насильства щодо дітей є:**

➤ **для дітей у віці до 6 місяців** – низька рухова активність, байдужість до навколишнього світу, нема реакції або слабка реакція на зовнішні стимули, нема усмішки (або усмішка з'являється дуже рідко **для дітей у віці – від 6 місяців до 1,5 року** – страх перед батьками, страх фізичного контакту з дорослою людиною (наприклад, коли хтось намагається взяти дитину на руки), постійна сторожкість, хоч нема причин для неї, плаксивість, замкненість, постійний сум;

➤ **для дітей у віці 1,5–3 років** – страхи, сплутаність почуттів, порушення сну, втрата апетиту, агресія, страх перед чужими людьми, перед дорослими, схильність до сексуальних ігор, крайнощі у поведінці (від надмірної агресивності до надпасивності);

➤ **для дошкільнят (3–6 років)** – пасивна реакція на біль, примирення з ситуацією; тривога, боязкість, сплутаність почуттів, почуття провини, сорому, відрази, безпорадності, зіпсованості, болісна реакція на критику; брехливість, схильність до злодійства і підпалювання, жорстокість до тварин. Крім того, спостерігаються форми поведінки, притаманні молодшому віку (енурез, ссання пальців, гризіння нігтів, утруднене мовлення тощо); негативізм, відчуження та агресія поєднані із надмірною поступливістю та улесливістю. Слід також зазначити наявність сексуальних ігор та хворобливої мастурбації;

➤ **для дітей молодшого шкільного віку** – амбівалентні почуття стосовно дорослих, складності у визначенні сімейних ролей, страх, почуття сорому, відрази, зіпсованості, недовіри до світу; в поведінці відзначаються відчуження від людей, порушення сну, апетиту, агресивне поведіння, відчуття «брудного тіла», мовчазність або несподівана говіркість, сексуальні дії з іншими дітьми;

➤ **для дітей у віці 9–13 років** – теж, що і для дітей молодшого шкільного віку, а також депресія, суб'єктивне почуття втрати емоцій, самотність, відсутність друзів, страх перед власним домом, небажання йти туди після школи. У поведінці відзначаються ізоляція, маніпулювання іншими дітьми (в тому числі з метою одержання сексуального задоволення), суперечливе поведіння, а також неадекватні харчові уподобання (недоїдки, листя, крейда, равлики, таргани, інші комахи тощо);

➤ **для підлітків у віці 13–18 років** – відраза, сором, провина, недовіра, амбівалентні почуття стосовно дорослих, сексуальні порушення, несформованість соціальних ролей і своєї ролі в родині, почуття власної непотрібності. В поведінковій сфері відзначаються спроби суїциду, реалізоване чи нереалізоване бажання покинути власну домівку, агресивне поведження, запобігання тілесній та емоційній інтимності, непослідовність і суперечливість поведження.

### 3. ОЗНАКИ І ВИДИ НАСИЛЬСТВА

Поняття «**жорстоке поведження з дитиною**» означає будь-які форми фізичного, психологічного, сексуального або економічного та соціального насилля над дитиною в сім'ї або поза нею.

Виділяють такі різновиди жорстокого поведження з дітьми: фізичне, сексуальне, психологічне, економічне насильство та недбале ставлення.

**Фізичне насильство** (фізична жорстокість) – умисне нанесення дитині батьками чи особами, які їх замінюють, травм, тілесних ушкоджень (побої, ляпаси, укуси, припалювання гарячими предметами, спроби удушення чи потоплення), що може призвести або призвело до смерті, порушення фізичного чи психічного здоров'я та розвитку дитини [9; 10]. Фізичне насильство включає також залучення дитини до вживання наркотичних й алкогольних речовин, примушування до вживання отруйних речовин чи медичних препаратів, що викликають одурманення. До форм фізичного насильства належать: побиття, несподівані, різкі удари, стусани, ляпаси, кидання в людину різних предметів невикладкове нанесення фізичного болю. Про фізичне насильство свідчать певні особливості психічного стану дитини: страх фізичного контакту з дорослими, плаксивість, самотність, агресивність, негативізм, жорстоке поведження з тваринами, спроба суїциду.

**Сексуальне насильство** (сексуальна жорстокість) – це використання дитини для задоволення сексуальних потреб чи отримання вигоди шляхом використання як сексуального партнера для інших. Сексуальне насильство – будь-який вид домагання, що виражається у формі нав'язаних сексуальних доторків, здійснення сексуальних дій будь-кого з членів сім'ї проти волі іншого. Сексуальне насильство містить у собі фізичне і психологічне, особливо травмує жертву. Індикаторами сексуального на-

сильства над дітьми є: незвичні сексуальні знання для віку дитини, сексуальні прояви поведінки, недовіра, хронічна депресія, різка зміна почуттів до конкретної людини, саморуїнівна поведінка, регресія до інфантильної поведінки (енурез, плач, смоктання пальця).

**Психологічне (емоційне) насильство** (психологічна жорстокість) – це постійний чи періодичний вплив на психіку дитини шляхом словесних образ чи погроз, переслідування, залякування, безпідставних звинувачень, що призводить до невпевненості, нездатності себе захистити, завдає шкоди психічному здоров'ю дитини. Психологічне насильство пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого шляхом словесних образ чи погроз, переслідування, що призводить до емоційної невпевненості, нездатності захистити себе, шкодить психічному здоров'ю.

До даного виду жорстокого поводження також належать: приниження гідності дитини, демонстрація нелюбові, постійна критика, провокування тривоги і страху, висміювання, обман (внаслідок чого дитина втрачає довіру до дорослих), вимоги, що не відповідають віковим можливостям дитини.

**Економічне насильство** (експлуатація) – це крадіжка, умисне позбавлення можливості фінансового контролю чи коштів, на які постраждалий має передбачене законом право, що може призвести до його смерті, викликати порушення фізичного чи психічного здоров'я. До економічної експлуатації належить і використання дитячої праці з метою отримання прибутків. Економічне насильство – одноосібний контроль за витратою грошей, примус до роботи чи заборона працювати.

**Недбале ставлення до дитини** – це відсутність з боку батьків забезпечення належних умов, потрібних для здорового розвитку дитини, що включають наявність достатнього харчування, одягу, житла, виховання, освіти, медичної допомоги; а також відсутність уваги, залишення дитини без нагляду, внаслідок чого вона може стати жертвою нещасного випадку. Одним з різновидів сімейного насильства є зневага – систематичне небажання забезпечити основні потреби залежного члена родини. Наслідком зневажливого ставлення до дитини є ознаки: санітарно-гігієнічна занедбаність, відставання у фізичному та психічному розвитку, втомлений, вигляд, часта захворюваність.

**Медичне насильство** – недбалість і несвоєчасність надання необхідної медичної допомоги, навмисне нав'язування ліків, що призводять до залежності.

**Ознаками скоєного над дитиною насильства та неналежного догляду** можуть бути також недостатня вага дитини, анемія, слабкий імунітет, тики, ссання пальців, гризіння нігтів, розгойдування та нав'язливі рухи; одяг, що не відповідає погодним умовам та віку дитини; часті звернення до медичних закладів, все більша кількість ушкоджень; невідповідність отриманих ушкоджень поясненням, що їх дає дитина або батьки чи піклувальники. Також на підозру щодо фізичного насильства повинні наводити типовість травм та наявність відомостей про подібні пошкодження у минулому, непереконливі пояснення щодо обставин, за яких було отримано травму, відстрочення звертання по медичну допомогу у часі та незбіжні реакції батьків.

## **4. ЦЕНТРИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД НАСИЛЬСТВА**

### **ТИПОВЕ ПОЛОЖЕННЯ**

**про денний центр соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі від 21 серпня 2019 р. № 824**

Денний центр соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі (далі – денний центр), є спеціалізованою службою підтримки осіб, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі, насильства, зокрема сексуального, пов'язаного із збройним конфліктом (далі – постраждалі особи).

*Положення про центр постраждалим від насильства*

**Центр надання допомоги постраждалим від насильства (далі – Центр)** – це комунальний заклад, що є спеціалізованою службою підтримки осіб, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі.

В Центрі надання допомоги постраждалим від насильства працюють психологи, юрисконсульт, фахівці із соціальної роботи, які надають постраждалим особам соціальні послуги за державними стандартами, відповідно до їх потреб.

Основним пріоритетним напрямом діяльності Центру є надання можливості перебування у безпечних місцях особам, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі.

### **Структура Центру:**

1. Відділення притулку для жінок, які постраждали від насильства (**Притулок**), розраховане на цілодобове довгострокове перебування 10 осіб. Облаштоване кімнатами для сну та відпочинку, кухнею, душовою.

Підрозділ «Мобільна бригада соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі» (**Мобільна бригада**), надання первинної соціально-психологічної допомоги постраждалим особам.

2. Відділення соціально-психологічної допомоги та методичного забезпечення (**Денний центр**), проводяться індивідуальні й групові консультації, групи взаємодопомоги для постраждалих осіб.

3. Відділення кризового реагування (**Кризові кімнати**), розраховане на цілодобове короткострокове перебування 6 осіб. Облаштоване кімнатами для сну та відпочинку, кухнею, душовою.

**Право на перебування** у Притулку та Кризових кімнатах мають повнолітні особи, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі, щодо яких існує загроза життю чи здоров'ю.

**Протипоказаннями** для перебування постраждалих осіб у Притулку та Кризових кімнатах, є:

- алкогольне, наркотичне або токсичне сп'яніння;
- гострі інфекційні та венеричні захворювання;
- психічні захворювання, пограничні стани, які супроводжуються під час хвороби розладом поведінки, небезпечні для хворого й оточуючих;
- паразитарні захворювання шкіри та волосся, туберкульоз;
- нездатність постраждалих осіб до самообслуговування;
- інші обставини, що свідчать про безпосередню небезпеку для постраждалої особи чи оточуючих.

Особи із зазначеними протипоказаннями підлягають невідкладному направленню до закладів охорони здоров'я або інших відповідних закладів, які реалізують заходи щодо запобігання та протидії домашньому насильству та/або насильству за ознакою статі.

### **Центр відповідно до покладених на нього завдань:**

1. Надає постраждалим особам психологічну підтримку відповідно до їх потреб та з використанням індивідуального підходу, ураховуючи вік особи та її соціальне становище.

2. Інформує про функції та повноваження інших суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії насильству, можливості отримання подальшої підтримки та надання у разі потреби інформації про зазначених суб'єктів.

3. Роз'яснює причини домашнього насильства, насильства за ознакою статі та його наслідки для подальшого життя постраждалої особи та її дітей.

4. Проводить оцінку потреб постраждалої особи, складає разом із нею індивідуальний план заходів для усунення складних життєвих обставин.

5. Визначає необхідність екстреної психологічної допомоги.

6. Забезпечує надання постраждалій особі допомоги у формуванні, розвитку та підтримці соціальних навичок, умінь і соціальної компетенції.

7. Надає допомогу постраждалій особі, яка перебуває у складних життєвих обставинах, в аналізі основних проблем і шляхів їх розв'язання.

8. Сприяє в отриманні постраждалими особами безоплатної правової допомоги відповідно до Закону України «Про безоплатну правову допомогу».

9. Інформує про виявлення фактів домашнього насильства інші суб'єкти надання допомоги постраждалим від насильства, за наявності добровільної поінформованої згоди постраждалих осіб, крім випадків вчинення насильства щодо дітей та недієздатних осіб або виявлення актів насильства кримінального характеру, коли така згода не потрібна.

10. Здійснює інформаційно-просвітницьку роботу з постраждалими особами, спрямовану на формування стандартів здорового способу життя, сімейних цінностей, навичок безпечної поведінки та попередження поширення інфекційних хвороб тощо шляхом розповсюдження соціальної реклами, проведення консультацій, групових і масових заходів тощо.

Номери, за якими можна звернутися за допомогою:

- 102 – Національна поліція України;
- 103 – Швидка медична допомога;
- 15-47 – Безкоштовна цілодобова «гаряча» лінія для жертв домашнього насильства;

- 116-123 (з мобільного) та 0 800 500-335 (зі стаціонарного) – Безкоштовна національна «гаряча» лінія з попередження домашнього насильства;
- 116-111 (з мобільного) та 0 800 500-225 (зі стаціонарного) – Національна дитяча «гаряча» лінія;
- 772 або 0 800 500 225 — Національна дитяча гаряча лінія;
- @police\_helpbot — чат-бот у Telegram від МВС;
- 0800 213-103 – Цілодобова гаряча лінія безоплатної правової допомоги.

#### **Протокол дій за умови, якщо нікуди подітися:**

- Викликати поліцію 102 і 103 за умови необхідної мед. допомоги.
- Має бути зібрана тривожна валізка в якій:
  - документи: паспорт, свідоцтво про народження дитини, право власності тощо;
  - ліки, які постійно приймаєте;
  - необхідний мінімум речей.

Нормативно-правові основи викладено профілактики та протидії насильству викладено у Законі України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» 2018, № 5.

## **5. ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ БЕСІДИ З ДИТИНОЮ-ЖЕРТВОЮ НАСИЛЬСТВА**

Перший контакт з дитиною, яка зазнала насильства або була свідком акту насильства, є надзвичайно важливим. В цілому загальним принципом бесіди з дитиною – жертвою насильства є отримання повного обсягу інформації в ході спонтанної розповіді дитини. Фахівцеві слід терпляче вислухати розповідь дитини у її інтерпретації подій. Слід зауважити, що надії на те, що дитина буде повно та щиро відповідати на всі запитання фахівця стосовно насильства, яке відбулося над нею, частіше не справджуються через низку причин, серед яких найважливішими є страх, недовіра до дорослих взагалі, приховування певних фактів через сором, а також через те, що дитина може насправді любити своїх кривдників, попри жорстоке поводження з їхнього боку.



Коли фахівець задає дитині ті, чи інші запитання, йому слід пам'ятати, що успішність бесіди з нею залежить також і від правильного розуміння рівня її розвитку. Складність запитань має відповідати інтелектуальному рівню дитини та її життєвому досвіду, крім того, слід пам'ятати, що діти (особливо молодшого віку) надають здебільшого правдиву інформацію.

*Отже, коли дитина розповідає вам про насильство:*

➤ поставтеся до дитини серйозно, покажіть, що ви їй повністю вірите, що вона не винна в тому, що сталося;

➤ задавайте питання у м'якій формі (наприклад, «Чи правильно я розумію, що тобі зробили боляче? Розповіси, будь-ласка, як це сталося. Покажи, де в тебе болить?»);

➤ залишайтеся спокійними (попри те, що саме та якими словами розповідає дитина, адже вона через брак словарного запасу може застосовувати нецензурні вислови та жаргонізми, які чує від дорослих; ні в якому разі не переривайте розповідь дитини, щоб виправити або зробити зауваження); заспокойте та підтримайте дитину словами:

- «добре, що ти мені це сказала(в). Ти правильно зробила(в)»;
- «ти в цьому невинна (не винний)»;
- «така ситуація трапляється і з іншими дітьми»;
- «можливо ти вважаєш, що це за секрет? Але бувають такі секрети, які не потрібно зберігати – якщо тобі зробили погано. Ми вже допомогли іншим дітям у схожих ситуаціях. Ми допоможемо і тобі, але для цього маємо знати, що сталося»;
- «не дратуйся, якщо цю історію тобі потрібно буде переказати ще раз іншій людині, яка теж допомагатиме тобі. Дуже важливо, щоб вона почула її саме від тебе»;

➤ ще раз наголошуємо – не думайте, що дитина обов'язково ненавидить свого кривдника або сердиться на нього. Батьки залишаються для неї батьками незалежно від того, як вони поведуться з дитиною, вона продовжує їх любити та боїться зашкодити їм своїми словами чи діями. Тому ні в якому разі не оцінюйте особистість кривдника перед дитиною, оцінити можна тільки дію (наприклад, «... так, з тобою вчинили погано»);

➤ терпляче відповідайте на запитання дитини, намагайтеся розвіяти її тривоги, особливо стосовно самого факту звернення по допомогу;

➤ стежте за тим, щоб не давати обіцянок, яких не зможете дотриматись (наприклад: «Твоя мама не засмутиться» або «Тому, хто тебе скривдив, нічого не буде», «Тебе більше ніколи не скривдять»).

***В жодному разі, фахівець при бесіді з дитиною, не має:***

- бути нетерплячим та перебивати її;
- робити поспішні висновки;
- намагатися завершити думки дитини, її висловлювання;
- втрачати зоровий контакт з дитиною, жестами та рухами тіла демонструвати неухважність;
- відповідати недоладно;
- змінювати предмет розмови;
- залякувати дитину (в тому числі тим, що її родичів буде суворо покарано);
- критикувати дитину або глузувати з неї.

## **6. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЖЕРТВАМ НАСИЛЬСТВА**

Технологія надання психологічної допомоги дітям, які пережили насильство, включає обов'язкову роботу з їх батьками та близькими людьми [28, с. 106]. Це залежить від віку:

1. *Для дітей дошкільного віку* – робота з батьками – не насильниками – навчання їх навичкам психологічної підтримки та опрацювання травми з дитиною у безпечній ситуації з опорою на провідний вид діяльності – гру.

2. *Для молодших школярів* – спільна робота з підтримуючим батьком і дитиною з опорою на обґрунтування відповідальності за насильство, відреагування своїх почуттів, осмислення травматичної події та ін.

3. *Для підлітків* – психологічна робота проводиться з опорою на їх особистісні особливості, пов'язані з умінням управляти собою та своїми почуттями [28, с. 106].

Спеціальними засобами психологічної реабілітації є: гра з піском, робота з пластиліном, пальчикові фарби, серійне малювання.

Ефективними психологічними методиками є: візуалізація, гіпноз, робота з емоціями, записи у щоденник, написання листів, когнітивне пере-

структурування, техніка «Порожній стілець», психодрама, арттерапія, музикотерапія, танцювальна терапія [28, с. 107].

Стадії терапії в роботі з наслідками насильства:

1. **Рішення вилікуватися**, людина вирішує, що потрібно щось змінювати.
2. **Стадія кризи**, сильні почуття і біль.
3. **Згадування**, розповідь про те, що сталося.
4. **Віра собі та своїм спогадам**.
5. **Подолання мовчання**, розповідь подробиць події.
6. **Зняття з себе вини** за те, що трапилось.
7. **Підтримка «внутрішньої дитини»**, встановити контакт із внутрішньою дитиною через малюнок, рухи.
8. **Повернення віри до себе**, підвищення самооцінки, визначення особистих кордонів клієнта.
9. **Оплакування втрати**, прощання з тим, що було втрачено в момент насильства.
10. **Гнів**.
11. **Розкриття і конфронтація**, висловлення почуттів гніву насильнику через лист, психодраму.
12. **Прощення себе**.
13. **Набуття духовності**, уявлення, що світ хороший та добрий.
14. **Вирішення травми та рух далі**, люди відчують, що включаються в життя [28, с. 107-109].

У науковій літературі досліджено такі стратегії боротьби з насильством в сім'ї: 1) дослідження з метою висвітлення насильства, його природи, джерел, змісту та ін.; 2) дії для знищення коренів насильства, його профілактики, формування нової моралі.

Виділяють наступні **основні напрямки профілактичної і корекційної роботи** щодо жорстокого поводження з дітьми: соціальні працівники, психологи, лікарі, адвокати та інші спеціалісти повинні володіти необхідними знаннями для надання професійної допомоги жертвам сімейного насильства; створення служб соціального і медичного контролю за здоров'ям сім'ї, виявлення психічних і сексуальних розладів її членів; створення програм щодо боротьби з поширенням наркоманії та алкоголізму; створення навчальних програм, що включають спеціальну сексуальну освіту, основи безпечного спілкування дітей, підлітків, батьків, педагогів,

співробітників служб соціального захисту, міліції; залучення дітей до відвідування клубів за інтересами; реабілітаційна робота з особами, притягнутими до кримінальної відповідальності, створення психологічних і психіатричних служб при виправно-трудовах колоніях, лікування осіб, яким рекомендоване спостереження і лікування в психіатра; створення спеціалізованих лікувально-реабілітаційних центрів; просвітницько-профілактична робота з батьками, залучення їх до занять у тренінгових групах для підвищення їх психолого-педагогічної поінформованості щодо адекватного виховання дітей.

До **технологій**, що використовуються у випадках сімейної жорстокості, відноситься також організація соціальних притулків, що дають можливість перечекати в безпечному місці кризу сімейної ситуації. Оскільки невіршені сімейні конфлікти періодично загострюються, то необхідно вдаватися до середньострокових програм допомоги, орієнтованим на стабілізацію сім'ї, відновлення її функціональних зв'язків, нормалізацію відносин між членами подружжя, між батьками і дітьми. Паралельно проводяться соціально-психологічне консультування сім'ї з метою усунення взаємного нерозуміння, непродуктивних видів сімейної взаємодії, конфліктності у взаєминах; соціально-правове консультування, що дозволяє сім'ї усвідомити і навчитися відстоювати свої права у взаєминах із соціальним середовищем. Нерідко така діяльність містить і власне соціальні компоненти – наприклад, надання допомоги у працевлаштуванні батьків, поліпшенні житлових умов.

*Технологія роботи з жертвою здійснюється на двох рівнях: менеджмент роботи з випадком і безпосередньо робота з випадком. Менеджмент містить етапи:*

**1. Ідентифікація випадку:** збір первинної інформації, розслідування і складання заяви, постановка на облік.

**2. Діагностика випадку:** детальне фізичне обстеження лікарями, соціальний працівник звертає увагу на ознаки і вид насильства, варто уникати прямих запитань, а опиратись на спостереження.

**3. Планування і контракування:** визначення пакета послуг, підбір необхідних фахівців і організацій, призначення соціального працівника для безпосереднього ведення випадку, узгодження етапів і змісту роботи.

**4. Втручання в ситуацію (корекція):** 1) державні і благодійні служби надають жертві насильства допомогу в домашніх умовах або у примі-

щенні служб; 2) жертва дистанціюється від небезпеки, їй надається проживання в спеціальному закладі (кризовий центр, притулок, пансіонат, прийомна сім'я).

**5. Контроль і оцінка:** спостереження за успіхом процесу реабілітації, ефективністю методів її проведення, використання більш дієвих підходів.

**6. Завершення процесу реабілітації:** допомога жертві прийняти рішення про доцільність застосування постійних систем підтримки чи вибору інших засобів допомоги, підведення підсумків, оцінка досягнутих результатів (порівняння даних психодіагностичного обстеження дитини і дитячо-батьківських відносин до і після роботи, експертні оцінки).

**Сімейна терапія** включає в себе знаходження компромісу в культурно-смісловій сфері, корекцію накопичилися соціально-психологічних стереотипів, навчання навичкам неконфліктного спілкування. Така робота проводиться шляхом **індивідуальних бесід та інтерв'ю, групової психотерапії або ігрової терапії.**

До активно застосовуваних методів відноситься так звана **датерапія** – аутодіагностична і психокорекційна методика, за допомогою якої конфліктуючі подружжя раціоналізують свої в цілому негативні емоційно психічні взаємини. У ході її здійснення пропонується відповісти «так» або «ні» на ряд чітко сформульованих питань щодо різних сторін взаємин подружжя. У результаті балансу своїх позитивних чи негативних відповідей чоловік може пом'якшити своє ставлення до іншого члена подружжя, якого звик звинувачувати у всіх гріхах, і визначити свої справжні наміри – чи хоче він поліпшення відносин або розлучення.

Інша діагностична методика – популярний на Заході **метод «скульптурної групи»:** члени сім'ї візуалізують своє уявлення про сімейні взаємини, створюючи скульптурну групу, причому при обговоренні місця в ній кожного члена сім'ї він реально оцінює свою позицію в ній і розбіжність своєї оцінки з оцінкою інших. Треба сказати, що усвідомлення реальної сімейної проблеми має не тільки діагностичне, але і терапевтичне значення, оскільки виявлене та усвідомлене утруднення змушує членів сім'ї переглянути свою поведінку.

Одна з багатосторонніх методик – **побудова генограми сім'ї,** тобто це схеми сімейної історії, створюваної за певними правилами і відображає взаємини в поколіннях прабабків, батьків і в самій досліджуваній сі-

м'ї. Цей процес досить захоплюючий – складання свого генеалогічного дерева є однією з глибинних потреб людей. Крім того, в ході його створення разом із сімейним терапевтом та за його участю члени сім'ї, можливо, практично не спілкувалися протягом тривалого часу, залучаються в єдину діяльність, доповнюючи один одного. Нарешті, підсумкова картина володіє значною інформативністю: надмірна кількість вдів або випадків розлучень у висхідних або бічних гілках сім'ї можуть свідчити відповідно про негативну біологічної схильності або про наявність вроджених особистісних проблем.

Діагностична діяльність повинна допомогти клієнтам усвідомити і визнати необхідність зміни їх сімейних взаємин, укоренити мотивацію для тривалої, терплячої і складної роботи, спрямованої на самозміну, подолання власних небажаних стереотипів. Слід підкреслити, що існуючі методики маніпулятивного впливу на особистість, що не бажає залучити свої власні трансформаційні можливості, не продуктивні.

Наприклад, **методика спрямованої зміни** полягає в тому, що член сім'ї, який виявив в іншому члені сім'ї небажані риси чи особливості поведінки, впливає на того за допомогою емоційного заохочення чи покарання (під покаранням може матися на увазі відсутність заохочення, емоційна холодність). Лише «хорошу поведінку» заслуговує нагороди. Методика відрізняється від повсякденних взаємин тим, що вплив на маніпульованого виробляється, не на раціональному, а на підсвідомому рівні, причому за задумом її розробників, індивід через досить короткий термін навчиться автоматично обирати форми поведінки, за якими слід нагорода. На жаль, практика використання подібних засобів в сімейній терапії показує її досить низьку ефективність і навіть контрпродуктивний вплив, перш за все на самого «маніпулятора», тому що замість спонтанних відносин довіри, відкритості та взаємопідтримки тут культивуються відносини односторонньої дії.

Розглядаючи **сімейний патронаж** – то це індивідуальна діяльність фахівця, завдяки якій сім'я (клієнт) одержує конкретну допомогу і підтримку від соціальної служби, покликаної мобілізувати і підвищити її адаптаційні можливості.

В даний час розрізняють *два напрями соціального патронажу сім'ї*.

*Перший напрям* ґрунтується на характері тих дій, які здійснюють соціальні служби стосовно сімей і дітей особливого ризику. Вона включає в

себе такі види патронажу, як соціальний, медико-соціальний, соціально-педагогічний, соціально-психологічний, соціально-економічний, що виражається у видачі посібників, продуктів, одягу і т. д.

*Другий напрям* ґрунтується на характеристиці об'єктів патронажу. Вони класифікуються за віком (діти, підлітки, літні люди), за статевою приналежністю (дівчатка, хлопчики, жінки, чоловіки), за медичними показаннями (інваліди, вагітні жінки і т. д.), за соціальним статусом (бездоглядні діти, жертви насильства), з сімейних проблем (неблагополучні сім'ї, діти батьків алкоголіків) і т. д. Розглядаючи перший напрямок відзначимо, що, наприклад, медико-соціальний патронаж діє щодо хворих і фізично неповноцінних членів сім'ї, в тому числі дітей (інвалідів), які потребують в повсякденному догляді.

Зміст медико-соціального патронажу залежить від категорії цих клієнтів. Він включає доставку ліків, вимірювання тиску, нічне чергування, надання гігієнічних послуг, доставку продуктів і годування, прибирання приміщення, виконання нескладних фізичних вправ і т.д., тобто все те, чого потребує людина, не здатна до самообслуговування.

Головним завданням працівника, який здійснює **медико-соціальний патронаж**, крім надання перерахованих послуг залишається твердження з клієнтом відносини взаємної довіри і толерантності.

**Соціально-психологічний патронаж** реалізується в різних формах тривало наданої психологічної та соціальної допомоги сім'ям, що переживають конфлікт або стресовий стан, а також мають проблеми у вихованні дітей, що знаходяться в стані хронічної соціально-психологічної дезадаптації і емоційної напруги. Спеціалісти, які здійснюють психологічний патронаж проводять консультування, знаходять разом з клієнтами альтернативні шляхи виходу з конфліктних ситуацій, виконують посередницькі функції між клієнтом та його оточенням, допомагають знизити у клієнта почуття тривожності, при цьому фахівець повинен кваліфіковано поєднати членів сім'ї до процесу планованих змін.

**Соціальний патронаж** сприяє вивченню та проясненню ситуації з урахуванням соціального та психологічного стану клієнта при використанні коштів, що знижують рівень тривоги і надають емоційну підтримку, а також направлений на надання конкретної допомоги з ліквідації кризової чи критичної ситуації, що склалася в сім'ї і на стабілізацію сприятливих тенденцій. Крім того, за допомогою соціального патронажу соціальні

працівники включають у вирішення проблем клієнтів та інших фахівців, тобто використовують комплексний підхід, наприклад, економічного і культурно-освітнього – з одного боку, і психологічного і психосоціального, з іншого. Головним когнітивним умінням фахівця при цьому залишається здатність аналізувати ситуацію. Діючи в рамках патронату, соціальний працівник виконує різноманітні функції: доброзичливого і компетентного співрозмовника, помічника, посередника, радника, захисника. Він має здатність стабілізувати ситуацію, що склалася, контролювати хід патронажу на всіх фазах, долучати до вирішення своїх проблем членів сім'ї, закріплювати успіхи, а також вносити необхідні корективи в стратегію подальших дій. Тим самим соціальний патронаж сім'ї передбачає багато методичних дій фахівця з соціальної роботи.

**Соціально-педагогічний патронаж** включає в себе всебічну та дієву допомогу сім'ї, що має різні проблеми, силами фахівців соціальних служб, що орієнтуються на власні педагогічні можливості, а також на ресурси соціально-педагогічного простору.

У патрунуванні сім'ї використовуються найрізноманітніші форми і методи: матеріальна підтримка; соціальне і психосоціальне консультування; психотерапія; гештальттерапія; тренінги (наприклад, позитивного життєвого настрою); корекційні методики (корекція деструктивних афектів у дітей, депривоване материнства і т. д.); педагогічної просвіти батьків, навчання соціальними вміннями, навичкам догляду, консиліуму, кондуктивної індивідуальної підтримки і т. д.

## **7. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НАСИЛЬСТВА В СІМ'Ї**

Зараз проблема жорстокого поводження з дітьми в сім'ї винесена з розряду приватної на державний рівень. Попереджати насильство в сім'ях зобов'язані спеціальні органи виконавчої влади, дільничні інспектори й співробітники Кримінальної міліції у справах неповнолітніх, органи опіки і опікування, спеціальні установи для жертв насильства в сім'ї (кризові центри), центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї й правоохоронна система в цілому, працівники освіти, охорони здоров'я, соціальної роботи. Право дитини на захист від усіх форм насильс-



тва гарантує стаття 10 Закону України «Про охорону дитинства», «Про затвердження порядку розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або реальної загрози його вчинення» від 16.01.2004 р. «Про запобігання та протидію домашньому насильству» від 19.12.2024.

Спеціалісти наголошують на потребі профілактики жорстокого поводження. На думку Е. Доннеллі, попередження жорстокого поводження з дітьми складається з:

- ✓ **первинної профілактики**, спрямованої на з'ясування соціальних причин жорстокого поводження з дітьми (зокрема, насильство в медіа, бідність, необізнаність населення про права дітей);
- ✓ **вторинної профілактики**, спрямованої на «групи ризику» (наприклад, молоді сім'ї, батьки, що самі пережили насильство, сім'ї у стані кризи), з метою зменшення чи усунення факторів ризику (відсутність навичок виховання дітей, нерозуміння процесу розвитку дитини тощо);
- ✓ **третинної профілактики** (лікування), спрямованої на людей, які вже жорстоко поводитися з дітьми; стратегії припинення і неповторення жорстокого поводження.

Крім того, потрібно вдосконалити систему раннього виявлення випадків та оцінки ситуації у сім'ях у разі підозри на жорстоке поводження. Важлива й просвіта батьків щодо вікових особливостей дітей, навчання методам ефективного спілкування, конструктивного вирішення конфліктів, надання інформації про права дітей.

*Для попередження насильства враховують:* травматичний досвід батьків у дитинстві; відсутність чітких цілей у вихованні і у власному майбутньому; відсутність навичок конструктивної взаємодії; перевага деструктивного спілкування у сім'ї; внутрішньо-особистісні порушення дитини.

У світовій практиці існують наступні *підходи до попередження насильства в сім'ї проти дітей:*

- ✓ **Інформаційний (просвітницький)** – знання і підтримка державою, суспільством, сім'ями, окремими особами прав людини.
- ✓ **Силовий** – порушення прав людини передбачає покарання злочинця.
- ✓ **Ненасильницький опір** – оскільки протистояння злу через насильство лише примножує зло, то потрібно від нього утримуватися, щоб позбавити зло опори (М. Ганді).

✓ **Діяльнісний** – щоденна робота по захисту прав, набуття досвіду і якостей особистості, неможливої до застосування насильства.

✓ **Християнський** – опір на позитивне в людині, її високі духовні якості (М. Л. Кінг).

✓ **Політико-економічний** – створення людям рівних можливостей, надання потрібної допомоги, підвищення їх рівня життя.

✓ **Викриття насильства і ненависті** – збереження пам'яті про жертви насильства через ЗМІ, літературу, допомога жертвам жорстокості.

✓ **Виважений** – створення кращого людянішого суспільства, досконалішого світового порядку через реформи, захист жертв, свідомого мислення.

В освітніх закладах міста в діяльності психологічної служби склалася *система роботи з профілактики жорстокого поводження над дітьми*. Робота відбувається на всіх напрямках: адміністрація – педагоги – батьки – учні.

1. Проводяться психолого-педагогічні семінари для педагогів з проблеми жорстокого поводження над дітьми.

2. Просвітницька діяльність для батьків і педагогів.

3. Психологічні консультації з наявної проблеми для всіх учасників навчально-виховного процесу.

4. Робота з дітьми:

- робота з профілактики соціальної дезадаптації;
- робота з формування позитивної «Я-концепції»;
- тренінгова робота;
- корекційна та реабілітаційна робота;
- робота по формуванню здорового способу життя;
- підготовка підлітків-інструкторів з програми «рівний-рівному».

Проблема насильства над дітьми потребує подальшого вивчення. Серед *можливих напрямів дослідження*: виявлення оптимальних механізмів захисту дітей, постраждалих від жорстокого поводження; розроблення технологій роботи з ними; розкриття особливостей соціального супроводу осіб зазначеної категорії; вивчення рівня усвідомлення проблеми та готовності до правозахисних дій з боку дорослого населення України; розроблення порядку звернення дітей у випадку жорстокого поводження та з'ясування його ефективності. Потрібно забезпечити належну роботу психологічної служби та соціально-педагогічного патронажу, здій-

снювати заходи з профілактики порушень соціально-психологічної адаптації учнівської молоді до гострого і хронічного стресу; виховання взаємоповаги та навчання дітей і батьків способам конструктивної взаємодії в сім'ї, створити інформаційні куточки для учнів із переліком організацій, куди можна звернутися з приводу насилля в сім'ї, або коли насильство в родині пов'язане із вживанням батьками алкоголю чи наркотиків.

Серед **майбутніх завдань вивчення даної проблеми** також є: підвищення поінформованості населення про сутність жорстокого поводження з дітьми, його види, прояви та можливі шляхи запобігання припиненню дитячої гідності. Потрібні програми, спрямовані на підвищення правової грамотності, що навчають спілкуванню в родині, психології відносин, ненасильницьким шляхам вирішення конфлікту, потрібні новаторські підходи до питань попередження насильства в родині. Лише при узгодженій взаємодії всіх адміністративних, соціальних та просвітніх установ можлива ефективна діяльність щодо захисту дітей від жорстокого поводження з ними.

## **8. ПРОГРАМА «ПІДТРИМКА УЧНІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ТРАВМИ» (SSET)**

Програма «підтримка учнів, які зазнали травми» (SSET) – це цикл із десяти занять, організованих у форматі роботи груп підтримки, з використанням структурованого підходу до зменшення дистресу після пережитого насильства [14].

**SSET** заснована на *техніках когнітивно-поведінкової терапії*, де про травму говорять одразу і клієнта стимулюють до обговорення травматичної події.

**Програма SSET має такі цілі:**

- полегшення симптомів ПТСР та інших пов'язаних з цим проблем;
- розвиток психологічної пружності (resilience);
- розвиток підтримки з боку ровесників і батьків.

Кожна з цих цілей має припасовуватись до учнів, враховуючи їхню індивідуальність. Аналіз відбіркових анкет допоможе побачити сильні та слабкі сторони учнів і таким чином сприятиме процесу планування роботи.

Отже, першочерговою метою програми SSET є **зменшення симптомів ПТСР, депресії, а також симптомів генералізованої тривоги, які перешкоджають функціонуванню учнів**. Наприклад, якщо учень, який зазнав впливу травмуючої події, потерпає від нав'язливих думок про неї, порушень сну, генералізованої тривоги, має послаблену концентрацію уваги, негативні думки про себе, є дратівливим і перебуває у пригніченому настрої, – цілком зрозуміло, що це шкодить його повсякденному життю. Ці симптоми можуть негативно впливати на шкільну успішність, взаємини з членами сім'ї та соціальні стосунки, а також на інші соціальні активності. Програма SSET спрямована на те, щоб розвинути в учнів навички, спрямовані на **полегшення цих симптомів і поліпшення функціонування** як удома, так і в школі та з друзями [14].

Ще однією метою програми SSET є **допомога учням у тому, аби максимізувати переваги вже наявних копінг-навичок, а також сприяти розвитку нових корисних життєвих навичок, орієнтованих на подолання тих травмуючих подій**, які можуть трапитись у майбутньому. Це допомагає учням отримати відчуття здатності до подолання проблем та розвинути вміння контролювати свої внутрішні симптоми, а також вплив оточення. В ході того, як молоді люди опанують різні копінг-навички, вони отримують **«набір інструментів»**, з якого можна взяти різні стратегії та застосувати їх у різних ситуаціях, подіях чи проблемах, з якими вони стикаються.

Кінцева мета програми SSET полягає у **підвищенні рівня підтримки з боку однолітків і батьків**. Програма SSET створює можливість для юнаків поділитися власним досвідом щодо пережитого насильства, травми чи стресу та знайти підтримку. Також важливо створити основу для підтримки з боку однолітків і батьків за межами групи. Власне участь у групі формує спільний зв'язок між учасниками-однолітками, який часто виходить поза її межі. До того ж, метою деяких матеріалів є розвиток вміння відповідним способом ділитися власним досвідом зіткнення з насильством, травмою чи стресовою ситуацією з вартими довіри людьми за межами групи (включаючи близьких друзів, членів сім'ї, опікунів, вчителів і/або інших дорослих). Загальною метою усієї програми SSET є застосування й укріплення стратегії порозуміння і комунікації між батьками чи опікунами та їхніми дітьми. Це робиться шляхом просвітництва та виконання домашніх практичних завдань [14].

Програма містить багато різних *технік, спрямованих на розвиток навичок*. Ці техніки призначені для зміни неадаптивних думок (йдеться

про боротьбу з негативним мисленням, зупинку автоматичних негативних думок, відволікання уваги від негативних моделей мислення) та підтримки позитивної поведінки (йдеться про покращення соціальних навичок, збільшення приємних активностей, зменшення уникання складних ситуацій і думок).

Кожне заняття організоване таким способом:

➤ **Заняття структуровані.** План кожного заняття включає аналіз самостійної роботи, навчання новим навичкам і відпрацювання наявних навичок, а також призначення завдань для самостійної роботи.

➤ **Заняття ґрунтуються на співпраці між керівником групи та учнями.** Керівник групи виконує роль «тренера», допомагаючи учням розвивати нові вміння та знаходити шляхи їх ефективного втілення у життя.

➤ **Заняття акцентують увагу на відпрацюванні нових технік в ході занять і між ними.** Завдання для самостійної роботи виконуються між заняттями і є важливими для консолідації умінь, отриманих у групі.

➤ **Програма SSET лімітована в часі.** Групові заняття передбачають десять одногодинних зустрічей. Мета полягає в тому, щоб надати учням можливість далі займатися самостійно після завершення роботи групи.

### **Які проблеми охоплює програма SSET?**

Ця програма призначена для груп учнів, які мають досвід суттєвих травматичних переживань і потерпають від симптомів ПТСР, зокрема від повторного переживання травми, фізіологічної гіперактивації, а також заціпеніння або уникання. Оскільки симптоматику ПТСР часто супроводжують пригнічений настрій, тривога або нервозність, а також імпульсивність і гнів, – значна частина технік спрямована також і на вирішення цих проблем. Загалом, охоплюються такі **типи проблем**:

- тривога або нервозність;
- обмеження контактів або ізоляція;
- пригнічений настрій;
- неконтрольовані емоційні спалахи у школі;
- імпульсивна або ризикована поведінка.

*Програма SSET не передбачає роботу з такими категоріями:*

- учні, які переживають кризу та потребують невідкладної консультації;
- учні, які мають серйозні поведінкові проблеми, через які їм важко пристосуватися до роботи в групі підтримки так, щоб не перешкоджати їй;

- учні з важкими порушеннями когнітивних функцій, через які навички читання є нижчими рівня 4-го класу;
- учні, первинною проблемою яких є дитяче скривдження.

Програма SSET розроблена для впровадження вчителями чи шкільними психологами, які зацікавлені в психічному здоров'ї учнів та мають гарні взаємини із ними. Крім того, важливою є підтримка директора школи й інших колег, які мають бути поінформовані та зрозуміти потребу створення таких груп, план реалізації проекту й вимоги щодо конфіденційності. Важливим елементом планування програми SSET є залучення у тривалу взаємодію фахівця-практика, який би міг надавати додаткову фахову підтримку учасникам групи. Йдеться про психотерапевтичний супровід у такі періоди: на початку роботи, коли учні відбираються для участі у SSET; в процесі реалізації програми, в разі виникнення будь-яких проблем; наприкінці програми, для того, щоб допомагати учням, які потребують додаткової підтримки. Фахівці-практики можуть бути членами шкільного колективу (наприклад, шкільний соціальний працівник), працювати на території округу (наприклад, психолог або соціальний працівник округу) або працювати на договірних засадах [14].

Ця програма розроблена для учнів середньої школи (віком 10–14 років). Вона також може стати в пригоді молодшим учням (до 4-го класу) та старшим учням (до 9-го класу), проте досі не впроваджувалася у роботу з дітьми цих вікових категорій.

Стислий перелік нових понять, що вивчаються на кожному занятті, поданий у таблиці 2.

Таблиця 2

### План занять

Номер заняття	Зміст заняття
1.	Вступ
2.	Типові реакції на травму та стратегії релаксації
3.	Думки та почуття
4.	Корисне мислення
5.	Зустріч з власними страхами
6.	Розповідь про травму, частина перша
7.	Розповідь про травму, частина друга
8.	Вирішення проблем
9.	Робота над соціальними проблемами та «Гарячий стілець»
10.	Плани на майбутнє та випуск

## **Формат роботи та управління групою**

Групи підтримки учнів організовані таким способом, що зустріч триває близько однієї години. Звичайний формат передбачає, що учні, залучені до участі в програмі, збираються протягом шкільного дня, бажано у вільний від навчання час. Група може зустрічатись і після шкільних уроків, якщо, наприклад, транспортні проблеми можна вирішити. Зазвичай група збирається раз на тиждень. У деяких групах корисно написати стислий план заняття на дошці на початку роботи. Також може бути корисною і розробка системи оцінювання для заохочення участі в роботі. Можна нагородити тих учасників групи, які виконали найбільшу кількість завдань, або ж заохочення участі в роботі може здійснюватися протягом усієї програми. Можна реалізувати будь-який із прийомів управління групою для підвищення активності учасників та їх готовності до роботи [14].

### **Участь батьків**

Батьки не беруть безпосередньої участі в роботі групи, однак мають бути максимально залученими в телефонному режимі. Перший телефонний дзвінок до батьків треба зробити на старті програми SSET, бажано до початку групових занять, але не пізніше, ніж перед другим заняттям. В ході телефонної розмови треба описати типові реакції на стрес чи травму, пояснити зміст програми SSET і її техніки, запевнитись у підтримці батьків щодо завдань для самостійної роботи та відвідування занять. Наступні телефонні дзвінки доцільно здійснювати за потреби. Вони можуть бути корисними під час підготовки до експозицій у реальному житті, яка здійснюватиметься на п'ятому занятті. Також дзвінки можуть використовуватися для відстеження прогресу учня та, у разі потреби, надання порад щодо додаткової терапії.

### **Конфіденційність**

На відміну від багатьох інших видів шкільної діяльності, в групах програми SSET діє правило конфіденційності. **Це означає, що все, що обговорюється в групі, в ній і залишається і, що навіть керівник має дотримуватися конфіденційності інформації щодо учнів.** Існують два винятки з цього правила для таких випадків:

1. Якщо ви встановили, що *учня можуть скривдити або він сам може завдати шкоди іншим* – треба керуватися шкільними протоколами щодо захисту учня чи інших. (Наприклад, якщо учень потребує невідкла-

дної медичної допомоги або якщо він повідомляє вас про намір вчинити самогубство).

2. Якщо *учень повідомив вас про випадок скривдження*, ви мусите діяти згідно зі шкільними протоколами та повідомити слідчу групу у встановленому законодавством порядку.





## Тема 6. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ ПРИ ВТРАТІ

### План

1. Ознаки переживання втрати дітьми.
2. Вікові особливості переживання втрати дітьми.
3. Стадії переживання втрати дітьми.
4. Технологія повідомлення дитині про смерть близької людини.
5. Вимоги до психолога.
6. Правила соціально-психологічного супроводу при втраті.
7. Рекомендації батькам та родичам.
8. Групи психологічної підтримки для дітей, які втратили близьких.
9. Методики психологічного супроводу дітей при втраті.

### 1. ОЗНАКИ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ ДІТЬМИ

У час війни значна кількість українців втратили близьких людей. Особливо гостро втрату рідних переживають діти. Це пов'язано зі слабкістю їх дитячої нервової системи, підвищеною вразливістю, відсутністю досвіду переживання втрат у минулому, несформованими захисними механізмами реагування на втрату, низьким рівнем резильєнтності.

#### Ознаками переживання втрати дітьми є:

- підвищена збудливість та реактивність;
- порушення мовлення (сповільнене мовлення (брадилалія), мутизм, заїкання);
- фізіологічні порушення (енурез);
- соматичні порушення (порушення апетиту, головні болі, болі в животі);

- просторова дезорієнтація;
- відсутність почуттів;
- депресія;
- слухові або зорові галюцинації;
- тривожні сни про травматичну подію (наприклад, бомбардування);
- спогади і флешбеки про подію (ніби дитина знову потрапляє в ситуацію травми);
- повторюваний травматичний сюжет в іграх (ігри на тему війни) та ін. [28, с. 131, 138].

## 2. ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ ДІТЬМИ

Варто зауважити, що в кожному віці є свої особливості переживання травми дітьми.

У різні вікові періоди дитяче горе має свою специфіку, але водночас існують прояви, спільні для будь-якого віку. При тому, що навіть однолітки реагують на смерть близької людини по-різному, все-таки можна виділити найбільш характерні вікові особливості переживання горя дітьми.

**1. Вік до двох років.** У цьому віці дитина помічає відсутність одного з батьків та емоційні зміни в людях, які про неї піклуються. Маленька дитина стає дратівливішою, галасливішою, у неї можуть порушитись процеси травлення та сечовипускання.

**2. Від двох до трьох років.** Дворічні діти вже знають, що відсутніх у полі зору близьких людей можна покликати або знайти. Потрібен час для того, щоб малюк усвідомив, що близька людина не повернеться. В цей час поруч з дитиною повинні бути люди, які будуть оточувати її увагою та любов'ю, підтримувати звичний режим харчування і сну.

**3. Від трьох до п'яти років.** Розуміння смерті в цьому віці все ще обмежене. Дітям цієї вікової групи потрібно знати, що смерть не є сном. Їм потрібно м'яко пояснити, що тато (мама) помер і ніколи не повернеться. У дитини в цей час можуть спостерігатися проблеми з травленням і сечовипусканням, болі в животі, головні болі, шкіряні висипання, зміни настрою. Дитина може почати боятися темряви, відчувати сум, гнів, тривогу, часто плакати. Вона може думати, що її вчинки могли стати причи-

ною смерті близької людини (наприклад, вона не дала батьку чи матері іграшку або малюнок). Якщо дитина про це говорить, то дорослим потрібно переконати її, що це не так. Важливо, щоб дитина знала, що про неї піклуватимуться і що сім'я залишиться разом. Корисно згадувати з дитиною позитивні моменти минулого: як батько (мати) гралися з ним, сімейні свята, спільні подорожі тощо.

**4. Від шести до восьми років.** У цьому віці діти все ще відчувають труднощі в розумінні реальності смерті. Вони переживають почуття невизначеності і ненадійності, мають схильність постійно знаходитися поруч із живим з батьків. Діти, які переживають втрату, можуть поводитися в класі не так, як завжди, проявляти агресію до вчителів, однокласників.

**5. Від дев'яти до дванадцяти років.** Переживання втрати дитиною може призвести до безпорадності, що суперечить прагненню до більшої незалежності в цьому віці. У дитини іноді виникають проблеми з самоідентифікацією, а приховувані емоції можуть негативно впливати на подальший розвиток. Діти цієї вікової групи можуть намагатися взяти на себе роль померлого батька (матері), що не повинно заохочуватися дорослими. У дитини має бути достатньо часу для гри, спорту і дозвілля. Важливо, щоб у неї були друзі з числа однолітків. Дитині, яка пережила горе, потрібно допомогти зрозуміти, що бути щасливою і радіти поточним подіям – це нормально.

**6. Підлітковий вік.** Підлітки, які переживають горе, часто шукають допомоги поза сім'єю. Молоді люди іноді відчувають себе в певній ізоляції через те, що друзі можуть їх уникати або бентежитись і не знати, що сказати. Підлітки можуть поводитись не властивим для них чином: тікати з дому; змінювати друзів; вживати алкоголь і наркотики; стати сексуально розбещеними; мати суїцидальні прояви. Щоб цього не сталося, підліткам важливо отримати від оточуючих своєрідний «дозвіл» виражати свої емоції і почуття. Їм не можна говорити, що вони займуть місце померлого з батьків. Важливо допомогти їм сфокусуватися на власних потребах, пов'язаних з майбутнім: необхідність здобути освіту або професійну підготовку.

### 3. СТАДІЇ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ ДІТЬМИ

Стадії переживання горя дитиною, розроблені Е. Кюблер-Росс, розкривають особливості цього процесу:

**1. Стадія шоку** у дітей характеризується мовчанням або вибухом сліз. Дуже маленькі діти можуть відчувати дискомфорт, але не шок. На цій стадії спостерігаються різні фізіологічні і поведінкові розлади: порушення апетиту і сну, малорухливість або навпаки активність, інколи спостерігається також незмінний вираз обличчя і уповільнена мова.

Дитині потрібен час, щоб пережити горе, поговорити про померлого. Якщо дитина старше 8 років рекомендовано залучати її до організації поховання, в результаті чого вона не відчуватиме себе самотньою серед засмучених і зайнятих справами дорослих.

**2. Стадія заперечення.** Дитина знає, що близька людина померла, бачила її мертвою, але всі думки настільки зосереджені на ній, що вона не може повірити, що батька (матері) більше немає поряд. На цій стадії психіка просто прагне на будь-який час відгородитися від трагічної реальності, створюючи свій ілюзійний світ. На цій стадії спостерігається розбіжність між свідомим і несвідомим ставленням до втрати. Дитина на свідомому рівні усвідомлює смерть батька (матері), а в глибині душі не може з цим змиритися. На стадії заперечення дитина очікує зустрічі з померлим із батьків, шукає його очима серед людей; дитині постійно здається, що вона чує голос померлого батька (матері), в деяких випадках можуть бути галюциногенні видіння; дитина може спілкуватися з померлим так, наче б він був поруч (або з фотографією); «забуває» втрату: планує майбутнє, розраховуючи на батька (матір) (наприклад, на стіл ставиться зайвий прибор тощо); культ померлого: дитина не дозволяє торкатися всім іншим до речей покійного батька (матері).

Заперечення і невіра як реакція на смерть близького з часом переживається, усвідомлюється, приймається реальність і у дитини починається наступна стадія переживання горя.

**3. Стадія гніву і образи.** Дитина гостріше починає відчувати втрату батька (матері). Чим більше дитина починає думати про те, що сталося тим більше у неї з'являється запитань:

- ✓ Чому саме мій батько (матір) помер?
- ✓ Чому лікарі не змогли його (її) врятувати?

- ✓ Чому Бог дозволив йому (їй) померти?
- ✓ Чому він (вона), а не я ?

Гнів виражається в тому, що дитина сердиться на батька (матір), який її «покинув». Маленькі діти можуть почати ламати іграшки, влаштувати істерики, бити ногами по підлозі, підліток раптом перестає спілкуватися з живим з батьків, без причини б'є і ображає молодших, сперечається з вчителями.

**4. Стадія страждання і депресії** супроводжує дитину на протязі всього періоду горювання, але на певному етапі страждання досягає свого піку. Це період максимального душевного болю, який іноді здається нестерпним. Страждання, що відчуває дитина, наступають хвилями і супроводжуються плачем. Сльози можуть підступати при всякому спогаді про померлого і обставинах його смерті. Дитина, яка переживає горе стає особливо чутливою і готовою заплакати у будь-який момент. Приводом для сліз може стати також відчуття самотності, покинутості.

Іноді страждання можуть знаходити вираз в таких реакціях як: віддалення від друзів, сім'ї, уникнення соціальної активності; відсутність енергії, пригніченість, апатія; нездатність концентруватися; несподівані напади плачу; зловживання алкоголем або наркотиками; порушення сну і апетиту, втрата або збільшення ваги; проблеми із здоров'ям.

**5. Стадія прийняття і реорганізації.** Не дивлячись на важкість і тривалість горя, дитина, як правило, поступово приходять до емоційного прийняття втрати, яке супроводжується ослабленням або перетворення душевного зв'язку з померлим [28].

## **4. ТЕХНОЛОГІЯ ПОВІДОМЛЕННЯ ДИТИНИ ПРО СМЕРТЬ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ**

***Дуже часто люди приховують смерть близької людини від дитини. Це не корисно і не правильно.***

Спеціально не треба на ці теми розмовляти чи йти до дитини і казати, але якщо вона запитала, значить в неї є потреба дізнатися, а що ж таке відбувається, що таке смерть, який це процес. Батьками треба розповідати дитині в силу її віку.

Психологи кажуть, що **з двох до чотирьох років, дитині вже можна говорити, що хтось із її близьких помер.** Дитина з двох до чотирьох чи п'яти років, буде відчувати втрату, але в неї ще не такий великий досвід. Поступово образ померлого буде стиратися з пам'яті дитинки. Тобто, тут просто можна сказати як факт.

**З чотирьох чи п'яти років діти починають розуміти, що є смерть.** Вони можуть втрачати тваринку, чи втрачати бабусю і дідуся. Від чотирьох, і вже п'ять, шість років вони чітко розуміють, що смерть існує. Воно для них незрозуміле, вони не розуміють, але вони починають боятися її, бо для них вона дуже загадкова, незрозуміла.

Якщо в чотири, п'ять років діти бояться смерті своїх батьків, що з ними щось трапиться, то в сім, вісім років вже починають боятися власної смерті. І внутрішньо у дітей виникає дуже багато запитань.

Дітям у чотири, п'ять чи шість років можна сказати, що незважаючи на те, що тата з нами немає фізично, але його любов завжди живе в твоєму сердечку, і ми будемо завжди його пам'ятати.

Можна запалити свічку в певні дні. Це стосується всіх дітей. Для молодших школярів важливо навіть вшанування. Можна зробити якийсь міні-меморіал, де стоїть фотографія. Свічку можна запалювати в певні дні, роздивляти фотографії, але не треба затягувати по часу. Це, наприклад, 40 днів пройшло і все ж таки ми повинні жити майбутнім, незважаючи на всі втрати, які ми переживаємо.

Старший підлітковий вік, вони замикаються, вони часто не хочуть говорити, що вони відчувають, для них важливі соціальні контакти і добре, якщо вони спілкуються з однолітками і їм розповідають.

Треба говорити дітям, що *мені також боляче, як і тобі, але ми разом це з тобою переживемо і будемо жити заради того, що тато зробив, заради майбутнього твого.* Тобто, потрібно дати завжди надію на майбутнє.

**Розповісти дитині про смерть повинна людина, якій дитина довіряє, яка може спокійно сказати, що відбулося, і чому людина померла.** Це повинна бути людина, яка зможе донести інформацію до дитини. Це повинна бути людина в стабільному стані.

Не треба казати ні в якому разі, що людину Бог забрав, або вона відправилась на небо, або заснула міцним сном. Це те, що травмує дитину і породжує в ній страхи ще більші. *Всі спеціалісти, психологи, фахівці радять сказати правду та називати причину.* Тобто, якщо він за-

гинув, то треба сказати, що він загинув, він захищав нашу Батьківщину. Він справжній герой, і це була його робота захищати нас.

Якщо людина померла від хвороби, то так і треба сказати, що дідусь або бабуся, вони довго хворіли, і не було ліків, бабуся була старенька, лікарі зробили все можливе.

Розпочавши розмову про смерть, по-перше, треба обійняти, сісти поруч, посадити на ручки, взяти руки дитини, подивитись в очі, поплакати разом. Тобто, сказати як є. Якщо дитина всі емоції буде видавати, а це плач, казати, щоб не плакала не можна. *Дитина повинна плакати, і дорослі повинні плакати, і діти повинні бачити емоції дорослих, як вони це відчувають, бо процес горювання – це процес тривалий.*

Смерть – це факт, втрата – це факт, але з цією втратою треба навчитись жити, а для цього **треба прогорювати і дітям, і дорослим**, і прийняти, що цієї людини фізично вже немає. Але вона є в нашому серці, так і треба казати.

**Реакція у дитини на звістку про смерть близької людини може бути різною.** Плач – це найприродніша реакція, і вона повинна бути, і це добре, коли є плач. Гірше, коли дитина не дає ніяких реакцій. Може бути, що вона не зовсім усвідомлює, що це таке. Знову ж таки, це в залежності від віку, але частіше діти не завжди усвідомлюють, що це відбулося. Це може прийти з часом.

В психології є такі поняття як **відтерміноване горе**. *Дитина може не відплакати за близькою людиною, за померлим, але може статися якийсь інцидент, наприклад, померла пташка, або навіть порвалася якась книжка і у дитини починається, ну просто така емоційна реакція сильна. Тобто, це нагадало те, що я не відплакав, я не пережив тоді.*

Є, скажімо, умовно **нормальне реагування горювання**, тобто нормальне проживання горювання. І є **патологічне горювання**, коли треба звертатися до спеціалістів. Це коли дитина, наприклад, починає фізично страждати, вона починає, наприклад, хворіти. Це коли дитина постійно приміряє роль померлого. Це коли дитина занурюється в образ померлого. Це коли є прояви агресії, тобто ворожі реакції, агресія і страх. Причому він такий неконтрольований.

Тобто, якщо дитина втратила активність, не хоче спілкуватися, не грає, це все говорить про те, що вона патологічно переживає процес горювання.

У горювання є певні ритуали. Це три, дев'ять та сорок днів, інколи – до року. І це нормальний процес. Коли вже це більше 2-3 місяців, то там вже треба бити на спалах. Треба розуміти, що це затягнулося.

Після того, як дитина пережила втрату близької людини, для неї дуже страшно, коли інша людина втрачає контроль над ситуацією. І от нам треба дати цю підтримку, що я контролюю ситуацію, що буду поряд. Це не завжди може бути мама, бо вона може бути дестабілізована і бути також в горюванні.

Дитина повинна грати, не треба тримати дитину, наприклад, в кімнаті і не пускати її гуляти. Підтримка повинна бути, треба говорити, що відчувають дорослі, що ми горюємо, це такий період в нашому житті. Але *ми разом його переживемо. Я з тобою, ти в безпеці.*

Дитина, якщо вона правильно пережила горе, пройшла цей етап, вона, по-перше, починає цінувати життя, відноситись до життя як до цінності, по-друге, вона вчиться співпереживати, підтримувати. Тобто, такі якості, які дуже важливі людині.

### ***Як себе поводити вчителям у школі, куди ходить дитина***

Вчителю потрібно бути дуже тактовним в цьому плані. Тобто, підтримка вчителя важлива. *Йому треба говорити, що ми дуже схвильовані, ми бачимо як тобі боляче, що ти втратив тату або маму. Ти можеш розраховувати на нашу підтримку.* Все, що тобі потрібно, ми тобі допоможемо. Але жаліти дитину не треба. І не треба викликати жаль з боку однокласників. Тому що це може інвалідизувати дитину. Тобто, зробити її такою безсилою і приймати цю жалість.

Навпаки, треба *дати підтримку і опору з боку однокласників.* Тобто, допомогти в чомусь, грати також з дитиною. Підтримка і опора повинна бути, але не жалість.

### ***Чи можуть діти відчувати свою провину за те, що сталося***

*Провину відчують діти, яким не сказали про смерть близької людини і яких не приєднали до процесу горювання.* Батьки думають, що не будемо травматизувати дитину, а виявляється є зворотній ефект. От тут може бути провина. Вона дійсно така підсвідома, вона може давити на дитину.

Бувають і такі моменти, наприклад, ті ж підлітки або діти молодшого шкільного віку можуть відчувати також це почуття, що я щось не сказав татові, що я йому щось не пробачив. *Це я винен, що тато помер.* І от



тут батьки, чи хтось знову ж таки стабільний дорослий, повинен включитись і сказати, *я теж це відчуваю, я теж відчуваю провину і це нормально, бо неможливо прожити життя і все сказати, все зробити*. І тому ми можемо з тобою написати листа.

### **Чи варто брати дитину на поховання**

*Це вирішують батьки і діти, однозначно.* Маленьких дітей, тобто, десь до п'яти, шести років можливо і не потрібно. Але якщо хтось дуже хоче, то треба хоча б пояснити, що буде відбуватися там, як взагалі проходить поховання, щоб для дитини не було це шоком і травмою. Діти молодшого шкільного віку, вони вже розуміють. Спитайте у дітей. Вони знають, чи хочуть вони йти. Якщо вони хочуть, знову ж таки, *потрібно пояснити, як цей процес відбувається*.

На похованні, якщо діти присутні, треба, щоб була якась близька людина, яка б підтримувала дитину, але не та, яка дуже занурена в горювання.

Підліткам, попрощатися з коханою людиною, з близькою людиною – дуже важливо.

Іноді можна відвести дитину на могилу. Вона може намалювати, якщо це мала дитина, якийсь малюночок і покласти на згадку, на пам'ять. Деякі дітки носять якісь іграшки. Але часто ходити на могили не потрібно, бо іноді буває так, що хтось дуже часто туди ходить. Це травматизує дитину.

Отже, **технологія повідомлення дитині про втрату близької людини:**

1. Дитині про смерть близької людини потрібно розповісти обов'язково правду.
2. Розповісти в доступній для конкретного віку формі.
3. Це має сказати найближча для дитини людина, якій вона найбільше довіряє.
4. Не потрібно використовувати образ померлої людини для формування бажаної поведінки.
5. Важливо розповідати про власні почуття, проте не перевантажувати ними дитину [28].

**Ні в якому разі не можна говорити**, на думку Н. Сабліної:

1. *«Я знаю, що тобі важко, але мама померла (яка померла) хотіла б щоб ти був веселим»*, щоб дитина не відчувала провину, що поводиться не так, як хотів би померлий родич.

2. *«Дідусь зараз знаходиться в дивовижній подорожі, в яку колись вирушає кожна людина», «Дідусь заснув назавжди»,* оскільки дитина буде боятися подорожувати чи засинати.

3. *«Бабуся померла після того, як її відвезли до лікарні», «Бабуся померла в результаті нещасного випадку»,* оскільки люди часто потрапляють до лікарні і це не завжди закінчується смертю, щоб дитина не боялася лікарень. Нещасний випадок не завжди викликає смерть, він повинен бути досить серйозний, тому потрібно бути обережним.

4. *«Бабуся була хвора».* Діти також хворіють, щоб не було страху, що кожна хвороба закінчується смертю. Правильно уточнити, що бабуся була дуже старенька і хвороба була дуже серйозною, і ліки, які вона зазвичай вживала, не допомогли.

5. *«Не хвилюйся, я ніколи не помру».* Усі люди помирають, а як тоді можна пояснити, що тато помер? Краще сказати, що ви не збираєтеся померати до старості.

6. *«Вже минуло 2 роки, як помер дідусь, а ти ще сумуєш, а усі вже заспокоїлися».* Потрібно поважати емоції дитини. Краще сказати: *«Які саме думки в тебе викликають сум?»* [28].

В Україні створено *волонтерський проєкт «Як ти, брате?»*. Він покликаний зібрати найкращі практики того, як надавати підтримку одне одному під час війни. Серед численних проблем, якими вони займаються, є проблема втрати. У відповідному посібнику описано три кроки розмови з тим, хто втратив близьку людину:

1. Висловити слова співчуття і готовності допомогти в будь-який момент.

2. Залучити до справ.

3. Розповідати добрі історії про людину, яка пішла.

Разом з тим, ніколи не потрібно: питати людину про те, що вона відчуває; питати людину про обставини втрати; жаліти; говорити довго про співчуття; говорити, що ви розумієте те, що людина відчуває; проявляти сильно свої емоції [39, с. 16-19].

## 5. ВИМОГИ ДО ПСИХОЛОГА, ЯКИЙ ПРАЦЮЄ З ВТРАТОЮ

Вимоги до психолога, який працює з втратою, на думку Н. Сабліної:

1. Бути поруч та слухати.
2. Не форсувати події.
3. Висловлювати повагу та приймати те, що відбувається.
4. Схвалювати прояви горювання, надаючи цьому значення користі.
5. Бути міцною опорою, на яку дитина зможе опертися.
6. Бути присутнім фізично та емоційно «тут і зараз».
7. Бути надійною підтримкою для дитини, якій можна розкритися і поплакати.
8. Проявляти любов до дитини і розуміння її емоцій.
9. Формувати у дитини позитивний прогноз майбутнього, не зважаючи на втрату (після періоду її горювання) [28].

Деяким дітям важко висловити власне горе, оскільки в родині не підтримується обговорення почуттів. Тому психолог повинен це врахувати у роботі. Горювання – це тривалий час, а у психолога є небагато часу – 4-6 зустрічей. Працює індивідуально з дітьми, з молодшими школярами – 30-40 хвилин, з підлітками – 45-60 хвилин. Переважно з допомогою методів арттерапії, екзистенційно-гуманістичної терапії.

## 6. ПРАВИЛА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ПРИ ВТРАТІ

1. Психолог просувається у роботі поступово, за дитиною.
2. Психолог не має права втручатися в особистий простір дитини досить стрімко.
3. Не можна наполягати на вивільненні емоцій та виконанні завдань, що викликають опір у дитини. Опір, зазвичай є показником того, що дитина не володіє достатньою внутрішньою впевненістю для роботи із запропонованим матеріалом, опір заслуговує на повагу.
4. Порушений контакт дитини та психолога виявляється у в'ялості дитини, загальмованості рухів, відсутньому погляді, ігноруванні запитань тощо.

5. Дитині слід запропонувати робити те, що принесе їй розраду і задоволення (пограти у настільну гру, розмальовувати картинки, пограти з іграшками).

6. Якомога рання психологічна реабілітація при травмі. Чим раніше розпочата робота з травмою, тим більш керованими є наслідки!

7. Важливими є дотримання принципу нормалізації емоційного та фізичного стану дитини при втраті, принципу партнерства і підвищення гідності особистості, принципу індивідуального підходу до дитини при роботі з травмою [28].

## 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ БАТЬКАМ ТА РОДИЧАМ

1. Спостерігайте за змінами поведінки дитини.
2. Поговоріть з дитиною, якщо вона цього хоче, знайдіть час вислухати її.
3. Оточуйте дитину любов'ю, увагою і фізичною гурбо гою.
4. Приверніть кращих друзів до дитини.
5. Будьте готові до запитань і завжди будьте чесними у відповідях.
6. Надайте можливість дитині виражати свої емоції відкрито
7. Поясніть дитині, якщо вона вважає себе винуватою в смерті близької людини, що це не так.
8. Визнайте право дитини на переживання.
9. Не перекладайте на дитину обов'язки дорослих («Ти тепер чоловік, не засмучуй маму своїми сльозами» – це інколи говори п. навіть 8-річній дитині).
10. Налагодите співпрацю в інтересах дитини: батька з вчителями, вчителя з батьками.
11. Не шкодуйте часу, коли вкладаєте спати дитину.
12. Встановіть зв'язок між минулим і майбутнім дитини.
13. Спостерігайте за дитиною, коли вона грається. Сприяйте іграм, які знімають напруження.
14. Звертайтеся до психолога або спеціаліста, який зможе провести профілактику ускладнень в процесі переживання дитиною психологічної травми.

## 8. ГРУПИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДЛЯ ДІТЕЙ, ЯКІ ВТРАТИЛИ БЛИЗЬКИХ

**Ефективними для підлітків будуть групи психологічної підтримки, завданнями створення яких є:**

1. Створити почуття безпеки, дати дитині знання про почуття горя, допомогти кожному в емоційній боротьбі та контролі над собою.
2. Створити власну історію втрати й упорядкувати спогади.
3. Дати можливість для роздумів, знайти сили у собі та своєму оточення.
4. Допомогти у щоденному та майбутньому подоланні важких наслідків втрати.
5. Зміцнити взаємодію та взаєморозуміння в сім'ї.
6. Нормалізувати думки, почуття і поведінку поруч з іншими людьми в такій самій ситуації [6, с. 11].

**Загальна мета цієї роботи** – спрямувати процес скорботи у здорове русло, знизити додаткове навантаження, що супроводжують почуття горя в дитини. Основне – дати надію та віру в себе, в оточення та майбутнє. Підліткам потрібно пояснити, що біль втрати з часом зменшиться, говорити про майбутнє. З дітьми проводиться 8 занять, де методи роботи розподілені за віком, 8 занять для їх батьків, 1 спільне заняття з батьками і дітьми, та 1 спільне заняття для бабусь, дідусів та найближчого оточення дитини(брати, сестри та ін.).

Отже, ефективна психологічна реабілітація дітей при втраті передбачає роботу всередині сім'ї та в освітньому закладі з педагогами.

## 9. МЕТОДИКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ПРИ ВТРАТІ

**Методиками у психологічній реабілітації з підлітками, які втратили близьких, є:**

- методики, що створюють відчуття безпеки; методики відбору та подачі інформації;
- методики, що пов'язані з надіями;

- методики для розуміння, обмірковування та підтвердження;
- методики для пам'яті та концентрації;
- методики для розслаблення;
- методики для зміцнення і ресурсів;
- методики для роботи з оточенням [6, с. 25].

**Техніками, спрямованими на прийняття втрати дитиною, є:**

- техніка «Безпечне місце»;
- цікава діяльність, де діти себе добре почувають;
- вираження почуттів з допомогою бесіди, музики, танцю, листування, малювання;
- позитивна розмова з самим собою з метою відволікання і щоб дати надію на краще;
- час для заспокоєння;
- релаксація, прогулянки в лісі [6, с. 20-22].

На нашу думку, ефективним при **психологічній реабілітації** дітей в ситуації втрати буде терапія іграшкою. Іграшка – трансферний об'єкт, на який дитина переносить свої емоції, страхи, переживання та сльози. Це основний інструмент комунікації, особливо при втраті в умовах війни. Іграшка дозволяє «заземлитися», повертає у ситуацію «Тут і тепер». Тримавши іграшку в руках, дитина повертає собі відчуття контролю над ситуацією. В Україні з часів війни виникло багато кімнат іграшкою «Toy Therapy Room». З літа 2022 року в Україні таких кімнат створено 55. Сьогодні найбільш відомими типами терапії іграшкою є Хібукі-терапія (засновник – Дафна Шарон) та Teddy Bear Therapy (з якої наразі в Україні триває навчання у третьому потоці проєкту). Досить ефективним при роботі з втратою є м'який плюшевий ведмедик, що доводить свою підтримку дитини в ситуації втрати, з ним можна поговорити, йому можна поплакати.



## Тема 7. РОЗВИТОК РЕЗИЛІЄНТНОСТІ ЯК УМОВИ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ДИТИНИ

### План

1. Визначення поняття резилієнтність.
2. Типи резильєнтності.
3. Модель резильєнтності.
4. Особистісні компоненти резильєнтності.
5. Фактори, які впливають на резильєнтність.
6. Способи розвитку резилієнтності.

### 1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ РЕЗИЛІЄНТНІСТЬ

О. Чиханцова під резильєнтністю розуміє «здатність людини відновитися до «достресового» стану після стресових і травмувальних ситуацій за допомогою особистісних ресурсів. Тобто не адаптуватися під нові реалії, а повернутися до попереднього звичного життя без втрат для фізичного та психічного здоров'я».

**Резилієнтність – здатність відновлюватися навіть в умовах найскладніших життєвих обставин.** Це надважлива якість для українців.

**Резильєнтність** (резилієнс, психологічна пружність, стресостійкість, стійкість тощо) – це здатність людини впоратися зі складними життєвими подіями та відновитися після труднощів чи стресу. Це здатність людини зберігати себе, бути пружною в умовах тиску

Резильєнтність (або резилієнс) – це здатність людини адаптуватися до складних життєвих обставин, стресів та травматичних подій, зберігаючи при цьому психологічну стійкість та здатність до відновлення. Це не означає відсутність негативних емоцій, а швидше вміння їх переживати та використовувати для особистісного зростання.

Термін «резильєнтність» походить з фізики, де він позначає властивість матерії набувати початкової форми після деформації, отриманої в результаті тиску (опір матеріалів).

Резильєнтність, або психологічна стійкість, є важливим аспектом психічного здоров'я. Вона включає в себе:

- **Адаптацію:** здатність пристосовуватися до нових умов та змін, що виникають в житті.
- **Стійкість:** здатність протистояти труднощам та зберігати емоційну рівновагу в стресових ситуаціях.
- **Відновлення:** здатність повертатися до нормального функціонування після пережитих труднощів або травматичних подій.
- **Позитивне мислення:** здатність знаходити позитивні сторони в складних ситуаціях та вірити у власні можливості.
- **Соціальна підтримка:** здатність звертатися за допомогою до друзів, сім'ї та фахівців у складних ситуаціях.

## 2. ТИПИ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ

Учені виділяють також **типи резильєнтності** (Cherry, 2022):

– **фізична резильєнтність** – здатність тіла справлятися зі змінами та відновлюватися після фізичних навантажень, хвороб і травм. Дослідження засвідчують, що цей тип резильєнтності відіграє важливу роль для здоров'я. Це впливає на те, як люди старіють, а також на те, як вони реагують і відновлюються після фізичного стресу й медичних проблем (Whitson, Duan-Porter, Schmader, Morey, Cohen, & Colón-Emeric, 2016);

– **психічна резильєнтність** – здатність людини адаптуватися до змін і невизначеності. Люди, які належать до такого типу резильєнтності, гнучкі та спокійні під час стресової ситуації. Вони використовують ці якості, щоб вирішувати проблеми, рухатися вперед і зберігати надію, навіть коли стикаються з невдачами;

– **емоційна резильєнтність** передбачає здатність регулювати емоції під час стресу. Люди усвідомлюють свої емоційні реакції і схильні бути в контакті зі своїм внутрішнім світом. Завдяки цьому вони також можуть заспокоїти свій розум і керувати своїми емоціями, коли мають справу з



негативним досвідом. Цей тип резильєнтності також допомагає людям зберігати почуття оптимізму у важкі часи. Оскільки вони емоційно стійкі, вони розуміють, що негаразди тимчасові й не триватимуть вічно;

– **соціальна резильєнтність** передбачає здатність груп відновлюватися після важких ситуацій. Ідеться про спілкування з іншими – 13 – та спільну роботу для вирішення проблем, які впливають на людей як окремо, так і колективно. Аспекти соціальної стійкості передбачають об'єднання після важких життєвих криз, зокрема пандемії Covid-19, соціальну підтримку одне одного, усвідомлення ризиків, з якими стикається громада, і формування почуття спільноти (Kwok, Doyle, Becker, Johnston, & Paton, 2016).

Також виділяють такі види резильєнтності:

- *Навчальна резильєнтність* – здатність здобувачів освіти до успішного навчання, незважаючи на стресовий і травматичний досвід у їх житті.
- *Емоційна резильєнтність* – здатність регулювати власний емоційний стан в умовах стресу, зберігати врівноваженість і раціональність.
- *Поведінкова резильєнтність* – здатність до гнучкої, адаптивної та компетентної поведінки у несприятливих умовах.

### 3. МОДЕЛЬ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ

**Модель резильєнтності**, запропонована J. Clarke та J. Nicholson (2010), складається з п'яти компонентів:

**1. Оптимізм.** Передбачається наявність позитивного погляду й позитивного бачення свого майбутнього. Оптимісти мають позицію «можу зробити», тому є щасливішими та здоровішими. М. Селігман (1998) говорить про ідею «навченого оптимізму». Процес навченого оптимізму передбачає: негаразди – це означає визнання труднощів; переконання – розуміння своїх думок і переконань щодо труднощів; наслідки – роздуми про те, якими можуть бути результати цих переконань; диспут – виклик, прийняття своїх переконань щодо труднощів; енергія – роздум над процесом і зміною переконань, якщо це необхідно.

**2. Орієнтація на рішення.** Це здатність передбачати проблеми, брати їх під контроль і бути активним у пошуку рішень. Це передбачає демонстрацію здорового судження та переосмислення своїх думок від проблем до результатів.

**3. Індивідуальна відповідальність.** Ті, хто відчуває відповідальність, перебувають у безпеці та беруть на себе відповідальність за власну впевненість у собі. Вони здатні вирішувати проблеми та діяти. Це пов'язано з ідеєю внутрішнього локусу контролю.

**4. Відкритість і гнучкість.** Цей компонент резильєнтності передбачає здатність впоратися з неоднозначними ситуаціями. Люди, які є відкритими й гнучкими, змінюють напрям думок і дій, коли це необхідно, вчаться на попередніх проблемах і помилках та співчують іншим.

**5. Управління стресом і занепокоєнням.** Це знання стресорів та передбачення стресових подій і боротьба з їх симптомами [30, с. 15-16].

Резильєнтність складається з **елементів**:

- надія – пов'язана із впевненістю в тому, що ми можемо пройти через складнощі та «вийти до світла»;
- оптимізм – у контексті війни це не про веселощі, а про віру в те, що перемога буде;
- адаптивність – здатність пристосовуватися до змін, у військовий час – дуже швидко;
- стійкість – здатність не опускати руки навіть попри трагічні обставини.

**Основні елементи психологічної резильєнтності:**

✓ **оптимістична налаштованість** – віра в перемогу, в найкраще майбутнє, власний успіх при будь-якій ситуації;

✓ **реалістична оцінка ситуації** – вміння реально оцінювати становище та ситуацію, вчасно та адекватно реагувати на ситуацію;

✓ **впевненість у власні сили, професійність** – віра у свій професіоналізм, напрацьовані уміння та навички роками;

✓ **активність, включеність в ситуацію** – розвиток навичок, що дає можливість вчасно включатися в будь-яку складну ситуацію, бути продуктивним та активним.

## 4. ОСОБИСТІСНІ КОМПОНЕНТИ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ

1. **Вміння по-іншому сприймати ситуацію** (філософський підхід до того, що сталося, життєва мудрість, фокус думок на позитивні моменти).

2. **Поведінка** (застосування активних дій).

3. **Своє покликання** (сенс свого життя, бути в контактi зі своїми цінностями).

4. **Турбота про себе** (сон, їжа, фізичні вправи, ресурси).

5. **Стосунки** (підтримка тих, хто поруч).

Психологічні чинники розвитку резильєнтності:

- націленість життя на певну мету;
- почуття узгодженості життя;
- перевага позитивних емоцій;
- висока адекватна самооцінка;
- активний копінг;
- самоефективність;
- оптимізм;
- наявність соціальної підтримки та спроможність звертатись за підтримкою до інших;
- когнітивна гнучкість;
- висока духовність особистості (Грішин, 2021).

Зарубіжними фахівцями виділяються такі основні чинники резильєнтності:

- турботливі стосунки всередині та поза сім'єю, які створюють любов і довіру, є прикладом для наслідування, заохочують і заспокоюють;
- здатність складати реалістичні плани та реалізовувати їх;
- впевненість у собі;
- комунікативні навички;
- навички вирішення проблем;
- здатність керувати емоціями (Кокун та ін., 2022).

Серед істотних супутніх аспектів для успішного резилієнсу виділяють:

- ефективне планування часу;
- схильність до оптимізму;
- вміння розслаблятися;
- розуміння своїх емоцій;

- самоконтроль і позитивний настрій;
- регулярні прогулянки на природі (Melnychuk та ін., 2022).

## 5. ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ

- доброзичливе ставлення до себе та своїх здібностей;
- здатність робити реалістичні плани та втілювати їх;
- розвиток комунікативних навичок, зокрема асертивності (це вміння у ввічливий та доброзичливий спосіб відстояти себе, виразити свої почуття та думки, не ображаючи і не порушуючи гідності інших людей);
- плекання цінностей і планування життя згідно з ними;
- розвиток власної «системи підтримки»: змістовних та глибоких стосунків із близькими людьми, з природою, з Богом, а також зі собою;
- плекання надії;
- розвиток здатності вирішувати проблеми.

### *Ключові аспекти розвитку резильєнтності:*

- плекання добрих і змістовних стосунків;
- можливість складати плани на майбутнє (коротко чи довгострокові);
- здатність вирішувати проблеми (нехай крок за кроком, у своєму темпі, проте не уникати і не накопичувати їх);
- можливість справлятися зі складними емоціями (зокрема, завдяки практиці майндфулнес);
- ефективні навички спілкування (за потреби, вирішення конфліктів, відновлення стосунків).

**Зона резильєнтності**, також відома як «Зона норми» або «Вікно толерантності», – це зона або вікно, в якому ми відчуваємо самоконтроль і здатність справлятися з емоціями та подіями. Переживання «злетів» і «падінь» у межах цієї зони/вікна є нормальним явищем, і навіть випадкові виходи за межі зони/вікна, вище або нижче, також можуть вважатися нормальними. Вихід із нормальної зони/вікна стає потенційно проблематичним, коли людина застрягає у високій або низькій зоні на тривалий час.

## 6. СПОСОБИ РОЗВИТКУ РЕЗИЛІЄНТНОСТІ

Способи, які можуть допомогти збільшити резильєнтність та посприяти вашій стійкості:

**1. Погляньте на виклики під іншим кутом зору.** Замість того, щоби дивитися на негаразди, як на щось потворне і непереборне, спробуйте пошукати невеличкі способи здорового вирішення ситуації або привнести зміни, які можуть допомогти впоратися чи принаймні підтримати вас.

**2. Зосередьтеся на тому, що ви можете контролювати, змінити або що від вас залежить.** Повернення відчуття контролю може бути помічним, тому знайдіть і зосередьтеся на тих елементах ситуації, на які ви можете вплинути, якими ви здатні керувати. Це може повернути відчуття безпеки або кращої стійкості. У цьому може допомогти вправа «Коло резильєнтності». Пропонуємо також перегляд відео *Прийми те, що не можеш змінити* | Секрети стоїцизму:

<https://www.youtube.com/watch?v=cvLasTu5FdE>

**3. Спробуйте знайти сенс у труднощах.** Згодом ми зможемо переглянути і розширити те, що дали чи чого навчили нас ці труднощі. Інколи побачити зміст у труднощах нам можуть допомогти *автобіографічні чи художні книжки, мемуари або спогади людей, які пережили складні обставини, досвід наших близьких, а також фільми.*

**4. Спробуйте наповнити виклики надією і помічати інший досвід, який існує поруч з труднощами.** Так, ми не можемо змінити факту, що у нашому житті трапляються стресові події чи ситуації, але *можемо навчитися змінювати свою відповідь на них.* Ці навіть найменші зміни є дуже цінними і важливими. Ми можемо скористатися практиками майндфулнесу, щоб запросити більше усвідомленості, світла і добрих емоцій у свої моменти життя, адже воно точно складається не лише з непростих ситуацій.

**5. Почніть з маленьких кроків. Приймайте рішення та вживайте заходів, які допоможуть впоратися з труднощами або покращити якість вашого життя.** Кожна людина має свої сильні сторони або здатність розвивати їх. Можливо, ця стресова подія не є загрозою для вас, а скоріше *кидає виклик вашому типовому мисленню чи поведінці у таких обставинах?*

**6. Розвивайте стосунки та шукайте підтримки. Підтримуйте добрі і близькі взаємини у своїй родині чи поза нею.** Дбайте про те, щоб

укріплювати свою «систему підтримки». Якщо потрібно, шукайте своє плем'я, – людей, з якими ви можете плекати у стосунках довіри, взаєморозуміння, повагу і підтримку, поділяти цінності чи захоплення.

Якщо у вас є *друзі чи рідні, з якими ви маєте добрі і довірливі стосунки*, поділіться з ними своїми переживаннями. Поцікавтеся, що допомогло їм впоратися.

*Обговорення з іншими людьми* також може допомогти вам отримати розуміння або нові ідеї, які можуть бути помічними, щоби впоратися з проблемами.

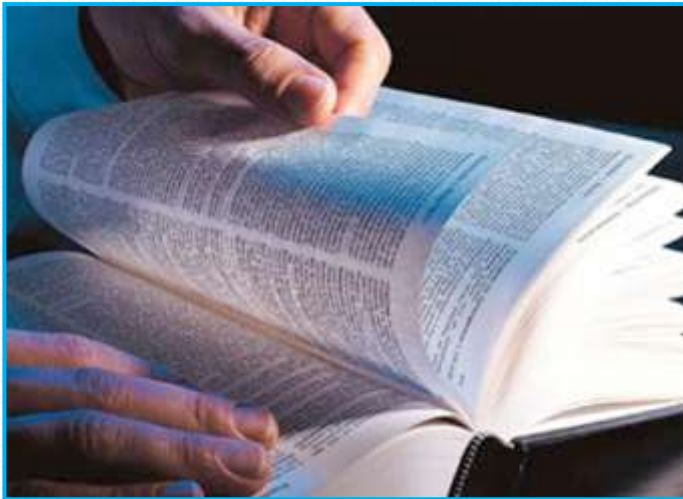
Якщо у вас немає таких людей поруч або ви відчуваєте себе знесиленими, це може стати нагодою, щоб *звернутися до фахівця-психотерапевта*. Адже психотерапія – теж може бути вашим безпечним і ресурсним простором.

**7. Зміни є, ними наснажене наше життя.** Деякі цілі, які ми ставили перед собою, можуть бути недосяжними через певні обставини, або просто втратити свою актуальність. *Бути або розвивати гнучкість до змін, або здатність адаптуватися і толерувати невизначеність допоможе краще помічати нові можливості*, проявляти креативність, більш повно проживати поточний момент, розвиватися і зростати.

Резильєнтність не є статичною рисою, її можна розвивати і зміцнювати протягом життя. Існують різні способи розвитку резильєнтності, такі як:

- **Робота над позитивним мисленням:** намагатися бачити позитивні сторони в ситуаціях і вірити у власні можливості.
- **Розвиток навичок вирішення проблем:** вчитися знаходити ефективні способи розв'язання проблем.
- **Розвиток емоційного інтелекту:** вчитися розуміти та керувати своїми емоціями.
- **Зміцнення соціальних зв'язків:** будувати та підтримувати позитивні стосунки з близькими людьми.
- **Розвиток навичок саморегуляції:** вчитися керувати стресом та знаходити способи розслаблення.

Протистояти наслідкам кризових та травмуючих подій можна і потрібно лише розвиваючи індивідуальну та групову стресостійкість/резильєнтність.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Булах І.С. Психологія життєвих криз особистості. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. 110 с.
2. Булгакова О., Савченкова М. Психологічні можливості підтримки дітей, які перенесли травматичний досвід. *Наука і освіта*. 2022. № 4. С. 24-28.
3. Вархол В. Як правильно дитині розповісти про смерть близької людини. URL: <https://suspilne.media/chernihiv/562721-ak-pravilno-ditini-rozpovisti-pro-smert-blizkoi-ludini-poasnue-psihologina/> (дата звернення 14.03.2025).
4. Влад С. Дитяча психотравма. Київ: Шкільний світ, 2018. 112 с.
5. Вознесенська О.Л., Сидоркіна М.Ю. Арт-терапія у подоланні психічної травми: практичний посібник. Київ: Золоті ворота, 2015. 198 с.
6. Групи психологічної підтримки для дітей та підлітків, які втратили близьких людей / Кнут Андерсен. Київ: ГО Інститут психології здоров'я, 2017. 223 с.
7. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 р. № 1338. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення 17.03.2025).
8. Діти та війна: навчання технік зцілення: навчальне видання / за ред. Патрік Сміт, Етл Дирегров, Уільям Юле та ін. Львів: Вид-во Інституту психічного здоров'я Українського католицького університету, 2014. 98 с.
9. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» 2018, № 5 (з останніми змінами від 20.11.2024). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#Text> (дата звернення 02.04.2025).
10. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
11. Івченко Г.О. Значення ігрової терапії у роботі з дітьми, які пережили травмуючу подію. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя*. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. С. 124-128.
12. Калмиков Г.В., Кириченко Т.В., Ткач Т.В. Технології надання психологічної допомоги в умовах війни. *Перспективи та інновації науки*. 2024. №8 (42). С. 740-753.
13. Куліш О.В., Сірик І.В. Психотерапія та психокорекція особистості з посттравматичним стресовим розладом. *Problems of Modern Psychology*. 2022. № 5. С. 46-52.
14. Ліса Г. Джейкокс, Одра К. Ленґлі, Крістін Л. Дін. Підтримка учнів, які зазнали травм: програма SSET. (Видавнича серія «психологія. психіатрія. психотерапія» Інституту психічного здоров'я українського католицького університету). Львів,

2015. 217 с. URL: [https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/sset\\_text\\_3.pdf](https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/sset_text_3.pdf) (дата звернення 18.03.2025).
15. Люди війни: робота з ресурсами психіки: практичний посібник / Міжнародна асоціація Психосоматики та Тілесної Терапії. Київ: Видавництво психологічної літератури «Психобук (Psychobook)», 2023. 150 с.
  16. Мазоха І., Кірчева Л. Особливості життєстійкості та особистісного потенціалу у ресурсному аспекті. *Сучасна психологія: проблеми і перспективи*: зб. наук. пр., м. Ізмаїл, 8 груд. 2022 р. С. 58-63.
  17. Мороз Р.А., Кучманіч І.М. Психологічні особливості переживання травмуючих подій дітьми. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. 2016. Вип. 6. Т. 2. С. 71-76.
  18. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. 120 с. (Серія «Сам собі психотерапевт»).
  19. Оксютювич М.О., Сабадуха В.О. Психотравмуючий досвід дитини та особливості соціалізації при цьому. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Педагогічна та вікова психологія*. 2023. Том 34 (73). № 5. С. 58-65.
  20. Оніщенко Н.В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. Харків: Право, 2014. 584 с.
  21. Освітоісторія. URL: <https://osvitoria.media/experience/rozpiznayemo-symptomy-travmatyzatsiyi-stvoryuyemo-bezpechnyj-prostir-dlya-navchannya-ta-dopomagayemodityam-vporatysya-zi-svoyimy-emotsijnymy-reaktsiyamy-praktychni-porady-ta-vpravyvid-psyhologiv-dl/> (дата звернення 22.03.2025).
  22. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник / заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. Том 2. 240 с.
  23. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny> (дата звернення 05.04.2025).
  24. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: метод. посіб. / за ред. З.Г. Кісарчук; уклад.: З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, І.М. Біла, Г.П. Лазос. Київ: Логос. 2015. 232 с.
  25. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / за ред. З.Г. Кісарчук; уклад.: З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Л.Г. Царенко. Київ: ТОВ Видавництво «Логос», 2015. 207 с.
  26. Ребрик О. За час великої війни в Україні зросла кількість випадків сексуального та домашнього насильства, особливо проти дітей. URL: <https://hromadske.radio/news/2024/11/11/za-chas-velykoi-viyny-v-ukraini-zrosla-kilkist-vypadkiv-seksualnoho-ta-domashnoho-nasyilstva-osoblyvo-proty-ditey> (дата звернення 10.04.2025).
  27. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії. *NeuroNews*, 2012. С. 30-37.



28. Сабліна Н. Психологічне консультування та психотерапія складних запитів: травма, ПТСР, насильство, зґвалтування, горе, втрата. Робота з дітьми, підлітками, дорослими, військовими та їх сім'ями. Вінниця: ТВОРИ, 2024. 224 с.
29. Соціальна робота із вразливими сім'ями та дітьми / за ред. Т.В. Журавель, З.П. Кияниці. Київ: ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. 352 с.
30. Стівен М. Саутвік, Денніс С. Чарні, Джонатан М. Де П'єрро. Резилієнтність: мистецтво долати найбільші виклики життя. Львів: Галицька видавнича спілка, 2022. 365 с.
31. Тептюк Ю. Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників різних вікових категорій: дис. ... кандидата психологічних наук. Київ, 2021. 272 с.
32. Терлецька Л. Психологія здоров'я: психічна саморегуляція: навчальний посібник. Київ: Слово, 2020. 136 с.
33. Титаренко Т. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.
34. Титаренко Т.М. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: навчально-методичний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2023. 218 с.
35. Удовенко Ю.М. Організація соціально-психологічної допомоги дітям, які пережили втрати внаслідок військових дій. *Ukrainian psychological journal*. 2017. № 1 (3). С. 165-176.
36. Франкл В. Людина у пошуках справжнього сенсу. Харків: КСД, 2022. 160 с.
37. Шебанова В.І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях. Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2017. 136 с.
38. Шебанова В.І. Психологічна допомога дитині, що зазнала насильства. Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2017. 252 с.
39. Як ти... Як розмовляти з тими, хто втратив близьких. 10-те вид. URL: <https://yakty.com.ua/ytt> (дата звернення 19.03.2025).

Міністерство освіти і науки України  
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Навчальне електронне видання

**ДІДИК Наталія Михайлівна,**

*кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри загальної та практичної психології Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*

# **ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ДІТЬМИ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ, У ВОЄННИЙ ЧАС**

**НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК**

**Електронне видання**

---

Підписано 14.07.2025. Гарнітура «Arial».  
Об'єм даних 2,2 Мб. Обл.-вид. арк. 5,4. Зам. № 1192.

Видавець і виготовлювач Кам'янець-Подільський національний університет  
імені Івана Огієнка, вул. Огієнка, 61, м. Кам'янець-Подільський, 32300

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи  
серії ДК № 3382 від 05.02.2009 р.