

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПОЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

**В .О. Климчук**

**ПСИХОЛОГІЯ  
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО  
ЗРОСТАННЯ**

Монографія

Кропивницький – 2020

УДК 159.923  
К 49

Рекомендовано до друку вченою радою  
Інституту соціальної та політичної психології НАПН України  
(протокол 13/20 від 26.11.2020 р.)

**Рецензенти:**

*П. П. Горностай, доктор психологічних наук, професор;  
О. Л. Музика, кандидат психологічних наук, професор;*

К 49 **Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання:** монографія /  
В. О. Климчук ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут  
соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. – 125 с.

ISBN 978-966-189-570-5

У монографії представлено аналіз феномену посттравматичного зростання. Охоплено низку контекстів – від історії вивчення явища посттравматичного зростання до перспектив досліджень посттравматичного зростання суспільства. Наведено результати досліджень посттравматичного зростання під час коронавірусної пандемії, рекомендації щодо підтримки зростання на робочому місці, принципи фасилітації посттравматичного зростання.

Для науковців, викладачів, студентів психологічних спеціальностей, аспірантів та всіх, хто цікавиться проблемами сучасної психології.

УДК 159.923

ISBN 978-966-189-570-5

© Інститут соціальної та політичної психології  
НАПН України, 2020  
© Климчук В. О., 2020

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА, АБО ЧОМУ «ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ»?.....</b>	<b>5</b>
<b>ЯК ТРАВМА ВПЛИВАЄ НА НАШЕ ЖИТТЯ? .....</b>	<b>8</b>
ЩО ТАКЕ ТРАВМА? .....	8
РЕАКЦІЯ НА ТРАВМУ І КОРОТКОТЕРМІНОВІ НАСЛІДКИ .....	10
ДОВГОТРИВАЛІ НАСЛІДКИ ДЛЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УНАСЛІДОК ТРАВМИ .....	11
ЯКІ Є СПОСОБИ ДОПОМОГТИ ЛЮДИНІ ПОДОЛАТИ НАСЛІДКИ ТРАВМИ.....	13
ЦІННОСТІ, СВІТОГЛЯД І ТРАВМА.....	16
ТРАВМА, НАСТУПНІ ПОКОЛІННЯ ТА БЛИЗЬКІ ЛЮДИ.....	17
ТРАВМА І СУСПІЛЬСТВА, НАЦІЇ, ДЕРЖАВИ.....	18
<b>ЯК ВИЯВИЛИ, ЩО, КРІМ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО РОЗЛАДУ, Є ЩЕ Й ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ?.....</b>	<b>20</b>
ІСТОРІЯ, ФІЛОСОФІЯ І ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ. ....	20
ПЕРШІ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	21
РОЗВИТОК ДОСЛІДЖЕНЬ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ І ПОЯВА ТЕРМІНА .....	23
ПСИХОЛОГІЧНА ВІДНОВЛЮВАНІСТЬ (RESILIENCE) І ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ .....	24
<b>У ЧОМУ Ж СУТЬ ЗРОСТАННЯ ПІСЛЯ ТРАВМИ?.....</b>	<b>29</b>
ВИМІРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ .....	29
ЗРОСТАННЯ У СФЕРІ СТОСУНКІВ .....	30
ЗМІНИ В КОНСТРУЮВАННІ ОСОБИСТОСТІ І ЖИТТЄВІЙ ФІЛОСОФІЇ.....	31
ЗАКОНОМІРНОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ, ЙОГО ПРЕДИКТОРИ .....	35
РОЛЬ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ В ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ ТРАВМИ.....	36
<b>ЯКІ Є ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ? .....</b>	<b>38</b>
ОПИТУВАЛЬНИК ЗМІН У ПЕРСПЕКТИВІ .....	38
ОПИТУВАЛЬНИК ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ .....	39
ШКАЛА ЗРОСТАННЯ, ПОВ'ЯЗАНОГО ЗІ СТРЕСОМ .....	40
ШКАЛА ПРОЦВІТАННЯ І ШКАЛА ПСИХОЛОГІЧНОГО ПРОЦВІТАННЯ.....	41
ШКАЛА СПРИЙНЯТТЯ ВИГІД І ШКАЛА ПОШУКУ ВИГІД .....	42
ОПИТУВАЛЬНИК СТАТУСУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ.....	43
ЯКІСНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ .....	43
<b>ЯК ПСИХОЛОГ МОЖЕ ДОПОМОГТИ ЛЮДИНІ ЗРОСТАТИ ПІСЛЯ ТРАВМИ? .....</b>	<b>45</b>
ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	45
ІНТЕРПЕРСОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ І ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ.....	47
ПРИНЦИПИ ТА ІНСТРУМЕНТИ ДИСКУРСИВНОЇ ФАСИЛІТАЦІЇ.....	48
<b>ТРАВМА І ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ .....</b>	<b>56</b>
ТРАВМИ І РОБОЧЕ МІСЦЕ.....	56
ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПРАЦІВНИКІВ.....	56
ТРАВМОЧУТЛИВІ РОБОЧІ СЕРЕДОВИЩА ТА ОРГАНІЗАЦІЇ .....	58
ПІДТРИМКА ПРАЦІВНИКІВ У ЧАСИ КОРОНАВІРУСНОЇ ПАНДЕМІЇ .....	68
ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ.....	70
<b>КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА ЯК ТРАВМА І ЧИ МОЖЛИВЕ ЗРОСТАННЯ ПІД ЧАС І ПІСЛЯ НЕЇ? .....</b>	<b>78</b>
ВСТУП ДО ДОСЛІДЖЕННЯ: КОРОНАВІРУС І ПОСТТРАВМА.....	78
МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ. ....	80
ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИБІРКИ ТА ОПИСОВІ СТАТИСТИКИ. ....	80
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	81
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ. ....	94
ПІДСУМКИ.....	96
ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	98

<b>ТРАВМА ГОЛОДОМОРУ І ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ .....</b>	<b>99</b>
Вплив тривалого голоду батьків на психічне здоров'я та психологічні особливості дітей .....	99
Травма Голодомору та її вплив на наступні покоління .....	100
Посттравматичне зростання українців, пов'язане з Голодомором .....	104
Психодраматична і соціодраматична робота з темою Голодомору: розбити тишу і підтримати посттравматичне зростання .....	107
<b>ВІД ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ЛЮДИНИ ДО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ СУСПІЛЬСТВА .....</b>	<b>111</b>
Фасилітація посттравматичного зростання особи: чинники і принципи .....	111
Посттравматичне зростання суспільства: старі проблеми, нові можливості .....	113
<b>ПІСЛЯМОВА (МЕТАФОРИ ТА ІСТОРІЇ).....</b>	<b>116</b>
<b>ЛІТЕРАТУРА .....</b>	<b>117</b>

## ПЕРЕДМОВА, АБО ЧОМУ «ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ»?

Як би це не було дивно (а може, навпаки, закономірно), але допоки в Україні не сталося трагічних подій на Майдані, допоки не розпочалися військові дії у відповідь на агресію РФ, про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), гострий стресовий розлад (ГСР) знали лише окремі фахівці, що спеціалізувалися на психотерапії психічної травми. Та й то цих фахівців було так мало, що їх можна було перерахувати на пальцях однієї руки. Що вже й говорити про навчання доказових інтервенцій у разі стресу, як-от: перша психологічна допомога, травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, EMDR тощо. До цих подій травма-асоційовані розлади та методи роботи з ними виглядали екзотикою, про травму та її наслідки ми знали із книг, і, чесно кажучи, не дуже хотілося про це знати...

Брак такого роду знань справді викликає здивування, особливо якщо подивитися на цифри, які з війною не пов'язані, – на прості цифри щоденного життя нашої країни. Так,

- за даними Нацполіції, протягом 2019 року зареєстровано 855 умисних убивств, 1178 випадків тяжких тілесних ушкоджень, 1098 розбійних нападів, 6800 пограбувань, 203 випадки торгівлі людьми<sup>1</sup>;
- щодоби протягом 2020 року травмувалася або гинула внаслідок ДТП в середньому 71 особа (26140 осіб за рік)<sup>2</sup>;
- за даними ДСНС України, протягом 2020 року сталося 116 надзвичайних ситуацій<sup>3</sup>;
- виробничого травматизму за 2020 рік зафіксовано 6121 випадок<sup>4</sup>;
- випадків невиробничого травматизму загалом було зареєстровано 1 млн 602 тис. 213 (постраждало 1 609 366 осіб)<sup>5</sup>.

Якщо близько 20% стресових ситуацій тягнуть за собою ризик розвитку ПТСР унаслідок переживання травми (усереднені світові дані), і навіть якщо врахувати те, що частина цих травм не мала загрозливого для

---

<sup>1</sup> <http://police.dn.ua/news/view/u-2019-rotsi-riven-zlochinnosti-znizivsy-na-11-vidsotkiv-porivnyano-z-2018-rokompershij-zastupnik-glavi-natspolitsii>

<sup>2</sup> <http://patrol.police.gov.ua/statystyka/>

<sup>3</sup> <https://www.dsns.gov.ua/ua/Dovidka-za-kvartal/119288.html>

<sup>4</sup> <https://dsp.gov.ua/stan-vyrobnychoho-travmatyzmu/>

<sup>5</sup> <https://www.dsns.gov.ua/files/2020/10/7/3/%D1%96%D0%BD%D1%84-%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D1%82.%20%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BA%D0%B0%2012%20%D0%BC%D1%96%D1%81%D1%8F%D1%86%D1%96%D0%B2%20019%20%D1%80.pdf>

життя характеру, то щонайменше від 150 000 до 350 000 осіб орієнтовно повинні були б мати симптоми ПТСР лише за 2019 рік, – і це якщо брати до уваги лише цей розлад і не враховувати депресії, тривожні розлади та інші психологічні складнощі, які не потрапляють до категорії розладів, але справляють не менш руйнівний вплив на самопочуття і добробут людини.

Те, що сталося в нашій країні, не є насправді винятковим, адже увага фахівців визначається багато в чому дискурсом. У багатьох країнах тема психічного здоров'я спливала на поверхню після масових криз чи катастроф, і разом із цією темою з'являлися геніальні прозріння, нові підходи до розуміння людської психіки, поглиблювалося наше знання самих себе. І в тому є своя закономірність – адже розлами усталених наративів є саме тими місцями, де народжуються нові дискурси.

Власне, відбувалося посттравматичне зростання у світі психологічної науки та практики – таке ж, яке може відбутися в індивідуальному світі людини... Але про це трохи пізніше...

Наразі розлади, пов'язані зі стресом і травмою, добре відомі українським психологам, психіатрам, психотерапевтам, і хоча нам усе ще бракує системного навчання і доброї літератури, ця прогалина поступово заповнюється. Більше того, ми дізнаємося, що дослідження в цій сфері не зупинилися і тривають. Наприклад, якщо ще кілька років тому ми знали, що є надійні докази ефективності лише для ТФ КПТ та EMDR, то зараз розуміємо, що багато методів і підходів так само можуть бути цінними, хоч і не мають ще такої ж великої доказової бази. Наприклад, у США, поки писалася ця передмова, якраз проводилося велике рандомізоване контрольоване дослідження можливостей інтерперсональної терапії у випадку ПТСР (про це – далі в тексті).

Разом із тим у разі фокусування на розладах і їх терапії ми ризикуємо:

- наклеюючи ярлик «ПТСР», «ГСР», «травматик» і т. ін на кожну людину, яка пережила травму, стигматизувати її; медикалізувати нормальну реакцію психіки на надзвичайні обставини, замість того, щоб нормалізувати її;
- не помітити і не підтримати тих позитивних змін, які відбуваються в житті людини, як-от: переосмислення свого місця у світі, більшого цінування життя чи появи почуття вдячності до людей тощо;
- втратити віру у здатність психіки зцілюватися за наявності соціальної та психологічної підтримки з боку близьких людей, громади та держави;
- взяти на себе завеликий тягар відповідальності за психологічний добробут іншої людини, не володіючи достатніми ресурсами, щоб такий тягар витримати, а відтак – емоційно згоріти.

Отож нам просто необхідно брати до уваги інший бік переживання травми – зростання. При цьому слід говорити і досліджувати не лише індивідуальне зростання після травми, а й суспільне, національне посттравматичне зростання! Переконалий, що про це так само можна говорити, як про травми трансгенераційні, національні. Вірю, що вже незабаром розпочнуться нові дослідження і ми побачимо наукові дані й наукові докази того, що це можливо. Звісно, хотілося б вірити, що ця книга і презентовані в ній ідеї та візії стануть певним внеском у наше майбутнє.

## ЯК ТРАВМА ВПЛИВАЄ НА НАШЕ ЖИТТЯ?

*У цьому розділі ми поговоримо про те, що таке травма, які бувають травми і як ми будемо розуміти це поняття в цій книзі. З'ясуємо, як людина може реагувати на травму одразу після того, як вона сталася, а також які психічні розлади можуть виникнути внаслідок травми. Спробуємо пригадати, які є способи допомогти людині після пережитої травми. Також звернемо увагу на те, що психічні розлади є не єдиними наслідками травми. Торкнемося питання передавання травми або її наслідків між поколіннями, а також спробуємо осягнути, які масові та історичні наслідки мають травми.*

### Що таке травма?

Поняття травми останнім часом набуло дуже багато відтінків і значень. Чи є травмою розлучення з близькою людиною? Чи є травмою втрата кінцівки? Захворіти на COVID-19? Дізнатися про звільнення з роботи? Пережити приниження від керівника?

Для нас дуже важливо бути точними у визначенні цього поняття, як і, власне, будь-яких інших понять. Інакше є ризик «інфляції травми», поширення ознак травми на події, які травмою не є. А може бути і навпаки – нівелювання впливу на людину справжньої травми. Отож помилка у визначенні сприятиме поширенню стигми, упереджень та нерозуміння.

Справді, емоційний біль від приниження, тривога за майбутнє, страх лишитися самотнім, інші почуття та емоції можуть бути надзвичайно інтенсивними і навіть переважити за значущістю фізичний біль. Утім, вони самі по собі травмою не є, і так само не є травмою деякі з перерахованих вище подій. Ці події (розлучення, звільнення, приниження) є неприємними, важкими, непростими, такими, що пригнічують або лякають, але – не травматичними.

Що ж робить подію травматичною? Чудове визначення дає DSM-5, розглядаючи травму як результат «експозиції до смерті, загрози смерті, серйозного поранення або його загрози, сексуального насилля або його загрози, у такі способи: безпосередньо пережити, бути свідком, дізнатися про пережиття травми родичем або близьким другом, експозиція до відразливих деталей травми, зазвичай у часі виконання професійних обов'язків» (APA, 2013).

Іноколи говорять про травму з малої літери і травму з великої літери, тобто про «травму» і «Травму». Низку подій, які не підпадають під повноцінне визначення «Травми», називають «травмами з малої літери (тим самим підлаштовуючись під повсякденну мову: «Він мене образив, і мене це так травмувало!»). На мою думку, це невдалий підхід, адже в



усній мові це розмежування втрачається, що лише додає складнощів у розумінні суті. Замість прояснення все ще більше заплутується. У цій книзі «травма» – це травма в її первісному розумінні. Решту неприємних, важких і складних подій будемо називати своїми іменами – складнощі, неприємності, образи, приниження, втрати тощо.

Після останніх, звісно, також може бути зростання – але не посттравматичне, а зростання іншого типу, яке у нас відбувається після будь-яких подій, які змушують нас задуматися і переосмислити щось, змінити щось у світосприйнятті, поведінці, цінностях.

Які бувають травми? Травми можуть бути отримані в різному віці, і загальна тенденція така: чим більш ранніми є травми, чим більше часу вони тривали або повторювалися, тим більший вплив вони чинять на людину. Саме тому дитячі травми посідають особливе місце. До речі, щодо них те, про що йшлося вище, не завжди є правильним. Розлучення батьків, наприклад, таки може бути травмою для дитини в повному сенсі цього слова, так само, наприклад, як стати жертвою булінгу.

Національна мережа дитячого травматичного стресу (США) описує такі травми<sup>6</sup>.

- Булінг. Свідомі дії, коли хтось має намір завдати соціальної, емоційної, фізичної та/або психологічної шкоди комусь іншому, що сприймається як менш сильний.
- Насилля в громаді. Пережиття міжособового насилля в публічних місцях з боку осіб, які не є тісно пов'язаними з дитиною.
- Комплексна травма. Позначає кілька речей. Передусім пережиття дитиною багаторазових травматичних подій, часто міжособової природи. Також позначає масштабні та довготермінові наслідки такого пережиття.
- Катастрофа. Природні катастрофи, як-от: урагани, землетруси, торнадо, пожежі, цунамі, паводки, а також екстремальні погодні явища – надмірна спека, сильні вітри тощо.
- Рання дитяча травма. Загалом стосується травматичного досвіду, пережитого дитиною від народження до досягнення нею віку 6 років.
- Насилля з боку інтимного партнера. Інколи також називається домашнім насиллям і виникає, коли особа цілеспрямовано завдає шкоди або погрожує цим теперішньому або колишньому партнерові.
- Медична травма. У педіатрії також відома як педіатричний медичний травматичний стрес, що позначає низку психологічних

---

<sup>6</sup> <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types>

- і фізіологічних реакцій дитини і її родини на певні медичні втручання.
- Фізичне насилля. Дії батьків або опікунів, що спричинюють фізичне поранення дитини або підлітка.
  - Травма переселення. Багато мігрантів і втікачів, особливо дітей, мають низку травм, пов'язаних із війною, переслідуваннями, які даються ознаки дуже довго після самих подій.
  - Сексуальне насилля. Позначає будь-яку взаємодію між дитиною і дорослим, під час якої дитина використовується для сексуальної стимуляції, проникнення або як спостерігач.
  - Тероризм, масове насилля. Стрілянина, бомбардування, інші атаки.

Інший спосіб – це поділ травм на ті, що пов'язані з людьми, і ті, що з ними не пов'язані. Щодо тяжкості впливу, далекосяжності наслідків травми, викликані людьми, стоять на першому місці. Саме після них найбільший відсоток людей має посттравматичні розлади та інші складнощі, які важко подолати.

### Реакція на травму і короткотермінові наслідки

Реакції на травму, а особливо їх сприйняття самою людиною та її оточенням, може мати серйозний вплив на стан здоров'я, самопочуття, навіть самооцінки в майбутньому.

Першими реакціями можуть бути: апатія, ступор, заціпеніння, або навпаки – емоційне збудження, рухове збудження, тремтіння, м'язове напруження, плач, крик, нудота, слабкість. Разом з тим деякі люди можуть не проявляти жодних реакцій одразу після події, під час події вони можуть бути зібраними й активно включатися, наприклад, у допомогу іншим, але через певний час після події проявити вищеописані реакції. Цей «певний час» може тривати годину, дві, день, тиждень.

Разом з тим як би людина не поводитися, важливо розуміти, що вона сприймає себе, рефлексує щодо своєї поведінки і її сприйняття оточенням. Через це додатково ускладнювати її стан після травми можуть «надані значення» – думки про свою поведінку, які часто формулюються як «я слабка», «я не витримав», «усі бачили мою неадекватну реакцію», «що про мене подумують інші» (*Lam & Cheng, 2001*). Інколи такі «надані значення» стосуються самої події, – наприклад, думки про те, що подію можна було відвернути, передбачити, що такого могло б не статися, тощо.

Один із варіантів реагування, про який слід пам'ятати, – це короткий психотичний розлад з очевидним стресором. Ідеться про раптовий початок

психотичної поведінки, який триває менше одного місяця і завершується повним відновленням стану. Супроводжується він делюзіями, галюцинаціями, дезорганізованою мовою, сильно дезорганізованою поведінкою або кататонією (*Stephen & Lui, 2020*).

### Довготривалі наслідки для психічного здоров'я унаслідок травми<sup>7</sup>

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – найвідоміший, мабуть, серед розладів, який діагностується у близько 30% дітей і дорослих, які зазнали впливу травматичних подій. До основних діагностичних критеріїв, які наводяться в найавторитетнішому посібнику з діагностики та статистики психічних розладів «DSM-V», належать: а) безпосереднє зіткнення (експозиція) зі смертю або загрозою життю; б) інтрузивні симптоми; в) стійке уникання травматичних спогадів та нагадувань про подію; г) негативні зміни в 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 (*APA, 2013*).

Експозиція до травми передбачає одну з таких ситуацій: особисте переживання загрози, перебування в ролі свідка, знання щодо надмірних страждань чи смерті близьких і рідних, а також багаторазове зіткнення з нестерпними деталями травматичної події (коли людина бачить руйнації, людські рештки, чує трупний запах тощо). Інтрузії включають нав'язливі спогади, страшні сни, дисоціативні реакції (флешбеки), сильний психологічний дистрес та фізіологічні реакції при зіткненні з нагадуваннями (тригерами) про травматичну подію. Уникання полягає в докладанні значних зусиль, аби усунути неприємні спогади, думки та почуття, а також ухилитися від зустрічі з людьми та ситуаціями, від розмов та виконання будь-якої діяльності, що так чи інакше нагадують про травму. Зміни в думках та настрої пов'язані з витісненням спогадів, спотворенням переконань про саму подію, її причини та наслідки, стійкими негативними емоційними станами, помітним зниженням інтересу до життя та діяльностей, відчуттям власної чужорідності та відчуження, а також нездатністю переживати позитивні почуття, наприклад радість чи щастя. Зміни в реактивності передбачають дратівливість та спалахи гніву, ризиковану і самоушкоджувальну поведінку, надмірну настороженість, перебільшену реакцію переляку, проблеми з концентрацією уваги та порушення сну.

---

<sup>7</sup> Параграф написано у співавторстві із Вікторією Горбуною на основі посібника *Горбунова В.В. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)*. – Л.: Інститут психічного здоров'я УКУ, 2016. – 25.

Переживання травматичних подій є нелегким випробуванням для людської психіки. На жаль, не у всіх, хто зазнав травми, вистачає внутрішніх ресурсів та підтримки оточення, аби стабілізуватися та відновитися після травми. Зіткнення зі смертю та іншими загрозами провокує цілу низку симптомів, які істотно впливають на життя та знижують його якість.

Є багато факторів, які посилюють гостроту переживань та провокують симптоми стресових розладів. Наприклад, діти, юнаки та особи літнього віку перебуватимуть у зоні найбільшого ризику. Так само люди з малим рівнем матеріального забезпечення; ті, в чиїх родинах багато конфліктів та непорозумінь; а також ті, хто мав досвід асоціальної поведінки або алкогольної чи наркотичної залежності, можуть мати виразнішу симптоматику.

На глибину посттравматичних проблем впливає також і наявність попередніх травм, наприклад дитяче скривдження чи сімейне насильство, а також особливості нервової системи, зокрема її гіперактивність або підвищена чутливість.

Почуття жаху і безпорадності, з якими стикаються люди під час переживання травматичних подій, на жаль, часто не лишаються в минулому і продовжують переслідувати їх у теперішньому житті. Вони можуть виникати чи не кожного разу, коли хтось або щось нагадує про травму. Так само можуть з'являтися і почуття гніву, сорому та провини.

Проблема в тому, що люди часто хибно інтерпретують те, що з ними сталося, покладаючи відповідальність за нещастя на себе самих. Так, дитина, побита дорослим, може вважати, що заслужила це своєю поганою поведінкою; дівчина, яку зґвалтували, може думати, що все це сталося, через її відвертий одяг та поведінку; погорільці, які втратили майно, можуть вважати, що їх карає доля за колись нечесно поділений спадок.

Нав'язливі спогади, негативні думки та настрої, нічні жахіття, тривога та інші посттравматичні симптоми можуть супроводжуватися й іншими проблемами та розладами, до яких належать: депресія, зокрема пов'язана з ускладненим переживанням горя; тривожні розлади, зокрема панічні стани та фобії; психосоматичні реакції, наприклад, хронічний біль, для якого немає медичних підстав; зловживання алкоголем, наркотиками; дезадаптивна, асоціальна поведінка, зокрема відмова працювати, бродяжництво, жебракування.

Усе перелічене жодним чином не сприяє налагодженню життя та призводить до ще глибшого занурення в проблеми, до руйнування взаємин з людьми, до втрати соціального статусу та деградації особистості. Розуміння ранніх та відтермінованих у часі наслідків травми є дуже важливим. Адже увага до себе та близьких, відстеження психічного стану, реакцій та поведінки сприяє як пошуку засобів самопомоги, так і

вчасному зверненню по фахову допомогу, а отже, запобіганню несприятливим наслідкам переживання травматичних подій та їх подоланню

### Які є способи допомоги людині подолати наслідки травми<sup>8</sup>

Коли говоримо про допомогу людям, які пережили травму, слід опиратися на покроковий підхід до організації допомоги (*Franx et al., 2012*):

- одразу після травми для всіх, хто потребує, – Перша Психологічна Допомога (*Brymer et al., 2006*);
- через певний час після травми для тих, хто мають ознаки впливу травми на життя, – структуровані психотерапевтичні інтервенції («Управління проблемами плюс» (*Dawson et al., 2015*), «Навички психологічного відновлення» (*Wade et al., 2014*) тощо);
- пізніше для тих, хто має ПТСР та інші розлади, – психотерапія, зокрема травмофокусовані інтервенції.

**Перша психологічна допомога (ППД).** Безпосередньо для організації психосоціальної підтримки використовують програму *Першої психологічної допомоги* (Psychological First Aid) (*Brymer et al., 2006*).

Перша психологічна допомога передбачає структурований модульний підхід до допомоги всім, хто зіткнувся з безпосередніми наслідками катастрофи, тероризму, іншої надзвичайної ситуації. Мета її – якомога швидше зменшити дистрес та сприяти підтримці людини, формуванню стратегій її подальшого функціонування та копіngu. Базована на наукових дослідженнях, перша психологічна допомога передусім придатна для використання в польових умовах, для застосування з людьми різного віку та стану, для адаптації до різних культурних умов.

Перша психологічна допомога розроблена в такий спосіб, щоб досить швидко навчити її надавати всіх, хто задіяний у допомозі під час надзвичайної ситуації. Це працівники ДСНС, поліції, медики, психологи, представники різних релігійних конфесій, громадських організацій та служб, волонтери тощо.

*Ключові принципи* надання першої психологічної допомоги такі:

Дивитися:

- аналізувати стан безпеки;
- виявляти осіб з очевидними нагальними базовими потребами;

---

<sup>8</sup> Цей пункт написано із опорою на авторський розділ «Організація системи психосоціальної підтримки особистості, яка пережила травму» у посібнику (*Климчук, 2019*), де ви можете знайти значно більше інформації про допомогу, настанови щодо її організації на національному рівні та на рівні організацій.

- Виявляти осіб у стані важкого дистресу.

Слухати:

- звертатися до осіб, яким може бути потрібна підтримка;
- розпитувати про потреби особи, її занепокоєння;
- вислуховувати людей і допомагати їм заспокоїтися.

Направляти:

- допомагати людям задовольнити їхні базові потреби та отримати доступ до послуг;
- допомагати людям впоратися з проблемами;
- надавати їм інформацію;
- допомагати людям зв'язатися з їхніми близькими та отримати соціальну підтримку.

Також один із компонентів програми – це піклування про власний психічний стан тих, хто надає допомогу: увага до власного навантаження, дотримання режиму харчування та сну, наявність колег поруч для обговорення складнощів.

**Навички для психологічного відновлення (Skills for Psychological Recovery (SPR))<sup>9</sup>.** Потрібні для того, щоб допомогти тим, хто пережив травму, здобути навички справлятися зі стресом, посттравматичним стресом та життєвими негараздами, які можуть виникнути. Програму розроблено Національним центром ПТСР та Національною мережею дитячого травматичного стресу США (*Wade et al., 2014*).

Програма містить п'ять основних навичок, розвиток яких підтримується: навички вирішення проблем, підсилення позитивних активностей, менеджмент реакцій, підсилення корисного мислення, відновлення соціальних зв'язків. Навколо кожної із навичок і будується робота фахівця.

Щодо цієї програми вже зібрано докази ефективності в Україні<sup>10</sup>.

**Для допомоги особам, які внаслідок переживання травми дістали розлад психічного здоров'я** (найчастіше це посттравматичний стресовий розлад), найбільш ефективними є травмофокусовані інтервенції, які ґрунтуються на експозиції до травматичних спогадів. Ідеться про Травма-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію, а також про десенсибілізацію та репроцесуалізацію за допомогою руху очей (*Lancaster, 2016*).

Така психотерапевтична допомога надається у вигляді щотижневих коротких сесій тривалістю від 45 до 90 хвилин, кількість яких є обмеженою і залежить від важкості стану. Ідеться передусім про

<sup>9</sup> [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/skills\\_psych\\_recovery\\_manual.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/skills_psych_recovery_manual.asp)

<sup>10</sup> [https://eabct2020.org/wp-content/uploads/2020/08/EABCT2020-Programme\\_16Aug.pdf](https://eabct2020.org/wp-content/uploads/2020/08/EABCT2020-Programme_16Aug.pdf)

допомогу, яка надається в місці, наближеному до проживання чи роботи постраждалих, без суттєвого відриву від основного виду діяльності.

#### *Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія.<sup>11</sup>*

В основі Травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії лежить нейробіологічна модель травми, відповідно до якої під час переживання травматичної події відбувається низка змін у функціонуванні мозку, через які травматичний досвід у повній мірі не інтегрується в наративну пам'ять, а відтак продовжує впливати на життя людини, її психологічний стан тощо.

Модель Травма-фокусованої терапії передбачає низку кроків, які мають здійснити разом фахівець та клієнт (*Cohen et al., 2012*): психоедукацію про реакцію на травму для нормалізації стану особи та обґрунтування наступних кроків, когнітивну терапію для роботи з когнітивними викривленнями та переконаннями людини про свій стан, техніки стрес-менеджменту, щоб допомогти людині оволодіти своїм станом і зменшити збудження нервової системи, та експозицію як ключовий елемент, завдяки якому відбувається опрацювання травматичних спогадів і переведення їх до наративної пам'яті.

Зауважимо, що конкретну терапевтичну процедуру розробляють для кожного клієнта індивідуально, з урахуванням специфіки травматичного впливу, життєвого досвіду, рівня розвитку когнітивних процесів, особистісних рис, а також інших факторів, що впливають на здатність людини до відновлення.

*Десенсибілізація та репроцесуалізація за допомогою руху очей (EMDR)*. Основна ідея EMDR полягає у тому, що негативні думки, почуття та поведінка є результатом неопрацьованих спогадів. Лікування полягає у застосуванні стандартизованих процедур – одночасному фокусуванні на (а) спонтанних образах, думках, емоціях та тілесних відчуттях, пов'язаних із травмою, та (б) білатеральній стимуляції, яка найчастіше виконується у формі повторюваних рухів очей (*Russell & Figley, 2013*).

EMDR має наразі багато доказів своєї ефективності, але при цьому в низці досліджень зазначають, що сама білатеральна стимуляція не відіграє ключової ролі й ефект від EMDR без неї такий самий, як і з нею, і досягається за рахунок тих же механізмів, що і в ТФ-КПТ (*Davidson & Parker, 2001*).

*Інтерперсональна психотерапія*. Нещодавно було адаптовано протоколи інтерперсональної терапії для лікування ПТСР. ПТСР-фокусована інтерперсональна терапія (ПТСР-ІПТ) фокусується не на експозиції до травми, а на наслідках, які травма мала для міжособистісних стосунків. Ідея полягає в тому, що травма порушує почуття міжособистісної безпеки і призводить до уникнення стосунків та

---

<sup>11</sup>Матеріал щодо ТФ-КПТ підготовлено спільно з В. Горбуною



блокує відтак здатність використовувати соціальну підтримку для опрацювання травматичної події. Таким чином, особа з ПТСР відкидає соціальну підтримку якраз тоді, коли вона їй є життєво необхідною. ППТ допомагає зрозуміти свої почуття, толерувати їх, покращити комунікацію та взаємодію з іншими і таким чином відновити довіру до людей та відбудувати/побудувати мережу соціальної підтримки (*Rafaeli & Markowitz, 2011*).

Дослідження показують, що ПТСР-ППТ у цілому має значущий вплив на полегшення стану осіб з ПТСР, порівняних із пролонгованою експозицією. Особливо важливо, що при використанні цього методу було найменше випадків відмови від терапії пацієнтів, які мали додатково до ПТСР ще й депресивний розлад (*Markowitz et al., 2015*).

І, звісно, не варто забувати про самодопомогу. Рекомендую обов'язково ознайомитися з роботою Титаренко Т. М. «Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації» (*Титаренко, 2018*).

## Цінності, світогляд і травма

Серед низки наслідків пережиття травми слід виділити один, особливо важливий, але такий, що рідко потрапляє у фокус уваги дослідників. Ідеться про зміну у світосприйнятті, порушення певних базових настановлень щодо світу, інших людей та самого себе.

Одним із перших, хто заговорив саме про це, був R. Janof-Bulman. Маємо на увазі його роботу «Розбиті припущення» (1992) (*Janof-Bulman, 1992*). У теорії «зруйнованих припущень» ідеться про те, що до моменту травми особа розвиває фундаментальні, але інколи не до кінця артикульовані припущення про світ і про себе (світогляд), які їй дозволяють їй функціонувати у здоровий спосіб. Серед них є припущення про:

- справедливість світу;
- доброзичливість світу і людей;
- передбачуваність світу.

За таких припущень життя особи набуває сенсу («Життя сповнене сенсу»), підтримується її самооцінка («Моє життя цінне») та формується «ілюзія невразливості».

У разі зустрічі із травмою, переживання почуттів беззахисності, жаху світ перестає сприйматися як доброзичливий і передбачуваний, а сама особа перестає сприймати себе як компетентну та невразливу. Разом із цим приходиться інтенсивне усвідомлення власної смертності.



Ці ж питання про смисли життя, цінності, світогляд і травму порушується і в іншій теорії – **теорії менеджменту жаху** (Terror Management Theory) (*Solomon et al., 1991*). Основна ідея така. У людини складається певна картина світу, або світогляд, у якому світ сповнений сенсу, структури, мети, а сама людина є невразливою. Також людина має унікальну здатність до самосвідомості в часопросторовому контексті і може ментально проєктувати себе через час та простір у майбутнє, щоб передбачати в тому числі і плани реагування на певні загрози. І саме тому людина, зрештою, є свідомою своєї неминучої смерті. І щоб справитися, подолати цей невимовний жах, ми й створюємо собі «світогляд безсмертя» (буквального, через віру в життя після смерті, або символічного, через спроби лишити по собі слід).

Таким чином, світогляд є свого роду щитом, який захищає нас від жаху усвідомлення власної скінченності і, отже, його порушення, спровоковане травмою, дуже сильно впливає на наш стан.

Варто згадати також одне із досліджень тих, хто пережив Голокост, та їхніх нащадків (*Carmil & Breznitz, 1991*). У ньому робляться емпірично-базовані висновки про те, що ці люди мають суттєво інші погляди на світ і життя, ніж ті, хто не мали цього досвіду. Так, ті, хто пережив Голокост, більш схильні до центристських політичних поглядів, мають більше віри в Бога, а також у краще майбутнє.

### Травма, наступні покоління та близькі люди

Безпосереднім впливом на людину, яка пережила травму, вплив останньої не обмежується. Так, згадане вище дослідження говорить про вплив травми на світогляд не лише тих, хто пережив Голокост, але і на їхніх нащадків. Зокрема, ідеться про тісну подібність їхніх світоглядів (*Carmil & Breznitz, 1991*).

У дослідженні впливу травм Голодомору на психологічні та поведінкові особливості українців також робляться висновки про існування механізму поширення впливу травми на життя нащадків (*Gorbunova & Klymchuk, 2020*). Встановлено, що патерн «замовчування» трагедії, традиційний для радянського часу, прямо корелює із важкістю страждань, які пережили люди в часи Голодомору. Водночас відсутність у родині історій про Голодомор так само прямо корелює із запереченням подій Голодомору, применшенням їх значущості у нащадків. Серед особливих поведінкових стратегій, виявлених серед нащадків тих, хто пережив Голодомор, виявилася увага до харчування дітей, накопичення запасів їжі, регулярні медичні огляди, а серед світоглядних особливостей – недовіра до влади, розчарування в державі, пріоритет потреб родини у порівнянні із потребами громади.

У моделі впливу травми на наступні покоління йдеться передусім про соціокультурні механізми, за яких наступному поколінню передаються а) ставлення до травматичних подій (через наративи, через оповіді та історії або ж через їх відсутність), б) елементи світогляду (через ті ж самі історії, оповіді, іншу світоглядно-конструювальну комунікацію), в) поведінкові стратегії (через наслідування або специфічну батьківську поведінку) (*Gorbunova & Klymchuk, 2020, С. 39*).

Останній механізм, до речі, знаходить своє підтвердження в одному з досліджень палестинських родин, де батьки мали ПТСР (*Palosaari et al., 2013*). Зокрема, з'ясовано, що через симптоми ПТСР, а серед них гіперзбудливість, надмірна реактивність, зміни в емоційній сфері, за відсутності підтримки батьки поводитися з дітьми відсторонено, не задовольняли їхні потреби тощо. У результаті у дітей виникали складнощі з прив'язаністю, депресивні розлади та ознаки занедбаності. При цьому під час дослідження виявлено, що цей зв'язок сильний саме для випадків ПТСР у батька. У випадку материнського ПТСР такий зв'язок не простежується.

Крім наслідків для самої людини, переживання травми впливає на всі сфери життя родини та близьких такої особи. Передусім це значні складнощі у виконанні сімейних ролей – партнера, дружини/чоловіка, батька/матері, доньки/сина, брата/сестри тощо (*Sangaland & Vang, 2016; Slobodin & de Jong, 2015; Trentacosta CJ, et al., 2016*). Виявлено, що партнери тих, хто пережив травму, мають багато складнощів із психічним здоров'ям, підвищений рівень відчуття самотності (*Slobodin & de Jong, 2015*). Також, як видно із досліджень, батьківський ПТСР та депресія дуже сильно впливають на рівень стресу в дитини, що може мати дуже серйозні віддалені наслідки (*Daud et al., 2005; Morris et al., 2012*).

Епігенетичні механізми успадкування наслідків пережитої травми досліджуються, і однозначних висновків та консенсусу серед учених поки що немає (*Kellermann, 2013*).

## Травма і суспільства, нації, держави

На завершення цього розділу оглянемо ще один вимір впливу травми на наше життя – вимір суспільний. Травма впливає на життя самої людини і так само її близьких. Травма має віддалені наслідки у вигляді впливу на наступні покоління. Разом із тим травма змінює суспільство, громаду у випадку, коли йдеться про колективну травму, якої зазнали за короткий проміжок часу багато людей з певної громади (під громадою тут і далі ми розуміємо широкий спектр об'єднань людей – від громади певного селища до окремих націй або держав).

Вітчизняний дослідник П. П. Горностаї пропонує для аналізу впливу травми на громаду використовувати чотири параметри (Горностаї, 2012):

- 1) масштаб, сила травматизації;
- 2) рівень несправедливості під час травматизації;
- 3) неможливість (або нездатність) протистояти травмувальній силі;
- 4) неможливість (нездатність) емоційного від реагування.

За цими параметрами він аналізує низку травм, які пережили українці: Друга світова війна, екологічні катастрофи, Чорнобильська катастрофа, колективізація, розкуркулювання, репресії 1930–1940-х років, геноцид (Голокост), Голодомор – і доходить висновку, що останні були найважчими через наявність майже всіх чотирьох ознак – сили, несправедливості, нездатності протистояти та неможливості відреагувати. Що ж до Голодомору, то неможливість відреагувати додатково підсилювалася заборонами на розголошення, розкриття правди.

Такі травми впливають на громаду загалом, адже, наприклад, світоглядна позиція про пріоритет потреб родини над потребами громади (див. дослідження вище) у короткотерміновій перспективі в ситуації Голодомору була фундаментально важливою для фізичного виживання. Водночас, збережена в суспільній пам'яті та піднесена до рівня цінності, вона заважає гуртуватися і разом протистояти небезпеці. Ця позиція так само заважає поступатися власними потребами на користь потреб суспільних, що в низці критичних ситуацій (наприклад, у випадку пандемії коронавірусу – відмова дотримуватися епідеміологічних обмежень) може бути необхідним для виживання громади в цілому.

У дослідженні дорослих з міста Вуковар (Хорватія), яке було найбільш зруйноване під час війни 1991–1995 років, виявлено дуже важливі і значущі для розуміння впливу травми тенденції (Biruski et al., 2014).

Так, важчі симптоми травми пов'язані з глибшими змінами у світогляді, що призводить до нижчої готовності до налагодження стосунків із представниками групи, з якою були у конфлікті, меншої залученості в довірливі стосунки та більшої вимогливості до вибачень з боку «іншої сторони». Виявилось, що міжгрупова довіра в цьому випадку постраждала найбільше, при цьому важкість ПТСР та опосередковані травмою зміни у світогляді корелюють з її рівнем. Соціальне відновлення, поновлення довіри між сторонами конфлікту, як показують дослідники, відтак потребує відновлення «ядерних переконань» людей про безпеку світу, про можливість довіряти представникам «тієї сторони», що, у свою чергу, потребує «покаяння» та щирого визнання своїх провин.

## ЯК ВИЯВИЛИ, ЩО, КРІМ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО РОЗЛАДУ, Є ЩЕ Й ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ?

У цьому розділі обговоримо історію виникнення ідеї посттравматичного зростання і зрозуміємо, що вона далеко не нова. Оглянемо перші наукові дослідження, в яких цей феномен «намацуються» вченими. Після цього коротко пройдемося періодом, під час якого стабілізується термінологія, вибудовується методологія вивчення та формується основний корпус знань про посттравматичне зростання.

### Історія, філософія і посттравматичне зростання.

Травматичні події, стреси, кризи провокують страждання. Це є однозначний факт... і разом з тим, крім страждань, вони несуть у собі ще щось. З давніх часів було відомо, і це проходить червоною ниткою через майже всі релігійні системи, що після страждань може прийти оновлення, очищення, звільнення, осяяння, досягнення нового стану та оновлення світогляду. А отже, варто пам'ятати, що погляд на страждання як на щось, що має позитивні наслідки, є не такий уже й новаторський, якщо звернутися до філософії та релігії.

Тема страждань як чогось, у чому можна віднайти сенс і що робить людину сильнішою, пронизує всю історію християнства, ісламу, буддизму, індуїзму (*Tedeschi & Calhoun, 1995; Tedeschi & Calhoun, 2004*). Аналізуючи історію релігій, Д. Літл узагальює чотири сенси страждань, які в них присутні (*Little, 1989*):

- покаральне страждання – страждання, яке переживає хтось як покарання;
- терапевтичне страждання – страждання, після якого людина змінюється на краще, зцілюється;
- педагогічне страждання – страждання, яке вчить нас чогось нового;
- вікарне страждання – страждання на користь або замість когось.

Духовне зростання, яке відбувається внаслідок цих страждань, як відмічають Тедескі та Калхун (*Tedeschi & Calhoun, 1995*), відбивається у зміні способі дій особи, а також у впливі, який особа може мати на інших. Досвід страждань дає людині ті натхнення та мудрість, якої б вона не могла здобути іншим шляхом. При цьому, важливо відмітити, ці зміни походять не від страждань безпосередньо і не від досягнень, які мають люди, що досягли духовного зростання, а, імовірно, від низки

усвідомлень, серед яких усвідомлення власної обмеженості та, відповідно, смиренність перед вищою силою.

Тему страждань та їхнього сенсу не могли оминати, звісно, і філософи. Передусім слід згадати А. Шопенгауера, С. К'єркегора, Ф. Ніцше. Так, А. Шопенгауер говорить про страждання як про баласт, який тримає корабель стабільним під час плавання, і говорить, що певна кількість болю та нещастя є потрібною для людей – щоб позбавити нас зарозумілості, «нестримної дурості» та божевілля (*Schopenhauer, 2004 (1891)*). С. К'єркегор пише про страждання через тривогу, що відчай є ознакою нашої духовної природи (*Kierkegaard, 2004*). Ми страждаємо через постійне усвідомлення своєї духовної сутності у зв'язку з Богом та через свою неспроможність зробити цей зв'язок повноцінним. Він розглядає це екзистенційне страждання в позитивному ключі, адже саме його наявність і свідчить про цю нашу духовну природу, як би нам не було важко з ним жити. Ф. Ніцше, порушуючи тему страждань, вважає їх єдиним, що дає цінність світу. Без нього життя було б беззмістовним і втратило свою цінність. Страждання є тестом, за яким можна визначити цінність людини, і, відповідно, найбільші страждання випадають найкращим і найціннішим із людей (*Nietzsche, 2008*).

Звісно, не могли обійти тему страждань і психологи, і, мабуть, найяскравіше вона проявляється в ідеях В. Франкла (*Frankl, 1985*). Висновуючи, що потреба в сенсі є ключовою силою, яка змушує нас жити і діє від народження і до смерті, він говорить також і про те, що страждання може бути свого роду трампліном, який спонукає нас шукати і знайти цей сенс. До речі, мабуть саме завдяки В. Франклу і стала однією із найпопулярніших цитата Ф. Ніцше: «Хто має НАВІЩО жити, може витримати будь-яке ЯК».

Як бачимо, тема має довгу історію, але переважно (як і з іншими темами у психології) йшлося про роздуми, міркування, спостереження, узагальнення власного досвіду. Фактично, відбувалося накопичення критичної маси думок, гіпотез, уявлень. І нарешті наприкінці семидесятих років ситуація змінилася – розпочалися наукові дослідження теми страждань та їхнього впливу на людину із використанням емпіричного матеріалу та методів наукового дослідження.

### Перші дослідження

Серед першого масиву варто згадати дослідження Н. Фінкеля (1974, 1975). У першому дослідженні, результати якого були оприлюднені 1974 року, його цікавила наявність у житті людини подій особливого типу – подій, які потенціюють особистісне зростання (*Finkel, 1974*). Він попросив студентів (усього зголосилося взяти участь 26 осіб) описати досвід травматичних подій і подій, які спричинили зростання, й отримав несподіваний результат. Поруч з описом травм та подій, які спровокували



страждання, він побачив кілька подій особливого типу – травм, які спровокували зростання. Цей феномен він назвав T-S конверсією (T – trauma, S – stren) (до речі, слово stren, яке мало колись значення «сила, перевага» у сучасній мові вже не трапляється). Більше того, він виявив, що цей процес переходу травми в силу відбувається завдяки механізмам когнітивного опрацювання події, а також що це переважно процес на самоті (хоча у кількох випадках він помітив участь у ньому близьких людей).

Відтак, у наступному дослідженні, яке було опубліковано 1975 року, вже за участі 40 студентів, які описували досвід пережиття значущих у їхньому житті позитивних та негативних подій, дослідник підтвердив наявність цих подій особливого типу, в яких стикаються травма і зростання, травматичний досвід і досвід змін на краще у житті (*Finkel, 1975*). Крім того, він виявив, що такі зміни найчастіше відбувалися в період від двох тижнів до чотирьох місяців після відповідної травматичної події.

Протягом наступних п'ятнадцяти років з'являлися роботи й інших дослідників, які виявляли подібні феномени. Втім, особливого розголосу та ажіотажу ні робота Н. Фінкеля, ні роботи інших дослідників не створили. Можливо, тому що травматичні події, навколо яких будувалися дослідження, не були якимись «особливо яскравими» або не були побудовані навколо якоїсь однієї вражаючої події, яка б привернула увагу не лише вузького кола вчених, а й широкого кола громадськості.

Ситуація змінилася кардинально після катастрофи *Herald of Free Enterprise* (*Sheen, 1987*).



Рис. 1. Катастрофа *Herald of Free Enterprise*<sup>12</sup>

<sup>12</sup> <https://images.app.goo.gl/mu8FxrjSNUovamrs6>

Пором покидав бельгійський порт Зіібрюгге (Zeebrugge) 6 березня 1987 року. Він перекинувся, щойно покинувши порт, спричинивши смерть 193 осіб, пасажирів та команди. Як з'ясувалося пізніше, пором покинув порт із відкритими носовими воротами (через які в поромах відбувається завантаження). Море увірвалося через ворота, затопивши корабель. Пряма провина лежала на асистенті боцмана, який заснув у своїй кабіні і не зачинив ворота. Утім, офіційне звинувачення було також оголошено його керівнику та загалом компанії-власнику Townsend Thoresen через низьку культуру комунікації та безпеки.

Так ось, С. Джозеф (тоді – аспірант, який, власне, писав свою PhD, тепер – керівник Центру травми, відновлюваності та зростання Ноттінгемського університету), працюючи під керівництвом В. Юле та Р. Вільямс, досліджував осіб, які постраждали від катастрофи Herald of Free Enterprise. Вони провели кілька досліджень, зосередившись, звісно, на травмі та посттравматичному стресі. Так ось, у 1990 році було проведено чергове обстеження постраждалих, і їх уперше запитати не про симптоми стресу, а про те, чи змінилися їхні погляди на життя загалом і як? Звісно, з'ясувалося, що у багатьох погляди на життя змінилися на гірше. Але цих осіб було 46%, решта – 43% осіб – відмітили, що їхні погляди на життя змінилися на краще! (*Joseph, 2009*).

Виявивши це факт, учені захопилися розробкою інструменту, який би дав змогу виміряти і зафіксувати як позитивні, так і негативні зміни в поглядах на життя, у ставленні до світу в осіб, як пережили травми. У результаті 1993 року було опубліковано перший інструмент для вимірювання як негативних, так і позитивних змін після травми, який використовується зараз і в наукових дослідженнях, і в психотерапевтичній практиці (С. Джозеф, Р. Вільямс, В. Юле, *The Changes in Outlook questionnaire*), огляд якого буде далі, у відповідному розділі (*Joseph et al., 1993*).

До речі, на той час уже 83% осіб, які відповідали на питання цього опитувальника із тих, які постраждали в тій катастрофі, відмітили, що стали більш досвідченішими щодо свого життя після травми.

## Розвиток досліджень посттравматичного зростання і поява терміна

Відтоді тема позитивних змін унаслідок травми та пережиття інших несприятливих ситуацій стала однією із центральних для багатьох учених, викликавши також інтерес у ЗМІ та загалом в осіб, які далекі від науки. Тема стала популярна. Так, у своєму огляді 2004 року П. Лайнлі та С. Джозеф спираються на дані 39 досліджень, у яких задокументовано позитивні зміни після травми (*Linley & Joseph, 2004*).

Сприяли цьому і термінологічні нововведення. Адже саме С. Джозеф не був автором терміна «посттравматичне зростання». До 1996 року для

позначення низки позитивних змін після травматичних подій використовувалися такі терміни, як: «сприйнята вигода», «інтерпретована вигода», «позитивні аспекти», «трансформація травми», «позитивні психологічні зміни», «зростання, пов'язане зі стресом», «розцвітання», «позитивний побічний продукт», «відкриття смислів», «розростання» (*Tedeschi & Calhoun, 2004*).

У 1996 році було опубліковано роботу Р. Тедескі і Л. Калхуна, де дослідники представляли інструмент для вимірювання, який, власне, і містив термін «посттравматичне зростання» (*posttraumatic growth*) у своїй назві і який відтоді став загальноживаним (*Tedeschi & Calhoun, 1996*).

Найцікавіше, що термін цей вони вводять без будь-якого термінологічного аналізу, узагальнення наявних термінів тощо. Він просто з'являється у них у назві опитувальника і стає успішним.

### Психологічна відновлюваність (*resilience*) і посттравматичне зростання

Тема посттравматичного зростання тісно переплітається з явищем «психологічної відновлюваності». Утім, є і відмінності. Розглянемо далі це нове для цієї книги поняття, а потім спробуємо подивитися на нього комплексно.

Психологічна відновлюваність (*psychological resilience*) – явище, яке розпочали досліджувати в 70-х роках ХХ століття. Однією із перших почала говорити про цей феномен Еммі Вернер, описуючи перші результати 40-річного лонгітюдного дослідження дітей, які народилися в місцевості Кауаї (Гавайські острови) у 1955 році. Умови їхнього життя було надзвичайно важкими, і 2/3 дітей, досягши 15 річного віку, мали багато психологічних та соціальних проблем. У той же час виявилось, що третина цих дітей були цілком здоровими і психологічно, і соціально (*Werner, 1971*). Дослідниця назвала цих дітей відновлюваними (*resilient*), і з того часу психологи почали шукати відповідь на запитання: а що ж таке ця стійкість і що на неї впливає?

Подібні результати отримали, досліджуючи дітей, чії батьки мали шизофренію. З'ясувалося, що більшість дітей, не отримуючи належного піклування та турботи, мали чимало життєвих труднощів. І знову ж таки, виявилось, що є невелика частина дітей, які, незважаючи на всі труднощі, таких складнощів не мали, були цілком адаптованими і соціалізованими (*Masten, 1989*).

На сьогодні наука дає нам відносно чітке визначення того, що є психологічна відновлюваність, і що на неї впливає, і що ми можемо зробити, щоб її підтримати. Більшість сучасних даних є систематизовано та узагальнено на сайті Американської Психологічної Асоціації (АРА)<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>



Ми ж тут наведемо кілька узагальнень та опишемо найбільш цінні для програми й посібника моменти.

Отже, психологічна відновлюваність (resilience)<sup>14</sup> – процес доброї адаптації при зіткненні із життєвими складнощами, травмою, трагедією, небезпеками чи значним стресом. При цьому, стійкість – є насправді не екстраординарним, а досить типовим явищем. Ми зазвичай є відновлюваними! Ми можемо тут пригадати події Революції гідності, - наскільки складними були умови, і наскільки відновлюваними ми виявилися. Наскільки відновлюваними, насправді, виявляються наші військові!

При цьому, бути психологічно відновлюваним (resilience) – не означає не переживати, не відчувати складнощів, не мати дистресу. Адже гнів, біль, сум є частиною життя, і не переживати їх було б досить дивно, і саме це може нас насторожити. Іншим питанням є те, наскільки складно й довго ми проживаємо ці складнощі, наскільки вони руйнують наше життя, наскільки вони руйнують життя людей навколо нас...

Виявляється, що психологічна відновлюваність – це НЕ РИСА ОСОБИСТОСТІ. Це сукупність поведінки, думок та дій, яким усі ми можемо навчитися і використовувати. Загалом, виділяють такі **фактори відновлюваності**:

- Наявність поруч когось, хто турбується і підтримує, як в межах родини, так і поза нею.
- Здатність до складання реалістичних планів та здійснювати кроки з їх втілення.
- Позитивний погляд на себе, віра у свої сили і здібності.
- Навички комунікації та вирішення проблем.
- Здатність до управління сильними почуттями та імпульсами.

Разом із тим, шлях до психологічної відновлюваності у кожного може бути свій. Певні дороговкази до неї наведено далі:

**Створювати зв'язки.** Важливими є зв'язки у родині та за її межами. І їх можна не лише мати, але активно шукати і створювати; можна доєднуватися до громадських об'єднань, груп підтримки, спільнот при церквах або навіть створювати свої групи.

**Уникати погляду на кризи як на нездоланні проблеми.** Ми не можемо змінити того факту, що певна подія сталася. Але можна спробувати змінити розуміння і реакцію на неї. Можна подивитися у майбутнє, на те, як обставини можуть хоча б трішки покращитися. Як мінімум, подумати про те, як зміниться самопочуття, коли ситуацію буде подолано.

---

<sup>14</sup> Термін Resilience важко перекласти однозначно українською мовою. Існують варіанти перекладу його як «стресостійкість», «життєстійкість», «психологічна пружність», «гнучкість» і навіть варіант «резієнс» та «резієнтність». Ми не наполягаємо на правильності варіанту «психологічна відновлюваність», і тому даємо в дужках англійський відповідник.

**Прийняти те, що зміни є частиною життя.** Деякі цілі внаслідок складних обставин можуть стати недосяжними. Прийняти, що дещо змінити неможливо, може допомогти звернути увагу на те, що змінити можна.

**Рухатися до своїх цілей.** Укладіть певні реалістичні цілі. Робіть щось для них регулярно, навіть якщо це щось дуже маленьке. Запитуйте себе: «Яку одну річ я можу зробити сьогодні, яка допоможе мені наблизитися до бажаного?»

**Робити дії, спрямовані на вирішення.** Дійте настільки, наскільки Ви можете. Дійте у напрямку вирішення, а не в напрямку уникання проблем і заплушчування на них очей.

**Шукати можливості для самодослідження.** Люди часто дізнаються про себе щось нове, і можуть з'ясувати, що в результаті страждань вони зросли у певному напрямку: мають кращі стосунки, більше відчуття власної сили, поцінування себе, зміцнілу духовність та цінування життя.

**Плекати позитивний погляд на себе.** Розвивати довіру до своїх здібностей, здатності вирішувати проблеми, довіряти інстинктам є дуже корисним для стійкості.

**Сприймати речі в перспективі.** Навіть зіткнувшись із болем, пробуйте подивитися на ситуацію у ширшому контексті і довготерміновій перспективі.

**Підтримувати обнадійливий погляд.** Оптимістичний погляд дозволяє очікувати, що гарні речі стануться. Пробуйте більше думати про те, чого ви хочете, ніж турбуватися про те, чого боїтеся.

**Піклуватися про себе.** Звертайте увагу на свої потреби і почуття. Долучайтеся до активностей, які вам подобаються. Займайтеся фізичними вправами. Турбота про себе дозволить вам тримати психіку і тіло у тонусі для зустрічі із ситуаціями, які вимагають стійкості.

**Шукати додаткових шляхів до зміцнення своєї стійкості.** Деякі люди пишуть про свої глибокі переживання, пов'язані із травмами чи стресами. Корисними можуть бути медитації. Духовне життя також може стати тим, що побудує стосунки та відновить надію. Групи підтримки, книги, онлайн ресурси для самопомоги – це те, що можна використовувати. І не забувайте про підтримку фахівців у сфері психічного здоров'я, звертайтеся до них за консультаціями, за підтримкою та допомогою.

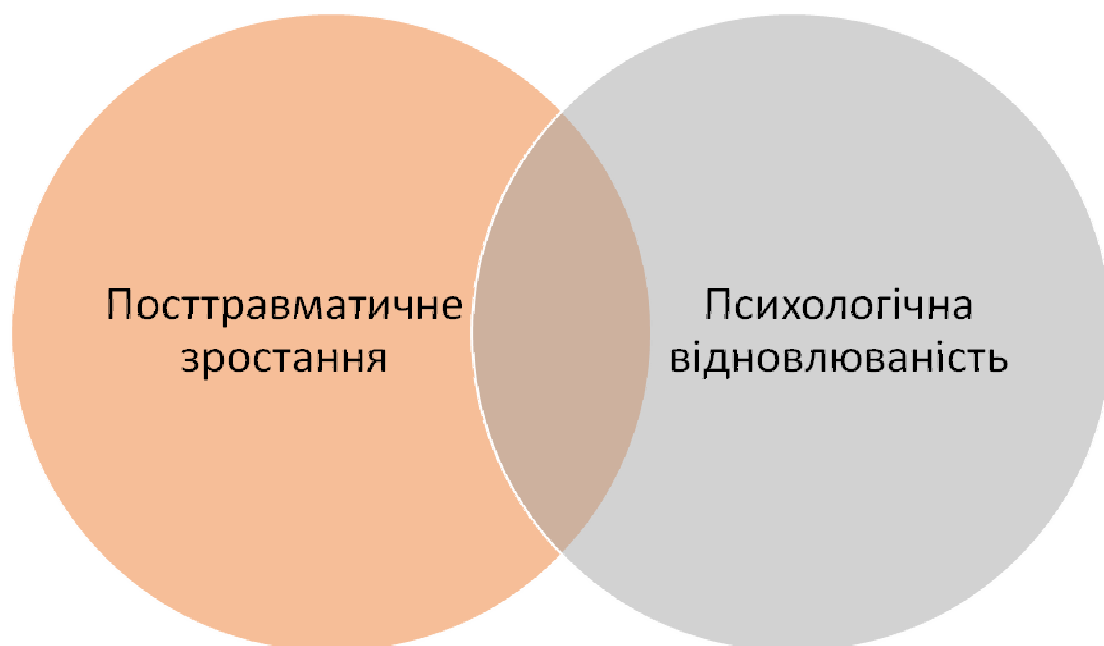
Окремо варто наголосити на ролі **релігії, віри та релігійних практик**. Так, є докази щодо позитивного впливу релігії на психологічну стійкість дітей. У дослідженні, наприклад, показано, що різні аспекти церковного життя та віри загалом сприяють почуттю належності до сильної спільноти, почуттю стабільності перед лицем труднощів, розвивають мережу соціальної підтримки, а також допомагаю здобути

відчуття контролю ситуації та соціальної справедливості перед лицем загрози (Crawford et al., 2005).

Підсумовуючи тему психологічної відновлюваності, зазначимо: 1) психологічна відновлюваність є радше нормою, ніж виключенням; 2) психологічна відновлюваність розвивається, оскільки є не рисою, а сукупністю думок та дій, процесом; 3) психологічної відновлюваності, відтак, можна навчитися і підтримувати її; 4) ми як фахівці відіграємо важливу роль у цьому індивідуальному процесі, але не ключову – більшою є роль самих людей та спільноти; 5) разом з тим наша роль на рівні промоції психологічної відновлюваності, донесення до спільнот роль підтримки, зв'язків між людьми неоціненна.

Отже, тепер, маючи уявлення про відновлюваність та посттравматичне зростання, можна помітити дві спільні ознаки:

- передусім, обидва поняття стосуються важкого і непростого досвіду, який переживає людина;
- й обом явищам можна у певний спосіб сприяти, фасилітувати їх, але водночас їх не можна «стимулювати» або «виховувати».



Відмінними є такі речі:

- посттравматичне зростання виникає після пережиття травми, тоді як психологічна відновлюваність стосується будь-яких стресових ситуацій, не обов'язково травматичних;
- посттравматичне зростання є результатом і явищем, яке відбувається з людиною, тоді як відновлюваність є радше набором умінь та стратегій, якими володіє людина.

Щодо даних досліджень, то вони неоднозначні, що свідчить про складний характер зв'язків між цими двома явищами (наприклад, у дослідженнях підлітків, які пережили теракти, і цивільного та військового персоналу). Так, у дослідженні 2009 року (*Levine et al., 2009*), проведеному з підлітками, а також дорослими цивільними та військовими після Ліванської війни, показано, що високі рівні відновлюваності асоціюються з нижчими показниками посттравматичного зростання. У дослідженні за участі пожежників 2016 року (*Ogińska-Bulik & Kobylarczyk, 2016*) виявлено в цілому дуже слабкі кореляції між посттравматичним зростанням та відновлюваністю. Дослідження 2019 року з людьми літнього віку показало, що в частини учасників ці поняття пов'язувалися в цілісні конструкти, у контекст пояснення власної адаптації до життєвих негараздів, а в частини учасників цього не відбувалося (*Lauren, Lydia, 2019*).

Цікавим видається експериментальне дослідження 2019 року, в якому показано, що після впровадження інтервенції (активності з експериментальної освіти) в учасників експериментальної групи відбулося зростання рівня відновлюваності, але не сталося змін у посттравматичному зростанні (*Ewert & Tessneer, 2019*). Останнє також є аргументом на користь відмінності цих двох понять і того, що за ними стоїть різна психологічна реальність.

## У ЧОМУ Ж СУТЬ ЗРОСТАННЯ ПІСЛЯ ТРАВМИ?

*Тут ми поговоримо про суть самого поняття посттравматичного зростання, його виміри, а також зануримося більше у роль стосунків, можливості зміни ставлення до себе та сприйняття світу.*

### Виміри посттравматичного зростання

Незважаючи на різні терміни для позначення цього феномену, усі вони містили спільний знаменник – позитивний погляд на людину, яка пережила травму. Позитивний – не у сенсі «рожевих окулярів», а в сенсі фокусу уваги на сильних сторонах, на ресурсах, на здатності психіки адаптуватися, справлятися з негараздами і перетворювати їх на потенціал для змін. Разом з тим, хоч зараз і є згода дослідників щодо спільної термінології, саме явище є складним і комплексним, не є остаточно дослідженим, тому ми будемо вести мову не лише про «визначення», але й про низку «вимірів» посттравматичного зростання.

Посттравматичне зростання як досвід позитивних змін, які виникають у результаті боротьби з важкими життєвими кризами, визначають Р. Тедескі, Л. Калхун. Вони описують його як ситуацію, при якій розвиток особистості, принаймні в окремих сферах, перевищив свій попередній рівень, той, який був до того, як у житті з'явилася криза. Людина не просто вижила, але й значуще змінилася порівняно зі своїм попереднім станом. Тобто це не просто повернення до певної базової лінії, а вдосконалення в певних, дуже важливих, для людини сферах (*Tedeschi & Calhoun, 2004*). Як зазначають дослідники, ці зміни проявляються у різних напрямках: зростання цінування життя в цілому, наповнення стосунків смислами, зростання почуття особистої сили, зміна пріоритетів, збагачення духовного життя тощо. Загалом, уявлення Р. Тедескі та Л. Калхуна на виміри посттравматичного зростання відображені опитувальнику їх авторства (Опитувальник посттравматичного зростання, *The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI)*), який містить 5 субшкал: ставлення до інших; нові можливості; особистісна сила; духовні зміни; цінування життя (*Taku et al., 2008*).



Рис. 2. Виміри посттравматичного зростання (за С. Джозефом)

С. Джозеф виділяє три виміри такого зростання: стосунки (люди часто описують, що їхні стосунки покращилися у певний спосіб, приміром, вони стали їх більше цінувати, переживати співчуття іншим); погляд на себе (постраждалі говорять, що набули відчуття власної сили і стійкості, зросла їхня упевненість у собі); життєва філософія (у людей з'являється почуття вдячності за кожен новий прожитий день, або відбувається перегляд того, що є насправді важливим для них) (Joseph, 2009).

Т. М. Титаренко визначає посттравматичне зростання через антикрихкість, як процес збільшення антикрихкості, що забезпечує постійне самонавчання, продуктивнішу взаємодію із собою, світом, іншими людьми (Титаренко, 2018в).

## Зростання у сфері стосунків

Стосунки, у які ми занурені від народження, створюють унікальний інтеракційний простір, у якому відбувається конструювання нашого «Я». Виявляється, наші стосунки – це фундаментально важливий вимір нашого існування.

Одне з останніх найгрунтовніших досліджень на цю тему, Гарвардське дослідження розвитку дорослих (найдовше лонгitudне дослідження у світі, яке тривало вже 75 років на момент підбиття підсумків) підтверджує це. Р. Волдінгер (Waldinger, 2015), підсумовуючи результати досліджень, говорить про три важливих висновки:

1. Люди, які мають тісніші стосунки з друзями, родиною, громадою, живуть щасливіше життя, вони здоровіші фізично і живуть довше. Власне, якість стосунків у 50 років виявилася кращим

предиктором здорового старіння у 80 років, ніж інші фізіологічні показники, як то рівень холестеролу тощо.

2. Люди, які переживають самотність, є менш щасливі, їхнє здоров'я погіршується набагато раніше, як і функціонування мозку, і вони живуть менше.
3. Добрі стосунки захищають не лише тіло, але й мозок. Люди, які мали якісні добрі і безпечні стосунки у 80 років, мали довіру до когось і могли покластися на них у разі потреби, мали гострішу пам'ять.

Відтак, посттравматичне зростання у сфері стосунків може мати додаткові «бонуси» у вигляді покращення здоров'я та довшого життя!

### Зміни в конструюванні особистості і життєвій філософії

У дослідженнях посттравматичного зростання мова йде переважно про «погляди на себе», і про те, що люди після пережиття травми зазначають, що набули відчуття власної сили і стійкості, зросла їхня упевненість у собі. Втім, для глибшого розуміння явища зростання можна підійти до нього із іншого боку – і подивитися передусім на явище «поглядів на себе», самосприйняття, і ширше – на конструювання себе, конструювання особистості.

Тут, нехай читачі вибачають, ми трішки зійдемо із «рейок», і зіб'ємося на манівці. Звісно, щоб потім повернутися, але вже збагачені новими знання.

Отже, коли заходить мова про зміни у поглядах на себе, у змінах особистості – це подекуди виглядає як певний «містичний» процес, який відбувається у горнилі травматичного досвіду, або ж у психотерапевтичних містеріях, у тиші психоаналітичної кушетки. Втім, сучасні погляди на особистість, на природу цієї особистості, дають нам розуміння того, що ніякі це не екстраординарні процеси, які трапляються раз в житті, і то не у всіх. Навпаки, зміни особистості – це процес неперервний, і є настільки ж буденним явищем, як наші зміни настрою. І причина тут у тому, що особистість – це не явище! Особистість – це процес ☺

І вперше це відкриття зробили так звані «конструктивісти» та «конструкціоністи» (відмінності між якими тут ми розкривати не будемо, але бажаючи – можуть зануритися у мою монографію «Мотиваційний дискурс особистості»)<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Климчук, В. О. (2015). Мотиваційний дискурс особистості: на шляху до соціальної психології мотивації - <https://er.ucu.edu.ua/handle/1/2056>

Почнемо із М. Махоні. Він спробував з позицій цього самого «конструктивізму» подивитися на психотерапію та психологічне консультування, адже саме там і відбуваються найінтенсивніші, і головне – керовані самою людиною, переконструювання її особистості та її сприйняття світу (*Mahoney, 1991; Mahoney, 2004*). Він виявив п'ять домінуючих для психотерапії тем:

- 1) активна діяльність (active agency – люди є активними учасниками свого життя, роблять вибори, які змінюють їх життя);
- 2) впорядкування (order – ми потребуємо порядку, тому формуємо наш світ, знаходимо патерни і творимо смисли);
- 3) самість (self – ми організуємо світ, організовуючи себе; особистість – це процес, причому, процес самореферентний, або ж рекурсивний, а самість – це когерентність поглядів у розвитку, з яких людина черпає досвід і які змінюються у ході інтеракції);
- 4) соціально-символічна зв'язаність (social-symbolic relatedness – ми народжуємося у стосунках, у них живемо – активна організація самості відбувається одночасно і «з» і «через» соціальні зв'язки і системи символів);
- 5) розвиток упродовж життя (lifespan development)

Додамо тепер до розгляду Дж. Келлі. Дж. Раскін називає психологію особистісних конструктів Дж. Келлі одним із класичних наукових конструктивістських підходів (*Raskin, 2002*). В основі психології особистісних конструктів лежить уявлення про організацію людського досвіду у формі системи взаємопов'язаних біполярних конструктів, або смислових вимірів. Саме їх використовує людина з метою оцінки та прогнозування поведінки інших, самих себе і світу в цілому. Люди винаходять ці «виміри», спираючись на власний досвід та постійно перебувають у процесі перевірки їх якості, з'ясовують наскільки добре вони відповідають життєвим обставинам.

Філософія, створена Дж. Келлі, отримала назву «конструктивного альтернативізму». В її основі лежить постулат про те, що існує нескінченна кількість способів концептуалізації подій, кожна з яких оцінюється з точки зору своєї «життєздатності».

Ще одне важливе поняття, введене Дж. Келлі – «центральна структура», або «ядерні конструкти» (core constructs) як глибинна внутрішня конструкція себе, «самість», яка твориться у ранньому віці, можливо – навіть раніше, ніж розвивається мова, і стає непроникною для рефлексії і змін.

Основна мета розробленого Дж. Келлі методу психотерапії – терапії фіксованої ролі – це реконструкція системи конструктів особистості та розвиток її гнучкості. Технологічно в метод закладено практику



конструювання клієнтом (спільно із терапевтом) нової системи конструктів у формі «нарису фіксованої ролі» та спонукання й надихання клієнта на «вихід у світ» із цієї новою системою, програвання у житті написаної ролі, експериментування із новими моделями поведінки.

Рухаймося далі і звернімося до ідей К. Джерджена, основоположника «соціального конструкціонізму». Відповідно до розуміння К. Джерджена, «Я» є соціально насиченим (saturated), а то й перенасиченим через надзвичайно велику кількість інформаційних потоків, контактів, рольових моделей, у які занурена сучасна людина (Gergen, 2000). Через це відбувається парціалізація «Я», заселення його фрагментарними ідентичностями. Як наслідок – «мультифренічні» стани, запаморочення від нескінченної різноманітності світу і свого власного «Я». Це новий стан, який не можна оцінювати етичними категоріями – він є, і це стає однією із ознак людини постмодерну. Питання у тому, як вивчати психологічні закономірності існування такої людини, у руслі якої методології та якими методами?

Відповідь на це запитання з'являється за умови розгляду «Я» як процесу і результату самооповіді (Я-нарративу) у контексті соціальних інтеракцій. За К. Джердженом, Я-нарратив розглядається як опис стосунків у контексті розгорнутих у часі значущих подій (Gergen, 1994, С. 187). Таким чином, структурне уявлення про Я-концепцію перетворюється на уявлення процесуальне, за якого «Я» розглядається не як щось приватне, а як таке, що належить стосункам, інтеракціям як продукту соціального обміну.

І настав час поговорити про ці нарративи, і ширше – про дискурс! У розробках, які здійснили Б. Девіс, Р. Харре (Davies, Harre, 1990), Дж. Поттер, Д. Едвардс, М. Везерелл (Potter et al., 1993), М. Петерс, Д. Хові (Howie, Peters, 1996), Дж. Шоттер (Shotter, 1989). «Я» інтерпретується як продукт і суб'єкт соціальної лінгвістичної взаємодії. Тому фокус аналізу, як пишуть Дж. Поттер і М. Везерелл, зміщується із вивчення Я-як-сутності на методи конструювання «Я». Тому питання має ставитися не про істинну природу «Я», а про дискурси, які ми використовуємо для його конструювання (Поттер, Везерелл, 1987).

А тому, як пишуть Б. Девіс та Р. Харре: «...питання про те, хто я є, завжди залишається відкритим, відповідь на нього залежить від доступної індивіду позиції всередині дискурсивної практики... а також від сюжетних ліній тих історій, за допомогою яких ми вносимо смисл у власне життя і в життя оточуючих» (Davies, Harre, 1990, С. 47).

Характеризуючи традиційний трикутник особистість-свідомість-реальність Дж. Поттер, Д. Едвардс та М. Везерелл говорять про неможливість дотримуватися цієї 3-компонентної диференційованої онтології та пропонують перехід до методології сконструйованої дійсності. Така пропозиція пов'язана з тим, що люди постійно створюють

власні версії дійсності, як зовнішньої, так і внутрішньої, конструюють варіанти минулих подій як виправдання чи мотивацію дій теперішніх. Отже, базові межі між особистістю, свідомістю і реальністю розмиваються і трансформуються у взаємодію-взаємозв'язок реальності-дискурсу-соціальної дії, в якому свідомість-особистість-реальність стають рівноправними елементами, але не в якості «речей», а в якості уявлень про них (*Potter et al., 1993*).

Сподіваючись, що не втомив читачів таким довгим відступом, зроблю фінальний акорд до цього підпараграфу, навівши погляди однієї із найяскравіших дослідниць цієї сфери, нашої співвітчизниці – Т.М. Титаренко.

Відповідно до означених підходів, поняття про особистість, яке відпочатку має потужний соціальний контекст, втрачає свою структурної та ієрархічної стабільності. Т. М. Титаренко окреслює коло нових уявлень про особистість:

- 1) формою самоконструювання особистості є життєві завдання;
- 2) структура особистості розглядається як ризомна модель, як мапа, яка окреслює зорієнтований на експериментування спосіб особистісного контакту з реальністю;
- 3) розгляд особистості можливий лише інтерперсонально, як соціальної конструкції, яка проявляється діалогічно;
- 4) пріоритетною є лінгвістична реальність, у якій особистість асимілює набутий досвід, рефлексує, прогнозує майбутнє (*Титаренко, 2008*).

Як зазначає вчена: «Новий феномен, який за традицією ще називають (і можливо, називатимуть) особистістю, не константний, не цілісний, не стабільний, не ієрархізований, не самодостатній. Він радше рухливий, плинний, мозаїчний, процесуальний, колажний. Постмодерна особистість, спираючись на простір своїх стосунків, мандрує з контексту в контекст, змінюючи, відповідно до взаємодії з оточенням, власну життєву історію, бачення минулого, теперішнього і майбутнього» (*Титаренко, 2010, С. 11*). Щодо структурності – то метафора «структури» трансформується у метафору «ризому», відповідно до якої «... зв'язки особистості з власним оточенням і спрощуються, і серйозно ускладнюються, оскільки кожен може чи то назавжди покинути її життєвий простір, чи стати співавтором її чергового світоутворення, появи нового Self-як-історії. Нові рівні особистісної структури періодично виникають і зникають, відповідно до таких функціональних органів, як, наприклад, здатність організувати і прожити час свого життя історично» (*Титаренко, 2010, С. 14*).

Ось так ми й підійшли до основного:

- 1) особистість конструюється,
- 2) особистість конструюється у стосунках.
- 3) особистість конструюється у стосунках у форматі наративу (оповіді).

І найважливіше:

4) особистість конструюється у стосунках у форматі наративу, який після пережиття травми може радикально змінитися. Відтак змінюється і особистість.

### Закономірності посттравматичного зростання, його предиктори

Який зв'язок між посттравматичним зростанням (ПТЗ) та іншими соціально-психологічними факторами? Чи можна передбачити появу ПТЗ, чи пов'язані між собою ПТЗ та ПТСР (посттравматичний стресовий розлад)? Результати низки досліджень можуть допомогти нам відповісти на ці запитання, а також збагнути, наскільки важливим є ПТЗ у зціленні після травми.

П. Лайнлі та С. Джозеф, підсумовуючи огляд 39 досліджень, роблять висновок, що тісно пов'язаними із посттравматичним зростанням є такі змінні: когнітивна оцінка загрози, шкоди і контрольованості ситуації; фокусування на проблемі, прийняття, позитивна реінтерпретація, оптимізм, релігійність, когнітивне опрацювання травматичних спогадів. Водночас, станом на 2004 рік не виявлено тісного однозначного зв'язку із соціодемографічними змінними (стать, вік, освіта, дохід), та з наявністю депресії, тривоги, ПТСР. При цьому, про позитивні зміни звітують від 30% до 70% постраждалих від травм різного типу (транспортні аварії (корабельні та авіакатастрофи, дорожньо-транспортні пригоди), природні катастрофи (урагани, землетруси), міжособистісне насилля (бійки, зґвалтування, скривдження), медичні проблеми (рак, серцеві напади, ураження мозку тощо)) (*Linley & Joseph, 2004*).

В. Хельгесон, К. Рейнолдс та П. Томіч у 2006 році провели мета-аналіз уже 87 досліджень, і зробили ряд додаткових уточнень: позитивні наслідки пережиття травми прямо корелюють із такими змінними, як позитивний психологічний добробут, оптимізм, релігійність, та копінг-стратегіями позитивної реінтерпретації, прийняття та заперечення. Разом з тим, виявилось, що досить тісний прямий зв'язок із наявністю інтрузивних думок та поведінки уникання, а також сприйняттям загрози (*Helgeson et al., 2006*). Тобто, виявилось, що сильніший рівень посттравматичного стресу пов'язаний із вищим рівнем посттравматичного зростання!

С. Декель, Т. Ейн-Дор, З. Соломон, досліджуючи ізраїльських ветеранів, виявили, що вищий рівень ПТСР у 1991 році є предиктором більшого зростання у 2003, а вищий рівень ПТСР у 2003 – дозволяє передбачити більше зростання у 2008 році (*Dekel et al., 2012*) (тут слід відмітити, що ветерани не були лишені самі на себе із симптомами ПТСР, а отримували усю належну турботу, піклування й терапію, тобто, йдеться про ПТСР, яке після того було вилікувано – прим. автора).

Це відкриття підштовхнуло вчених до нових досліджень, які у поєднанні із сучасним розумінням ПТСР (не стільки як хворобливого стану, скільки прагненням організму до опрацювання травматичних спогадів у поєднанні з вузьким вікном толерантності до стресу) призвели до появи розуміння **криволінійного зв'язку** між ПТСР та ПТЗ (*Joseph & Butler, 2010*). Йдеться про те, що незначні травми не призводять до ПТЗ, оскільки не провокують сильного стресу, і людина справляється з ними звичними засобами копіngu. Надмірний стрес після травми провокує сильні симптоми ПТСР, за яких система копіngu руйнується, і так само, руйнуються механізми зростання (принаймні, до моменту послаблення симптоматики ПТСР). Помірний же стрес, з одного боку, веде до руйнувань у структурі Я, що проявляється у симптомах ПТСР, які у свою чергу, сигналізують нам про потребу психіки у когнітивному та емоційному опрацюванні нової травма-релевантної інформації, з іншого боку – він не настільки сильний, щоб знищити саму можливість людини здійснити таке опрацювання (*Joseph, 2013*). Що, до речі узгоджується із низкою психофізіологічних досліджень у царині стресу та емоційної стійкості (*Malkhazov, 2017*).

С. Джозеф наводить метафору розбитої вази: «Уявіть, що одного дня ви випадково розбили коштовну вазу на дрібні шматочки. Що ви робите? Чи ви намагаєтеся її скласти її знову, зробити як було? Чи ви збираєте шматки і викидаєте їх у смітник, бо вази вже в принципі немає? Чи ви вибираєте красиві кольорові шматочки і робите з них щось цілком нове – приміром, яскраву мозаїку?» (*Joseph, 2013*).

Отже, є певні закономірності у стосунках між ПТСР та ПТЗ, однак, виникає наступне запитання: які наслідки для людини має саме посттравматичне зростання? Чи є воно цінністю саме по собі, чи є ще якісь його вигоди?

## Роль посттравматичного зростання в подоланні наслідків травми

Як показують результати досліджень (яких насправді набагато менше, ніж досліджень причин ПТЗ), ми все ж таки можемо сказати «так» у відповідь на всі ці запитання: зростання є водночас і цінністю саме по собі, і сприяє появі низки додаткових позитивних наслідків. Зокрема: у

пацієнтів, які пережили серцевий напад і винесли певний позитивний досвід із цього, був значно нижчий рівень смертності, незалежно від їхнього рівня здоров'я та прихильності до здорового способу життя (Дж. Аффлек та ін.) (*Affleck et al., 1987*), високі показники за субшкалами Опитувальника посттравматичного зростання виявилися пов'язані зі швидшою габітуацією кортизолу при реагуванні на стресор (Е. Епель та ін.) (*Epel et al., 1998*), у людей з ВІЛ відбувається менш швидке зниження рівня Т-лімфоцитів, якщо вони когнітивно опрацьовують свою ситуацію у напрямку наповнення її смислом (Дж. Бовер та ін.) (*Bower et al., 1998*), ознаки посттравматичного зростання виявилися предикторами меншого рівня депресії, та симптомів посттравматичного стресу (Е. Морріл та ін.) (*Morrill et al., 2008*).

Можна зробити висновок: полегшення дистресу не завжди провокує зростання, але посттравматичне зростання впливає на полегшення симптомів, фізичний стан людини та на її посттравматичну адаптацію. А отже, постає питання про можливість сприяння посттравматичному зростанню, його підтримці у процесі надання психологічної підтримки та психотерапевтичної допомоги.

## ЯКІ Є ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ?

*На сьогодні вже створено низку валідизованих опитувальників та шкал, які можуть допомогти дослідити посттравматичне зростання. Однак, на жаль, більшість із них не адаптовані до використання в Україні. У цьому розділі ми розглянемо ці опитувальники, їхні характеристики, теоретичні основи. І будемо сподіватися, що цей огляд спонукає дослідників до роботи в цьому напрямку і українські версії цих інструментів з'являться у вільному доступі.*

### Опитувальник змін у перспективі

Опитувальник «The Changes in Outlook Questionnaire» (CiOQ, Опитувальник змін у перспективі) було вперше представлено 1993 року (Joseph et al., 1993) у спільній праці С. Джозефа, Р. Вільямса та В. Юле. Опитувальник має дві шкали – позитивні зміни (наприклад, «Я значно більше ціную зараз свої стосунки», «Зараз я більше ціную інших людей» тощо) та негативні зміни (наприклад, «Моє життя більше не має сенсу», «Я весь час відчуваю, наче щось погане чекає мене за рогом» тощо).

Результати повного дослідження психометричних характеристик опитувальника було опубліковано 2005 року (йдеться про повну версію, яка складається із 26 запитань) (Joseph et al., 2005). До дослідження було залучено чотири вибірки – дорослі особи, студенти, медичні сестри та особи із Національної асоціації людей, які зазнали насилля в дитинстві.

Аналіз факторної структури опитувальника показав, що двофакторна модель найкраще описує отримані дані, підтверджуючи оригінальні шкали, закладені в опитувальник: позитивні зміни та негативні зміни.

Дослідження внутрішньої узгодженості, конвергентної та дискримінаційної валідності проводилося шляхом кореляційного аналізу даних цього опитувальника (окремо шкали негативних змін та шкали позитивних змін) та інших опитувальників, які тієї чи іншою мірою оцінюють показники позитивних і негативних змін після травми (інформацію про ці інструменти наведено нижче в наступних підрозділах цього розділу). Щодо внутрішньої узгодженості, то для обох шкал по кожній із чотирьох вибірок вона виявилася високою (альфа Кронбаха рівне від 0,80 до 0,88). Так само передбачувано було отримано високі показники кореляції між шкалою позитивних змін опитувальника та релевантними шкалами інших опитувальників (коефіцієнт кореляцій Пірсона рівний від 0,42 до 0,66,  $p < 0,001$ ) і шкалою негативних змін та



відповідними шкалами інших опитувальників (коефіцієнт кореляції Пірсона рівний від 0,48 до 0,65,  $p < 0,001$ ), що свідчить про конвергентну валідність. Низькі і статистично незначущі кореляції, виявлені при крок-кореляції позитивних та негативних шкал, свідчать про високу дискримінаційну валідність опитувальника.

Дослідження зв'язків між позитивними і негативними змінами у перспективі та постратравматичним стресом і психологічним дистресом виявили, що негативні зміни в поглядах прямо пов'язані з рівнем дистресу, інтрузій, поведінки уникання та збудливості. Водночас позитивні зміни тісніше пов'язані з інтрузивною симптоматикою. Автори доводять, що це узгоджується з припущенням про те, що певний рівень інтрузій є необхідним для того, що відбулося зростання. Більше того, додатковий аналіз свідчить, що йдеться про свідомо контрольовані, румінативні форми інтрузивних думок, а не про автоматичні та неконтрольовані інтрузії.

Крім повної версії опитувальника, є і скорочена версія, на 10 запитань (*Joseph et al., 2006*). Два дослідження за участі студентської та клінічної вибірок свідчать про збереження двофакторної структури повної версії опитувальника (позитивні та негативні зміни), а також високі показники внутрішньої узгодженості, конвергентної валідності субшкал та диференційованих асоціацій із клінічними ознаками розладів.

А отже, Опитувальник можна використовувати для оцінки змін після переживання травм, а також здійснювати його адаптацію до використання українською мовою.

## Опитувальник постратравматичного зростання

Наступний опитувальник, який ми розглянемо (PTGI, Опитувальник постратравматичного зростання), був оприлюднений 1996 року, через три роки після оприлюднення СіОQ (*Tedeschi, Calhoun, 1996*). Методологія його розроблення дещо різнилася: дослідники, вже маючи накопичений за кілька років масив даних щодо того, які саме зміни відбуваються із людьми після переживання травми, узагальнили їх та виокремили всього 34 види змін. Після їх оцінки та наступної аналітичної роботи (із використанням факторного аналізу) було виокремлено 21 робочий пункт. Ці пункти майбутнього опитувальника дуже чітко вкладалися у 5 факторів, які, власне, і стали субшкалами опитувальника:

Фактор 1. Ставлення до інших (стосунки із іншими). Наприклад, пункти «Знання, що я можу розраховувати на інших в складні часи», «Наявність співчуття до інших» тощо.

Фактор 2. Нові можливості. Наприклад, «Я розвинув нові інтереси», «Я повернув своє життя на новий шлях» тощо.

Фактор 3. Особистісна сила. Наприклад, «Знання, що я можу справитися із складнощами», «Я відкрив, що є сильнішим, ніж думав досі» тощо.

Фактор 4. Духовні зміни. Наприклад, «Краще розуміння духовних справ», «Я маю сильнішу віру».

Фактор 5. Цінування життя. Наприклад, «Цінування кожного дня», «Визнання цінності мого власного життя» тощо.

Внутрішня узгодженість 21-го пункту опитувальника становила 0,90 (альфа Кронбаха), а окремих субшкал – від 0,67 до 0,85, що говорить про високий рівень узгодженості пунктів. Ретестова надійність також виявилася високою (коефіцієнт кореляції Пірсона дорівнює 0,71 для всього опитувальника та від 0,65 до 0,74 – для окремих субшкал).

Також дослідники перевірили гіпотезу, чи не були високі показники посттравматичного зростання, отримані під час опитування за допомогою цього інструменту, просто проявами соціальної бажаності? Для цього використали Шкалу соціальної бажаності Марлоу-Кравна і виявили відсутність кореляцій між цією шкалою та показниками зростання.

Досліджували також конструктну валідність – порівняли показники посттравматичного зростання тих, хто пережив важкі травматичні події, та тих, хто пережив звичайні життєві події. У результаті виявили, що показники посттравматичного зростання перших були значно вищими. А отже, зміни, які вимірює опитувальник, є унікальними саме для зростання після травми.

Традиційно для опитувальників коротку форму інструменту було розроблено та досліджено щодо її надійності та валідності 2010 року (*Cann et al., 2010*). Результати показали, що ця форма (PTGI-SF) цілком придатна для оцінки зростання, вона зберігає 5-факторну структуру та працює на загальний фактор зростання після травми. Дослідження 2017 року на вибірці в 135 843 осіб так само підтвердило, що всі 10 пунктів короткої версії опитувальника працюють на спільний знаменник – посттравматичне зростання (*Kaur et al., 2017*).

Українська версія опитувальника існує! Здійснили адаптацію дослідники О. О. Новак та О. В. Гуковський (*Новак, Гуковський, 2018*). Утім, поки що самі дані адаптації не опубліковані, тож, щоб отримати українську версію опитувальника, звертайтеся до цих дослідників.

### Шкала зростання, пов'язаного зі стресом

Дещо пізніше, 1996 року, з'явився опитувальник «The Stress-Related Growth Scale» (SRGS, Шкала зростання, пов'язаного зі стресом) (*Park et*



*al., 1996*). Опитувальник містив 50 пунктів, половина з яких відображала позитивні зміни в особистісних ресурсах, інша половина містила однакову представленість позитивних змін у стосунках та змін у навичках копіngu.

Дослідження показало, що опитувальник має високі значення надійності щодо внутрішньої узгодженості, а також ретестової надійності. Соціальна бажаність не впливала на результати опитувань. Разом із тим факторний аналіз не підтвердив закладену дослідниками модель субшкал. Усі проведені факторизації різними методами приводили до виявлення однофакторної структури, і тому надалі із дослідницькою метою використовувався сумарний показник зростання, без розподілу на субшкали.

Цікаві результати було отримано, коли опитувальник заповнювали додатково друзі та родичі, оцінюючи зміни у респондентів. Виявилось, що між цими даними існує значуща і значна кореляція: тобто зміни після травми, зростання є помітним для близького оточення.

Логічно було б очікувати появи короткої версії опитувальника, зважаючи на те, що 50 запитань його працюють на один загальний фактор. Відтак у 1998 році така версія було оприлюднена – SRGS-SF (*Cohen et al., 1998*). Вона містить усього 15 запитань і так само має добрі психометричні характеристики, тісно корелює з повною версією опитувальника.

Водночас після появи цього інструменту він був підданий серйозній критиці. Основний напрям цієї критики полягав у тому, що є висока ймовірність появи «ілюзорного зростання», спровокованого специфічним формулюванням пунктів опитувальника (*Boals, Schuler, 2018*). Тому була представлена модифікована версія інструменту – SRGS-R (revised) (*Armeli et al., 2001*). Вона має дві суттєві відмінності: а) формулювання в пунктах опитувальника змінені з позитивних (таких, що нашоухують на згадування про позитивні зміни) на нейтральні; б) при оцінюванні запропоновано шкали як позитивного, так і негативного впливу травматичної подій.

## Шкала процвітання і Шкала психологічного процвітання

Також є дві шкали «The Thriving Scale» (TS, Шкала процвітання), представлена 1998 року (*Abraido-Lanza et al., 1998*), та «The Psychological Thriving Scale» (PTS, Шкала психологічного процвітання), представлена 2013 року (*Sirois & Hirsch, 2013*). Цікаво, що попри незалежну розробку, обидва опитувальника призначені для оцінки зростання у тих, хто переживає (пережив) хронічні захворювання (обидві розробки проводилися із залученням осіб, хворих на артрит).

«Шкала процвітання» розроблялася як частина трирічного лонгітюдного дослідження латиноамериканців, метою якого було дослідити фактори, які підтримують процвітання серед осіб, що стикаються із множинними негараздами – бідністю та хронічними хворобами. Спершу було використано якісну методологію для розуміння суті процвітання, а після опрацювання даних було розроблено власне «Шкалу процвітання» (20 пунктів).

«Шкала психологічного процвітання» (2013) є більш доступною для використання і містить пункти, які запитують учасників дослідження про сприйняття ними змін (на краще чи на гірше), порівнюючи їхні життєві обставини до і після появи хронічного захворювання.

Зміни оцінюються в трьох доменах: задоволеність життям, самовдосконалення та якість стосунків.

Інструмент, за даними дослідників, має гарний показник надійності щодо внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха 0,80), а також добру критеріальну валідність.

### Шкала сприйняття вигід і Шкала пошуку вигід

«The Perceived Benefit Scales» (PBS, Шкали сприйняття вигід) оприлюднена 1998 року (*McMillen & Fisher, 1998*). «The Perceived Benefit Scales» створені для оцінки позитивних наслідків негативних подій будь-якого типу, і містить вісім субшкал: зміни у життєвому стилі, матеріальні вигоди, зростання самоефективності, сімейна близькість, громадська близькість, віра в людей, духовність. За даними дослідників, інструмент має високі показники надійності по внутрішній узгодженості та інші відповідні психометричні характеристики відповідають нормам.

Інший інструмент, зі схожою назвою, було опубліковано 2001 року – «The Benefit Finding Scale» (BFS, Шкала пошуку вигід). Шкала містить 17 запитань, і розроблялася для оцінки зростання серед жінок із раком грудей. З того часу використовувалася і для роботи із людьми із іншими станами здоров'я – раком простати, ВІЛ/СНІД тощо. Запитання в опитувальнику починаються із речення: «Маючи рак...», і продовжуються низкою варіантів: «...я стала більш відповідальною людиною», або «...почала приймати речі як вони є» тощо.

Психометричні характеристики інструменту відповідають нормам, а досвід його використання в різних дослідженнях показує, що інструмент дає цінну інформацію і придатний до вжитку (*Antoni et al., 2001; Tomich & Helgeson, 2004*).

## Опитувальник статусу посттравматичного зростання

Останній інструмент кількісної оцінки посттравматичного зростання, яким ми завершимо цей огляд – «The Posttraumatic Growth Status Inventory» (PTGSI, Опитувальник статусу посттравматичного зростання), оприлюднений 2013 року. Розроблений він був із метою уникнути в структурі запитань рефрену минулих подій, адже дослідники були переконані, що таким чином, через прив'язування в опитуваннях формулювань питань до минулого досвіду, можна отримати те саме «ілюзорне зростання», або «штучне зростання». Відтак вони створили 36-пунктний інструмент, який містить формулювання питань у теперішньому часі, без явної відсилки до подій минулого. Наприклад: «Кожен день є особливим для мене», «Я добре справляюсь із труднощами», «Я маю симпатію до інших людей» тощо.

Послідовні серії факторних аналіз та досліджень призвели до виявлення 7-факторної структури субшкал: Стосунки з іншими, Нові можливості, Особистісна сила, Цінування життя, Духовні зміни, Щедрість, Відкритість.

Опитувальник наявний у вільному доступі. Його рекомендовано використовувати у лонгітюдних дослідженнях, а також із особами, чії травми пов'язані із наявністю важких психічних чи фізичних обмежень функціонування у родині (*Alexander & Oesterreich, 2013*).

## Якісні методи дослідження посттравматичного зростання

У вас не повинно скластися враження, що лише кількісними опитувальниками всі ці роки досліджували посттравматичне зростання. Звісно, вони мають свою привабливість – за їх допомогою легко охопити великі вибірки, вони не напружують учасників дослідження, їхні результати легко обробити, і маючи кілька різних опитувальників – так само легко займатися пошуком кореляцій між субшкалами, відмінностями між різними категоріями учасників дослідження тощо.

Однак, якісні методи мають свою невимовну перевагу – вони дають змогу зануритися у життєвий світ учасників дослідження, і оприятити їхній унікальний та неповторний досвід. Більше того, вони часто дають змогу самим учасникам свій власний досвід зрозуміти краще, опрацювати, прожити знову свою історію зі зцілюючим ефектом.

Отже, що використовують:

- Напів-структуроване інтерв'ю, у два способи – або прямо запитуючи, як змінилося життя особи після травми, або

запитуючи про певні сфери зростання\змін. Звісно, йдеться про «відкриті» запитання.

- Написання есе – учасників просять написати есе про різні життєві події та їхні наслідки.
- Опис життєвої історії – просять описати своє життя, зміни в ньому, історії власного життя.
- Фокус-групи.
- Експресивне писання.

Ці методи не є унікальними для дослідження зростання, тому не будемо тут вдаватися в деталі цих методів – їх насправді є більше, а якщо додати ще й можливості змішаного підходу. Детально цю тему розкрито у двох посібниках із посттравматичного зростання, із описом досліджень цього типу та посиланнями на них (*Park & Lechner, 2006; Tedeschi et al., 2018*). Лише зазначимо, що мабуть найбільша перевага якісних методів – це те, що вони можуть виявити щось неочікуване, щось, що не закладалося дослідниками у модель, у гіпотези тощо.

## ЯК ПСИХОЛОГ МОЖЕ ДОПОМОГТИ ЛЮДИНІ ЗРОСТАТИ ПІСЛЯ ТРАВМИ?

*Цей розділ має вже більш практичний характер. У ньому ми поговоримо про те, що і як може зробити психолог, щоб підтримати посттравматичне зростання в особі, з якою він працює. Зосередимося тут передусім на індивідуальному зростанні, не торкаючись поки що теми зростання суспільного. Обговоримо загальні рекомендації, більш специфічні кроки в межах інтерперсональної терапії, а також наведемо авторські розробки в межах «дискурсивної фасилітації» (підходу, який розробляється автором цієї книги з 2015 року).*

### Загальні рекомендації

Нас цікавлять насамперед психотерапевтичні інтервенції і посттравматичне зростання. Дослідники Т. Зеллнер та А. Меркер вважають, що терапевтичні інтервенції самі по собі вже можуть бути механізмами, які сприяють зростанню (*Zoellner & Maercker, 2006*). Вони спираються, з одного боку, на дані досліджень, які свідчать про наявність зв'язку між інтрузивною симптоматикою (як самотійною спробою психіки опрацювати минуле) і посттравматичним зростанням, з іншого боку – на сутність психотерапевтичних інтервенцій у разі травми (яка полягає саме в допомозі людині опрацювати травматичні спогади і перетворити травматичну пам'ять у життєву історію, наратив) (*Брієр, Скот, 2015*). Але насправді у результаті такої роботи відбувається не лише наративізація спогадів про травму, а й набагато глибше переосмислення картини світу (про його безпечність, про короткочасність життя, про цінування близьких тощо).

Однак терапевти можуть зробити дещо більше, вважають Л. Калхун і Р. Тедескі у своєму керівництві з фасилітації посттравматичного зростання (*Calhoun & Tedeschi, 1999*). Наведемо декілька важливих позицій:

- Зростання після травми розглядайте як таке, що походить не від травми, а із сутності людини, із процесу її боротьби з подіями та їх наслідками, з осмислення того, що сталося.
- Будьте свідомі потенціалу до зростання, але не думайте, що зростання має обов'язково статися, або що те, що його не сталося, є наслідком неспроможності людини взяти щось зі свого досвіду.
- Не «призначайте» своїм пацієнтам «зростання», не змушуйте їх думати, що вони зобов'язані до зростання.

- Натомість уважно слухайте і спостерігайте за зростанням, і щойно воно з'являється – приділяйте йому увагу.
- Якщо ви працюєте із перспективи «хвороби», то можете легко пропустити зростання, не звернувши увагу на позитивні зміни в житті клієнта: «Я став мудрішим», наприклад.
- Щойно Ви помітили натяк на позитивні зміни, емпатійно віддзеркальте їх клієнту. Це допоможе йому в пошуках інших позитивних змін.
- Якщо ми робитимемо так, то з часом клієнт збагне, що ми схвалюємо розмови про позитивні зміни так само, як і про негативні.

Цілісний наративно орієнтований підхід до сприяння зростанню пропонує С. Джозеф. Ідеться про так звану THRIVE-модель (thrive (англ.) – процвітання, добробут) (*Joseph, 2013*). Основні її елементи такі:

- Taking stock (інвентаризація): переконатися, що клієнт у безпеці й допомогти йому навчитися справлятися із посттравматичним стресом, приміром, за допомогою технік експозиції).
- Harvesting hope (збирання врожаю надії): навчитися плекати надію на майбутнє, приміром, через історії людей, які пройшли через схожі ситуації.
- Re-authoring (ре-авторизація): переписати свій досвід через створення історій, техніки експресивного письма, щоб знайти нові перспективи.
- Identifying change (ідентифікація змін): помічати посттравматичне зростання, приміром, за допомогою шкал та опитувальників.
- Valuing change (ціннісні зміни): розвинути впевненість у нових пріоритетах.
- Expressing change in action (дієві прояви змін): активно шукати способи перенести посттравматичне зростання у зовнішній світ, приміром, через складання тижневих планів конкретних дій.

У роботі Т. М. Титаренко наведено такі передумови, які сприяють досягненню стану психологічного благополуччя після переживання травми (*Титаренко, 2018б*):

- 1) здатність переосмислювати травматичні переживання;
- 2) досягнення внутрішньої автономії;
- 3) здатність приймати і надавати допомогу;

- 4) підвищення продуктивності, самоефективності;
- 5) активізація креативності і відповідальності у ставленні до власного життя.

## Інтерперсональна терапія і посттравматичне зростання

Найпоширеніші методи психотерапії при травмі мають спільний компонент – експозиція у той чи інший спосіб до травматичних спогадів та тригерів, які їх провокують. Разом з тим нещодавно було адаптовано протоколи інтерперсональної терапії для лікування ПТСР. ПТСР-фокусована інтерперсональна терапія (ПТСР-ІПТ) фокусується не на експозиції до травми, а на наслідках, які травма мала для міжособистісних стосунків.

Як зазначають розробники підходу, ідея полягає в тому, що травма порушує почуття міжособистісної безпеки і призводить до уникнення стосунків та блокує відтак здатність використовувати соціальну підтримку для опрацювання травматичної події. Таким чином, особа з ПТСР відкидає соціальну підтримку якраз тоді, коли вона їй є життєво необхідною. ІПТ допомагає зрозуміти свої почуття, толерувати їх, покращити комунікацію та взаємодію з іншими, і таким чином, відновити довіру до людей та відбудувати / побудувати мережу соціальної підтримки (*Rafaeli & Markowitz, 2011*).

Виділяються такі проблемні зони, з якими працює ІПТ при ПТСР: втрата (горювання через втрату значущої людини), рольовий конфлікт (наявність у клієнта та інших осіб з його життя різних очікувань одне від одного), рольовий перехід (зміни у житті, які вимагають освоєння нових ролей, не завжди бажаних).

Основні кроки роботи в моделі ІПТ при ПТСР є такими (наведено на основі *Rafaeli & Markowitz, 2011*).

### 1. Початкова фаза (сесія 1-3).

Мета – дослідження теперішніх і минулих стосунків, ідентифікація складнощів, пов'язаних із ПТСР, та знайомство із історією травми. Особлива увага приділяється зазначеним вище проблемним зонам. Завершується ця фаза *Формулюванням* резюме – коротким погодженим із клієнтом описом його складнощів, їх причини, наслідків та потенційних цілей терапії.

### 2. Центральна фаза (сесії 4-10).

На цій фазі клієнт вже розуміє, що страждає від розладу, який можна вилікувати, що це не є його провина. Фахівець на цій фазі пропонує стратегії удосконалення міжособистісної комунікації та допомагає виявити почуття, які лежать “за нею”. Використовуються рольові ігри, аналіз попереднього досвіду, домашні завдання тощо. Центральний



компонентом є розуміння того, що певні емоції та почуття виникають у ширшому міжособистісному контексті, та навчання проявляти їх щоб покращити стосунки.

### 3. Завершальна фаза (сесія 11-14).

На цій фазі відбувається огляд пройденого шляху, прогресу, зробленого клієнтом, його нових умінь та почуттів щодо завершення терапії. Також передбачаються складнощі, які можуть виникнути після завершення роботи та складається план їх подолання.

Дослідження показують, що ПТСР-ПТ в цілому має значущий вплив на полегшення стану осіб з ПТСР, порівняних із пролонгованою експозицією. Особливо важливо, що при використанні цього методу було найменше випадків покидання терапії пацієнтами, які мали додатково до ПТСР депресивний розлад (*Markowitz et al., 2015*). Дослідження методу тривають, – зокрема, в 2019 року планується завершення великого дослідження щодо використання його при роботі з ветеранами у США.

## Принципи та інструменти дискурсивної фасилітації

Дискурсивна фасилітація – авторський підхід у рамках соціально-конструкціоністської парадигми (про які вже згадувалося вище, і яка, на мою думку, може привести у розуміння посттравматичного зростання нове дихання). Тут наведені базові принципи підходу та короткий опис методичного інструментарію, який може стати в нагоді при роботі зі зростанням.

**Дискурс як центральне поняття.** При розгляді процесів соціального конструювання життєвого світу саме мова виходить на перший план як посередник інтеракції і саме тіло цього простору. Як зазначає Дж. Мід, «мова не просто символізує попередньо існуючу ситуацію чи об'єкт, вона уможливорює існування або появу цієї ситуації чи цього об'єкта. Мова є частиною механізму, в якому ситуація чи об'єкти створюються» (*Mead, 1934*). Л. С. Виготський розглядає мову як психологічний засіб оволодіння дитиною із-зовні своєю поведінкою на певному етапі розвитку та як інструмент забезпечення соціальних зв'язків, які, у свою чергу, є конститутивами найвищих психічних функцій (*Выготский, 2005, С. 1022*). Теза про центральну роль мови у соціальному конструюванні світу проходить червоною ниткою через концепції К. Джерджена (способи опису і пояснення світу як наслідки соціальної взаємодії, опосередкованої мовою), Т. М. Титаренко (пріоритетність лінгвістичної реальності при аналізі особистості), П. Бергера, Т. Лукмана (мова як основа культурних систем) тощо.

Отже, мова має сенс не просто як лінгвістичний феномен, а у своїй єдності із життям, зануреності в життя, присвоєності людиною. Для

позначення саме такої мови доцільним є використання поняття «дискурс», яке вперше почало вживатися в 50-х роках ХХ ст. Е. Бенвеністом та З. Харрісом. Сучасна теорія дискурсу визнає його конституювальну роль у формуванні як індивідуального життєвого світу людини, так і соціального світу в цілому.

Якщо стосунки відіграють центральну роль у конструюванні життєвого світу особистості, є свого роду його фундаментом і стінами, то мова – це його будівельний матеріал, його цегла й цемент, чорновий і декоративний тиньк. Змістово роль дискурсу в конституюванні життєвого світу особистості описує Т. М. Титаренко: «Людина розбудовує свій життєвий світ, оприлюднюючи його, оголюючи, розгортаючи на поверхні буденності свої цінності й уподобання, зацікавлення і потреби. Приховати, залишити щось «при собі» неможливо» (Титаренко, 2003, С. 33).

**Фасилітація в контексті психологічної допомоги.** Поняття фасилітації (to facilitate, англ. – полегшувати, допомагати, сприяти) увійшло в науковий психологічний дискурс після публікацій Ф. Олпорта (Allport, 1920), Р. Зайонца, А. Гейнгарнера, Е. Германа (Zajonc et al., 1969), А. Чепмена (Chapman, 1973), В. Гарднер, М. Ноулс, Л. Меган (Gardner et al., 2008). У них обговорювалися результати низки експериментів, які виявили вплив наявності «спостерігача» на результати діяльності (а саме покращення цього результату за ряду інших умов). Водночас у дискурс психологічної допомоги (а згодом у педагогічний дискурс) це поняття вводить К. Роджерс (Роджерс, 2002), розуміючи під ним сприяння, полегшення, допомоги, яку надає фахівець (психолог, педагог) іншій людині (дорослій чи дитині) у процесі її особистісного зростання. Основне завдання такого «сприяння» – не директивне спрямування у напрямку, який наперед визначений кимось, а створення умов, за яких зростання стає в принципі можливим.

Фасилітативний спосіб надання психологічної допомоги, сягаючи корінням у гуманістичну парадигму, може бути застосований і щодо теми посттравматичного зростання. Він дозволяє водночас і надавати підтримку, і робити це в максимально ненав'язливий спосіб, дослухаючись до мови особистості, до її варіанта дійсності і рухаючись у тому напрямку, який валідний у її життєвому світі.

**Принципи дискурсивної фасилітації.** Принципи було розроблено для роботи з мотиваційним дискурсом особистості (Климчук, 2015). Надалі вони наводяться в адаптації до теми зростання.

**Принципи методологічного рівня** – стосуються базових засад, філософсько-психологічного підґрунтя дискурсивної фасилітації. До них належать: лінгвістичний принцип, принцип соціального конструювання дійсності, трансформаційно-дискурсивний принцип.

*Лінгвістичний принцип* – полягає в розумінні мови як основи конструювання життєвого світу особистості та його мотиваційного виміру зокрема. Увага до мовних актів, до способів і індивідуальних правил творення конструкцій, відкриває перед фахівцем можливість доступу до практик конструювання дискурсів особистості, тематики дискурсу та сутності проблеми. Разом із тим, розуміння лінгвістичної природі дійсності відкриває можливість фасилітації змін через зміну мови, через її збагачення, ускладнення зв'язків між мовними одиницями, знайомство із новими мовними одиницями тощо.

*Принцип соціального конструювання* – полягає в розумінні дійсності як пізнаної реальності, при цьому сам процес пізнання та його результат зумовлений інтеракційними процесами. Стосунки між людьми, взаємодія, спілкування є джерелами психічного життя людини. Домінуючою формою причинності є соціальна, а відтак – стосунки між фахівцем та його клієнтом є також джерелом нового конструювання дійсності, і зміни, які відбуваються у особистості – то передусім зміни у тому, як вона конструює свою дійсність у результаті фасилітаційного процесу.

*Трансформаційно-дискурсивний принцип* – відбиває розуміння того, що дискурси змінюються; трансформації дискурсів відбуваються в напрямках тематичних, структурних та кількісних змін. Глобальним джерелом цих трансформації є інтеракційні процеси, а підтримує їх фасилітуюче середовище, у якому нові елементи дискурсу легко легітимізуються.

*Принципи методичного рівня* – стосуються реалізації методологічних принципів у практиці психологічної допомоги та є опорою для розроблення конкретних методик і технік дискурсивної фасилітації. Серед цих принципів такі: фасилітативний принцип, інтеграційний принцип, вчинковий принцип, інтеракційний принцип, принцип позиціонування.

*Фасилітативний принцип* – полягає в акцентуванні зусиль психолога не на зміні дискурсів, не на їх «корекції» або спрямуванні дискурсивних трансформацій у певному наперед визначеному напрямку, а передусім на створенні умов, за яких у просторі стосунків можливе зняття бар'єрів та перешкод для трансформацій та створюється новий суб-дискурс: безоцінного, безумовного прийняття, емпатії та конгруентності. При дотриманні фасилітативного принципу психолог визнає за особистістю право вирішувати, у якому напрямку їй потрібні зміни, мало того – визнає також він і те, що особистість може бути самоорганізованою системою, якій подекуди треба не стільки допомога, скільки саме умови для самозмін.

*Інтеграційний принцип* – полягає в розумінні того, що, незважаючи на різні джерела конструювання, а отже, різні пояснювальні моделі, методично різні напрямки психологічної допомоги є досить близькими і взаємодоповнювальними, оскільки в кожному випадку в центрі їхньої уваги перебуває один і той же предмет – психіка. Відтак відкривається можливість до системного поєднання в рамках цілісного підходу до дискурсивної фасилітації технік і методик наративної терапії, психодрами, позитивної терапії, а також специфікованих авторських технік (див. далі).

*Вчинковий принцип* – має своїм джерелом розуміння ролі вчинку та практики в процесах конструювання життєвого світу особистості. Вчинок є полусом, який відповідає за вихід за межі практик, за рамки звичаєвості, і вчинення того, що перебуває поза домінантним наративом. Тому вчинок дозволяє запуснути механізми трансформації дискурсу через не-дискурсивну реальність. Досягти змін і суттєвих трансформацій без вчинку – дуже складний і довгий процес, і наразі – навряд чи можливий, оскільки будь-які дискурсивні зміни мають пройти верифікацію як соціокультурною дискурсивною дійсністю, так і не-дискурсивною реальністю. І вчинковий принцип наголошує на цій можливості.

*Інтераційний принцип* – наголошує на важливості для трансформацій дискурсів і для підтримки досягнутих змін того соціального середовища, у якому перебуває особистість. Інтераційні мережі, до яких залучена людина, продукують дискурси, які можуть дисонувати із трансформаціями або, навпаки, перебувати в консонансі. І в першому, і в другому випадку роль інтераційного простору особистості слід враховувати, й або допомагати здобувати уміння опиратися домінуючому дискурсу, або – спиратися на нього в процесі змін.

*Принцип позиціонування* – наголошує на тому, що місце в дискурсі особистість сама дискурсивно та інтераційно визначає, а тому сама може й перевизначити, якщо матиме для цього достатньо ресурсів. У концепції позиціонування Р. Харре і Б. Девіс наголошують, що в соціальному дискурсі для людини доступним є ряд позицій, набір категорій, із якими вона може себе ідентифікувати в процесі взаємодії з іншими (*Davies, Harre, 1990*). Вибір тієї чи іншої категорії чи їх набору в конкретний момент часу і є позиціонуванням, яке є, по суті, подальшим розвитком понять «роль» та «особистісна риса». Як зазначають автори: «Позиція суб'єкта інкорпорує водночас і концептуальний репертуар, і розташування особи всередині структури прав та обов'язків для тих, хто цей репертуар використовує. Щойно прийнявши певну позицію як свою власну, особа неunikно починає бачити світ під кутом зору, властивим цій позиції, і в термінах окремих образів, метафор, сюжетних ліній і концепцій, які релевантні всередині певної дискурсивної практики, в якій вони позиціоновані» (*Van Langehove, Harre, 1998, С. 35*). Що важливо, то це те, що в теорії позиціонування «інші» розуміються як інтегральна частина

процесів позиціонування: воно є спільно створене й стосункове, прийняття позиції передбачає наявність позиції співрозмовника, і позиційні процеси включають позиції власну та іншої людини. Отже, позиція фахівця за такого розуміння процесів позиціонування, стає ключовою і, власне, може бути тим інструментом, який дискурсивну фасилітацію та її наслідок – трансформацію – робить можливою.

**Структура мотиваційно-дискурсивної фасилітації в просторі принципів та методів психологічної допомоги.** Інтегруючи принципи методологічного та методичного рівнів, два «класичних» методи психологічної допомоги (психодраму та позитивну терапію), розроблено технологічну сітку етапності та технік індивідуальної дискурсивної фасилітації. За структуроорганізувальні методи взято психодраму і позитивну психотерапію через їхню близькість до класичних методів та структурованість і водночас наявність потужних постмодерних ознак: поцінування спонтанності, креативності, творчості, готовності до змін та перебудови в разі потреби свого життєвого світу, врахування ролі соціального оточення та дискурсу, у який занурена людина, перебудова цього дискурсу в розмовний (позитивна психотерапія) або діяльнісний (психодрама) спосіб. Ну, й ще тому, що автор сам добре обізнаний щодо цих методів.

Кожна із розроблених технічних процедур перебуває на перетині принципів двох рівнів і двох етапів психодрами та позитивної терапії. Разом із тим це не означає, що в конкретних методиках реалізуються лише два принципи, – у них вони лише максимально фокусуються, при цьому поширюючись на всі техніки, загальну логіку їх побудови, етапування тощо. У технологічній сітці презентовано увесь набір технік, оформлений у чітку етапну структуру, однак це є узагальнення, генеральна лінія дискурсивної фасилітації, яка може змінюватися в кожному конкретному випадку: фахівець може обирати із цієї сітки ті техніки й ті етапи, які необхідні в роботі з конкретною особою, звісно, без деформації самої логіки фасилітації. Слід також зауважити, що одні й ті ж техніки можуть бути використані на різних перетинах технологічної сітки (звісно, за певних модифікацій), залежно від цілей, які ставить перед собою фахівець.

Наведемо описи запропонованих методик, акцентуючи увагу на їхній сутності та завданнях, які вони виконують на кожному з етапів.

*Дискурсивне дистанціювання.* Завдання цієї техніки полягає у створенні можливостей як для особи, так і для психолога дистанціюватися від клієнтського дисфункційного дискурсу, спробувавши «прочитати» його іззовні, під різними кутами зору.

Таблиця 1

### Технологічна сітка дискурсивної фасилітації

Методичні принципи	Методологічні принципи			Етапи позитивної терапії
	Лінгвістичний принцип	Принцип соціального конструювання	Трансформаційно-дискурсивний принцип	
Інтеграційний принцип	Дискурсивне дистанціювання	Рольова реконструкція дискурсу	Ментативні провокації	Дистанціювання
Інтеракційний принцип	Збагачення словника			Інвентаризація
Вчинковий принцип	Тематичне збагачення	Трансдискурсивне позиціонування		Ситуаційне підбадьорювання
Фасилітативний принцип	Збагачення практик конструювання дискурсу	Переписування наративу та оновлення ментативів		Вербалізація
Принцип позиціонування	Контекст-конструювання		Наративна фіксація змін	Розширення системи цілей
	«Розігрів»	«Гра»	«Шеринг»	
	Етапи психодрами			

Для цього фахівець використовує активне слухання та уточнювальні запитання «Що це для вас означає? Як ви це розумієте? Якби це було проблема іншої людини, що б ви про неї сказали?». Варіація цієї техніки – «психодраматичне дзеркало», в якому клієнт та фахівець міняються ролями і фахівець повторює слова клієнта, а той – спостерігає. За рахунок отримання відповідей та розширення рефлексивності особи створюється своєрідна дистанція між нею та її дискурсом. Також ця техніка – підготовчий етап до трансдискурсивного позиціонування.

*Збагачення словника.* Завданням цієї техніки є розширення мовного репертуару особи, яка бере участь у фасилітаційному процесі. Це необхідна умова розвитку психологічної грамотності, одним із вимірів якої є вміння говорити про свої думки, почуття, переживання інші стани. Адже не маючи у своєму словниковому запасі слів для позначення змістів свідомості, особистість не може їх відрефлексувати, збагнути і оприятити – вони не є для неї дійсністю і перебувають поза межами її життєвого світу. Збагачення присутнє уже у попередніх техніках. На цьому кроці цей перелік постає у центрі уваги, кожна із тем стає предметом обговорення та пояснення. Створюються умови, за яких клієнт може позиціонувати себе у рамках відповідної тематики, «приміряти» її на себе, і зберегти позицію або відмовитися від неї. У кожному випадку, - фіналом роботи є поява більшої кількості слів, та глибше їх розуміння й вбудовування у дискурс.

*Рольова реконструкція дискурсу.* Завданням техніки є залучення до «прочитання» клієнтом свого дискурсу не-дискурсивних елементів та зіставлення прочитаного тексту із текстами інших людей, у т.ч. і текстом фахівця; посилення ефекту такого «прочитання»; занурення фахівця у дискурс клієнта. Сутність техніки рольової реконструкції полягає у психодраматичній побудові «сцени» із життя клієнта, у якій той чи інший фрагмент дискурсу оприявнюється, і рольове програвання вчинків, діалогів, які відбувалися між учасниками певної ситуації. Завдяки побудові сцени, обмінам ролями та техніці «дзеркала» досягається максимально глибоке занурення у певний дискурс і ситуаційна реконструкція його.

*Ментативні провокації.* Завданням техніки – збагатити наративи клієнта ментативами, і за рахунок цього – допомогти вийти у вимір осмислення, розмірковування й у перспективі – вчинку, адже ментативна форма дискурсу власне і володіє функцією трансформації, на відміну від наративної, яка фіксує особистий досвід і інтегрує його у цілісну систему. Особі ставлять запитання: «Чому? Яким чином? За яких обставин? Який був у цьому сенс?» тощо відносно кожного наративного фрагменту, і всіляко заохочують робити це самостійно: у вигляді домашніх завдань, письмово, усно, у розмовах із іншими.

*Тематичне збагачення.* Тематичне збагачення є продовженням техніки збагачення словника у поєднанні із рольовою реконструкцією дискурсу. Завдання цієї техніки – поступове включення нових дискурсивних елементів (тем) у персональний дискурс; відстеження тих змін, які відбуваються у особистості та посилення надії. Реалізації техніки містить у собі кілька кроків: 1) вибір теми, яка потребує збагачення; 2) психодраматичне привнесення нових тем у минуле; 3) вчинкові спроби реалізації нової теми у власному житті.

*Трансдискурсивне позиціонування.* При переміщенні особи у новий дискурс, і поступове її знайомство із ним, відбувається поступове його вбудовування потому у власний дискурс. Таке позиціонування дає змогу зайняти відносно персонального дискурсу нову, свого роду «над» позицію, й прийняти з часом свідоме рішення щодо перебування у новому дискурсі. Помічними тут можуть стати: книги, фільми, нові референтні групи поза межами фасилітації, фасилітаційні групи.

*Збагачення практик конструювання дискурсу.* Завдання техніки – продовжити дискурсивне збагачення, але вже не у спосіб змістовий, а у спосіб знайомства із новими практиками конструювання дискурсу. Перший крок – знайомство із новими практиками. Другий крок – вправління у спробах конструювання особистісних текстів по-іншому, із вживанням нових практик.

*Переписування наративу та оновлення ментативів.* Мета техніки – допомогти зробити перші кроки до фіксації змін, які відбулися у дискурсі



особистості. Досягається ця мета завдяки спільній із особою роботі із огляду пройденого спільного шляху та створення історій: оновленого наративу на тему свого запиту та наративу про свій шлях у контексті участі у фасилітаційному процесі. Додатково – пропонується повторно осмислити пройдений шлях, позначити винесені уроки, зроблені висновки та відмітити власні досягнення.

*Контекст-конструювання.* Один із останніх кроків, який належить етапу «розширення системи цілей», і джерелом якого є соціальна терапія, у якому йдеться про те, у який спосіб змінити життя навколо себе, щоб проблема, з якої розпочалася робота, не виникала. Йдеться про зміну контексту власного життя, від мікро-кроків у околі власного психологічного простору, до макро-кроків, у околі родини, друзі, знайомих, незнайомих тощо. За рахунок цього – особистість стає агентом зміни дискурсів, які добре слугують і для неї самої, і для оточення. Детально розробляються рівні контекстів, плануються інтервенції, розробляються стратегії на випадок відсутності успіхів. Тривалість роботи – залежить від бажання особи, від її ресурсів та масштабів як контекстів, так і змін. Як правило, лише перші кроки відбуваються за підтримки фахівця, після чого – можливі періодичні зустрічі для обговорення результатів.

*Наративна фіксація змін.* Завдання техніки – завершити роботу й остаточно підбити підсумки, досягнуті зміни тощо. Перед останньою зустріччю особу просять написати історію свого життя, і на сесії – порівнюють її із тими історіями, які були озвучені на перших зустрічах.

## ТРАВМА І ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ

*Цей розділ – про посттравматичне зростання на робочому місці. Ми поговоримо про травматизацію і роботу – трішки статистики допоможе нам усвідомити масштаб проблеми та необхідність діяти вже зараз. Далі буде декілька рекомендацій щодо психологічної підтримки, які можна і варто реалізувати на робочому місці для підтримки працівників і, власне, підвищення ймовірності їхнього зростання. Ознайомимося також із концептом травмоцутливого робочого середовища і, звісно, поговоримо про конкретні рекомендації щодо підтримки працівників у часи коронавірусної пандемії. Завершимо розділ оглядом досліджень посттравматичного зростання на робочому місці, а також рекомендацій щодо організації підтримки такого зростання.*

### Травми і робоче місце

За офіційними даними Державної служби України з питань праці, щороку стається близько 4000 випадків травм на виробництві. Понад 1 млн осіб, які постраждали від невиробничого травматизму, це дорослі особи працездатного віку, працівники певних організацій. Взнявши до уваги 1,5 млн внутрішньо переселених осіб та близько 0,3 млн ветеранів, які тією чи іншою мірою потребують підтримки і так само є працівниками тих чи інших організацій, та врахувавши, що найбільш ефективною є допомога, яка надається в місцях, максимально наближених до проживання та праці, стає зрозуміло, що проблема травм та пов'язаних із ними розладів, а відтак і посттравматичного зростання є надзвичайно актуальною.

### Загальні рекомендації щодо психологічної підтримки працівників

Що можна зробити для підтримки працівників на робочому місці загалом? Насправді досить багато. Звернімося до зарубіжного досвіду, а саме до досвіду Великобританії. Так, 2009 року побачили світ рекомендації “Психічний добробут на роботі” (*Mental wellbeing at work, 2009*)<sup>16</sup>. У них ідеться про таке:

---

<sup>16</sup> <https://www.nice.org.uk/guidance/ph22/resources/mental-wellbeing-at-work-pdf-1996233648325>

1. “Стратегічний і координований підхід до промоції психічного добробуту працівників” – інтеграція теми психічного добробуту в політику організації та практику менеджменту; зниження дискримінації та стигми щодо проблем із психічним здоров’ям; забезпечення підтримки психічного здоров’я на етапах відбору персоналу, навчання, мотивації праці тощо; забезпечення рівних можливостей для всіх працівників, в тому числі емігрантів, частково зайнятих, позмінників тощо.
2. “Оцінка можливостей для промоції психічного добробуту та менеджмент ризиків” – тут наголошується на важливості попередньої оцінки параметрів, які мають стосунок до психічного добробуту: абсентеїзму (відсутності на роботі через хвороби), плинності кадрів, інвестицій у навчання тощо. Також в ній ідеться про важливість доведення до працівників розуміння їхньої власної відповідальності за психічний добробут, зокрема за ідентифікацію власних потреб у цій сфері. Важливо звертати увагу на раннє виявлення тих, хто може потребувати допомоги, і створювати систему підтримки для них (консультування, тренінги стрес-менеджменту тощо).
3. “Гнучкість роботи” – тут містяться настанови щодо організації робочого графіка працівників (по можливості), який би враховував їхні потреби та очікування щодо особистого і професійного життя (часткова зайнятість, робота вдома, розподілена робота, гнучкий графік).
4. “Роль лінійних менеджерів” – тут увага фокусується на підсиленні ролі лінійних менеджерів у промоції психічного добробуту за рахунок їхнього лідерства та управління. Йдеться про розвиток мотивувальних управлінських навичок менеджерів, які заохочують участь працівників у командній роботі, делегування повноважень, конструктивний зворотній зв’язок, менторінг та коучінг. Важливим є підвищення рівня розуміння менеджерами впливу управлінського стилю і практик на їхній психічний добробут, озброєння їх навичками ідентифікації та допомоги працівникам з емоційними складнощами, проблемами із психічним здоров’ям. Не менш важливо розвивати вміння щодо необхідних скерувань працівників до спеціалізованих сервісів та інших джерел підтримки.
5. “Підтримка малого та середнього бізнесу” – цей розділ стосується важливості підтримки психічного здоров’я на роботі та організації доступу до відповідних служб і сервісів працівників невеликих організацій.

## Травмочутливі робочі середовища та організації

Відколи розуміння того, що травма та її вплив на особу є не лише індивідуальною темою, а й темою, яка стосується набагато ширшої сфери (родини, друзів, колег, організацій, систем підтримки, політик у сфері психічного здоров'я тощо), виникли ідеї створення середовищ, у яких цей вплив визнається, вплив травми мінімізується, а в найкращому випадку – підтримується посттравматичне зростання.

### ***Концепція травмочутливої школи.***

Історично першою виникла концепція травмочутливої школи, про яку ми далі поговоримо, розкриємо її основні елементи та розглянемо кроки до її розвитку. За основу ми візьмемо посібник зі створення таких шкіл, розроблений у Гарвардській правовій школі (*Cole et al., 2020*).

### *Візія травмочутливої школи.*

Травмочутлива школа – це школа, в якій усі учні почувуються в безпеці, прийнятими та підтриманими, і в якій подолання впливу травми на навчання є в центрі освітньої місії школи. Виділяють шість атрибутів такої школи.

У травмочутливій школі дорослі:

- поділяють розуміння того, як травма впливає на навчання і чому всешкільний підхід необхідний для створення травмочутливої школи;
  - ідеться про всіх працівників школи, від директора до працівників господарського відділу, які розуміють, що вплив травми на життя дитини є надзвичайно великим, і дитячий травматичний досвід насправді є дуже поширеним;
  - усі ці працівники розуміють, що наслідком травми можуть бути навчальні, поведінкові або стосункові складнощі дитини (перфекціонізм, відстороненість, агресія, брак самоусвідомлення, емпатії, саморегуляції тощо).
- підтримують усіх учнів і допомагають їм почуватися у безпеці – фізичній, соціальній, емоційній та академічній;

- дитячі реакції на травму та пов'язані з ними складнощі в навчанні часто коріняться у відчутті небезпеки – тому важливо, щоб учні почувалися безпечно всюди в школі – у класній кімнаті, на ігровому майданчику, у холі, в їдальні, по дорозі в школу і з неї;
  - особливе місце посідає академічна безпека – учні повинні почуватися достатньо безпечно, щоб робити помилки під час навчання, замість приховувати їх, прикривати, уникати;
  - ризикувати – наприклад, вирішуючи математичну задачу або беручи участь у волонтерській роботі, можна лише коли кожна дитина знає, що її внесок цінуватиметься дорослими і ровесникам;
  - і тому важливими є структура та межі, які створюють та підтримують почуття безпеки.
- працюють із потребами учнів у цілісний спосіб, беручи до уваги їхні стосунки, академічні компетентності, фізичний та емоційний добробут;
- травматичний досвід працює у спосіб, при якому він радше маскує складнощі дитини, ніж проявляє їх;
  - для того, щоб зрозуміти замасковані потреби, цілісний підхід до розуміння та відповіді на потреби дитини є критично важливим;
  - учителі повинні максимізувати дитячі успіхи у школі, орієнтуючись на 4 домени: тісні стосунки із дорослими та однолітками, здатність саморегулювати поведінку, емоції та увагу, успіхи у академічній та неакадемічній сферах, фізичне та емоційне здоров'я й добробут;
  - у травмоцутливій школі визнають, що ці домени є нерозривно пов'язані, і підтримка дітей у них не обов'язково повинна відбуватися у окремий виділений час, - краще, коли ці компоненти вбудовані в чинну освітню програму.
- явно пов'язують учнів зі шкільною спільнотою, забезпечуючи їх множинними можливостями для практикування нових умінь;
- втрата почуття безпеки після пережиття травми може призвести до появи у дитини відчуття віддаленості від інших, і саме у школі діти шукають такого зв'язку;

- водночас ми часто відповідаємо негативно на пошуки дитиною уваги, особливо коли такий пошук відбувається через опозиційну поведінку;
  - тому важливо, щоб усі працівники школи розуміли, що всі діти мають потребу в залученні до спільноти, навіть ті, хто наче відкидає її;
  - тому суттєвим елементом травмочутливої школи є допомога учням у налагодженні стосунків з іншими членами шкільної спільноти, їх підтримці по мірі того, як вони долучаються до неї;
  - також у такій школі робляться свідомі зусилля для того, щоб залучити батьків та піклувальників до шкільної спільноти, і таким чином у дітей також зміцнюється відчуття справжньої залученості.
- вітають командну працю з розумінням спільної відповідальності за кожного учня;
- очікувати, що кожен окремий працівник буде сам на сам відповідати на виклики травматичного досвіду, та кожного разу «винаходити колесо» – це неефективно і це перевантажує всіх працівників;
  - травмочутлива школа відмовляється від цієї парадигми заради парадигми розподіленої відповідальності, яка передбачає спеціальний фрейм та ефективну комунікацію між усіма членами команди;
  - замість питання «Як я можу «полагодити» цю дитину?», учитель ставить собі питання «Що я можу зробити, щоб УСІ діти в школі почувалися в безпеці та брали участь у житті спільноти вповні?», інакше весь позитивний вплив, здійснений учителем у класі, буде легко зруйновано під час походу дитини, наприклад, до їдальні.
- передбачають та адаптуються до мінливих потреб учнів та громади.
- дослідники описують дуже багато наслідків впливу травми, більше того – цілі громади можуть бути під впливом травми (наприклад, епізоду насилля в громаді), яка резонує особливо сильно у школі;
  - діти можуть привносити до школи свої унікальні досвіди, травми, з якими раніше працівники не стикалися;

- шкільний персонал, буває, змінюється;
- це необхідно також визнавати і брати час на рефлексію, зупинку та адаптацію до нової ситуації.

### *Творення травмочутливої школи*

Розгляньмо тепер кроки, які варто зробити, щоб розпочати творення травмочутливої школи. Нагадаю, ми працюємо на основі рекомендацій (Cole et al., 2020). Розробники пропонують розглянути ці кроки як відповіді на низку запитань. Ці відповіді повинні дати ті, хто, власне, відчуває і розуміє потребу у творенні травмочутливої школи. Пройдімося ними й ми.

Запитання 1. Чому ми відчуваємо нагальність і терміновість стати травмочутливою школою?

Мета цього кроку – сформувати невелику, зростаючу коаліцію, яка включає шкільних лідерів, адміністрацію і готова чітко прояснити та донести до інших своє розуміння.

- Артикуляція нагальності та терміновості. Це відчуття – наче зерно майбутніх змін. Ідеться про те, що в багатьох школах працівники пріоритетними вважають академічні успіхи учнів. І ось завдання – це пов’язати чітко і явно вплив травми та ці вже визначені пріоритети. Слід розвинути у дорослих у школі цю мотивацію, цей драйвер до змін.
- Розростання коаліції через спільне навчання. Спільне читання, обговорення з колегами теми травми, її впливу на навчання, потреби у все-шкільному підході – ці речі допомагають будувати консенсус та рости команді.
- Роль керівництва. Залучення керівництва є критично важливим, адже погодження та зміни до принципів та пріоритетів школи не може відбуватися без прихильності з їхнього боку.
- Роль консультантів та помічників. Важливо мати також партнерів, які можуть допомогти із стратегічним мисленням, організацією стратегічних сесій та новим поглядом «іззовні» на процеси, які відбуваються у школі.
- Роль лідерського комітету. По мірі того, як інтерес і прихильність зростатимуть, виникне необхідність у створенні



певного комітету, який офіційно нестиме відповідальність за впровадження ідей.

- Підтримка місцевих органів влади. Успіх буде стійким, якщо не одна школа стане травмочутливою, але багато шкіл у громаді почнуть приєднуватися за підтримки місцевої влади.
- Підтримка держави. Залучення держави може відігравати важливу роль надалі щодо впровадження такого підходу по всій країні.

Запитання 2. Як ми дізнаємося, що ми готові до створення травмочутливого плану дій?

Мета цього кроку – поширити бачення малої коаліції і залучити до нього всю школу, готову до створення Плану дій.

- Поширення нагальності через спільне навчання. Коаліція має розширити свої знання – через презентації, зустрічі, спілкування з усіма працівниками школи. Можливо також подумати про спільну презентацію.
- Опитування працівників. Після цього важливо дізнатися думку та реакції працівників на те, що вони почули та побачили.
- Аналіз опитування та розмов. Через аналіз відповідей та розмов у школі після презентацій буде зрозуміло, який є рівень готовності у працівників до такого підходу: чи є критична маса працівників, готових до прийняття концепту травмочутливої школи, чи є консенсус щодо коротко-термінових пріоритетів.
- Загальна шкільна дискусія. Після аналізу даних, після презентації добре організувати другу велику зустріч, на якій відверто, глибоко та в структурований спосіб обговорити теми, ідентифіковані під час опитування, пріоритети школи тощо.

Запитання 3. Які дії допоможуть нам стати травмочутливою школою?

Мета цього питання – допомогти сформувати План дій.

- Вирішити, звідки почати. Після загальних зборів та виявлення пріоритетів комітет визначає, з чого почати.
- Мозковий штурм. Формується набір дій, заходів, які необхідно здійснити для того, що зробити внесок у реалізацію пріоритетів.
- Використання гнучкого фрейму. Після формування низки дій, щодо них гарно поставити шість питань, які допоможуть визначити, чи цій дії наближають нас до мети: 1) яку роль відіграють лідери та керівництво школи? 2) який професійний розвиток необхідний для імплементації? 3) які ресурси необхідні, які послуги для учнів, родин, працівників? 4) які стратегії підтримують імплементацію? 5) які політики, процедури, протоколи ми повинні переглянути? 6) як ми переконуємося, що родини є нашими активними партнерами?
- Розроблення кроків. Відповівши на ці питання, розробляємо кроки, які необхідно здійснити для реалізації відповідних дій.
- Погляд на План дій через «травма-лінзи». Останній крок – це подивитися на розроблені кроки та заходи через «травма-лінзи». Слід переконатися, що вони відповідають візії травмоцутливої школи.
- Планування оцінки Плану дій. Важливо на самому початку створити систему оцінки та методів збирання даних, необхідних для того, щоб зрозуміти, як ми виконуємо План і чи рухаємося в правильному напрямку.
- Поширення Плану дій серед працівників школи. Важливо не лише донести план до усіх, але й обговорити його перш ніж почати втілювати, включно із планом щодо оцінки. Можуть виникнути нові ідеї, складнощі, які раніше не бралися до уваги, тощо.

Запитання 4. Як ви дізнаємося, що ми стаємо травмоцутливою школою?

Мета цього запитання – допомогти виміряти успіх, а також рухатися далі в розвитку травмоцутливої школи.

- Неперервний, динамічний процес. Оцінка – це неперервний процес. Важливо мати регулярні зустрічі щодо Плану, його аналізу, упровадження, змін тощо.

- Аналізувати дані про прогрес. Важливо розуміти, що відбувається, які змінюється поведінка працівників, інші показники школи тощо.
- Фокус на оцінці. Кілька питань варто поставити собі: 1) чи ми виконує заходи з Плану? 2) чи працюють заходи на виконання тих пріоритетів, які планувалися? 3) чи наші дії наблизили нас до травмочутливої школи?
- Рух за межі першого Плану заходів. В певний момент виникне потреба врахувати нові пріоритети, і створити нові дії. Тож прийшов час для нового Плану дій.

*Рекомендації щодо політики розвитку травмочутливих шкіл*

Розробники посібника також дають загальні рекомендації щодо громадської політики:

1. На всіх рівнях держави повинно бути артикульовано чітке, сильне та координоване послання – травмочутливі школи є пріоритетом.
2. Закони, політики, схеми фінансування повинні підтримувати школи в цьому напрямку.
3. Професійний розвиток працівників закладів освіти повинен забезпечувати розуміння ними травми та необхідності всешкільного підходу до подолання її наслідків.
4. Школи та зовнішні організації повинні співпрацювати, щоб забезпечення послугами стало інтегрованою частиною шкільного середовища.
5. Школи повинні бути забезпечені відповідним персоналом.
6. Закони та політики повинні наголошувати, що науково обгрунтовані підходи є важливими.

Якщо вас зацікавила тема травмочутливої школи, ви можете дізнатися більше про неї, пройти онлайн-курси із її розвитку тут:

<https://traumasensitiveschools.org/>  
<https://safesupportivelearning.ed.gov/trauma-sensitive-schools-training-package>  
<https://dpi.wi.gov/sspw/mental-health/trauma/modules>

## *Травмочутливе робоче середовище*

Травмочутливе робоче середовище, концепції його створення – логічний наслідок розвитку ідеї травмочутливих шкіл. Адже вплив травми на людей, які працюють, є також важливими пріоритетом.

Утім, якщо ми розглянемо наявні розробки, то передусім наштовхнемося на травма-інформовані робочі середовища і травма-інформовані організації. У цьому випадку йдеться не про саме робоче середовище та підтримку працівників, а передусім про організації, які надають допомогу та підтримку іншим людям у травма-інформований спосіб (лікарні, служби надзвичайних ситуацій, поліція, центри психічного здоров'я та психологічної підтримки, соціальні служби тощо).

Для підтримки таких організацій розроблено низку принципів, програм навчання, настанов тощо<sup>17</sup>. Розглянемо їх коротко, перш ніж перейти до власне організацій, які впроваджують травмочутливість у контексті саме працівників.

Ресурсний центр із травма-інформованих послуг<sup>18</sup> пропонує таке розуміння травма-інформованої допомоги: «Травма-інформований підхід визнає, що організації охорони здоров'я та команди потребують комплексної картини життєвої ситуації пацієнта, щоб надати йому ефективну допомогу у напрямку до зцілення. Прийняття травма-інформованих практик може допомогти залучити пацієнта, покращити його прихильність та наслідки для здоров'я, а також покращити стан надавачів послуг і персоналу».

Завдання такого підходу:

- Допомогти усвідомити широкий вплив травми та зрозуміти шляхи до відновлення;
- Розпізнавати симптоми та ознаки травми у пацієнтів, родин та персоналу;
- Інтегрувати знання про травму у політики, процедури та практики;
- Активно уникати ретравматизації.

При цьому наголошується, що важливо впровадити цей підхід не лише щодо пацієнтів (клієнтів), а й щодо персоналу!

---

<sup>17</sup> <https://www.cpe.rutgers.edu/NJDCF2015/docs/11-Becoming-a%20Trauma-Informed-Workplace.pdf>  
<https://www.traumainformedcare.chcs.org/invest-in-a-trauma-informed-workforce/>  
<http://trauma-informed.ca/trauma-informed-organizationssystemssystems/organizational-self-assessment/>  
[https://www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/Brief-Laying-the-Groundwork-for-TIC\\_11.10.20.pdf](https://www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/Brief-Laying-the-Groundwork-for-TIC_11.10.20.pdf)

<sup>18</sup> <https://www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma-informed-care/>

Ключові принципи травма-інформованого підходу пропонуються такі:

- Безпека (організації, пацієнтів, працівників, фізична та психологічна)
- Довіра та прозорість (рішення приймаються прозоро, з метою побудови і підтримки довіри)
- Підтримка рівних (особи зі спільним досвідом залучаються до організації і до роботи)
- Співпраця (владні відмінності між персоналом та пацієнтами вирівняно завдяки спільному ухваленню рішень)
- Підсилення (сильні сторони пацієнтів та персоналу визнаються і розвиваються, зокрема відновлюваність та здатність зцілитися від травми)
- Поступливість та чуйність (упередження, стереотипи, історичні травми визнаються та долаються).

Кроки до перетворення організації на травма-інформовану пропонуються такі:

1. Будувати усвідомлення та генерувати залучення інших до травма-інформованого підходу.
2. Підтримувати культуру добробуту персоналу.
3. Наймати персонал, який розуміє цінність травма-інформованого підходу.
4. Творити безпечне фізичне, соціальне та емоційне середовище.

Якщо вести мову про травмочутливе середовище, яке повинно бути створене у самій організації, - варто звернутися до рекомендацій «Стратегії на робочому місці для психічного здоров'я» (Канада)<sup>19</sup>.

Ідеться про те, що хоча організація не може гарантувати, що працівник ніколи не зазнає травм (хоча мусить зробити все, що в її силах для цього), вона одна може зробити багато чого щоб попередити важкі наслідки травми у працівників через низку дій, починаючи від здатності відреагувати на саму подію до забезпечення доступу до необхідної підтримки після травми. Також вказані стратегії можуть забезпечити підтримку працівникам, які зазнали травм поза роботою.

Стратегії, які можуть бути впроваджені у організаціях:

- Створити репрезентативну групу. Завдання її буде зрозуміти та відстежувати потенційні ризики травматизації, пропонувати інформацію керівництву.

<sup>19</sup> <https://www.workplacestrategiesformentalhealth.com/resources/trauma-in-organizations>

- Організувати інформаційні сесії із зовнішнім фахівцем. Його завдання – говорити із працівниками про травми, їхній наслідки, можливі реакції людей на травми тощо.
- Симуляція або обговорення потенційних травм. Це може бути симуляція пожежі, інших ситуацій, із наступним обговоренням потенційних реакцій та способів покращити ситуацію.
- Створити «безпечну кімнату». Це місце, де люди зможуть побути в часі, коли почуватимуться перевантаженими, переживатимуть надмірний стрес.
- Розглянути можливість підтримки родин працівників через консультації. Ця служба може приймати дзвінки від родин, які занепокоєні працівником.
- Впровадити заходи із підсилення соціальної підтримки всередині організації. Йдеться про заходи із командотворення, супервізування, менторингу, між-командна співпраці тощо.
- Переконатися, що лідери є добрими комунікаторами.
- Забезпечити фахівців із людських ресурсів навчанням і тренінгами.
- Забезпечити тренінгами із емоційного інтелекту усіх працівників.
- Де можливо, вбудувати час перепочинку між проектами.
- Переконатися, що існує зв'язок і контакт із працівниками, які відсутні через пережиття травми.
- Відстежувати кількість травматичних та стресових подій.
- Розглянути впровадження програм підтримки рівний-рівному.

Стратегії, які можна впровадити щодо лідерів:

- Надихнути лідерів досліджувати їхню толерантність щодо стресу.
- Підготувати лідерів забезпечувати чіткість і ясність інструкцій.
- Забезпечити, щоб усі лідери мали досвід користування службами підтримки працівників.
- Мати щотижневі зустрічі для обговорення викликів і складнощів.
- Визнавати, що сором, провина, звинувачення можуть погіршити дистрес.

Стратегії, які можна впровадити щодо працівників:

- Визнати, що спосіб опрацювання стресу чи травми є індивідуальним і може різнитися у різних людей.

- Надихати працівників шукати підтримку.
- Допомогати працівникам здобувати об'єктивний погляд на травму.
- Забезпечувати адекватний час і простір для горювання.
- Запитувати працівників, що їм потрібно, замість того, щоб говорити, що їм робити.
- Запитувати працівників, які переживають наслідки травми, що вони хочуть щоб знала їхня команда.
- Показувати працівникам турботу про їхній добробут.
- Будьте свідомі щодо процесів комунікації – радше комунікувати щось особисто, ніж пересилати особі у стані пережиття наслідків травми листи.
- Перевіряйте стан працівників регулярно.

У разі бажання – ви можете провести самооцінку того, наскільки ваша організація є чутлива щодо травми: <http://trauma-informed.ca/trauma-informed-organizationssystem/organizational-self-assessment/>

### Підтримка працівників у часи коронавірусної пандемії

Цей текст було підготовлено для підсилення уваги до добробуту працівників в часи пандемії та інших кризових подій. Надані рекомендації є узагальненням настанов від низки міжнародних організацій. З українськими перекладами ви можете ознайомитися за посиланнями<sup>20</sup>.

Під час пандемії, у кризові часи, в періоди роботи понаднормово, у ситуаціях небезпеки ви можете переживати такі стани:

- Робота на «автопілоті», у режимі «повної швидкості» та нехтування правилами безпеки;
- Періоди виснаження, перевтоми, роздратованості, пригнічення та втрати працездатності;
- Почуття образи та думки про те, що вас не цінують;
- Відстороненість від роботи, втрата працездатності та мотивації, почуття власного безсилля;
- Бажання вжити непродуктивні стратегії додання стресу – алкоголь, тютюн, обмеження сну тощо.
- Почуття провини, думки про те, що «треба було зробити по іншому»;
- Інші дискофортні відчуття чи переживання, які вас турбують

<sup>20</sup> <https://npa-ua.org/materiali-po-covid19-dlya-psihologiv/>



Як не дивно, але найдієвіші поради часто є на перший погляд найпростішими. Утім, ефект виникає лише якщо їх дотримуватися і впроваджувати в своє щоденне життя.

1. Дбайте про фізичну безпеку та фізичний стан. Ваші засоби індивідуального захисту мають бути під рукою. Важливо дбати про постійний доступ до їжі та води, ви не повинні бути голодними та спраглими. Організуйте собі «безпечний простір» – місце і час, закриті від пацієнтів, де ви можете хоча б трішки побути на самоті або з колегами. Дотримуйтеся норм сну, а якщо не вдається – ловіть моменти хоча б короткого сну вдень. Додайте щоденну фізичну активність – ранкову зарядку, прогулянку на роботу чи з неї тощо. Шукайте можливості щоб балансувати роботу та відпочинок.
2. Дбайте про психологічні ресурси. Передусім діліться своїми почуттями та переживаннями. Дайте собі дозвіл на пригнічення, стрес, тривогу – це цілком ОК бути не ОК у такій ситуації. Ви не «розсіплетеся» від цього, а навпаки – станете сильнішими, визнавши свої стани. Зверніться до ресурсів вище: «почитати», «подивитися» та «поспілкуватися».
3. Дбайте про межі. Встановіть та донесіть до інших правила комунікації: час, коли вам можна телефонувати і коли ви не можете спілкуватися, коли ви телефонуєте на неприйнятні виклики, коли відповідаєте на запити дистанційно, що робити у випадку раптового погіршення стану та неможливості отримати вашу допомогу.
4. Дбайте про соціальні ресурси. Спілкуйтеся із друзями, за бажанням майте позаробоче спілкування із колегами, додайте більше спілкування із рідними та близькими.
5. Знайдіть свою «місію». Пережити важкі часи допомагають також цінності та місія – щось важливе, що ми робимо у своєму житті. Це може бути впровадження програм з підтримки психічного здоров'я ваших колег 😊
6. Звертайтеся по допомогу. Якщо після виконання цих рекомендацій протягом двох тижнів ваш стан не покращився, звертайтеся по допомогу – «гарячі лінії» стануть вам у пригоді.

Ваші колеги можуть так само переживати непрості часи, тож підтримуючи їх, ви тим самим підтримуєте і себе, адже наші стосунки, мабуть, найцінніший із наявних ресурсів.

**Спостерігайте і Слухайте.** Ваші колеги, як і ви, мабуть, часто приховують свої стани, щоб не видатися слабкими. Спостерігайте за ними – за проявами перевтоми, роздратованості, пригніченості, іншою нетиповою поведінкою.

**Реагуйте.** Перше, що можна зробити, це проявити знаки уваги і підтримки – чашка чаю, пропозиція підмінити чи допомогти, нагадування про важливість перерв та прийомів їжі.

**Розмовляйте.** Друге – це ініціюйте розмову, запропонувавши вислухати та обговорити складнощі. Скажіть, що інколи від спілкування стає легше. У разі відмови залиште «двері відчиненими».

**Скеруйте до ресурсів.** Поділіться тими стратегіями, з якими ви вже познайомилися, та запропонуйте обговорити, що з цього колега може використати. У разі кризового стану скеруйте на «гарячі лінії».

## Посттравматичне зростання на робочому місці

### Перші дослідження.

Якщо тема посттравматичного зростання є сама по собі відносно новою (порівняно із дослідженнями інших психологічних феноменів), то посттравматичне зростання на робочому місці – фактично terra incognita для психологів. У 2005 році з'явилося перше узагальнення невеликого на той час масиву досліджень посттравматичного зростання працівників сфери захисту населення (поліції, пожежних, рятувальників тощо) (Paton, 2005).

Виявилось, що можна виділити три групи факторів посттравматичного зростання у таких працівників, а також особливості їхньої дії в межах організаційного контексту:

1. **Особисті фактори.** Ідеться про низку особистісних рис, які корелюють із наступним посттравматичним зростанням після пережиття травми. Цими рисами виявилися такі: екстраверсія, відкритість до нового досвіду, свідомість, самоефективність, оптимізм, надія. Втім, є низка застережень щодо висновків дослідників: передусім, малий масив даних – отримані висновки можуть бути артефактом; далі – ймовірна роль стратегій, у тому числі когнітивних, які тут не досліджувалися; далі – роль самовідбору, при якому у певну професію йдуть люди із певним набором стратегій, уявлень про світ тощо; останнє – сумнівність самого концерту «рис особистості», який зазнає все більше і більше критики (інакше кажучи – все більше дослідників вважають, що рис особистості не існує, це уявний конструкт).
2. **Когнітивні фактори.** Ідеться про наявність у працівників когнітивних навичок до позитивної реінтерпретації подій та до пошуку переваг. Окремо виявлено важливий фактор – уміння знайти сенс у роботі. Виявилось, що чим більше сенсу людина

бачить у своїй праці, тим більше шансів, що вона матиме досвід посттравматичного зростання.

3. **Організаційні практики.** Ідеться про дві групи практик – загальні практики, які не мають прямого стосунку до травми та психічного здоров'я, та практики соціальної підтримки. Щодо *загальних практик*, то виявлено, що сильний вплив на симптоматику травматичного стресу мають брак консультацій із працівниками, погана комунікація, жорсткі необгрунтовані правила. На ознаки посттравматичного зростання мають прямий і сильний вплив делегування повноважень, наявність відповідальності, визнання доброї праці. Щодо практик *соціальної підтримки*, то наголошується на важливості задоволення наданою підтримкою як предиктор посттравматичного зростання, особливо – задоволеність емоційною підтримкою. Сюди ж відноситься формування «групового копінгу» – групових активностей, які роблять внесок у зростання. Ідеться, наприклад, про ділення досвідом прийняття складних подій та спільних дій із їх подолання. Важливим є практики визнання та побудови ефективної співпраці в часі криз, та спільна праця над конструюванням розуміння досвіду та кращої підготовки до майбутніх криз. Також суттєвий вплив на посттравматичне зростання польових працівників (офіцерів), як виявилось, мають менеджери. Менеджерська поведінка передає далі організаційну культуру, і наприклад тенденція менеджерів до алокації провини (звинувачувати самих працівників, обставини, інше) та уміння підтримувати вираження емоцій працівниками, може сприяти або блокувати елементи посттравматичного зростання. Серед інших менеджерських практик було виділено:

- допомагати офіцерам визнавати, що вони зробили максимум можливого;
- допомагати приймати вплив неконтрольованих елементів ситуації на їхню працю;
- дізнатися про їхні реакції та підтримувати позитивні прояви емоцій;
- працювати разом щоб краще зрозуміти травматичний досвід;
- підтримувати офіцерів в ідентифікації ресурсів, які допомогли їм справитися із надзвичайною ситуацією;

- разом створювати плани, як у майбутньому справитися із такою ж ситуацією ефективно.

Варто також відзначити роль спеціалізованих заходів із підтримки посттравматичного зростання. Йдеться про тренінг, метою якого було допомогти учасникам здобути когнітивні схеми акомодатії здобутого травматичного досвіду у спосіб, який підтримує посттравматичне зростання (*Paton, 2005; Paton & Burke, 2007*). Передбачалося, що тренінгом буде охоплено три сфери:

1. Процедурна сфера. Забезпечення офіцерами реалістичних очікувань щодо своєї праці, її результатів, симуляційне практикування, яке кидає виклик цим припущенням, навчання розрізняти особистісні та ситуаційні фактори, які роблять внесок у ефективне реагування на надзвичайну ситуацію. Інакше кажучи, офіцерів навчали розрізняти свою відповідальність та вплив факторів, які вони не могли контролювати та передати.
2. Сфера відчуттів та досвіду. Йдеться про систематичну експозицію до вигляду, звуків, запахів катастроф, та навчання розумінню того, з чого складається нормальна реакція та почуття щодо нетипових ситуацій.
3. Інтерпретаційні процеси. Ідеться про розвиток індивідуальних та групових процедур, які можуть допомогти розглянути досвід як навчальну можливість для покращення майбутніх компетентностей.

### **Вікарне посттравматичне зростання**

На концепті «вікарного посттравматичного зростання» слід зупинитися окремо, адже він так само відкриває «вікно можливостей» як для психологічних досліджень, так для подальшого впровадження їх результатів у практику. Зокрема, в організаційну практику, адже вікарне посттравматичне зростання і виявили саме в контексті організаційному, досліджуючи тих, хто допомагає тим, хто пережив травму (зокрема, психологів та психотерапевтів).

Нагадаємо спершу про **вікарну травму** – ідеться про низку емоційних, когнітивних та інших наслідків, які переживає особа, спостерігаючи за травмою, отриманою іншою особою (*Pearlman & Saakvitne, 1995*). Зрозуміло, що ризик мати таку травму найбільше мають фахівці, які зобов'язані працювати із людьми, які травми пережили (чи переживають): поліція, рятувальники, психологи-травматерапевти тощо.

Щодо **вікарного посттравматичного зростання**, то перший огляд і систематизацію праць у цій царині було зроблено лише 2013 року

(Cohen & Collens, 2013; Hyatt-Burkhart, 2014). Автори зазначають, що наразі не створено специфічних теоретичних моделей, які пояснюють феномен вікарного посттравматичного зростання. Утім, вже є низка цікавих даних:

- поява позитивних змін після пережиття вікарної травми вже зафіксована у низці досліджень;
- серед цих змін виявлено: поява розуміння цінності духовного розвитку, підвищення визнання того, що особі пощастило; підсилення оптимізму; підвищення рівня почуття єдності, емпатії, соціальної підтримки та організаційної підтримки;
- найцікавіше – це те, що для появи ознак вікарного посттравматичного зростання, працівник (у даному випадку – психолог-травматерапевт) повинен мати експозицію до посттравматичного зростання свого клієнта.

Інші важливі результати аналізу полягають у виокремленні 4х тем, релевантних роботі травма-фахівців у контексті пережиття вікарних травм та посттравматичного зростання.

*Тема 1. Емоційні та соматичні реакції на роботу із травмою.* Слухання історії клієнта, розповідей про травму, призводить до появи почуттів суму, злості, страху, фрустрації, безпорадності, відчаю та шоку. Також інколи фахівці говорять про появу соматичних симптомів – оніміння, нудота, втома, потяг до солодкого. Ці реакції проявляться і тривають між сесіями, і часто призводять до безсоння, дратівливості та дистресу від надмірних переживань.

*Тема 2. Копінг з емоційним впливом роботи із травмою.* Щоб справитися із цими почуттями і переживаннями, працівники використовують низку стратегій: менеджмент робочого навантаження, диверсифікація робочих ролей (додавання до індивідуальної терапії супервізій, навчання тощо), додаткове навчання щодо травми та стресу, промоція неавторитарного та інклюзивного стилю праці, підтримка рівний-рівному, підтримка з боку родини та друзів. Важливий момент копіngu – це щоденна поведінка, зокрема, поведінка само-піклування: вправи для зниження стресу, здорове харчування, відпочинок, медитації. Також була згадана власна психотерапія, як ефективний спосіб у безпечній атмосфері дослідити свої почуття та розробити стратегії для поліпшення стану.

*Тема 3. Вплив роботи із травмою на схеми та поведінку.* Виявлено, що ті, хто працюють із травмою, часто залучені до міркувань про сенс життя, переосмислення свого досвіду та поглядів на світ. Багато хто відмічав зміни у переконаннях, ставленнях до світу та інших, зміни цінностей та сприйняття себе. І зміни ці відбувалося як у позитивному, так і в негативному напрямках. Серед частих негативних змін – формування

погляду на світ як на небезпечне місце та цинічного ставлення до дійсності. Серед позитивних – натхнення від опірності та «сили людського духу» клієнтів, цінування родинних та соціальних зв'язків, почуття соціальної справедливості, зростання співчутливості та прийняття інших, відчуття власної цінності.

*Тема 4. Процес зміни схем та пов'язані фактори.* Ті, хто мають більший досвід та тривалість роботи, були менш перевантажені емоційними впливами та дистресом. Важливою виявилася віра працівників у те, що вони можуть справитися з наслідками. Перебування клієнтів у ролі свідків посттравматичного зростання також виявилось гарним предиктором вікарного посттравматичного зростання.

Зважаючи на отримані результати, дослідники пропонують кілька практичних рекомендацій щодо підтримки вікарного посттравматичного зростання на робочому місці працівників, які працюють із травмою:

- Упровадження систем організаційної підтримки для менеджменту впливу роботи із травмою на працівників. Ідеться про розроблені процедури, підтримуючі структури, плекання організаційної культури, яка визнає вплив травми на особу.
- Забезпечення тривалішого контакту між працівником та клієнтом, щоб з'явилася можливість спостерігати та бути свідком процесу відновлення та зростання.
- Формування цілісного погляду на роботу з травмою, при якій ми розуміємо комплексність явищ посттравматичного зростання та вікарної травматизації, і не розглядаємо як у форматі бінарної опозиції.

### **Посттравматичне зростання на робочому місці: модель С. Майтліс**

Дослідниця Саллі Майтліс із Оксфордського університету (Sally Maitlis) узагальнила результати попередніх досліджень, причому не лише щодо посттравматичного зростання працівників, пов'язаних із травмами через специфіку роботи, а й щодо посттравматичного зростання на «звичайній» роботі. І в результаті, в 2020 році, презентувала цілісну модель посттравматичного зростання на робочому місці, яку ми тут і розглянемо (*Maitlis, 2020*).

Передусім у своєму огляді вона відзначає, що наявний масив досліджень можна розбити на три групи:

- дослідження посттравматичного зростання на роботі, яка прямо пов'язана із травмами – поліція, військові, рятувальники тощо.
- дослідження в царині вторинної травматизації (вікарної травми) та вікарного посттравматичного зростання – психологи-травматерапевти, інші фахівці, які мають експозицію до травм клієнтів\пацієнтів.
- дослідження посттравматичного зростання на «звичайній» роботі.

Ми вже робили огляд перших двох типів досліджень, тож перш ніж перейти до розгляду самої моделі, хочу коротко познайомити вас із узагальненнями, які зробила С. Майтліс щодо зростання на «звичайній» роботі.

Передусім варто відмітити, що в цих дослідженнях більшою мірою йдеться не про травму в повному сенсі цього слова, адже розглядається вплив таких подій, як втрата роботи, відмова в підвищенні, стосунки, які порушують особисті межі, тощо. Однак було виявлено кілька цікавих наслідків:

- почуття натхнення щодо створення можливості для працівників бути почутими керівництвом;
- більше співчуття до пацієнтів;
- розширення або конструювання нової професійної ідентичності;
- глибше розуміння себе;
- більша особистісна сила та незалежність;
- сприйняття себе як сильніших, впевненіших;
- відкриття задоволення від допомоги іншим;
- розвиток лідерських якостей.

Отже, посттравматичне зростання може відбуватися і на «звичайній» роботі.

Наведемо далі модель посттравматичного зростання, розроблену С. Майтліс (рис. 3).



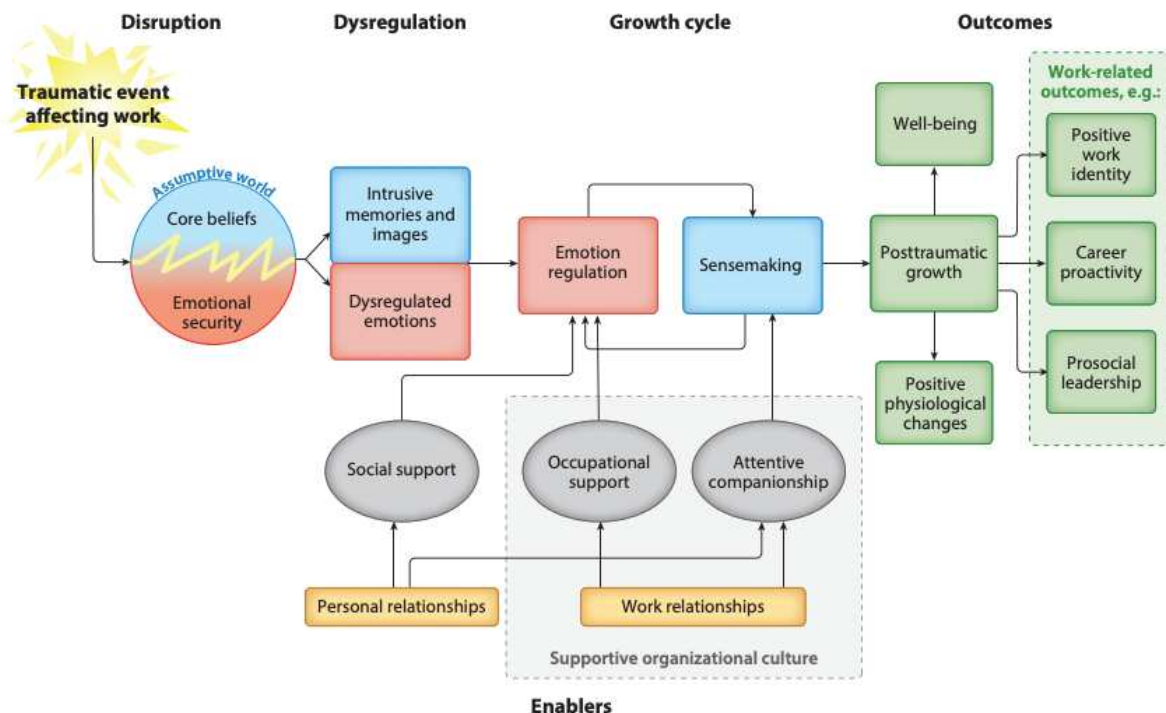


Рис. 3. Модель посттравматичного зростання на робочому місці С. Майтліс (Maitlis, 2020, с. 402).

Модель містить опис процесу посттравматичного зростання, його механізмів, наслідків, а також підтримувальних факторів.

Починається все із травми, яка руйнує нашу модель світу та призводить до порушення емоційної безпеки – з’являються дизрегуляції в когніціях та емоціях. Власне, далі розпочинається рекурентний цикл покращення емоційної регуляції і творення нових сенсів, підтриманий наявною соціальною підтримкою, професійною підтримкою на робочому місці та чутливим товариством. У результаті виникає феномен посттравматичного зростання, наслідками якого є покращення добробуту, позитивні фізіологічні зміни та низка змін, пов’язаних із роботою (позитивна професійна ідентичність, кар’єрна проактивність та просоціальне лідерство).

Відповідно, пропонується низка практичних заходів, які можуть бути здійснені для підтримки процесу посттравматичного зростання на роботі:

I. Менеджмент дистресу та емоційна регуляція. Підтримувальний фактор – професійна підтримка.

Для особи корисно:

- бути відкритою до підтримки, яка може бути запропонована на роботі;

- шукати допомогу через формальні і неформальні канали в організації.

Організаціям важливо:

- приділяти увагу та час колегам, які страждають;
- будувати організаційну культуру, яка підтримує працівників, які мають посттравматичні складнощі;
- налагодити процеси, за допомогою яких працівники, котрі страждають, можуть отримати фахову допомогу;
- цінувати та підтримувати колег і менеджерів, які виділяють час для підтримки працівників у стані дистресу.

II. Творення сенсів щодо досвіду, себе, майбутнього. Первинний підтримувальний фактор тут – це чутливе, підтримувальне товариство.

Для особи корисно:

- ділитися історіями з тими, кому вона довіряє; вони мають помічати, як ви їх розповідаєте і як змінюєтеся із часом.

Організаціям важливо:

- слухати з емпатією і терпінням, коли працівник ділиться своїм новим досвідом творення сенсів;
- з часом ідентифікувати нові розуміння працівника як позитивні зміни;
- розробити формальні ролі, які включають «чутливе товариство»;
- творити організаційні умови, які плекають довіру та психологічну безпеку.

## КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА ЯК ТРАВМА І ЧИ МОЖЛИВЕ ЗРОСТАННЯ ПІД ЧАС І ПІСЛЯ НЕЇ?

*У цьому розділі ми спробуємо дослідити, чи є травматичний потенціал у коронавірусної хвороби – інакше кажучи, чи може пережиття COVID-19 бути травмою, і якщо так – то чи може вона мати наслідком посттравматичні реакції. Але найважливіше – ми розглянемо результати дослідження, в якому показано, що і посттравматичне зростання після коронавірусу також можливе, і можливе також зростання після вікарної травми, отриманої через пережиття хвороби близькими.*

### Вступ до дослідження: коронавірус і посттравма

COVID-19 увірвався в наше життя, спричинивши чимало змін, в основному руйнівних і спричинених різними факторами: прямими, як-от пережиття самої хвороби і її наслідків, та опосередкованими, як, наприклад, наслідки локдаунів, економічні ефекти від втрати роботи, психологічні наслідки переходу на дистанційні форми праці, загальна ситуація невизначеності. Усі ці наслідки будуть досліджуватися і досліджуються вже, тож у низці публікацій можна ознайомитися з попередніми результатами дослідження короткотермінових наслідків пандемії. Так, у більшості з них зазначається, що спостерігається зростання різноманітних страхів, постійної тривоги, почуттів фрустрації та нудьги, самотності, зміни у стилі життя та складнощі адаптації, а також зростання кількості психічних розладів серед населення, погіршення стану тих, хто вже мав психічні розлади (*Serafini et al., 2020; Saladino et al., 2020; Pan et al., 2020; Singh et al., 2020; Brooks et al., 2020*).

Однак поряд із цими даними почали з'являтися нові результати досліджень, які ставили за мету з'ясувати, а чи можливе посттравматичне зростання в цій всій ситуації. Даних поки що мало, але вони свідчать на користь такого припущення.

Наприклад, дослідження з участю медичних сестер першої лінії (Китай, три лікарні) засвідчило, що показники посттравматичного зростання їх перебувають на рівні від середнього до високого. Вплив на показники зростання чинять такі фактори, як стаж роботи, впевненість у своїй праці, свідомість щодо ризиків, надані психологічні інтервенції або тренінги, а також свідома румінація (*Cui et al., 2020*).

В іншому дослідженні, проведеному в Ізраїлі, спробували дослідити, як попередній досвід пережиття ПТСР та посттравматичного зростання впливають на інтенсивність перитравматичних реакцій у часи пандемії (*Hamat et al., 2020*). Передусім з'ясували, що фактори ризику

перитравматичних реакцій такі: молодший вік, жіноча стать, перебування в карантині, негативна оцінка власного стану здоров'я та наявність посттравматичного стресового розладу до пандемії. Щодо посттравматичного зростання, то виявили, що наявність високих показників посттравматичного зростання після пережитого раніше посттравматичного стресового розладу є ризиком до зростання пандемічної перитравматичної симптоматики (інтрузії, уникання та гіперзбудливість).

Інші дослідники пропонують кілька кроків, які варто здійснити в організаціях, щоб підтримувати посттравматичне зростання своїх працівників під час пандемії (*Olson et al., 2020*):

1. Виділяти час для оцінки того, як особа або організація була вражена пандемією, і що може бути вивчено із цього досвіду. Одне із завдань такої оцінки є формування нового образу «нової нормальності».
2. Ідентифікувати рольові моделі (особи чи організації), які проросли крізь негаразди.
3. Навчитися дивитися на ситуацію з обох боків – і з боку травми з відповідними наслідками, і з боку можливостей для удосконалення чи покращення ситуації: «Як пандемія може стати каталізатором зростання чи змін?».
4. Оцінити, як цей досвід може служити для поєднання особи чи організації з людством і суспільством, забезпечувати щирість і плекати альтруїстичні рішення.

Власне, маючи наразі такий невеликий масив даних, було прийнято рішення спробувати оцінити ймовірність посттравматичного зростання у громадян України.

Мета дослідження: аналіз потенціалу посттравматичного зростання та чинників, які можуть фасилітувати цей процес.

Об'єкт дослідження: посттравматичне зростання.

Предмет дослідження: закономірності та чинники посттравматичного зростання в осіб, які мали досвід зіткнення із COVID-19.

Гіпотеза:

- 1) коронавірусна хвороба може бути травмою, а відтак провокувати ризик виникнення низки посттравматичних стресових реакцій;

- 2) за наявності низки характеристик (середня ступінь травматизації, наявність наративних та стосункових ресурсів) є висока ймовірність виникнення посттравматичного зростання.

#### Завдання дослідження:

1. Дослідити можливості появи посттравматичних стресових реакцій та посттравматичного зростання унаслідок пережиття коронавірусної хвороби та пережиття її близькими людьми.
2. Дослідити взаємозв'язки між компонентами посттравматичного зростання та посттравматичного стресу в осіб із різним досвідом пережиття хвороби.
3. Виявити ресурси, завдяки яким збільшується ймовірність посттравматичного зростання та можливості його супроводу.

#### Методи та організація дослідження.

Збирання даних було розпочато з червня 2020 року і триває до сьогодні у форматі заповнення учасниками онлайн-анкети (Google Forms). Перша частина анкети містить інформаційну частину: вік, стать, наявність досвіду хвороби, наявність досвіду хвороби у близьких людей, наявність такого досвіду у друзів, загальна оцінка зміни свого стану від початку пандемії. Друга частина анкети – «Опитувальник посттравматичного зростання» (PTGI) (Зубовський, 2018), третя частина – «Контрольний перелік симптомів посттравматичного стресу» (PCL-5) (Bezsheiko, 2016). Четверта частина – прохання описати та узагальнити свій досвід пережиття пандемії, хвороби – вільний наратив. Усі інструменти адаптовані для використання українською мовою.

Проміжні дані, зібрані станом на 20 листопада 2020 року, було завантажено та піддано аналізу (кількісному та якісному).

#### Характеристики вибірки та описові статистики.

Середній вік учасників дослідження – 36 років (SD=10,01), з мінімальним віком 18 років та максимальним – 69 років. Стать – 158 жінок (88,8%) та 20 чоловіків (11,2%). Загальний обсяг вибірки – 178 осіб.

Серед учасників дослідження 106 осіб самі не хворіли на коронавірус (59,6%), 72 особи мали такий досвід (40,4%).

Чи ви хворіли на COVID-19?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ні	106	59.6	59.6	59.6
	Так	72	40.4	40.4	100.0
	Total	178	100.0	100.0	

Зазначили, що їхні близькі хворіли 77 осіб (43,3%), не хворіли близькі у 99 осіб (55,6%).

Чи ваші близькі хворіли на COVID?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ні	99	55.6	55.6	56.7
	Так	77	43.3	43.3	100.0
	Total	178	100.0	100.0	

Мали друзів, які хворіли, 93 особи (52,2%). Не мали таких друзів 84 особи (47,2%).

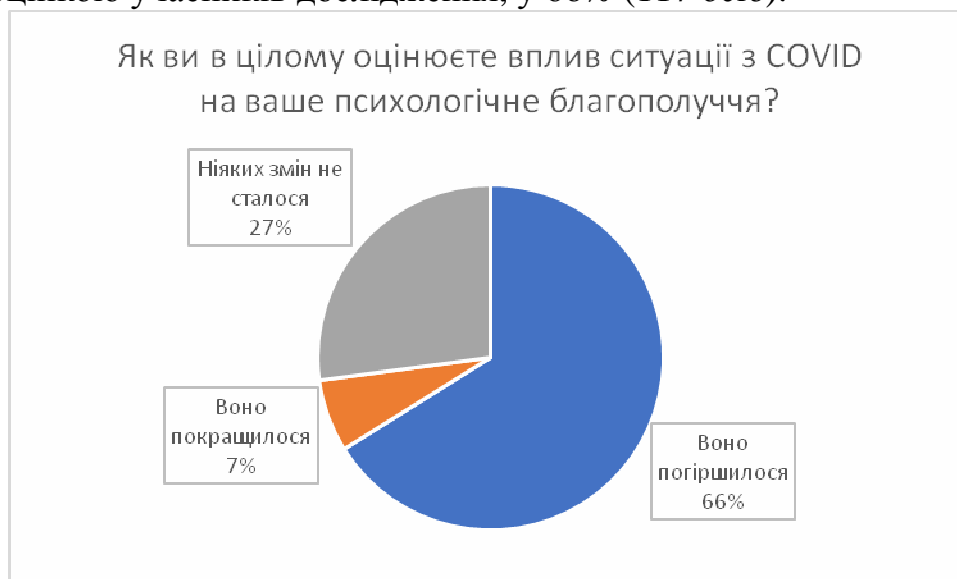
Чи ваші друзі хворіли на COVID?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ні	84	47.2	47.2	47.8
	Так	93	52.2	52.2	100.0
	Total	178	100.0	100.0	

## Результати дослідження.

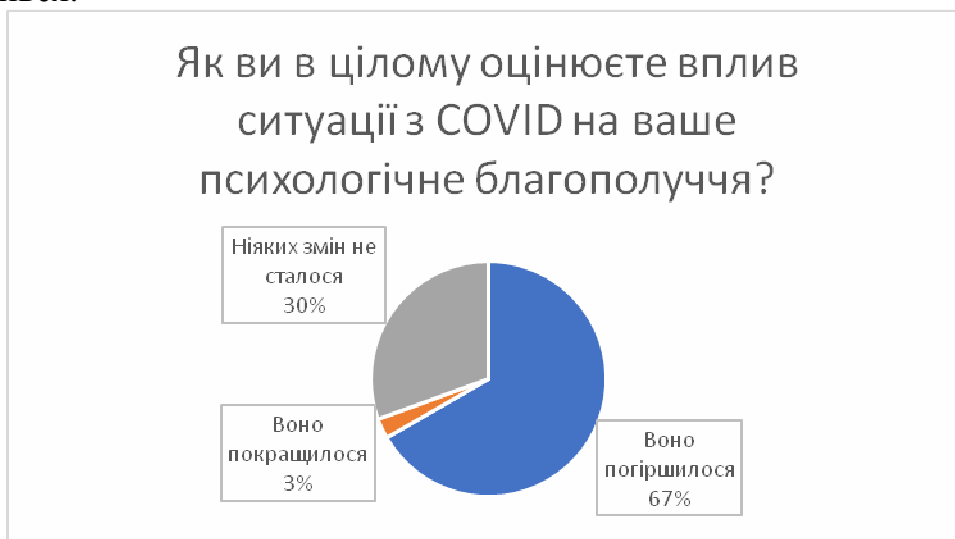
### Порівняння показників самооцінки змін власного психологічного добробуту

Загалом по всій вибірці лише 7% осіб відмітили, що їхнє психологічне благополуччя покращилося (12 осіб). Ніяких змін не помітили 27% (48 осіб). Погіршився стан психологічного благополуччя, за самооцінкою учасників дослідження, у 66% (117 осіб).



Серед тих, які самі мали досвід хвороби (72 особи), лише 3% (2 особи) відмітили покращення свого психологічного добробуту. У

30% (22 особи) ніяких змін не сталося, а у 67% (48 осіб) суб'єктивно стан погіршився.

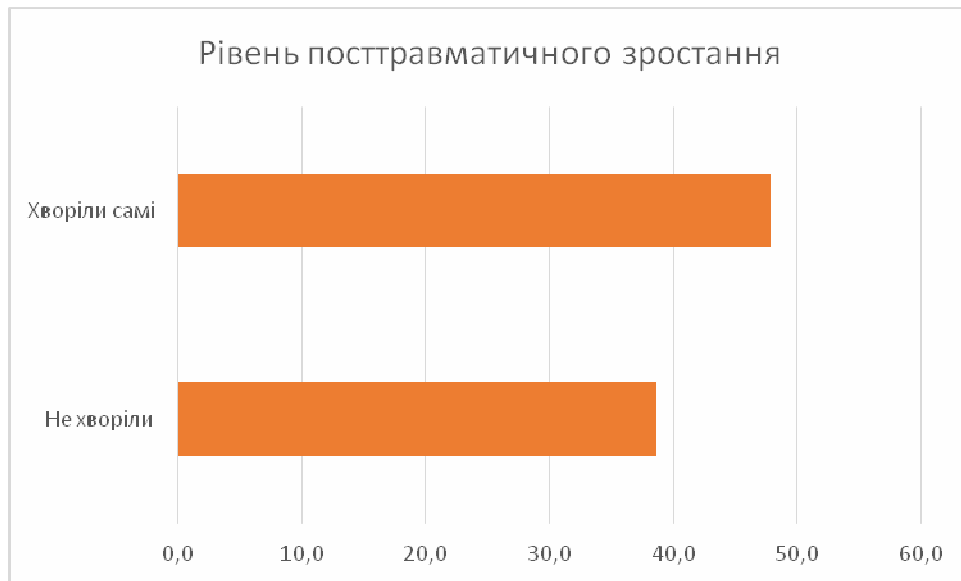


Дані по вибірці осіб, які самі не мали досвіду хвороби (незалежно від наявності такого досвіду у близьких та друзів), є такі: 9% відмітили покращення (10 осіб), 25% (26 осіб) - ніяких змін не помітили, 66% (69 осіб) мали суб'єктивне погіршення стану.

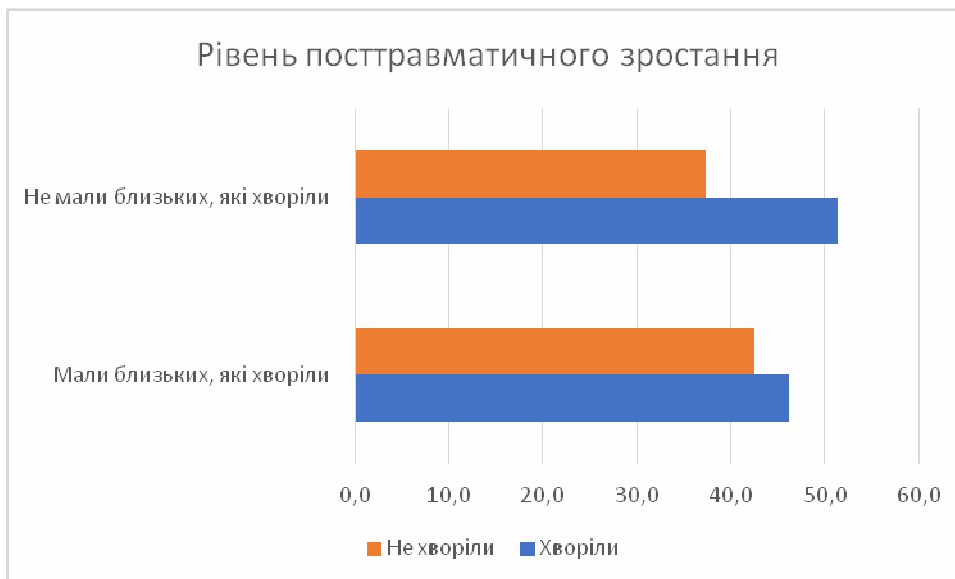


### **Порівняння показників посттравматичного зростання**

Середній показник посттравматичного зростання (як середнє арифметичне суми балів за всіма 5 шкалами) серед осіб, які хворіли самі, становить 47,8 бала, а серед тих, які не хворіли, 38,7 бала.



Аналіз розподілу середніх показників всередині цих груп за критерієм наявності близьких, які хворіли, дав такі показники: хворіли самі і мали близьких, які хворіли – 46,2 бала, хворіли самі і не мали близьких, які хворіли – 51,4 бала; не хворіли, але мали близьких, які хворіли, – 42,6 бала, не хворіли і не мали близьких, які хворіли, – 37,3 бала.

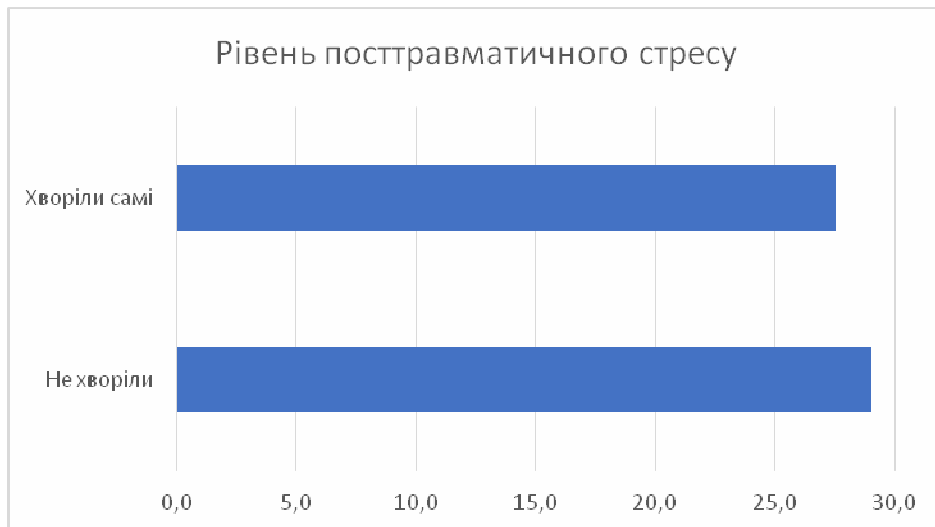


### Порівняння показників посттравматичного стресу

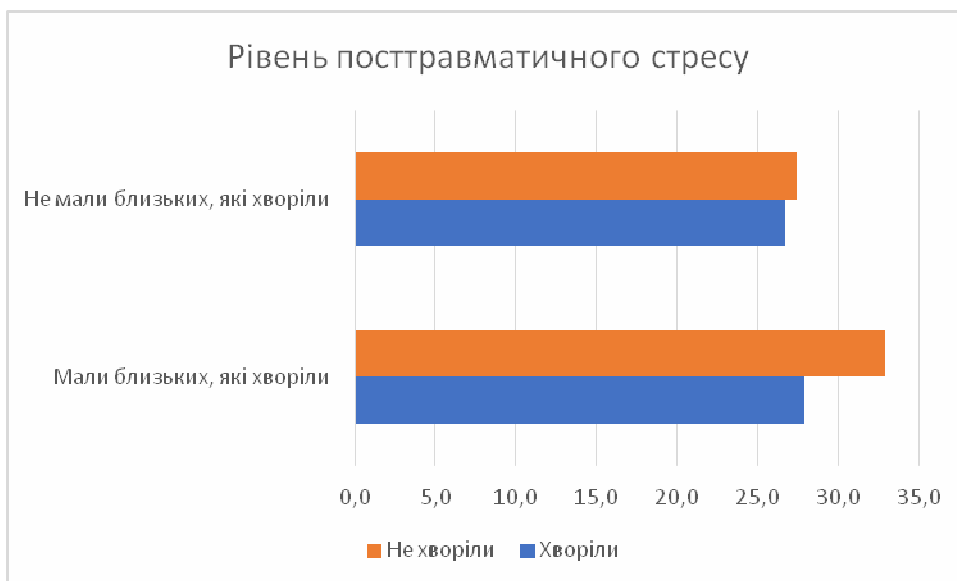
Тут і далі будемо говорити саме про посттравматичний стрес, а не про посттравматичний розлад, оскільки ПТСР є клінічним станом, який потребує не лише певної кількості балів за опитувальником, а й підтвердження низки критеріїв під час клінічного інтерв'ю, яке не проводилося.

Отже, рівень посттравматичного стресу для тих, хто не хворів, становив 29 балів, а для тих, хто хворів, – 27,5 бала.





Подальший аналіз показників стресу показав, що найвищий рівень його, 32,9 бала, у тих, хто не хворів сам, але мав близьких, які хворіли. Приблизно однаковий рівень його у тих, хто хворів сам і мав близьких, які хворіли (27,9 бала), і тих, хто не хворів сам і не мав близьких, які хворіли (27,5 бала). Наближається до них показник стресу тих, хто хворів сам, але близьких, які хворіли, не мав (26,7 бала).



### **Аналіз кореляційних зв'язків між компонентами посттравматичного зростання і посттравматичного стресу**

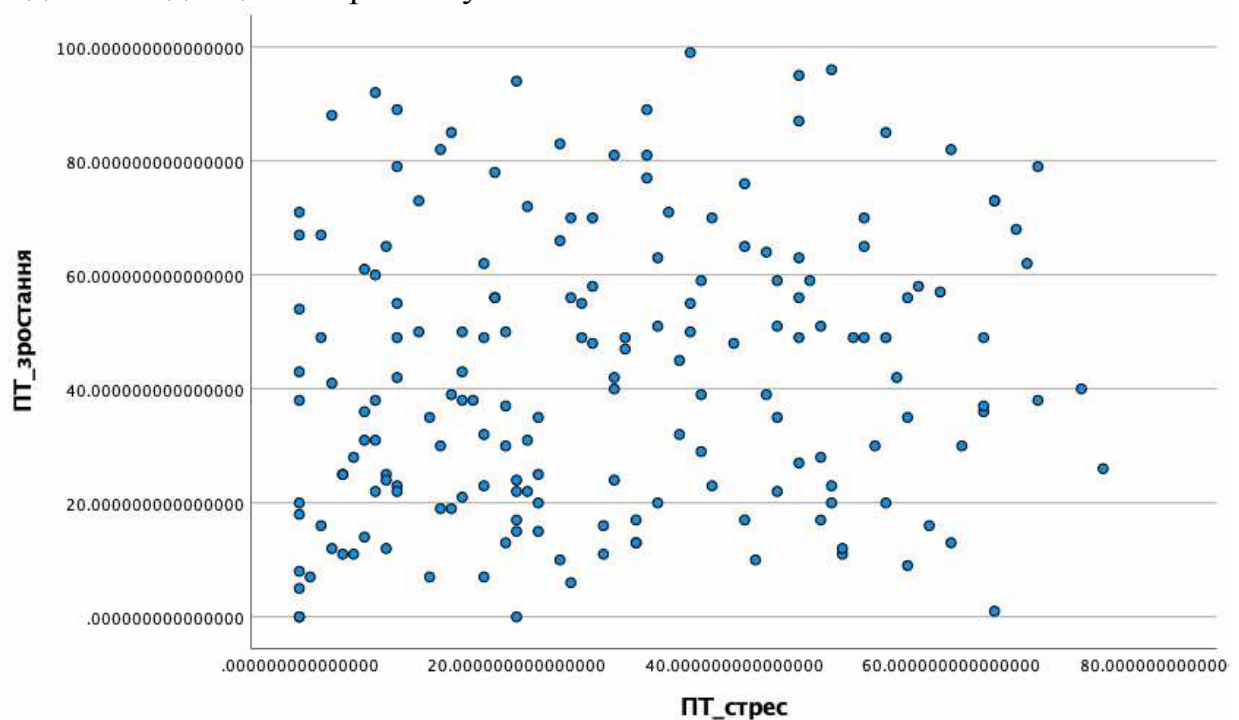
Кореляційний аналіз *по всій вибірці* не виявив значних кореляцій ні між окремими параметрами, ні між узагальненими показниками посттравматичного зростання і посттравматичного стресу (0,16,  $p < 0,017$ ). Статистична значущість окремих кореляційних показників, утім, є доволі високою, що, однак, не дає підстав для жодних висновків (оскільки вибірка є невеликою).

		Посттравмати чне зростання	Ставленн я до інших	Нові можлив ості	Особисті сна сила	Духов ні зміни	Цінуван ня життя
Посттравматичн ий стрес	Pearson Correlatio n	.160*	.212**	.090	-.035	.172*	.274**
	Sig. (1- tailed)	.017	.002	.117	.319	.011	.000
	N	178	178	178	178	178	178
Повторне переживання	Pearson Correlatio n	.127*	.180**	.057	-.059	.170*	.231**
	Sig. (1- tailed)	.046	.008	.224	.216	.011	.001
	N	178	178	178	178	178	178
Уникання	Pearson Correlatio n	.114	.161*	.004	-.042	.165*	.265**
	Sig. (1- tailed)	.064	.016	.479	.291	.014	.000
	N	178	178	178	178	178	178
Негативні зміни в думках та настрої	Pearson Correlatio n	.144*	.183**	.100	-.029	.143*	.240**
	Sig. (1- tailed)	.028	.007	.093	.349	.028	.001
	N	178	178	178	178	178	178
Збудливість та реактивність	Pearson Correlatio n	.169*	.220**	.111	-.005	.148*	.258**
	Sig. (1- tailed)	.012	.002	.070	.471	.024	.000
	N	178	178	178	178	178	178

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Окремий аналіз кореляційної хмари для узагальнених показників зростання і стресу також не дає підстав для наступних гіпотез висновків – жодних тенденцій не простежується.



Відтак є сенс здійснити аналіз для окремих агрегованих вибірок – передусім тих, які не хворіли, і тих, які хворіли.

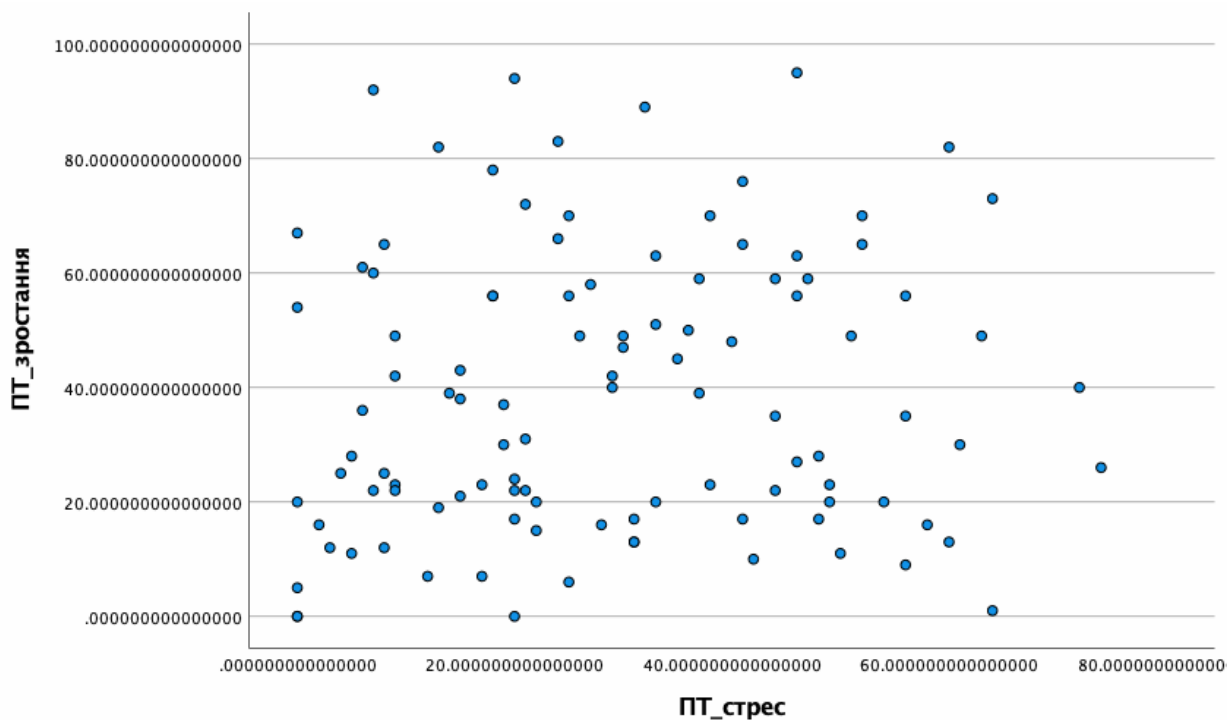
Для агрегованої вибірки *тих осіб, які самі не хворіли*, як видно із наступної таблиці, так само наявні окремі статистично значущі кореляції, які, втім, не є настільки значними, щоб дозволити зробити якісь висновки чи бодай припущення.

		Посттравматичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Correlations							
Посттравматичний стрес	Pearson Correlation	.102	.185*	.007	-.083	.137	.238**
	Sig. (1-tailed)	.148	.029	.473	.198	.080	.007
	N	106	106	106	106	106	106
Повторне переживання	Pearson Correlation	.041	.119	-.063	-.134	.139	.180*
	Sig. (1-tailed)	.340	.112	.260	.085	.077	.032
	N	106	106	106	106	106	106
Уникання	Pearson Correlation	.085	.128	-.063	-.035	.194*	.254**
	Sig. (1-tailed)	.193	.095	.261	.360	.023	.004
	N	106	106	106	106	106	106
Негативні зміни в думках та настрої	Pearson Correlation	.115	.182*	.056	-.041	.067	.233**
	Sig. (1-tailed)	.121	.031	.285	.338	.248	.008
	N	106	106	106	106	106	106
Збудливість та реактивність	Pearson Correlation	.114	.204*	.040	-.076	.145	.201*
	Sig. (1-tailed)	.121	.018	.341	.219	.069	.019
	N	106	106	106	106	106	106

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Те ж саме стосується кореляційної хмари, яка не демонструє жодних тенденцій та можливостей для додаткових припущень.



Для агрегованої вибірки *тих, хто хворів*, можна спостерігати вже кілька більш значних статистично значущих кореляцій (незважаючи на невисоку кореляцію між загальними показниками посттравматичного стресу і посттравматичного зростання).

		Посттравматичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінювання життя
Посттравматичний стрес	Pearson Correlation	.259*	.271*	.212*	.046	.229*	.368**
	Sig. (1-tailed)	.014	.011	.037	.350	.027	.001
	N	72	72	72	72	72	72
Повторне переживання	Pearson Correlation	.258*	.271*	.225*	.051	.221*	.342**
	Sig. (1-tailed)	.014	.011	.029	.334	.031	.002
	N	72	72	72	72	72	72
Уникання	Pearson Correlation	.202*	.253*	.121	-.006	.151	.346**
	Sig. (1-tailed)	.045	.016	.156	.482	.103	.001
	N	72	72	72	72	72	72
Негативні зміни в думках та настрої	Pearson Correlation	.234*	.236*	.186	.034	.278**	.313**
	Sig. (1-tailed)	.024	.023	.059	.389	.009	.004
	N	72	72	72	72	72	72
Збудливість та реактивність	Pearson Correlation	.225*	.230*	.194	.059	.143	.341**
	Sig. (1-tailed)	.029	.026	.052	.311	.115	.002
	N	72	72	72	72	72	72

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Зокрема, йдеться про дещо вищі, ніж у попередніх вибірках, значення кореляцій між усіма компонентами посттравматичного стресу

(повторне переживання, уникання, негативні зміни в думках і настрої, збудливість і реактивність, і загалом рівень стресу) та компонентом посттравматичного зростання «Цінування життя».

Утім, значно цікавіші результати ми отримаємо, коли звернемо увагу на такий фактор, як досвід хвороби рідних. Відповідним чином організувавши дані, можна врахувати цей фактор і проаналізувати виявлені кореляційні зв'язки.

Передусім по *вибірці осіб, які не хворіли самі і не мали близьких, які хворіли*, ми так само не бачимо яскравих і помітних закономірностей або хоча б тенденцій.

		Посттравматичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Посттравматичний стрес	Pearson Correlation	.088	.155	.037	-.128	.068	.275**
	Sig. (1-tailed)	.222	.089	.374	.133	.279	.008
	N	77	77	77	77	77	77
Повторне переживання	Pearson Correlation	-.014	.058	-.085	-.214*	.056	.176
	Sig. (1-tailed)	.453	.308	.232	.031	.313	.063
	N	77	77	77	77	77	77
Уникання	Pearson Correlation	.155	.199*	.042	-.033	.206*	.345**
	Sig. (1-tailed)	.090	.042	.358	.389	.036	.001
	N	77	77	77	77	77	77
Негативні зміни в думках та настрої	Pearson Correlation	.089	.132	.085	-.088	-.030	.269**
	Sig. (1-tailed)	.222	.127	.231	.223	.397	.009
	N	77	77	77	77	77	77
Збудливість та реактивність	Pearson Correlation	.115	.187	.077	-.080	.107	.220*
	Sig. (1-tailed)	.159	.052	.254	.244	.178	.027
	N	77	77	77	77	77	77

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

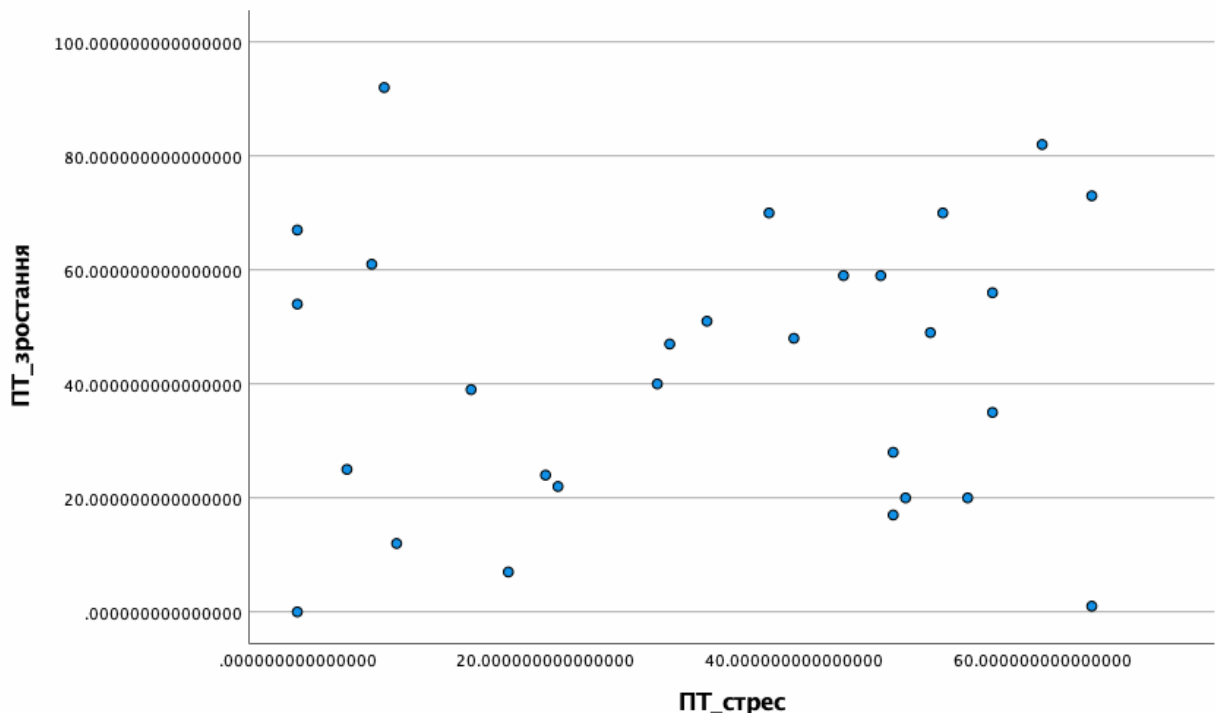
Але *вибірка осіб, які не хворіли самі, але мали близьких, які хворіли*, має цікаву обернену статистично значущу кореляцію між компонентом посттравматичного зростання «Нові можливості» та компонентом посттравматичного стресу «Уникання» (-0,37,  $p < 0,05$ ).

		Посттравматичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Посттравматичний стрес	Pearson Correlation	.099	.262	-.103	-.049	.231	.121
	Sig. (1-tailed)	.305	.085	.297	.400	.113	.265
	N	29	29	29	29	29	29
Повторне переживання	Pearson Correlation	.153	.267	-.034	.005	.298	.175
	Sig. (1-tailed)	.214	.081	.431	.490	.058	.182
	N	29	29	29	29	29	29

Уникання	Pearson Correlation	-.130	-.051	<b>-.370*</b>	-.088	.129	-.001
	Sig. (1-tailed)	.251	.396	<b>.024</b>	.324	.252	.498
	N	29	29	<b>29</b>	29	29	29
Негативні зміни в думках та настрої	Pearson Correlation	.147	.307	-.041	.014	.231	.126
	Sig. (1-tailed)	.223	.053	.417	.470	.114	.258
	N	29	29	29	29	29	29
Збудливість та реактивність	Pearson Correlation	.056	.269	-.114	-.155	.156	.086
	Sig. (1-tailed)	.387	.079	.278	.211	.209	.329
	N	29	29	29	29	29	29

\* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

На не менш цікаві гіпотези наштовхує аналіз кореляційної хмари.



Форма її вказує на можливість складнішої форми зв'язку між посттравматичним зростанням і посттравматичним стресом, ніж прямолінійна (тому й кореляцій між даними є незначною). Подальшого регресійного аналізу потребує припущення, наприклад, про наявність особливої залежності між рівнем стресу та зростання, у випадку хвороби близьких людей. Зростання відбувається при низькому рівні посттравматичного стресу та при високих його показниках, і не відбувається при середніх значеннях посттравматичного стресу.

Аналіз вибірки осіб, які самі хворіли, але не мали близьких, які хворіли, показує дві обернені статистично значущі кореляції (втім, вибірка на сьогодні є малою, щоб впевнено робити якісь однозначні висновки). Наявні тенденції – це обернений зв'язок між компонентом посттравматичного стресу «повторне переживання» та компонентом посттравматичного зростання «особистісна сила» (-0,39,  $p < 0,05$ ), а також

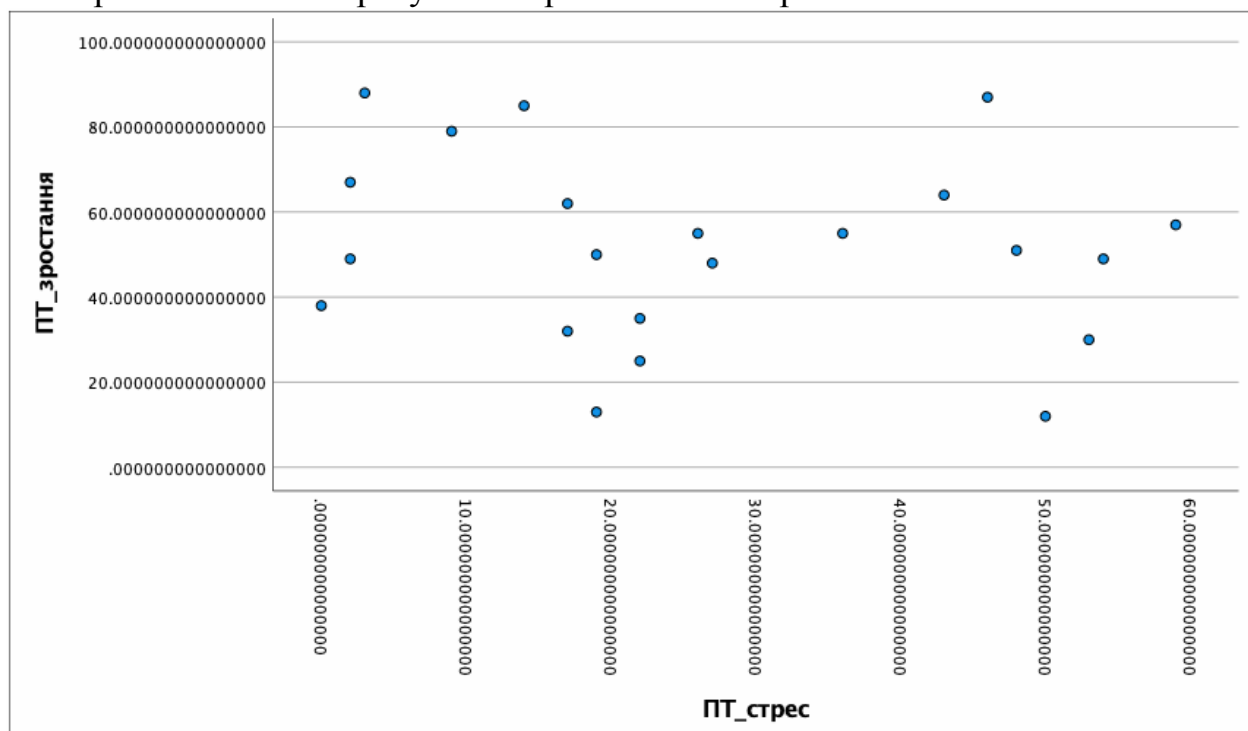
між «негативними змінами у думках і настрої» та «ставлення до інших» (-0,42,  $p < 0,05$ ).

		Посттравматичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінювання життя
Посттравматичний стрес	Pearson Correlation	-.185	-.353	.038	-.312	-.156	.152
	Sig. (1-tailed)	.205	.053	.434	.079	.243	.250
	N	22	22	22	22	22	22
Повторне переживання	Pearson Correlation	-.179	-.242	.018	<b>-.386*</b>	-.195	.110
	Sig. (1-tailed)	.213	.139	.468	<b>.038</b>	.192	.312
	N	22	22	22	<b>22</b>	22	22
Уникання	Pearson Correlation	-.060	-.202	.047	-.191	-.105	.353
	Sig. (1-tailed)	.395	.183	.417	.198	.320	.053
	N	22	22	22	22	22	22
Негативні зміни в думках та настрої	Pearson Correlation	-.228	<b>-.421*</b>	-.010	-.332	.022	.026
	Sig. (1-tailed)	.154	<b>.026</b>	.483	.066	.461	.454
	N	22	<b>22</b>	22	22	22	22
Збудливість та реактивність	Pearson Correlation	-.116	-.293	.079	-.129	-.234	.154
	Sig. (1-tailed)	.304	.093	.363	.284	.147	.247
	N	22	22	22	22	22	22

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Аналіз кореляційної хмари для зростання та стресу також дає змогу побачити за відсутністю значущих кореляцій нелінійні закономірності. Зокрема, йдеться про феномен U-оберненої залежності між рівнем посттравматичного стресу і посттравматичним зростанням.



При цьому спостерігаються дві криві – для низьких значень посттравматичного стресу і для значень від нижче середнього до високих. З огляду на малу вибірку робити висновки передчасно, утім припущення варто перевірити і дослідити глибше в разі його підтвердження.

Найбільше взаємозв'язків можна простежити у вибірці осіб, які хворіли самі і мали близьких, які хворіли.

		Посттравматичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Посттравматичний стрес	Pearson Correlation	.404**	.465**	.297*	.176	.344**	.439**
	Sig. (1-tailed)	.002	.000	.018	.110	.007	.001
	N	50	50	50	50	50	50
Повторне переживання	Pearson Correlation	.410**	.449**	.303*	.214	.360**	.443**
	Sig. (1-tailed)	.002	.001	.016	.068	.005	.001
	N	50	50	50	50	50	50
Уникання	Pearson Correlation	.303*	.425**	.155	.071	.244*	.346**
	Sig. (1-tailed)	.016	.001	.141	.313	.044	.007
	N	50	50	50	50	50	50
Негативні зміни в думках та настрої	Pearson Correlation	.393**	.440**	.304*	.176	.359**	.399**
	Sig. (1-tailed)	.002	.001	.016	.110	.005	.002
	N	50	50	50	50	50	50
Збудливість та реактивність	Pearson Correlation	.350**	.410**	.263*	.139	.268*	.407**
	Sig. (1-tailed)	.006	.002	.032	.167	.030	.002
	N	50	50	50	50	50	50

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

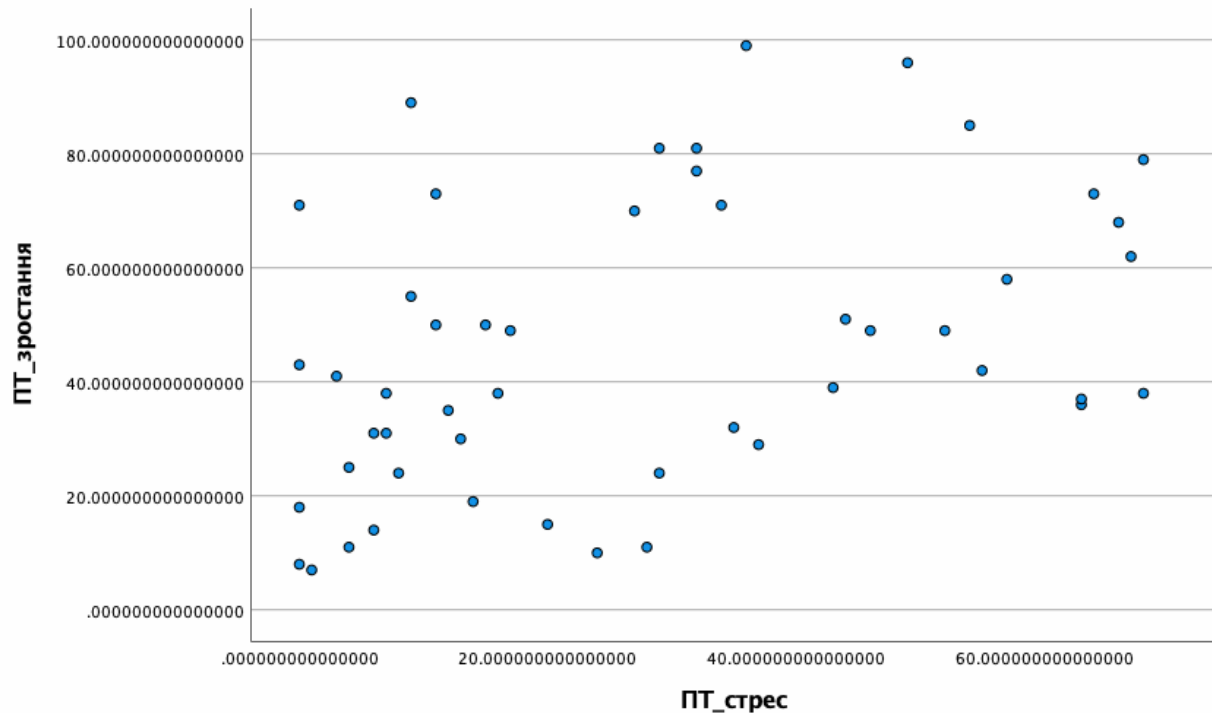
\* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Наявність низки кореляцій між компонентами зростання та стресу, дає підстави говорити про те, що усі компоненти стресу мають зв'язок із «ставленням до інших» та «цінуванням життя», очевидно таким чином роблячи найбільший внесок у посттравматичне зростання. Також є певні тенденції щодо їх внеску у «духовні зміни» («повторне переживання» та «негативні зміни у думках та настрої»). У той же час компонент «особистісна сила» та «нові можливості» має слабкі кореляції із майже усіма компонентами посттравматичного стресу.

Водночас дуже цікаві тенденції спостерігаються при аналізі кореляційної хмари за узагальненими показниками посттравматичного зростання та посттравматичного стресу. Передусім, ми маємо тенденцію до значущого кореляційного зв'язку, при чому лише для цієї вибірки осіб (0,4,  $p < 0,01$ ). Але детальний аналіз форми зв'язку також дозволяє висунути припущення (як потребує, звісно, перевірки засобами регресійного аналізу та на більшій вибірці) про наявність всередині цієї вибірки ще двох під-виборок, для однієї з яких справджується U-обернена форма зв'язку між змінними (високі та низькі значення стресу пов'язані із низькими значеннями зростання, середні показники стресу – із високими показниками зростання, синій колір), а для іншої – U-подібна форма



зв'язку (високі показники зростання асоціюються із низькими та високими значеннями стресу, низькі показники зростання – із середніми значеннями стресу).



### **Аналіз мінінартивів учасників дослідження залежно від показників посттравматичного зростання**

По завершенні опитування учасникам пропонувалося у створити наратив у вільній формі *«Поділіться, будь ласка, Вашим досвідом переживання ситуації COVID-19, вашими ситуаціями, думками, переживаннями щодо них та вашими вчинками»*.

Для аналізу наративів вибірку було розподілено навпіл за сумарним показником посттравматичного зростання (0-50 – показники нижче середнього, 51-100 – показники вище середнього). Розподілені наративи було якісно проаналізовано на предмет центральної теми наративу, його змістових особливостей.

Відповіді учасників дослідження наведено далі, у редакції авторів. Основні результати – це наявність суттєвої відмінності у тематиці наративів цих двох груп осіб. Зауважимо, далі наведені найбільш типові тексти для виділених категорій учасників дослідження. Тексти усіх типів загалом є в обох категоріях, лиш із різним розподілом.

Для осіб із показниками зростання нижче середнього типовими виявилися такі групи текстів:

- **«Теорія змови та заперечення»**. Тексти, в яких ідеться про те, що це є надумана проблема, про те, що це обман і про потенційну вигоду від цього для певних «таємних» груп, або політиків, або корпорацій: *«Чёткое убеждение что это афера,*

вірус с низкою смертністю, все раздуто, нас обманули», «Самая большая афера в истории человечества», «Вірус існує, але ажіотаж навколо нього придуманий і підтримується штучно. Ніякий карантин і маски не захистять від нього, тільки перехворівши ви набуваєте імунітету, як і до інших таких вірусів. Для здорової людини він не страшніший від інших коронавірусів, яких є повно в природі. Влада нашої і інших країн використовують цю ситуацію для своїх цілей, зовсім не пов'язаних із здоров'ям людей».

- **«Страх, пригнічення, тривога».** У текстах цього типу йдеться про важкість стану, про переживання через хворобу, страх заразитися, інші негативні наслідки: *«Страдала от общего плохого состояния во время болезни, от частых панических атак, от страха за свою жизнь и жизнь детей, депрессии из-за длительности болезни. Уже месяц не могу прийти в себя и влиться в ритм жизни. Не хватает сил и оптимизма. Сильный страх повторного заражения, потому что первый раз болезнь протекала не в очень лёгкой форме и поэтому не хочется допустить повторение»*, *«Депрессия, панические атаки, тревожное расстройство, полное отсутствие денег, сил, эмоций. Я не живу, а существую»*, *«Дратує безсилля та наднизькі доходи, проблема з купівлею продуктів та ліків».*

Учасники дослідження із показниками посттравматичного зростання вище середнього створювали свої тексти із дещо іншою тематикою:

- **«Переоцінка та зміни».** Йдеться про тему переоцінки свого життя, змін у них, появу нової перспективи та зміну способу життя: *«Страшно, коли перед сном збільшується набряк органів дихання. Хочеться жити. Багато чого встигнути зробити, відчутти, побачити, дізнатися. Час відчувається гостріше. Зростає цінність кожної хвилини. Багато всього викинула зі свого життя. Обмежила контакти з неприємними людьми. Більше часу дарую собі і родині.»*, *«Більш уважним став щодо фізичних контактів з оточуючими, збільшилась кількість вертуальних контактів. Добре адаптувався до нових умов життя»*, *«Ситуація змусила ніби весь світ поставити на паузу, навчитися дихати по-новому. Особистий досвід хвороби навіть позитивний, адже тоді це теж була ніби метафора "відпочинку" від рутинних обов'язків і повернення до цінного, важливого»*, *«Відбулася переоцінка власної цінності, цінності часу. Проведений аудит оточення. Покращені відносини з мамою. Син та чоловік більше турбуються про мене, вони стали більш самостійні. Я почала ще більше висловлювати свою*

думку, бути ще більш щирою, перестала стримувати себе в деяких ситуаціях (якщо щось важливо для мене в певний момент - мені байдуже що це подумає оточення). Хочеться діяти, реалізовувати мрії, здійснювати покупки, які давно планувала зробити, прибираю, пересаджую квіти, викидаю зайве, очищуючи простір стає дуже комфортно».

- **«Пошук та використання ресурсів».** Акцент у текстах із цією темою робився про можливі ресурси, які були задіяні, щоб подолати хворобу та її наслідки: *«Я точно справилась але це було для мене випробуванням, без підтримки психотерапевта наслідки могли бути набагато гіршими»*, *«Зберегати спокій та включати критичне мислення. Не панікувати, тверезо оцінювати ситуацію та ризики. Мати план дій на випадок захворювання (телефон терапевта і т.д.). Притримуватись рекомендацій врача.»*, *«Спочатку було дуже страшно, але потім прийшло розуміння, що треба себе берегти і вде як дасть Бог так і буде»*, *«Спершу, звичайно ж, переживала за своє здоров'я, за рідних, близьких. Та чітко знала ( з л-ри, з рекомендацій, від лікаря), як поводитися, куди звертатися, тому заспокоїлася й прийняла ситуацію, діяла, відповідно. Розуміла, що на мене будуть рівнятися мої найдорожчі, а також - клієнти, сусіди, намагалася заспокоїти їх й прийти їм на допомогу. Коли допомагала іншим, чулася зовсім інакше, мала змогу спокійно й розважливо діяти, скеровувати, допомагати, відповідно до ситуації».*

## Обговорення результатів

Передусім варто відмітити, що з результатів порівняння показників суб'єктивної оцінки свого добробуту та показників посттравматичного зростання серед тих, хто хворів, і тих, хто не хворів, можна помітити, що між ними немає еквівалентності. Дуже мало людей відмічали покращення свого психологічного добробуту, при цьому дуже багато із них мали ознаки посттравматичного зростання, із досить високими показниками. Причина цього, очевидно у тому, що посттравматичне зростання є складним, багатокомпонентним і внутрішньо складним процесом, який не завжди корелює з досягненням внутрішньої рівноваги чи почуття добробуту. *Тому при розробці програм супроводу зростання не варто орієнтуватися на простий показник покращення самопочуття, більше того – не варто на нього орієнтувати учасників таких програм.*

Однозначно можна стверджувати також, що тип досвіду та його комбінації мають вплив на те, як відбувається посттравматичне зростання у зв'язку з рівнем посттравматичного стресу.

На основі аналізу середніх показників зростання можна зробити припущення, що найвищий його рівень виникає при особистому пережитті хвороби, нижчий рівень – за наявності власного досвіду та досвіду хвороби у близьких. Ще нижчий рівень – у тих, хто стикався лише із хворобою близьких. І звісно, найнижчий рівень – за відсутності такого досвіду. За врахування лише цих показників можна зробити висновок про те, що при зіткненні лише особисто із хворобою рівень стресу є високий, але при цьому не настільки, щоб «перевантажити» психіку, а відтак є найбільші шанси для зростання. У разі зіткнення із хворобою самотійно та у близьких – ймовірно, саме це «перевантаження» й відбувається, і тому шансів на зростання стає менше: занадто сильний стрес впливає і на ціннісні аспекти особистості, що не дає змоги звернутися до ресурсів і відбирає сили, які могли б піти на переоцінку та зростання. У випадку ж хвороби у близьких та відсутності досвіду хвороби взагалі рівень стресу є недостатнім, щоб спричинити порушення сконструйованого образу себе, людей та світу і таким чином спровокувати шанс на зміни.

При використанні кореляційного аналізу для зіставлення показників посттравматичного стресу та посттравматичного зростання, а також їх компонентів було отримано низку додаткових результатів, які поглиблюють наше розуміння закономірностей зростання при пережитті коронавірусної хвороби. Зокрема, виявилось, що наявність досвіду пережиття хвороби та наявного певного рівня посттравматичного стресу пов'язане з підвищеною ймовірністю розвитку компонента посттравматичного зростання «Цінування життя».

Наявність досвіду пережиття хвороби лише у близьких приводить зумовлює появу тенденції до оберненого зв'язку між компонентом посттравматичного зростання «Нові можливості» і компонентом посттравматичного стресу «Уникання» (імовірно, чим вираженішою є поведінка уникання, тим менше шансів побачити нові можливості в ситуації та у житті, і навпаки). Звідси можемо зробити припущення про важливість стратегії наративізації досвіду з метою наближення до нього, опрацювання, а відтак і позбавлення від поведінки уникання.

Подальшого регресійного аналізу потребує припущення про наявність особливої залежності між рівнем стресу та зростання у випадку хвороби близьких людей (та відсутності досвіду хвороби у самої особи). Зростання відбувається при низькому рівні посттравматичного стресу та при високих його показниках і не відбувається при середніх значеннях посттравматичного стресу.

Цей феномен, який вперше було нами виявлено, потребує більш ґрунтовного дослідження і для підтвердження (або спростування), і для вивчення можливостей його використання у практиці (зокрема, для розуміння ймовірності зростання у різних категорій осіб).

Для осіб, які хворіли самі, але не мали близьких, які хворіли, підтверджуються результати класичних досліджень про те, що інтенсивність симптомів «повторного переживання» суттєво підвищує здатність до зростання (у нашому випадку – через компонент «особистісна сила»), а «негативні зміни у думках та настрої» обернено пов'язані з можливістю зростання у компоненті «ставлення до інших».

Для осіб, які хворіли самі і мали близьких, які хворіли, наявність низки кореляцій між компонентами зростання та стресу дає підстави говорити про те, що всі компоненти стресу мають зв'язок зі «ставленням до інших» та «цінуванням життя», очевидно, таким чином роблячи найбільший внесок у посттравматичне зростання. Також є певні тенденції щодо їхнього внеску в «духовні зміни» («повторне переживання» та «негативні зміни в думках та настрої»).

Дуже цікавим є виявлення особливих форм зв'язку між посттравматичним стресом та зростанням у цих осіб. Вона дозволяє висунути припущення (як потребує, звісно, перевірки засобами регресійного аналізу та на більшій вибірці) про наявність всередині цієї вибірки ще двох підвибірок, для однієї з яких справджується U-обернена форма зв'язку між змінними (високі та низькі значення стресу, пов'язані із низькими значеннями зростання, середні показники стресу – із високими показниками зростання, синій колір), а для іншої – U-подібна форма зв'язку (високі показники зростання асоціюються з низькими та високими значеннями стресу, низькі показники зростання – із середніми значеннями стресу).

Аналіз нарративів (мінітекстів) учасників дослідження також підтверджує припущення про роль нарративізації досвіду травми, його опрацювання, адже нарративи осіб із різними рівнями посттравматичного зростання різняться суттєво. Теми «теорії змови і заперечення» та «страх, пригнічення, тривога» є домінуючими для осіб із низьким рівнем зростання, а теми «переоцінка та зміни» і «пошук та використання ресурсів» – для тих, хто має високий рівень зростання. Звісно, потребує подальшого дослідження напрям таких зв'язків, зокрема, чи зміни у стратегіях нарративізації можуть вплинути на ймовірність посттравматичного зростання, чи вони є лише наслідком інших процесів. Утім, попередній масив знань дає підстави думати, що саме перше припущення має найбільше шансів на підтвердження.

## Підсумки

- У результаті проведеного дослідження доведено можливість появи посттравматичних стресових реакцій і також посттравматичного зростання внаслідок пережиття коронавірусної хвороби та

пережиття її близькими людьми. Показники зростання в цілому вищі у людей, які пережили хворобу самі, і поступово знижуються у тих, що пережили хворобу самі та спостерігали за хворобою близьких, і у тих, які лише пережили хворобу близьких. При цьому показано, що неможливо ототожнювати посттравматичне зростання та суб'єктивне відчуття психологічного добробуту.

- Серед осіб, у яких наявний лише досвід пережиття хвороби у близьких, а відтак має місце вікарна травматизація, спростерігається феномен U-оберненої форми зв'язку між посттравматичним стресом і посттравматичним зростанням, що є цілком протилежним до раніше виявлених в інших дослідженнях закономірностей для осіб, які самі пережили травму (U-подібна форма зв'язку).
- Виявлено також феномен подвійної U-подібної та U-оберненої форма зв'язку між стресом та зростанням для осіб, які пережили одночасно власну хворобу та хворобу близьких людей.
- Найбільший внесок, судячи із наявних результатів, у посттравматичне зростання роблять (а відтак є потенційними ресурсами для його фасилітації) такі його компоненти, як «ставлення до інших» та «цінування життя».
- Наративізація досвіду травми, його опрацювання в ресурсний спосіб є важливими елементом посттравматичного зростання. Йдеться про рух у напрямку прийняття змін як частини життя, переоцінки життя, цінностей та стосунків, а також у напрямку до пошуку та використання ресурсів для підтримки і самопідтримки, у тому числі й ресурсів соціальних, ресурсів стосунків із іншими людьми.
- Наявний масив даних, зроблені висновки, виявлені феномени та припущення можуть доповнити розробку та апробації *Універсальної програми супроводу посттравматичного зростання* в індивідуальному масштабі та масштабі громади із врахуванням нових пандемічних та потенційних постпандемічних реалій.
- Концептуально отримані результати підтримують раніше сформоване розуміння соціально-психологічного супроводу посттравматичного зростання як підтримки досвіду позитивних змін, які виникають у результаті переживання травм особистістю та суспільством, а також доводять, що ступінь травматизації, наявність наративних та стосункових ресурсів мають вплив на рівень посттравматичного зростання. Отже, теоретично сформульовані принципи соціально-психологічного супроводу посттравматичного зростання на індивідуальному (принцип врахування важкості травми, принцип наративізації, принцип розбудови мережі соціальних ресурсів) та суспільному (принцип розбудови просторів визнання травми, принцип наративно-ментативного конструювання

травмочутливого дискурсу та принцип фасилітації наративізації травми) рівнях знайшли своє часткове підтвердження.

## Перспективи подальшого дослідження

*Аналітичні перспективи* подальшої роботи полягають у перевірці гіпотези про U-подібний зв'язок між посттравматичним зростанням і посттравматичним стресом, спровокованим травмуванням близьких людей, а також про подвійну U-подібну та U-обернену криву цієї залежності для тих, хто хворів сам і мав хворих близьких. Також потребує подальшого аналізу вплив фактору хвороби друзів на можливість виникнення як посттравматичного стресу, так і посттравматичного зростання та взаємодія усіх виявлених факторів. Додатково потрібно проаналізувати вплив часової перспективи, зокрема, роль часового проміжку між травмою, стресом і зростанням.

Прикладні перспективи подальшої роботи полягають у використанні здобутих знань щодо зв'язків між компонентами стресу та зростання для розроблення та апробації програм супроводу посттравматичного зростання, в інтеграції з принципами соціально-психологічного супроводу посттравматичного зростання на індивідуальному (принцип врахування важкості травми, принцип наративізації, принцип розбудови мережі соціальних ресурсів) та суспільному (принцип розбудови просторів визнання травми, принцип наративно-ментативного конструювання травмочутливого дискурсу та принцип фасилітації наративізації травми) рівнях, а також у можливості розроблення універсальної програми супроводу, яка буде придатна для використання незалежно від типу та важкості травми.



## ТРАВМА ГОЛОДОМОРУ І ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ

*У цьому розділі йтиметься про посттравматичне зростання, яке пов'язане з пережиттям Голодомору. Поговоримо про віддалені наслідки травми, зосередившись на нас із вами, на тих, у кому травма Голодомору відлунює наче й не дуже чутно, утім – відлунює, і нечутисть ця є поверхвою. Передусім обговоримо вплив голоду та його вплив на наше психічне здоров'я. Після цього ознайомимося з результатами нашого з Вікторією Горбуною дослідження психологічних наслідків травми Голодомору для наступних поколінь. Також спробуємо оцінити, наскільки можливим було посттравматичне зростання тих, хто пережив події Голодомору. І завершимо розділ розповіддю про наш досвід психодраматичної роботи з темою Голодомору і посттравматичного зростання учасників такої роботи.*

### Вплив тривалого голоду батьків на психічне здоров'я та психологічні особливості дітей

Почнемо це розділ, утім, не зі зростання, і не із психології, а з низки епідеміологічних досліджень. Досить часто, навіть зараз, можна почути, що наслідки Голодомору не такі вже й тяжкі, що статистика неточна або що. Можна почути й іншу думку: про це треба забути, «перестати страждати» і йти далі, «не варто застрягати в минулому» тощо.

Описом результатів представлених нами досліджень хочеться показати, що навіть на біологічному рівні справджується закономірність: ви можете забути про травму, але травма не забуде про вас, вона наздожене і завдаватиме стільки ударів, скільки буде потрібно, щоб нарешті повернутися до неї лицем, зустріти її, прожити, і лише тоді, прийнявши і переживши, ви зможете йти далі...

У 1944–1945 роках відбувалася блокада нацистськими військами Нідерландів, у результаті якої розпочався сильний голод. Як не дивно, але, незважаючи на складнощі, дуже багато даних виявилось задокументовано, що дало змогу дослідникам простежити долю дітей, народжених у цей період, дітей, які пережили експозицію до голоду під час внутрішньоутробного розвитку. При цьому сильний голод був не у всіх частинах країни, що дало змогу зробити порівняння вибірок.

Отже, що з'ясувалося?

Передусім, у районах, уражених голодом (4200 кДж щоденного раціону), ті, хто мали такий раціон під час першого триместру вагітності, потім суттєво частіше отримували діагноз шизофренії (переважно жінки).



Ті, що були в цей час помірно вражені голодом або не вражені взагалі, пізніше мали набагато рідше такі діагнози (*Susser & Lin, 1992*).

В іншому дослідженні показано, що діти, які були народжені в цей період і пережили харчову депривацію (переважно чоловіки), потім частіше мали антисоціальний розлад особистості (*Neugebauer et al., 1999*). Подібні ж дані отримано щодо алкогольної залежності (*Franzek et al., 2008*).

Нарешті, дані говорять, що ті, що пережили голод під час другого триместру життя, мали суттєво вищий ризик розвитку афективних психозів (*Brown et al., 1995*).

На жаль, подібних досліджень у нас не проводилося і навряд чи вони колись будуть проведені з огляду на сумний стан вітчизняної статистики та епідеміології. Утім, результати цих досліджень нам напряду і чесно говорять: голод, його пережиття в ранні періоди життя суттєво впливає на психічне здоров'я у дорослості!

## Травма Голодомору та її вплив на наступні покоління

Звернімося до інших даних, які напряду не стосуються голоду та Голодомору, але стосуються міжпоколінного наслідування психічних розладів. Ідеться про результати аналізу даних Британського Когортного Дослідження 1970, у якому аналізуються кореляції між психічним здоров'ям трьох поколінь (*Johnston et al., 2013*). Отже, завдяки цьому дослідженню виявлено кілька дуже цікавих закономірностей. Передусім встановлено тісну кореляцію між психічним здоров'ям матері та дітей (за всіх інших контрольованих змінних): чим гіршим було психічне здоров'я матері, тим гіршим воно було у дітей. При цьому також проявлялися й інші наслідки, економічні та соціальні: виявлено, що у дітей, чиї мами мали складнощі із психічним здоров'ям, у майбутньому спостерігався нижчий рівень освіти, доходу та вища ймовірність мати кримінальні покарання. Але найцікавішим виявився «ефект бабусі»: дослідники виявили тісну кореляцію між психічним здоров'ям бабусь та їхніх онуків! Ефект не зникав, коли намагалися контролювати всі можливі змінні.

Звісно, у цьому дослідженні багато чого можна віднести на рахунок біологічних факторів, генетичних факторів ризику. Утім, фактори середовища, які так чи інакше здатні сприяти експресії генів, відповідальних за наше психічне здоров'я, також можуть впливати на цю міжпоколінну передачу.

Тепер, поєднавши дані досліджень про вплив голоду і цього дослідження, можемо припустити з високою часткою ймовірності, що наслідки Голодомору, як фізичні так і психологічні, будуть впливати на нас іще доволі довго. Утім, чи насправді вони існують? Чи

підтверджуються ці гіпотези? Давайте знову ж таки звернемося до результатів досліджень.

Так, А. Маслюк (2010) описує п'ять факторів, які супроводжували Голодомор та могли спровокувати психологічні зміни, що в майбутньому мали шанс транслюватися крізь покоління:

- Інформаційна депривація (люди не знали реальних масштабів голоду, справжньої мети радянського режиму тощо).
- Утримання (люди не мали можливості легко переміститися в інші регіони).
- Власне голод (спровокований владою).
- Заборона духовних практик (єдиною вірою могла бути віра у світле майбутнє комунізму).
- Руїнування традицій (наприклад, традицій взаємної підтримки і допомоги, традицій усних історій тощо).

П. Горностай говорить про такі фактори, які впливають на ступінь важкості травми (*Горностай, 2012*):

- Велика кількість людей, які зазнали травми через відсутність їжі, голод та пов'язані з ним наслідки.
- Високий рівень несправедливості.
- Неможливість чинити опір.
- Обмеження можливост емоційного реагування.

У дослідженні М. Обушного, Т. Воропаєвої (2009) було опитано 1000 осіб, яким було 1-7 років під час подій Голодомору 1933 року. Дослідники виявили, що в тих, хто мешкав на території, враженій голодомором, порівняно з тими, хто мешкав на інших територіях, вищі показники конформізму, тривоги, фобій, поведінки уникання, внутрішніх конфліктів.

Попередньо вже було зроблено короткий огляд результатів дослідження В. В. Горбунової, В. О. Климчука (*Gorbunova & Klymchuk, 2020*). Тут ми розкриємо ці результати детальніше. Модель трансгенераційної передачі психологічних наслідків травми Голодомору, розроблена дослідниками, пропонує зосередитися на п'яти елементах посттравматичних наслідків для самих учасників подій, механізмах передачі та типах наслідків для наступних поколінь, а також сутнісних змінах, яких зазнають наступні покоління (табл. 2).

### Трансгенераційна передача психологічних наслідків травми Голодомору

Посттравматичні наслідки (критерії ПТСР)		Механізм трансгенераційної передачі	Типи наслідків	Зміни у нащадків
Пережиття травми	Поведінка уникання (внутрішнє/зовнішнє уникання – думок, почуттів, місць, предметів)	Соціо-культурний	Психологічні	Ставлення до подій та оповідання історій
	Негативні зміни у настрої та думках (амнезія, негативні переконання, емоційний стан, провина, втрата інтересів, соціальна ізоляція, брак позитивних емоцій)			Погляди на світ та поведінкові стратегії
	Повторне переживання (інтрузії, нічні жахи, флешбеки, румінація тощо)	Епігеногенетичні, із прямим впливом на психічне здоров'я		Нейробіологічні
Гіперзбудливість (агресія, дратівливість, злість, самопошкодження, важкість із засинанням, концентрацією уваги тощо).				

У результаті перевірки цієї моделі було виявлено низку важливих фактів. Передусім щодо патерну поведінки, пов'язаної з оповіданням історій, оповідей про голодомор у родинах. У більшості випадків ці історії переповідалися в родинах дуже рідко або взагалі не переповідалися, попри те, що в родині зберігалось знання про голодомор (63% тих родин, чії предки жили на територіях, вражених голодомором). Лише 16% осіб говорили про те, що історії в родинах переповідалися часто.

Особисте ставлення до Голодомору та поведінка щодо цих подій резонують із поведінкою уникання («Я не відвідую заходів, присвячених Голодомору») – Усього 21,5% учасників обрали це твердження як

відповідне власній поведінці, 48% – як частково відповідне власній поведінці. При цьому ті, хто не знають про місце походження своїх предків та чи жили вони на територіях, вражених Голодомором, обирали це твердження частіше, ніж усі інші учасники дослідження.

Поведінка знецінення подій Голодомору або уникання згадування про них, як виявилось, також корелює із тим, наскільки часто оповідалися історії про Голодомор у родині. Йдеться само про обернену форму зв'язку: чим рідше такі історії оповідалися, тим частішими є випадки негативного ставлення, уникання або знецінення.

Що ж до поглядів на світ та поведінкових стратегій загалом, найчастіше згадуваними для всієї родини є такі: «Діти завжди повинні бути добре нагодовані», «Не можна викидати залишки їжі або хліба», «Слід робити заготовлю їжі і завжди мати її запас удома», «Не слід довіряти нікому, особливо владі», «Якщо дитина худа, то, ймовірно, вона недобре почувається або захворіла», «Якщо ти почуваєшся втомленим, слабким чи виснаженим – це недобрі симптоми і слід звернутися до лікаря», «Слід мати підсобне господарство, вирощувати овочі та фрукти», «Не слід мати більше дітей, ніж можна прогодувати», «Передусім слід дбати про добробут власної родини».

Підбиваючи короткі підсумки, (а) уникання розмов про Голодомор і згадок про ці події найбільш поширене серед родин, де були особи, які пережили ці події, (б) негативне особисте ставлення до подій Голодомору (уникання, знецінення) найпоширеніше серед тих, хто досить мало знає про історію Голодомору у власній родині, (в) найпоширеніші погляди на світ, пов'язані із Голодомором, кореспондують із цією травмою – патерни годування дітей, запасання їжею, недовіра до влади, розчарування в уряді, важливість потреб родини на противагу потреб громади.

Отже, соціокультурна передача травми є одним із можливих механізмів, а з практичної точки зору – правдиве оповідання історій Голодомору в родинах, громадах, може ймовірно знизити ризик появи психологічних наслідків цих травм.

Утім, важливо також брати до уваги інші контексти: травми Голодомору не єдині, які пережили українці. Низки подій, накладаючись одна на одну, могли створити кумулятивний ефект, або ефект касадних змін, коли травми одного покоління, провокуючи низку наслідків у наступних, накладалися на травми цього покоління. Дослідження цих касадів – перспектива подальших досліджень у цій царині...

Ми ж тим часом спробуємо поглянути на події Голодомору під кутом зору посттравматичного зростання – як самих учасників цих подій, так і вікарного посттравматичного зростання їхніх нащадків. Імовірно, ми зможемо говорити і про трансгенераційну передачу посттравматичного зростання?

## Посттравматичне зростання українців, пов'язане з Голодомором

Розгляньмо передусім на фактори, які підтримують посттравматичне зростання, є фасилітаційними, і фактори, які його пригнічують, у контексті характеристик травми Голодомору. Це допоможе оцінити, наскільки події Голодомору та їхні наслідки мали чи не мали потенціалу для наступного посттравматичного зростання.

Із сукупності попередніх досліджень (див. відповідний розділ книги) ми знаємо про низку таких факторів. Посттравматичне зростання буде більш імовірним, якщо: травма сприймається як така, що має помірний рівень загрози і, відповідно, супроводжується помірним стресом, ситуація травмування сприймається як контрольована, людина має потенціал для позитивної реінтерпретації ситуації, має позитивний психологічний добробут, сповідує оптимізм, релігійна (може звернутися до релігійних та духовних ресурсів), має змогу зробити когнітивне опрацювання спогадів (через наративізацію, через обговорення, свідому румінацію або роботу із фахівцем). За умови наявності психологічної підтримки та лікування посттравматичного стресового розладу – високий його рівень може бути предиктором посттравматичного зростання.

Натомість відсутність цих факторів або обставити, які їх блокують, підривають можливості посттравматичного зростання.

*Рівень загрози та стресу.* Очевидно, що в часі подій Голодомору ми не можемо говорити про низький або помірний рівень стресу. Загроза життю та здоров'ю власному та близьких людей, спостереження за стражданнями інших людей, у сукупності із тривалістю голоду, у сукупності створювали неймовірний рівень стресу і травмування, який виходить далеко за межі помірною.

*Контрольованість ситуації.* Звісно, що ні про яку контрольованість ситуації, можливості на неї вплинути, не може йтися мова. Навіть утекти, переїхати до іншої місцевості було надзвичайно важко (села могли оточувати військові, наприклад, і розстрілювати усіх, хто намагався їх покинути).

*Можливості позитивної реінтерпретації.* Якщо про інші травми люди можуть думати, наприклад, що вони були їм чимось корисні, або потрібні (наприклад – «Через те, що я підвернув ногу, і не поїхав на робоут і не втрапив до аварії, яка в цей час сталася на трасі»), то в цьому випадку обставини давали дуже мало шансів на прояв таких когнітивних стратегій.

*Психологічний добробут.* Якщо людина живе у ситуації безпеки, має можливість самореалізуватися, підтримувати достойний рівень життя, робити внесок у життя громади, продуктивно працювати – то пережиття травми ймовірно матиме потім наслідком посттравматичне зростання. В ситуації Голодомору зберегти психологічний добробут не міг ніхто.

*Оптимізм.* Хоча оптимізм вважають інколи особистісною характеристикою, відтак, вона мала би бути присутня у особи незалежно від обставин, - навряд чи це та ситуація. Тотальний супровід кількох років життя смертями, життям на межі, здатний «побороти» будь який оптимізм.

*Релігійність.* Релігійність, духовні практики, духовна підтримка є, як показують дані досліджень, дуже добрим протективним фактором у період стресів і тривоги. Втім, заборона на духовні практики, тотальне впровадження єдино правильної комуністичної ідеології та прибирання «конкурентів» за душі людей у виглядів церкви зробили свою справу і тут. Навіть цього ресурси люди були позбавлені.

*Когнітивне опрацювання.* Нині ми знаємо, що опрацювання травматичної пам'яті є цілющим елементом будь-якої травма-фокусованої терапії. Це ключовий компонент зцілення, і якого люди були позбавлені політикою замовчування, заборони згадувати про події Голодомору, репресіями незгодних. Ця практика мабуть найбільше зробила внеску у те, що наслідки подій Голодомору ми проживаємо й зараз, і переносимо їх із покоління у покоління. Заборона настільки глибоко вкорінилася, що навіть після здобуття незалежності, у родинах де були живі свідки цих подій, вони не обговорювалися, не згадувалися, і існували як «таємниця», про яку нащадки лише могли здогадуватися. І так само ця практика замовчування перекочувала у наступні покоління...

Важливо також розуміти інше: такою політикою і всіма способами, якими був організований Голодомор радянською владою, були спровоковані інші наслідки, які так само не давали можливості людям вільно говорити. Були розірвані зв'язки між людьми у громадах, зруйновано саму сутність «громад» як не просто людей, які живуть на одній території, а як живого взаємодіючого організму. Страх, недовіра, зневіра в інших людях, закритість у власній родині, власне, і перетворили наші громади з таких організмів у «території». А відтак поговорити про травми, про те, що болить, із тими, кому ти «не віриш», не видається можливим, і вікно можливостей для зцілення і зростання зменшується...

Предиктори посттравматичного зростання	Рівень прояви предикторів у подіях Голодомору та після них
Рівень загрози та стресу	Надзвичайно високий
Контрольованість ситуації	Низька
Можливості позитивної реінтерпретації	Відсутні
Психологічний добробут	Низький
Оптимізм	Низький
Релігійність	Низький
Когнітивне опрацювання	Відсутнє

Усі вищеописані речі мною наведено не для того, щоб учергове поплакати на «важкою долею українського народу», а для того, щоб у майбутніх дослідників та дослідниць посттравматичного зростання унаслідок подій Голодомору не було ілюзій і невиправданих очікувань знайти його в такій кількості, як при інших травматичних подіях (як правило, очікують від 30% до 70% випадків зростання після травми). Таких випадків буде дуже і дуже мало, і до цього слід бути готовими.

У який спосіб можна було б усе-таки дослідити таке зростання?

Я бачу кілька шляхів, і якщо читачі цієї книги будуть зацікавлені, радий буду з Вікторією Горбуною долучитися, підтримати, підготувати спільні публікації. Мої контакти є у вільному доступі у всіх мережах.

Отже, один із варіантів – це якісне дослідження. Контент-аналіз оповідей, історій про Голодомор від учасників та очевидців подій, які є зафіксовані і які можна отримати в Інституті національної пам'яті та у відкритих публікаціях. Слід буде розробити категорійну сітку на основі однієї з моделей посттравматичного зростання, описаних вище, і застосувати її до цих текстів.

Знайшовши таких осіб, прояви посттравматичного зростання, цікаво було б знайти а) його профіль, які параметри зростання виражені найбільше, яке воно узагалі, б) що його спричинило, чому воно відбулося попри все? Відповіді на питання а) можна буде знайти у текстах, відповіді на питання б) інколи можна буде в текстах, інколи – ні. І тоді можна зробити наступний крок.

Можна знайти нащадків тих осіб, які мали посттравматичне зростання, і, використавши метод напівструктурованого інтерв'ю, з'ясувати про цих людей більше – про них самих, про обставини їхнього життя тощо. Багато цінної інформації можна буде дізнатися!

Але можна піти далі і дослідити вікарне посттравматичне зростання, або трансгенераційну передачу посттравматичного зростання. Для цього можна застосувати стандартизовані опитувальники посттравматичного зростання, опитавши нащадків. Імовірно, деякі формулювання опитувальника потребуватимуть адаптації під цю тематику, однак це вже більше технічні питання, із якими справиться професійний науковець. А наше базове припущення, яке частково почало вже підтверджуватися, це те, що хоча посттравматичне зростання у тих, хто пережив Голодомор, малоймовірно, його ймовірність зростає при переході від покоління до покоління, а занурення в історію Голодомору, «присвоєння» цієї історії, вбудовування її у своє життя несе цілющий ефект і фасилітує посттравматичне зростання.

Тож бажаю успіхів і буду радий читати і бачити нові дані з цієї теми.

## Психодраматична і соціодраматична робота з темою Голодомору: розбити тишу і підтримати посттравматичне зростання

Спільно з В. Горбуною ми спробували застосувати свої знання психодрами для дослідження теми Голодомору та спроби вивчення можливостей змін у ставленні до цієї теми. Далі буде наведено опис етапів та структури нашої роботи, а також певні узагальнення та спостереження, уроки, які ми вивчили під час взаємодії з учасниками психодраматичних груп.



ІНСТИТУТ  
ПСИХІЧНОГО  
ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНСЬКОГО  
КАТОЛИЦЬКОГО  
УНІВЕРСИТЕТУ



Canadian Institute of  
Ukrainian Studies

Проект «Національний посттравматичний стресовий розлад та посттравматичне зростання: відлітання травми Голодомору в психіці сучасних українців»

### ГОЛОДОМОР - РОЗБИТИ ТИШУ!!!

**Голодомор - 33** є однією із травм, які ми пережили.

Тяжких національних трагедій було багато, і чи варто забути їх, не згадувати як страшний сон, чи все ж таки слід пам'ятати, інтегрувати у своє життя?

Чи жива травма Голодомору у нашій психіці? Чи має вона наслідки, які позначаються на нашому теперішньому житті, і може - позначаться на житті наших нащадків?

Відповідати на ці питання ми будемо в особливий спосіб - спробуючи пропустити через власний досвід переживання й спогади тих, хто це пережив. Ми будемо використовувати сучасні методи групової роботи - психодраму та соціодраму.



**Тривалість:** 2 дні (10.00-16.00), з перевою на наву та обід.

**Захід є безкоштовним завдяки підтримці HREC.**

**Міста:**

Дніпропетровськ, Житомир, Київ, Харків

**Дати:**

будуть погоджені з кожним містом

**Реєстрація:** [www.holodomoripz.org.ua](http://www.holodomoripz.org.ua)

**Запитання:** 095 131 63 24, 096 565 95 10,  
kymtshuk@cius.edu.ua

**Хто може взяти участь?**

Усі, хто має в родині історії, пов'язані з голодомором, або не мають, але готові доторкнутися до чужого досвіду

**Як взяти участь:**

1. Зареєструватися на сторінці [www.holodomoripz.org.ua](http://www.holodomoripz.org.ua)  
- вказати свої контактні дані;  
- написати історію, яку Ви знаєте про своїх близьких, рідних, пов'язану із голодомором із вказівкою, чи монна буде її оприлюднювати на зустрічі і після неї;
2. Організатори зв'яжуться із Вами щодо місця та часу проведення зустрічі.

Формат роботи – дводенний воркшоп на тему Голодомору. Учасниками могли бути всі, хто бажав цю тему дослідити, хто мав у родині історії Голодомору або просто був зацікавлений темою.

Перший день було присвячено індивідуальним історіям. Після знайомства учасників та розігріву було запропоновано у психодраматичний спосіб програти родинну історію, пов'язану з Голодомором, – ту, які чули від близьких, або ту, про яку лише здогадувалися. Передбачалося прийняття ролі особи, від якої історія оповідалася, розподіл ролей та розігрування історії за модерації ведучого групи. Кожна рольова гра завершувалася шерингом.

Другий день мав соціодраматичний характер – усі учасники грали одну спільну імпровізовану історію Голодомору, розподіливши ролі і не домовляючись про хід рольової гри. Ведучі спостерігали лише за учасниками під час гри, у разі потреби – модерували та стежили за безпекою учасників. Посеред роботи була оголошена перерва та відбувся обмін ролями – учасники мали змогу перейти з ролі, які вони обрали, в



іншу роль. По завершенні роботи учасники мали змогу також зробити шеринг.

Провівши кілька серій таких воркшопів, у різному форматі – від кількогодинних, одноденних до дводенних, ми змогли зробити кілька висновків та узагальнень. Наразі вони не претендують на остаточне і достовірне наукове знання, а радше на підступи до майбутніх гіпотез. Утім, якщо завдання книги не лише ознайомити з тим, що вже відомо, а й перекинути місточок у те, що ще невідомо, то така частина цієї книги є виправданою.

Отже, що ми з Вікторією зрозуміли:

- Навіть якщо протагоніст (особа, чия історія розігрується) не дуже добре знає саму родинну історію, пов'язану з Голодомором (наприклад, знає лише, що хтось у родині загинув, хтось оповідав лише про почуття голоду та страху, або історія існувала у родині лише у вигляді натяків), психодраматичне занурення в історію дає змогу наростити навколо історії деталі, до-конструювати її подробицями (когнітивними та емоційними). Звісно, не йдеться про те, що відбувається «відродження родової пам'яті» або про інші фантастичні речі, а про те, що наші спогади постійно перебувають у процесі конструювання, у них переплітаються уривки справжніх подій, подій, нам розказаних, та подій і почуттів, нами придуманих. Але при цьому вони продовжують бути частинкою нашої особистості, роблячи внесок у її неперервне конструювання.
- Психодраматичне занурення в родинні історії Голодомору несе потужний потенціал для «наближення» історії до життя особи. При цьому не йдеться лише про історії, які особа зіграла особисто. Навіть рольова участь у чужій історії або спостереження за рольовою грою має такий ж ефект. Один із найпоширеніших відгуків після участі в таких групах в учасників – про те, що тепер історія Голодомору ніколи не буде такою, як була раніше, що вона тепер набула особистого значення. Дуже часто останні слова учасників по завершенні роботи в групі були про те, що вони обов'язково тепер повернуться в родини і спробують розпитати і записати все, що ще збереглося зі спогадів. Важливу зміну перспективи озвучували, наприклад, історики, які були присутні в групах. Вони говорили, що до цього часу ця історія була наче просто

написаною, важливою, але віддаленою, а після участі в групі стала близькою та цінною.

- Учасники під час роботи обговорювали і грали історії доволі травматичні, важкі й непрості, навантажені почуттями страху, болю, сорому і навіть фізичного голоду. Одне із застережень, про які ми думали на початку груп, це ризик ре-травматизації або вікарної травматизації учасників, від слухання та переживання історій інших. Саме тому, звісно, дуже багато уваги приділялося спостереженню за станом учасників, можливістю озвучення у групі та особисто ведучим станів дискомфорту та інших переживань тощо. Втім, незважаючи на ці застереження, у жодному випадку ре-травматизації не відбувалося. Учасники відгукувалися про те, це був досить дивний досвід – незважаючи на всю важкість історії, на ті почуття, які вирували у часі ігор – вони відчували полегшення і ресурсний стан. І навіть ті, хто йшли із групи у стані суму, говорили потім про те, що це був «ресурсний сум», сум за тими, хто пішов, але з надією на те, що життя таки переможе.
- Посттравматичне зростання, яке фасилітувалося зануренням у родинні історії та дозволом на вираження почуттів та емоцій, з ними пов'язаних, таки відбувалося – наскільки можна це стверджувати на основі суб'єктивних відчуттів та спостережень ведучих та самих учасників. В учасників змінювалося ставлення до себе, до світу та до інших людей, перебудовувалося уявлення про свою країну та своє місце в ній.

Кілька сюжетних ліній перепліталися щоразу, коли ми проводили соціодраматичну роботу: їх поява відображає всю складність тих подій і те, чому було так непросто (і зараз теж непросто) їх інтегрувати в нашу особисту на національну пам'ять. Ішлося про лінію «жертви»: це ті, хто змушений був коритися режимові, кого «зламали» і змусили пристосовуватися мовчаням, співпрацею з режимом та іншими вчинками, за які за інших обставин було б соромно і боляче; ті, хто втратили надію і скорилися. Інша лінія – це «насильники», власне ті, хто спровокував Голодомор, від радянського керівництва до виконавців на місцях. Дуже непростий комплекс почуттів і переживань – від повної згоди з режимом до того ж самого всеохопного і паралізуючого страху за власне життя. Також були присутні «спостерігачі», представлені громадянами інших країн, яким показували картинку достатку та ситості і які з усіх сил вірили режиму, попри те що відчували неправду та обман. Але вірити було

вигідно з політичних міркувань. Також була лінія «зрадників» – тих українців, що вступили у співпрацю з режимом, які брали участь у вилученні харчів, доносили владі на сусідів та намагалися вижити в такий спосіб.

Поява останньої сюжетної лінії, на нашу думку, була знаковою для нашої роботи. На нашу думку, вона вказувала на готовність прийняти всю правду про ті події, включно з неприємною та непростою, яка могла вказувати, наприклад, на те, що зрадники могли бути і в родинах учасників. І саме це могло бути додатковим чинником мовчання, адже, можливо, саме через цю зраду родина змогла вижити... Загалом, порушення і прийняття таких непростих тем та історій є саме по собі свідченням особистісної дорослості, формування стійкості та, власне, теж може бути ознакою посттравматичного зростання.

Підсумовуючи, зазначу, що робота триває, і ми з Вікторією продовжуємо планувати роботу і дослідження в цьому напрямку. Не все вдається через брак часових ресурсів, адже стільки всього важливого і цінного, що хотілося б встигнути зробити...

## ВІД ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ЛЮДИНИ ДО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ СУСПІЛЬСТВА

*Останній розділ – своєрідний фінальний акорд цієї книги. У ньому дуже стисло наведено результати узагальнення теми посттравматичного зростання і зроблено спробу нарису майбутніх розвідок у царині його фасилітації. Буде розглянуто можливості фасилітації посттравматичного зростання на рівні особистості, а також – амбітніше – на рівні суспільства.*

### Фасилітація посттравматичного зростання особи: чинники і принципи

Ведучи мову про посттравматичне зростання, варто пам'ятати про важливу настанову – його варто очікувати, на нього варто сподіватися, але точно не слід його вимагати від інших осіб і від себе, силувати до зростання.

Відтак, працюючи зі зростанням, дуже зручним для використання терміном є «супровід», або «фасилітація». Це передбачає створення умов та можливостей, ситуацію очікування та надії на зростання, але унеможливорює примус до нього. Концептуально соціально-психологічний супровід (фасилітацію) посттравматичного зростання можна розуміти тоді як підтримку досвіду позитивних змін, які виникають у результаті переживання травм особистістю та суспільством. Центральним елементом такої фасилітації має бути фокусування уваги на сильних сторонах особистості, на її ресурсах, на здатності індивідуальної психіки адаптуватися, справлятися з наслідками травм і перетворювати їх на потенціал для змін у сприйнятті світу, себе та інших людей.

При цьому слід враховувати низку предикторів та чинників, виділених раніше. Передусім ідеться про *характеристики травми*: наскільки сильними була загроза та рівень стресу під час пережиття травми, наскільки ситуація сприймалася контрольованою особою. Якщо була велика загроза, високий рівень стресу, ситуація сприймалася як неконтрольована – травматизація буде ймовірно важкою, а ймовірність посттравматичного зростання невисока. Утім, невисокою вона буде і якщо травматизація була легкою. Слід пам'ятати, що найбільша ймовірність зростання там, де травматизація була середнього рівня. Слід також прийняти той факт, що на цю групу чинників ми як фахівці не маємо особливого впливу. А отже, їх слід враховувати, коригуючи свої очікування щодо посттравматичного зростання особи, але не більше (наразі не йдеться про лікувальні стратегії, адже вони багато в чому саме

від важкості травми і залежать – ми говоримо тут виключно про посттравматичне зростання).

Звісно, що низка інших факторів має вплив на зростання, і серед них – *характеристики особи*. Низка досліджень показала, що особа, яка характеризується оптимізмом, релігійністю, психологічним добробутом, умінням позитивної реінтерпретації подій, має набагато більші шанси щодо посттравматичного зростання. Ці фактори, з одного боку, у разі традиційного погляду на особистість не є придатними для змін та розвитку, але – лише за традиційного погляду. Якщо відійти від нього і поглянути на ці речі з позиції їх конструювання та конструювання особистості через наративно-ментативні практики, через дискурс, то все виглядає не так уже й песимістично. Звісно, що є речі, у які не варто втручатися ззовні, як то, наприклад, релігійність. Це є те, що особа сама повинна винайти або ні, звісно. Але, наприклад, оптимізм є прямий дериват життєвих історій особи, її досвіду (нарратив) та її інтерпретації цього досвіду (ментатив), а відтак засобами, наприклад, нарративної терапії або іншими методами роботи можна допомогти особі здобути більше того ж оптимізму (якщо вона того хоче). Те ж саме стосується вміння позитивної реінтерпретації подій, з чим дуже добре працює позитивна психотерапія. Що ж до психологічного добробуту, то він так само може бути деконструйований до 1) здатності до самореалізації, 2) продуктивної та плідної праці, 3) здатності ефективно долати стреси та 4) здатності робити внесок у життя спільноти (визначення ВООЗ). Тож кожен із цих компонентів може бути підтриманий, розвинутий, до-конструйований, а отже, покращений психологічний добробут.

Третя група елементів – це *характеристики середовища*. Найбільший вплив на посттравматичне зростання має спроможність особи здійснити когнітивне опрацювання травматичних подій. І є кілька способів, як це може відбуватися. Один варіант, структурований, це когнітивне опрацювання в рамках психотерапевтичної роботи (з використанням травма-фокусованих методів – ТФ КПТ, або EMDR). Інший варіант – неструктурований – полягає в тому, що людина може здійснити спонтанне когнітивне опрацювання, спілкуючись із близькими, оповідаючи історію травми, перебуваючи у приймаючому та безпечному середовищі. І ще один варіант – коли ми додаємо керованості та структури цьому спілкуванню, нарощуємо соціальний капітал особи, допомагаємо їй вибудувати чи відновити цю мережу близьких і безпечних стосунків. Цього можна досягти, наприклад, залученням родин осіб, які пережили травму, до просвітницьких зустрічей про травму та її вплив, або через залучення особи до роботи у форматі інтерперсональної терапії, нарративної терапії, інших програм, індивідуальних та групових, які допомагають будувати стосунки (УП+, Навички психологічного відновлення, програми «рівний-рівному» тощо).

Таким чином, вимальовується структура фасилітації посттравматичного зростання, яка ставить за мету, власне, не лише лікування ПТСР, а й ширше – сприяння посттравматичному зростанню особи.

Така програма мала б ґрунтуватися на кількох принципах:

1. Принцип врахування характеристик травми, особи та середовища, в якому особа перебуває, який полягає в розумінні цих характеристик як базових для прогнозування зростання та добору інструментів для його фасилітації.
2. Наративно-ментативний принцип, який полягає у важливості, з одного боку, вузько – наративізації травматичного досвіду, опрацюванні травматичної пам'яті, та широко – опрацюванні загалом усіх життєвих наративів, та, з другого боку – у ментативному опрацюванні, осмисленні та винесенні уроків із досвіду.
3. Принцип розбудови мережі соціальних ресурсів, який полягає в особливій увазі до розвитку мережі стосунків особи, допомозі зробити ці стосунки максимально безпечними, а осіб – готовими допомагати і підтримувати.

## Посттравматичне зростання суспільства: старі проблеми, нові можливості

Спробуємо тепер зробити збільшити масштаб і перейти від особи до суспільства. Чи можемо ми говорити про посттравматичне зростання суспільства? Я переконаний, що так – настільки, наскільки ми можемо говорити про суспільні травми, колективні травми та історичні травми. Адже досвід та дослідження вже нам переконливо довели: де є травми, шукай зростання. Де є суспільні травми – варто принаймні спробувати пошукати зростання. І хоча досліджень на цю тему не так і багато, формат авторської монографії дає мені певне право пофантазувати на цю тему або здійснити екстраполяцію знань, здобутих у дослідженнях індивідуального посттравматичного зростання, на посттравматичне зростання суспільства.

Отже, що може бути важливим, потрібним, корисним для того, щоб відбувалося посттравматичне зростання суспільства? Зважте, що будемо міркувати не лише про підтримку зростання після історичних травм, але й поговоримо про травми теперішні та майбутні.

Передусім з огляду на чинники посттравматичного зростання звернімося до *характеристик травми*. Звісно, що вплинути на рівень загрози та стресу досить важко і, ймовірно, тут варто вести мову загалом про підвищення рівня безпеки суспільства, розвиток толерантності до

інакшості, навичок ненасильницького спілкування, медіації конфліктів, а також про розвиток інституцій, які відповідають за підтримку безпеки та створення відчуття безпеки в суспільстві (наприклад, поліція), а також про швидке реагування на травматичні події (екстрена медична допомога, служба надзвичайних ситуацій тощо). Що ж до контрольованості ситуацій, то тут так само є два аспекти: з одного боку, звісно, бувають ситуації, повністю невідконтрольні людині, але, з іншого боку, важлива не об'єктивна контрольованість, а саме відчуття. А тому розвиток умінь поведінки в ситуації травми та стресу, як технічних умінь (що робити у випадку травми та після), так і психологічних (знати, які можуть бути реакції на травму, уміти з ними справлятися, уміти залучати інших людей до допомоги). Таким чином можна досягти нарощування умінь контролювати різні аспекти травматичної ситуації та зниження важкості травми та її наслідків.

Отже, передусім ідеться про системні дії, спрямовані на нарощування рівня безпеки в суспільстві як через розвиток навичок і компетенцій самих людей, так і розвиток інституцій, які впливають на цю суспільну безпеку.

Наступний важливий для розгляду елемент – це *фактори, пов'язані з особистістю*. Передусім слід пам'ятати позицію про конструювання особистості і про те, що саме дискурс конструює особистість. Отож маємо справу не з константним утворенням, а з чимось живим і постійно змінним. Тому допомогти суспільству розвинути дискурси позитивної реінтерпретації, психологічного добробуту, оптимізму та духовності (замінімо цим терміном релігійність) – центральне завдання, виконання якого приведе до зростання рівня посттравматичного зростання суспільства загалом. Вочевидь, тут можуть бути дії кількох рівнів – від запровадження індивідуальних програм підтримки психологічного добробуту, навичок відновлюваності тощо до розвитку загалом психологічного добробуту суспільства через задіяння соціальних детермінантів (подолання бідності, покращення умов проживання, розширення доступу до усіх видів послуг тощо), а також через консолідовані зусилля засобів масової інформації з промоції оптимізму, критичного мислення, психологічного добробуту тощо.

Звісно, тут можна сказати, що автор є невірним оптимістом... але так воно і є ☺

Останні в переліку, але не останні за значущістю – це фактори, пов'язані із середовищем. Зокрема, ідеться про можливість вільно говорити про травму, можливість бути суспільством, яке не соромиться своїх травм, проживає їх, але при цьому робить це з гідністю, а не з позиції жертви. Досягти цього можна через розбудову просторів визнання травми, просторів, в яких травми та спогадам про неї є місце, де травма-нарративи мають право на існування і тому мають шанси на опрацювання. А отже,

Йдеться про свого роду «травмочутливий дискурс» та «дискурс зростання», який усі ми покликані творити, якщо хочемо вирватися із замкненого кола травми та її наслідків.

Із практичних (відносно) кроків, які варто розглянути на різних масштабах суспільства (від малих громад до держави в цілому), варто виділити такі:

- Розбудова просторів визнання травми. Ідеться про місця (не лише фізичні, а й віртуальні), де досвіду травми віддається належне, і не лише індивідуальному, але й суспільному. Прикладом такого місця може бути Музей історії Голодомору, який я точно раджу всім відвідати. До речі, там є програми для дітей, дуже продумані і варті уваги. Таких місць повинно бути багато, великих і малих, із продуманою тематикою і посланнями, створених у рамках дискурсу зростання.
- Наративно-ментативне конструювання травмочутливого дискурсу та дискурсу зростання. Поширення історій травми, історій її подолання, історій зростання за чутливого супроводу та уважного конструювання, що дозволило б у балансі занурення у травму та перспективи зростання, із фасилітацією роздумів, винесення сенсу з досвіду – все це так само дозволить, як я припускаю, пройти шлях від травми до зростання.

Підсумовуючи, зазначу, що переконаний: суспільне посттравматичне зростання можливе. І разом із тим переконаний, що можливе воно лише за умови опрацювання травматичного досвіду суспільством, проживання історії, прийняття її, пережиття емоційного болю та осмислення здобутого досвіду. Без цього ми приречені жити як Жертви в нескінченних повтореннях циклів Пошуку Рятівника та наступного знецінення і зміцнення вихідної настанови про неможливість виходу та «важку й сумну долю українського народу»...



## ПІСЛЯМОВА (метафори та історії)

Навколо люди...

...йдуть повз тебе, не бачать, не помічають, не відчувають... Так само й ти колись ходив тисячі тисяч разів. Не дивитися в очі, не торкатися навіть подумки! Швидше оминати, обійти, обігнати, випередити, відвести погляд, перейти дорогу... Вони йдуть повз, не дивляться... але щось змінилося...

...літній чоловік. Сиве волосся, очі сховані у зморшках, нервово стискає палицю і раз по разу стромляє її в асфальт, наче хоче проткнути його... Кого він бачить, на кого сердитий, про що зараз думає?

...тебе оминає дівчина. Вбрана не по-осінньому літньо, у короткій спідничці, легенькій червоній блузі, на високих підборах... Чому опирається осені, не хоче здаватися і вперто вірить, що їй тепло? Чому не слухає холодного вітру, який ніяк не може зігрітися її тілом?

...дві дівчинки вчепилися у плюшевого ведмеда. Кожна тягне на себе. Ледь не плачуть, знають, що зараз порветься, а не відпускають. Як це так – віддати іншій частку себе?!

...колиска на колесах... противна коліскова волає з китайської ляльки і марно прагне заколисати людину. Хлопець у синьому раз у раз стукає об люльку лялькою і та заводить пісню знову і знову. Що йому більше подобається – слухати чи стукати?

Ти завмер, озирнешся – на мить стає лячно... Їх стільки! Обличчя, очі, погляди, думки, слова, речення, вчинки, життя... І ти розумієш, що насправді змінилося дуже мало – ти розплющив очі! Вони розкрилися і побачили, твої легені наповнилися свіжим повітрям, душа сповнилася силою... Силою почути, побачити, пережити... і зіграти... Насправді змінилося дуже багато...

Тепер ти знаєш, що у кожного з них є своя історія...

І ти теж маєш свою історію...

Історію травми, історію болю, історію суму, страху, відчаю, невимовної муки, крові, кісток, запаху бензину та диму, звуків, вибухів, поту, крику, знову відчаю, відрази, самотності, заніміння та оціпеніння, злості й злоби, кривди і правди, відчаю та..

...теплого чаю і теплого часу... бажання говорити й страху бути почутим, слів, які прориваються, підтримки, яка відчувається, змін, які передчуваються...

...друзів, які стали ворогами, і незнаймців, які стали близькими, втрат, які не забулися...

... і ще ця квітка, жовта на сірому асфальті, яка пробилася крізь товщу й очікує дощу...

...бо має надію...

## ЛІТЕРАТУРА

- Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. / Наук. ред. Вікторія Горбунова, Віталій Климчук. – Львів: Свічадо, 2015. – 448 с.
- Выготский Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. – М. : Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. – 1136 с.
- Горностай, П. П. (2012). Колективна травма та групова ідентичність. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. К, 89-95.
- Зубовський, Д. С. (2018). Перевірка факторної структури україномовної методики Опитувальник посттравматичного зростання. Український психологічний журнал, (2), 36-47.
- Климчук В. Мотиваційний дискурс особистості: на шляху до соціальної психології мотивації / Віталій Климчук. - Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2015.
- Климчук В.О. (2019) Організація системи психосоціальної підтримки особистості, яка пережила травму // Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.]; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с.
- Маслюк, А. М. (2010). Різновиди депривуючих чинників подій голодоморів в Україні першої половини ХХ століття. Наукові записки Інституту психології імені ГС Костюка АПН України, (38), 238-246.
- Новак О. О, Гуковський О. В. Емпіричне дослідження результатів тренінгу з бодинаміки // Інститут соціальної та політичної психології, НАПН України (2018) Work with War Traumas. Ukrainian Experience матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 28–31 березня 2018 р.) . Золоті ворота, м.Київ, Україна. - С. 79-83.
- Обушний, М. Політико-психологічні аспекти Голодомору 1932-1933 років / М. Обушний, Т. Воропаєва // Соц. психологія. – 2009. – № 2. – С. 39-48.
- Поттер Дж. Дискурс и субъект [Електронн. ресурс] / Дж. Поттер, М. Уезерел. – 1987. – Режим доступа: [http://psylib.org.ua/books/\\_pottu01.htm](http://psylib.org.ua/books/_pottu01.htm)
- Роджерс К. Свобода учиться / К. Роджерс, Д. Фрейберг. – М.: Смысл, 2002. – 527 с.
- Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т. М. Титаренко. – К. : Либідь, 2003. – 376 с.
- Титаренко, Т. М. (2018в). Життя як будівельний майданчик: особистісні наслідки посттравматичного досвіду. Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності, 6-9.
- Титаренко Т. М. Постмодерна особистість у динаміці самоконструювання / Тетяна Титаренко // Актуальні проблеми психології. Т.2. Психологічна герменевтика. – К. : Інформаційно-аналітична агенція, 2010. – Вип. 6. – С. 5-14.
- Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. – 160 с.
- Титаренко, Т. М. (2018б). Психологічне благополуччя особистості у контексті посттравматичного життєтворення. Особистість та її історія, 102-112.
- Титаренко Т. М. Соціально-конструктивістська природа життєвих завдань особистості / Т. М. Титаренко // Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб.

- статей / НАПН України, Ін-т соц. та політ. психології; [ред. рада: М. М. Слюсаревський (голова), В. Г. Кремень, С. Д. Максименко та ін.]. – К., 2008. – Вип. 19 (22). – С. 131-139.
- Фуко М. Слова и вещи. Археология гуманитарных наук / Мишель Фуко. – М. : Прогресс, 1977. – 405 с.
- Abraido-Lanza, A.F., Guier, C., & Colon, R.M. (1998). Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues*. Vol. 54. P. 405-424.
- Affleck G., Tennen H., Croog S., Levine S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 55(1). P. 29-35.
- Alexander, T. & Oesterreich, R. (2013). Development and Evaluation of the Posttraumatic Growth Status Inventory. *Psychology*, 4, 831-844. doi: 10.4236/psych.2013.411120.
- Allport F. H. The influence of the group upon association and thought / Floyd H. Allport // *Journal of Experimental Psychology*. – 1920. – Vol. 3 (3). – P. 159–182.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kliboum, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.
- Armeli, S., Gunthert, K. C., & Cohen, L. H. (2001). Stressor appraisals, coping, and post-event outcomes: The dimensionality and antecedents of stress-related growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 366-395.
- Bezsheiko, V. (2016). Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСТР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСТР" для української популяції. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 1(1), e010108-e010108.
- Biruski, D. C., Ajdukovic, D., & Stanic, A. L. (2014). When the world collapses: changed worldview and social reconstruction in a traumatized community. *European journal of psychotraumatology*, 5, 10.3402/ejpt.v5.24098. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24098>
- Boals A, Schuler KL. Reducing reports of illusory posttraumatic growth: A revised version of the Stress-Related Growth Scale (SRGS-R). *Psychol Trauma*. 2018 Mar;10(2):190-198. doi: 10.1037/tra0000267. Epub 2017 Apr 3. PMID: 28368153.
- Bower J.E., Kemeny M.E., Taylor S.E., Fahey J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of consulting psychology*. Vol. 66(6). P. 979-986.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Brown, A. S., Susser, E. S., Lin, S. P., Neugebauer, R., & Gorman, J. M. (1995). Increased risk of affective disorders in males after second trimester prenatal exposure to the Dutch hunger winter of 1944–45. *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 601-606.
- Brymer, M., Layne, C., Jacobs, A., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., ... & Watson, P. (2006). *Psychological first aid field operations guide*. National Child Traumatic Stress Network.
- Calhoun L.G., Tedeschi R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Routledge. 184 p.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., & Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(2), 127-137.

- Carmil, D., & Breznitz, S. (1991). Personal trauma and world view: Are extremely stressful experiences related to political attitudes, religious beliefs, and future orientation? *Journal of Traumatic Stress*, 4(3), 393–405. <https://doi.org/10.1002/jts.2490040307>
- Center for Substance Abuse Treatment. (2014). Trauma-informed care in behavioral health services.
- Chapman A. J. Social Facilitation of Laughter in Children / Antony J.Chapman // *Journal of Experimental Social Psychology*. – 1973. – Vol. 9 (6). – P. 528–541.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child abuse & neglect*, 36(6), 528-541.
- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570.
- Cohen, L. H., Hettler, T. R., & Pane, N. (1998). Assessment of posttraumatic growth. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 23-42). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cole Susan F., Eisner Anne, Gregory Michael, Ristuccia Joel. (2020) Creating and Advocating for Trauma-Sensitive Schools. Massachusetts Advocates for Children and Harvard Law School. <https://www.movethisworld.com/wp-content/uploads/2020/03/HTCL-Vol-2-Creating-and-Advocating-for-TSScopy.pdf>
- Crawford, E., Wright, M.O. & Masten, A. (2005). "Resilience and spirituality in youth", pp. 355–370 in E.C. Roehlkepartain, P.E. King, L. Wagener & P.L. Benson (Eds.), *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence*, Thousand Oaks, CA: Sage
- Cui PP, Wang PP, Wang K, et al. Post-traumatic growth and influencing factors among frontline nurses fighting against COVID-19. *Occupational and Environmental Medicine* Published Online First: 15 October 2020. doi: 10.1136/oemed-2020-106540
- Daud A, Skoglund E, Rydelius P-A. Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *Int J Soc Welf*. Blackwell Publishing Ltd. 2005;14(1):23–32. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2005.00336.x>.
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(2), 305.
- Davies B. Positioning: the discursive production of selves / Bronwyn Davies, Rom Harré // *Journal of the Theory of Social Behaviour*, 1990. – Vol. 20 (1). – P. 43-64.
- Davies B. Positioning: the discursive production of selves / Bronwyn Davies, Rom Harré // *Journal of the Theory of Social Behaviour*, 1990. – Vol. 20 (1). – P. 43-64.
- Dawson, K. S., Bryant, R. A., Harper, M., Tay, A. K., Rahman, A., Schafer, A., & Van Ommeren, M. (2015). Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*, 14(3), 354.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Vol. 4(1). P.94-101.
- Edmondson, D., Chaudoir, S. R., Mills, M. A., Park, C. L., Holub, J., & Bartkowiak, J. M. (2011). From Shattered Assumptions to Weakened Worldviews: Trauma Symptoms Signal Anxiety Buffer Disruption. *Journal of loss & trauma*, 16(4), 358–385. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572030>
- Epel E.S., McEwen B.S., Ickovics J.R. (1998). Embodying Psychological Thriving: Physical Thriving in Response to Stress. *Journal of Social Issues*. Vol. 54 (2). P. 301-322.

- Ewert, A., & Tessneer, S. (2019). Psychological Resilience and Posttraumatic Growth: An Exploratory Analysis. *Journal of Experiential Education*, 42(3), 280-296.
- Finkel, N. J. (1974). Strens and traumas: An attempt at categorization. *American Journal of Community Psychology*, 2(3), 265.
- Finkel, N. J. (1975). Strens, traumas, and trauma resolution. *American Journal of Community Psychology*, 3(2), 173-178.
- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Simon and Schuster.
- Franx, G., Oud, M., De Lange, J., Wensing, M., & Grol, R. (2012). Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. *Implementation Science*, 7(1), 1-13.
- Franzek, E. J., Sprangers, N., Janssens, A. C. J., Van Duijn, C. M., & Van De Wetering, B. J. (2008). Prenatal exposure to the 1944–45 Dutch 'hunger winter' and addiction later in life. *Addiction*, 103(3), 433-438.
- Gardner W. L. Love makes you real: Favorite television characters are perceived as 'real' in a social facilitation paradigm / Wendi L. Gardner, M. L. Knowles, L. Megan // *Social Cognition*. – 2008. – Vol. 2. – P. 156-168.
- Gergen K. J. *Realities and Relationships: Soundings in Social Construction* / Kennet J. Gergen. – Cambridge, MA : Harvard University Press, 1994. – 356 p.
- Gergen K. J. *The saturated self. Dilemmas Of Identity In Contemporary Life* / Kennet J. Gergen. – New York : Basic Books, 2000. – 320 p.
- Gorbunova, V., & Klymchuk, V. (2020). The Psychological Consequences of the Holodomor in Ukraine. *East/West: Journal of Ukrainian Studies*, 7(2), 33-68.
- Gorbunova, V., & Klymchuk, V. (2020). The Psychological Consequences of the Holodomor in Ukraine. *East/West: Journal of Ukrainian Studies*, 7(2), 33-68.
- Hamam, A. A., Milo, S., Mor, I., Shaked, E., Eliav, A. S., & Lahav, Y. (2020). Peritraumatic reactions during the COVID-19 pandemic—The contribution of posttraumatic growth attributed to prior trauma. *Journal of psychiatric research*, 132, 23-31.
- Helgeson V.S., Reynolds K.A., Tomich P.L. (2006) A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 74 (5). P. 797-816.
- Howie D. Positioning theory: Vygotsky, Wittgenstein and social constructionist psychology / Dorothy Howie, Michael Peters // *Journal for the theory of social behaviour*. – 1996. – Vol. 26 (1). – P. 51-64.
- Hyatt-Burkhart, D. (2014). The experience of vicarious posttraumatic growth in mental health workers. *Journal of Loss and Trauma*, 19(5), 452–461. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.797268>
- Janoff-Bulman R. (1992) *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press; 1992.
- Johnston, D. W., Schurer, S., & Shields, M. A. (2013). Exploring the intergenerational persistence of mental health: Evidence from three generations. *Journal of Health Economics*, 32(6), 1077-1089.
- Joseph S. (2009). Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Psychological Topics*. Vol. 18 (2). P. 335-344.
- Joseph S. (2009). Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Psychological Topics*. Vol. 18 (2). P. 335-344.
- Joseph S. (2013). *What Doesn't Kill Us: A guide to overcoming adversity and moving forward*. Piatkus. 336 p.
- Joseph S., Butler L. (2010). Positive Changes Following Adversity PTSD Research Quarterly. Vol. 21 (3). P.1-3.

- Joseph, S., Linley, P.A., Andrews, L., Harris, G., Howle, B., Woodward, C., & et al. (2005). Assessing positive and negative changes in the aftermath of adversity: Psychometric evaluation of the Changes in Outlook Questionnaire. *Psychological Assessment*. Vol. 17. P. 70-80.
- Joseph, S., Linley, P.A., Shevlin, M., Goodfellow, B., & Butler, L. (2006). Assessing positive and negative changes in the aftermath of adversity: A short form of the Changes in Outlook Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma*. Vol. 11. P. 85-89.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 6. P. 271-279.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 6. P. 271-279.
- Kaur, N., Porter, B., LeardMann, C.A. et al. Evaluation of a modified version of the Posttraumatic Growth Inventory-Short Form. *BMC Med Res Methodol* 17, 69 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0344-2>
- Kellermann, N. P. (2013). Epigenetic transmission of holocaust trauma: can nightmares be inherited. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 50(1), 33-39.
- Kierkegaard, S. (2004). *The sickness unto death: a Christian psychological exposition of edification and awakening by anti-Climacus*. Penguin UK.
- Lam, D., & Cheng, L. (2001). Cognitive behaviour therapy approach to assessing dysfunctional thoughts. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(3), 255-265.
- Lancaster, C. L., Teeters, J. B., Gros, D. F., & Back, S. E. (2016). Posttraumatic stress disorder: overview of evidence-based assessment and treatment. *Journal of clinical medicine*, 5(11), 105.
- Lauren M. B., Lydia K.M. Resilience and post-traumatic growth: exploring the perceptions of gains after adversity in older adults, *Innovation in Aging*, Volume 3, Issue Supplement\_1, November 2019, Page S720, <https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.2639>
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 22(4), 282-286.
- Linley, P.A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 17. P. 11-21.
- Linley, P.A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 17. P. 11-21.
- Little, D. (1989). Human suffering in comparative perspective. *They shall not hurt*, 53-72.
- Mahoney M. J. *Human change processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy* / Michael J. Mahoney. – New York : Basic Books, 1991. – 608 p.
- Mahoney M. J. *What Is Constructivism and Why Is It Growing?* / Michael J. Mahoney // *PsycCRITIQUES*. – 2004. – Vol. 49 (3). – P. 360-363.
- Maitlis, Sally, *Posttraumatic Growth at Work (January 2020)*. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, Vol. 7, Issue 1, pp. 395-419, 2020.
- Malkhazov, O. R. (2017). Теоретичні засади дослідження емоційної стійкості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, (40(43), 62-71. [https://doi.org/10.33120/ssj.vi40\(43\).61](https://doi.org/10.33120/ssj.vi40(43).61)
- Markowitz, J. C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P. E., Zhao, Y., Hembree, E., ... & Marshall, R. D. (2015). Is exposure necessary? A randomized clinical trial of

- interpersonal psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 430-440.
- Masten, A. S. (1989). "Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology". In D. Cicchetti (Ed.), *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 261–294). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- McMillen, J.C., & Fisher, R.H. (1998). The Perceived Benefit Scales: Measuring perceived positive life changes after negative events. *Social Work Research*. Vol. 22. P. 173-187.
- Mead G. *Mind Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist* / George Herbert Mead. – Chicago : University of Chicago, 1934. – 440 p.
- Morrill E.F., Brewer N.T., O'Neill S.C., Lillie S.E., Dees E.C., Carey L.A., Rimer B.K. (2008) The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*. Vol. 17 (9). P. 948-953.
- Morris A, Gabert-Quillen C, Delahanty D. The association between parent PTSD/depression symptoms and child PTSD symptoms: a meta-analysis. *Journal Pediatr Psychol*. Oxford University Press. 2012;37(10):1076–88. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss091>.
- Neugebauer, R., Hoek, H. W., & Susser, E. (1999). Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood. *Jama*, 282(5), 455-462.
- Nietzsche, F. (2008). *Thus spoke Zarathustra: A book for everyone and nobody*. Oxford University Press.
- Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2016). Association between resiliency and posttraumatic growth in firefighters: the role of stress appraisal. *International journal of occupational safety and ergonomics : JOSE*, 22(1), 40–48. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1109372>
- Olson K, Shanafelt T, Southwick S. Pandemic-Driven Posttraumatic Growth for Organizations and Individuals. *JAMA*. 2020;324(18):1829–1830. doi:10.1001/jama.2020.20275
- Palosaari, E., Punamäki, R. L., Qouta, S., & Diab, M. (2013). Intergenerational effects of war trauma among Palestinian families mediated via psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 955-968.
- Pan, K. Y., Kok, A. A., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jörg, F., Luteijn, R. A., ... & Penninx, B. W. (2020). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*.
- Park C.L., Lechner S. C.. 28 Mar 2006, *Measurement Issues in Assessing Growth Following Stressful Life Experiences from: Handbook of Posttraumatic Growth, Research and Practice* Routledge Accessed on: 30 Dec 2020 <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315805597.ch3>
- Park, C.L., Cohen, L.H., & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*. Vol. 64. P. 71-105.
- Paton, D. (2005). Posttraumatic growth in protective services professionals: Individual, cognitive and organizational influences. *Traumatology*, 11(4), 335-346.
- Paton, D., & Burke, K. J. (2007). Personal and organizational predictors of posttraumatic adaptation and growth in police officers. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. WW Norton & Co.

- Potter J. A model of discourse in action / Jonathan Potter, Derek Edwards, Margaret Wetherell // *American behavioral scientist*. – 1993. – Vol. 36 (3). – P. 383-401.
- Rafaeli, A. K., & Markowitz, J. C. (2011). Interpersonal psychotherapy (IPT) for PTSD: a case study. *American journal of psychotherapy*, 65(3), 205-223.
- Raskin J. D. Constructivism in psychology: Personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism / Jonathan D. Raskin // *Studies in meaning: Exploring constructivist psychology* ; [J. D. Raskin & S. K. Bridges (Eds.)]. – New York : Pace University Press, 2002. – P. 1-25.
- Russell, M. C., & Figley, C. R. (2013). *Treating traumatic stress injuries in military personnel: An EMDR practitioner's guide* (Vol. 46). Routledge.
- Saladino, V., Algeri, D., & Auriemma, V. (2020). The psychological and social impact of Covid-19: new perspectives of well-being. *Frontiers in psychology*, 11, 2550.
- Sangaland C, Vang C. Intergenerational transmission of trauma in refugee families: a systematic review. *J Immigr Minor Health*. 2016; <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0499-7>.
- Schopenhauer, A. (2004). *On the Sufferings of the World* (1891). *Life, death & meaning: Key philosophical readings on the big questions*, 393-402.
- Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia L, Sher M, Amore M, The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population, *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 113, Issue 8, August 2020, Pages 531–537, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
- Sheen, Mr Justice (1987), *mv Herald of Free Enterprise: Report of Court No. 8074 Formal Investigation* (PDF), Crown Department of Transport, ISBN 0-11-550828-7
- Shotter J. Social accountability and the social construction of "You" / John Shotter // *Texts of identity* ; [J. Shotter and K.J. Gergen (Eds.)]. – London : Sage Publications Ltd, 1989. – P.133-151.
- Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res*. 2020;293:113429. doi:10.1016/j.psychres.2020.113429
- Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2013). Associations of psychological thriving with coping efficacy, expectations for future growth, and depressive symptoms over time in people with arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 279-286.
- Slobodin O, de Jong JT. Family interventions in traumatized immigrants and refugees: a systematic review. *Transcult Psychiatry*. 2015;52(6) doi: 1363461515588855
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in experimental social psychology*, 24, 93-159.
- Stephen A, Lui F. Brief Psychotic Disorder. [Updated 2020 Jul 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539912/>
- Susser, E. S., & Lin, S. P. (1992). Schizophrenia after prenatal exposure to the Dutch Hunger Winter of 1944-1945. *Archives of general psychiatry*, 49(12), 983-988.
- Taku K., Cann A., Calhoun L.G., Tedeschi R.G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: a comparison five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 21 (2). P.158-164.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (1996) The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 9. P. 455-471.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004). Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, Vol. 15 (1). P. 1-18.



- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004). Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, Vol. 15 (1). P. 1-18.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996 Jul;9(3):455-71.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation*. Sage.
- Tedeschi, R.G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L.G. (2018). *Posttraumatic Growth: Theory, Research, and Applications* (1st ed.). Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781315527451>
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23.
- Trentacosta CJ, et al. Potentially traumatic events and mental health problems among children of Iraqi refugees: the roles of relationships with parents and feelings about school. *Am J Orthop*. 2016;86(4):384–92. <https://doi.org/10.1037/ort0000186>.
- Van Langehove, L., Harre R. *Introducing positioning theory* / L. van Langehove, R. Harre // *Positioning theory: moral context of intentional action* [R. Harrÿ, L. van Langehove (Eds.)]. – Oxford : Blackwell, 1998. – 228 p.
- Wade, D., Crompton, D., Howard, A., Stevens, N., Metcalf, O., Brymer, M., ... & Forbes, D. (2014). Skills for Psychological Recovery: Evaluation of a post-disaster mental health training program. *Disaster Health*, 2(3-4), 138-145.
- Waldinger, R. (2015). What makes a good life. Lessons from the longest study on happiness. [https://ecole-commercer.com/IMG/pdf/80\\_years\\_study\\_hapiness\\_harvard.pdf](https://ecole-commercer.com/IMG/pdf/80_years_study_hapiness_harvard.pdf)
- Werner, E. E. (1971). *The children of Kauai : a longitudinal study from the prenatal period to age ten*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Zajonc R. B. Social Enhancement and Impairment of Performance in the Cockroach / Robert B. Zajonc, Alexander Heingartner, Edward M. Herman // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1969. – Vol. 13 (2). – P. 83-92.
- Zoellner T., Maercker A. (2006). Posttraumatic Growth and Psychotherapy. Calhoun, Lawrence G. (Ed); Tedeschi, Richard G. (Ed). *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. P. 334-354. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, xii, 387 p.

Наукове видання

*Віталій Олександрович Климчук*

**ПСИХОЛОГІЯ  
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ**

Монографія

Літературне редагування *Т. А. Кузьменко*

Адреса Інституту: 04070, м. Київ, вул. Андріївська, 15

---

Підписано до друку 01.12.2020 р. Формат 60x84/8.  
Гарнітура Times New Roman. Ум. друк. арк. 6,5.  
Електронне видання. Замовлення № 462.

Поліграфічно-видавничий центр ТОВ «Імекс-ЛТД»  
Свідоцтво про реєстрацію серія ДК № 195 від 21.09.2000 р.  
25006, м. Кропивницький, вул. Декабристів, 29.  
Тел./факс (0522) 22-79-30, 32-17-05  
E-mail: marketing@imex.net

---