

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПОЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

В. О. КЛИМЧУК

**ПСИХОЛОГІЯ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
ЗРОСТАННЯ**

Монографія

2-ге видання, перероблене і доповнене

Кропивницький – 2021

УДК 159.923
К 49

Рекомендовано до друку вченою радою
Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,
протокол № 04/21 від 25 лютого 2021 року

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. –
2-ге вид., переробл. і допов. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. –
158 с.

ISBN 978-966-189-605-4

У монографії представлено аналіз феномену посттравматичного зростання. Охоплено низку контекстів – від історії виявлення посттравматичного зростання людини до перспектив його дослідження в масштабах суспільства. Наведено результати досліджень посттравматичного зростання під час коронавірусної пандемії, даються рекомендації щодо підтримки зростання на робочому місці, обґрунтовуються принципи фасилітації посттравматичного зростання.

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

УДК 159.923

ISBN 978-966-189-605-4

© Інститут соціальної та політичної психології
НАПН України, 2021

© Климчук В. О., 2021

ЗМІСТ

Передмова, або чому «Посттравматичне зростання»?	6
Як травма впливає на наше життя?	9
Що таке травма?	9
Реакція на травму і короткотермінові наслідки	12
Довготривалі наслідки для психічного здоров'я унаслідок травми.....	13
Які є способи допомогти людині подолати наслідки травми?	15
Цінності, світогляд і травма	19
Травма, наступні покоління та близькі люди.....	20
Травма у вимірах суспільств, націй, держав	22
Як виявили, що, крім посттравматичного розладу, є ще й посттравматичне зростання?	24
Історія, філософія і посттравматичне зростання.....	24
Перші дослідження	26
Розвиток досліджень посттравматичного зростання і поява терміна.....	28
Психологічна відновлюваність (resilience) і посттравматичне зростання	29
У чому ж суть зростання після травми?.....	35
Виміри посттравматичного зростання	35
Зростання у сфері стосунків.....	37
Зміни в конструюванні особистості і життєвій філософії	37
Закономірності посттравматичного зростання, його предиктори	42
Роль посттравматичного зростання в подоланні наслідків травми.....	44

Які є інструменти для дослідження посттравматичного зростання?	45
Опитувальник змін у перспективі	45
Опитувальник посттравматичного зростання	47
Шкала зростання, пов'язаного зі стресом	48
Шкала процвітання і шкала психологічного процвітання	49
Шкала сприйняття вигід і шкала пошуку вигід	50
Опитувальник статусу посттравматичного зростання	51
Якісні методи дослідження посттравматичного зростання	51

Як психолог може допомогти людині зростати після травми?	53
Загальні рекомендації	53
Інтерперсональна терапія і посттравматичне зростання	55
Принципи та інструменти дискурсивної фасилітації	57

Травма і посттравматичне зростання на робочому місці	66
Травми і робоче місце	66
Загальні рекомендації щодо психологічної підтримки працівників	67
Травмочутливі робочі середовища та організації	68
Підтримка працівників у часи коронавірусної пандемії	79
Посттравматичне зростання на робочому місці	81

Коронавірусна хвороба як травма і чи можливе зростання під час і після неї	89
Вступ до дослідження: коронавірус і посттравма	89
Методи та організація дослідження	91
Характеристики вибірки та описові статистики	92

Результати дослідження	92
Обговорення результатів.....	110
Підсумки	113
Перспективи подальшого дослідження	114
Травма Голодомору і посттравматичне зростання.....	115
Вплив тривалого голоду батьків на психічне здоров'я та психологічні особливості дітей	115
Травма Голодомору та її вплив на наступні покоління ..	116
Посттравматичне зростання українців, пов'язане з Голодомором.....	120
Психодраматична і соціодраматична робота з темою Голодомору: розбити тишу і підтримати посттравматичне зростання	124
Від посттравматичного зростання людини до посттравматичного зростання суспільства	129
Фасилітація посттравматичного зростання особи: чинники і принципи.....	129
Посттравматичне зростання суспільства: старі проблеми, нові можливості	132
Післямова (метафори та історії).....	135
Література	137
Додаток. Приклади вправ для фасилітації посттравматичного зростання в громадах.....	148

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 людьми¹;

- щодоби протягом 2020 року травмувалася або гинула внаслідок ДТП в середньому 71 особа (26140 осіб за рік)²;

- за даними ДСНС України, протягом 2020 року сталося 116 надзвичайних ситуацій³;

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

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

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

– виробничого травматизму за 2020 рік зафіксовано 6121 випадок⁴;

– випадків невикробничого травматизму загалом було зареєстровано 1 млн 602 тис. 213 (постраждало 1 609 366 осіб)⁵.

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 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

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

⁵ <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%202019%20%D1%80.pdf>

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! Переконали, 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, так 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 травми⁶.

– Булінг. Свідомі дії, коли хтось має намір завдати соціальної, емоційної, фізичної та/або психологічної шкоди комусь іншому, що сприймається як менш сильний.

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

- 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 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 взнаки 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 самооцінку 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 подумають 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 ніж один місяць 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 травми⁷

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 в разі зіткнення 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 і 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 діяльності, відчуттям власної чужорідності та відчуження, а також нездатністю переживати позитивні почуття,

⁷ Параграф написано у співавторстві із Вікторією Горбуновою на основі посібника Горбунова В. В. *Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)*. Львів: Ін-т психічного здоров'я УКУ, 2016. 25 с.

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.

Переживання травматичних подій є нелегким випробуванням для людської психіки. На жаль, не у всіх, хто зазнав травми, вистачає внутрішніх ресурсів та підтримки оточення, щоб 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 і поведінки сприяє як пошуку засобів самодопомоги, 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?⁸

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

- одразу після травми для всіх, хто потребує, – Перша Психологічна Допомога (Byrmer 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

⁸ Цей пункт написано на основі авторського розділу «Організація системи психосоціальної підтримки особистості, яка пережила травму» в посібнику (Климчук, 2019), де ви можете знайти значно більше інформації про допомогу, настанови щодо її організації на національному рівні і на рівні організації.

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 копінгу. Базована на наукових дослідженнях, перша психологічна допомога передусім придатна для використання в польових умовах, для роботи 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;
- 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))⁹. Потрібні для того, щоб допомогти тим, хто пережив травму, навчитися справлятися зі стресом, посттравматичним стресом і 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 буде утворюватися робота фахівця.

Щодо цієї програми вже зібрано докази ефективності в Україні¹⁰.

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

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія.¹¹

В основі травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії лежить нейробіологічна модель травми, відповідно до якої під час переживання травматичної події відбувається низка змін у

⁹ https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/skills_psych_recovery_manual.asp

¹⁰ https://eabct2020.org/wp-content/uploads/2020/08/EABCT2020-Programme_16Aug.pdf

¹¹ Матеріал щодо ТФ-КПТ підготовлено спільно з В. Горбуною

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 травмофокусованої 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 в застосуванні стандартизованих процедур – одночасному фокусуванні на (а) спонтанних образах, думках, емоціях і 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 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 (*Rafaëli, & 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 у випадку використання 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» (*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 й дають їй змогу 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 зіткнення з травмою, переживання почуттів беззахисності, жаху світ перестає сприйматися як доброзичливий і передба-

чуваний, а сама особа перестає сприймати себе як компетентну і невразливу. Разом із цим приходять 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).

Завдяки дослідженню впливу травм Голодомору на психологічні та поведінкові особливості українців також зроблено висновок 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 їхньої значущості у нащадків. Серед особливих поведінкових стратегій, притаманних нащадкам тих, хто пережив Голодомор, назвемо увагу до харчування дітей, накопичення запасів їжі, регулярні медичні огляди, а серед світоглядних особливостей – недовіру до влади, розчарування в державі, пріоритет потреб родини порівняно з 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, P. 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 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, й однозначних висновків та консенсусу серед учених поки що немає (*Kellermann, 2013*).

Травма у вимірах суспільств, націй, держав

На завершення цього розділу рогляньмо 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. Горностай пропонує для аналізу впливу травми на громаду використовувати чотири параметри (*Горностай, 2012*):

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

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 «намацується» 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 узагальнює 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 зазначають 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. А проте, важливо зауважити, 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 божевілья (*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 безмістовним 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 1970-х років ситуація змінилася – розпочалися наукові дослідження теми страждань та їхнього впливу на людину на основі 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. Поряд з описом травм і 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 в 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 переживання значущих у їхньому житті позитивних і негативних подій, дослідник підтвердив наявність цих подій особливого типу, в яких стикаються травма і зростання, травматичний досвід і досвід змін на краще в 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 описували подібні феномени. Утім, 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 надзвичайної 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»¹²

Пором покидав бельгійський порт Зебрюгге (Zeebrugge) 6 березня 1987 року. Він перекинувся, щойно покинувши стоянку. Загинули 193 особи, пасажери і команда. Як з'ясувалося пізніше, пором відплив із незачиненими носовими воротами (через які в поромках відбувається завантаження). Море увірвалося через ворота й затопило пором. Пряма провина лежала на асистенті боцмана, який заснув у своїй кабіні і не зачинив ворота. Утім, офіційне звинувачення було також висунуто його керівникові і компанії-власнику «Townsend Thoresen» через низьку культуру комунікації та безпеки.

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

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 і Р. Вільямса, досліджував осіб, які постраждали від катастрофи «Herald of Free Enterprise». Вони провели кілька досліджень, зосередившись, звісно, на травмі і посттравматичному стресі. Так ось, у 1990 році було проведено чергове обстеження постраждалих, і їх уперше запитали не про симптоми стресу, а про те, чи змінилися їхні погляди на життя загалом і як? Звісно, з'ясувалося, що в багатьох погляди на життя змінилися на гірше. Але цих осіб було 46%, решта – 43% осіб – визнали, що їхні погляди на життя змінилися на краще! (Joseph, 2009).

Виявивши це факт, учені захопилися розробленням 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 представлено перший інструмент для вимірювання як негативних, так і позитивних змін після травми, який використовується наразі і в наукових дослідженнях, і в психотерапевтичній практиці (С. Джозеф, Р. Вільямс, В. Юле, The Changes in Outlook questionnaire) (Joseph et al., 1993). Його огляд наведено далі, у відповідному розділі

До речі, на той час уже 83% осіб, які відповідали на питання цього опитувальника з тих, хто постраждав у тій катастрофі, зазначили, 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 і загалом в осіб, зовсім далеких від науки. Тема стала популярна. Так, у своєму огляді 2004 року П. Лайнлі і С. Джозеф спираються на дані 39 досліджень, у яких задокументовано позитивні зміни після травми (Linley, & Joseph, 2004).

Сприяли цьому і термінологічні нововведення. Адже сам 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 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. Відтоді цей термін став загальноновживаним (*Tedeschi, & Calhoun, 1996*). Найцікавіше, що дослідники вводять його без будь-якого термінологічного аналізу, узагальнення наявних термінів тощо. Він просто з'являється в 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. Розгляньмо далі це нове для цієї книги поняття, а потім спробуємо поглянути 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. Водночас 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 питання: а що ж таке ця стійкість і що на неї впливає?

Схожі результати отримали, досліджуючи дітей, чий батьки мали шизофренію. З'ясувалося, що більшість дітей, не отримуючи належного піклування й турботи, переживали чимало життєвих труднощів. І знову ж таки, виявилось, що була 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 таке психологічна відновлюваність і що на неї впливає, і що ми можемо зробити, щоб її підтримати. Більшість сучасних даних систематизовано й узагальнено на сайті Американської психологічної асоціації (APA)¹³. Ми ж тут наведемо кілька узагальнень та опишемо найбільш цінні для програми й посібника моменти.

Отже, психологічна відновлюваність (resilience)¹⁴ – процес доброї адаптації при зіткненні із життєвими складнощами, травмою, трагедією, небезпеками чи значним стресом. За такої умови стійкість – це насправді не екстраординарне, а досить типове явище. Ми зазвичай є відновлюваними! Можемо тут пригадати події Революції Гідності – наскільки складними були умови і наскільки відновлюваними ми виявилися. Наскільки відновлюваними насправді виявляються наші військові!

А проте 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. Інше питання – 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 особливостей поведінки, думок та дій, яких усі ми можемо навчитися і які відтак могли б використовувати. Загалом виділяють такі **фактори відновлюваності**:

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

¹⁴ Термін Resilience важко перекласти однозначно українською мовою. Є кілька варіантів його перекладу: «стресостійкість», «життєстійкість», «психологічна пружність», «гнучкість» і навіть варіант «резилієнс» та «резильєнтність». Ми не наполягаємо на правильності варіанта «психологічна відновлюваність» і тому даємо в дужках англійський відповідник.

– Присутність поруч когось, хто турбується і підтримує, як у межах родини, так і поза нею.

– Здатність до складання реалістичних планів та докладання зусиль для їх утілення.

– Позитивне самосприйняття, віра у свої сили і здібності.

– Володіння навичками комунікації та вирішення проблем.

– Здатність керувати сильними почуттями та імпульсами.

А проте шлях до психологічної відновлюваності у кожного може бути свій. Отож пропонуємо тут певні дороговкази щодо цього.

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

Спробуйте не сприймати кризи як на нездоланні проблеми. Ми не можемо змінити того факту, що певна подія сталася. Але можемо спробувати змінити розуміння і реакцію на неї. Зокрема, зазирнути в майбутнє і поміркувати, чи можна ці обставини хоча б трішки покращити. Щонайменше – подумати про те, як зміниться самопочуття, коли ситуацію буде подолано.

Прийміть те, що зміни, зрештою, 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.

Рухайтесь до своїх цілей. Укладіть певні реалістичні цілі. Робіть щось для них постійно, навіть якщо це щось дуже маленьке. Запитуйте себе: «Яку одну справу я можу зробити сьогодні, що допомогла б мені наблизитися до бажаного?»

Робіть дії, спрямовані на вирішення. Дійте настільки, наскільки ви можете. Дійте в напрямку вирішення, а не в напрямку уникання проблем і запліскування на них очей.

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

Плекайте позитивний погляд на себе. Розвивати довіру до своїх здібностей, здатності вирішувати проблеми, довіряти інстинктам є дуже корисним з погляду стійкості.

Сприймайте речі в перспективі. Навіть зіткнувшись із болем, намагайтеся подивитися на ситуацію в ширшому контексті і довготерміновій перспективі.

Підтримуйте оптимістичний погляд. Оптимістичний погляд дає надію, що гарні речі стануться. Намагайтеся більше думати про те, чого ви хочете, ніж турбуватися про те, чого боїтеся.

Піклуйтеся про себе. Звертайте увагу на свої потреби і почуття. Долучайтеся до активностей, які вам подобаються. Робіть фізичні вправи. Турбота про себе дасть вам змогу тримати психіку й тіло в тонусі в разі зіткнення із ситуаціями, які вимагають стійкості.

Шукайте додаткових способів для 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 відновить надію і допоможе побудувати стосунки. Групи підтримки, книги, онлайн-ресурси для самопомогі – це те, що можна сміливо використовувати. І не забувайте про підтримку фахівців у сфері психічного здоров'я – звертайтеся до них у разі потреби за консультаціями і по допомогу.

Окремо варто наголосити на ролі **релігії, віри та релігійних практик**. Так, є докази щодо позитивного впливу релігії на психологічну стійкість дітей. Низкою досліджень, 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 допомагають підтримувати відчуття контролю над ситуацією та соціальної справедливості перед лицем загрози (Crawford et al., 2005).

Підсумовуючи наведені вище зауваги щодо психологічної відновлюваності, зазначимо: 1) психологічна відновлюваність є радше нормою, ніж винятком; 2) психологічна відновлюваність розвивається, оскільки є не рисою, а сукупністю налаштувань та дій, тобто є процесом; 3) психологічної відновлюваності, отже, можна навчитися і відтак підтримувати її; 4) фахівці відіграють важливу роль у цьому індивідуальному процесі, але не ключову – більшою є

роль самих людей та спільноти; 5) разом з тим роль фахівців на рівні промоції психологічної відновлюваності, донесення до спільноти ролі підтримки, зв'язків між людьми неоціненна.

Отже, тепер, маючи уявлення про відновлюваність і посттравматичне зростання (рис. 2), можемо виокремити дві спільні ознаки цих явищ:

- головне, 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».
-

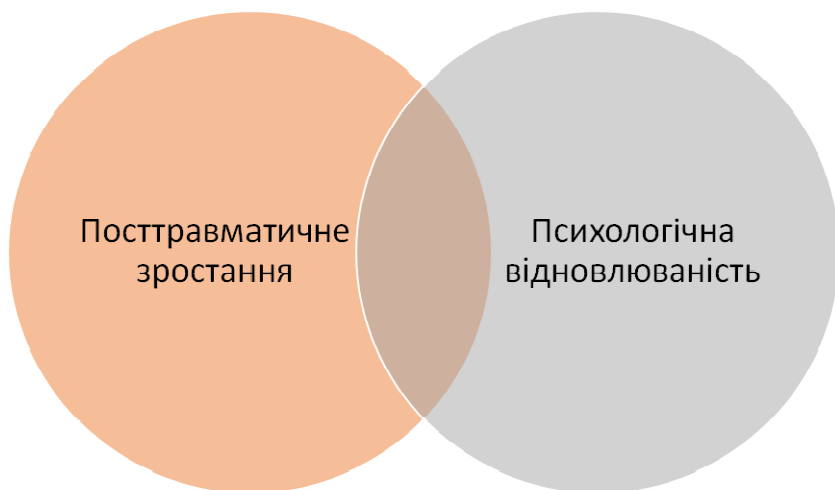


Рис. 2. Співвідношення між відновлюваністю і посттравматичним зростанням

А чи є між ними відмінності? Так, безперечно:

- 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.

Що ж до даних досліджень, то вони неоднозначні, що свідчить про складний характер зв'язків між цими двома явищами (наприклад, це підтверджують дослідження підлітків, які пережили теракти, і цивільного та військового персоналу). Так, дослідження підлітків, а також дорослих цивільних і військових, яке проводилося 2009 року після Ліванської війни (*Levine et al., 2009*), показало, що високі рівні відновлюваності асоціюються з нижчими показниками посттравматичного зростання. Під час дослідження 2016 року за участі пожежників (*Ogińska-Bulik, & Kobylarczyk, 2016*) виявлено загалом дуже слабкі кореляції між посттравматичним зростанням і відновлюваністю. Дослідження 2019 року, у якому взяли участь люди 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, яке показало, 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 побутування різних термінів для позначення цього феномену, усі вони містили спільний знаменник – позитивний погляд на людину, яка пережила травму. Позитивний – не в 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 сьогодні дослідники і дійшли згоди щодо спільної термінології, саме явище, як складне і комплексне, не є наразі остаточно дослідженим, а тому далі будемо вести мову не лише про «визначення», а й про низку «вимірів» посттравматичного зростання.

Р. Тедескі і Л. Калхун визначають посттравматичне зростання як досвід позитивних змін, які виникають у результаті боротьби з важкими життєвими кризами. Вони описують його як ситуацію, за якої 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, а 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 по-різному: як зростання цінування життя в цілому, як наповнення стосунків смислами, як зростання почуття особистої сили, як зміна пріоритетів, як збагачення духовного життя тощо (рис. 3). Власне, уявлення Р. Тедескі і Л. Калхуна про виміри

посттравматичного зростання відобразилися в їхньому Опитувальнику посттравматичного зростання – The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI), який містить п'ять субшкал: ставлення до інших; нові можливості; особистісна сила; духовні зміни; цінування життя (Taku, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2008).



Рис. 3. Виміри посттравматичного зростання (за С. Джозефом)

С. Джозеф виділяє три виміри такого зростання: стосунки (люди часто описують, що їхні стосунки покращилися певним чином, приміром, вони стали їх більше цінувати, переживати співчуття до інших); погляд на себе (постраждалі говорять, що набули відчуття власної сили і стійкості, зросла їхня впевненість 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 зростання 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, де відбувається конструювання нашого «Я». Виявляється, наші стосунки – це фундаментально важливий вимір нашого існування.

Це підтверджує одне з останніх найґрунтовніших досліджень на цю тему – Гарвардське дослідження розвитку дорослих (найдовше лонгїтюдне дослідження у світі, яке тривало вже 75 років на момент підбиття підсумків). Р. Волдінгер, підсумовуючи результати досліджень, говорить про три важливих висновки (*Waldinger, 2015*):

1. Люди, які мають тісніші стосунки з друзями, родиною, громадою, проживають 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-от рівень холестеролу тощо.

2. Люди, які переживають самотність, менш щасливі, їхнє здоров'я погіршується набагато раніше, як і функціонування мозку, і вони живуть менше.

3. Добрі стосунки захищають не лише тіло, а й мозок. Люди, які мали якісні добрі і безпечні стосунки у 80 років, довіряли іншим і могли покластися на них у разі потреби, зберігали гострішу пам'ять.

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

Зміни в конструюванні особистості і життєвій філософії

Дослідження посттравматичного зростання вивчають переважно «погляди на себе»: люди після пережиття травми зазначають, що набули відчуття власної сили і стійкості, зросла їхня впевненість у собі. Утім, для глибшого розуміння явища зростання можна підійти до нього з іншого боку і подивитися передусім на явище «поглядів на себе», самосприйняття ширше – як на конструювання себе, конструювання особистості.

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

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

Уперше це відкриття зробили так звані «конструктивісти» і «конструкціоністи» (відмінності між якими тут ми розкривати не будемо, але охочі можуть звернутися до моєї монографії «Мотиваційний дискурс особистості»¹⁵).

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

- 1) активна діяльність (active agency – люди є активними учасниками свого життя, вони роблять вибори, які змінюють їхнє життя);
- 2) упорядкування (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 в процесі інтеракції);
- 4) соціально-символічна зв'язаність (social-symbolic relatedness – ми народжуємося в стосунках, у них живемо – активна організація самості відбувається одночасно і «з», і «через» соціальні зв'язки і системи символів);

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

5) розвиток упродовж життя (lifespan development)

Додамо відтак до розгляду Дж. Келлі. До речі, 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 для оцінки та прогнозування поведінки інших, самих себе і світу загалом. Люди винаходять ці «виміри», спираючись на власний досвід, і постійно перебувають у процесі перевірки їхньої якості – з'ясовують, наскільки добре вони відповідають життєвим обставинам.

Філософія, створена Дж. Келлі, дістала 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 в 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 з терапевтом) нової системи конструктів у формі «нарису фіксованої ролі» та спонукання й надихання клієнта на «вихід у світ» із цієї новою системою, програвання в житті написаної ролі, експериментування з 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 в тому, як вивчати психологічні закономірності існування такої людини, у речіщі якої методології і якими методами?

Відповідь на це питання з'являється за умови розгляду «Я» як процесу і результату самооповіді (Я-наративу) у контексті соціальних інтеракцій. За К. Джердженом, Я-наратив можна розглядати як опис стосунків у контексті розгорнутих у часі значущих подій (*Gergen, 1994, P. 187*). Отже, **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.**

Тож настав час поговорити про ці наративи, 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 з 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 (*Potter, & Vezerelel, 1987*).

А тому, як пишуть Б. Девіс і 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, P. 47*).

Характеризуючи традиційний трикутник особистість-свідомість-реальність, Дж. Поттер, Д. Едвардс і М. Везерелл говорять про неможливість дотримуватися цієї трикомпонентної 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 свідо-

мість-особистість-реальність стають рівноправними елементами, але не в ролі «речей», а в ролі уявлень про них (*Potter et al., 1993*).

Сподіваюсь, що не втомив читачів таким довгим відступом, а відтак зроблю фінальний акорд до цього підпараграфа, 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 структурну та ієрархічну стабільність. Т. М. Титаренко окреслює коло нових уявлень про особистість:

1. Формою самоконструювання особистості є життєві завдання.

2. Структуру особистості розглядають як ризомну модель, як мапу, 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 дослідниця, «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 «ризоми», 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 організовувати і проживати час свого життя історично» (*Титаренко, 2010, С. 14*).

Ось так ми й підійшли до основного:

1. Особистість конструюється.
2. Особистість конструюється в стосунках.
3. Особистість конструюється в стосунках у форматі нарративу (оповіді).

І найважливіше:

4. Особистість конструюється в стосунках у форматі нарративу, 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 і 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 і С. Джозеф, підсумовуючи огляд 39 досліджень, зробили висновок, що тісно пов'язаними з 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) і з наявністю депресії, тривоги, ПТСР. А втім, про позитивні зміни звітують від 30% до 70% постраждалих від травм різного типу, як-от: 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 і П. Томіч 2006 року провели метааналіз уже 87 досліджень і зробили кілька 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 виявлено досить тісний прямий зв'язок із наявністю інтрузивних думок та поведінки уникання, а також із сприйняттям загрози (*Helgeson et al., 2006*). Тобто, з'ясовано, що вищий рівень посттравматичного стресу пов'язаний із вищим рівнем посттравматичного зростання!

С. Декель, Т. Ейн-Дор і З. Соломон, досліджуючи ізраїльських ветеранів, виявили, що вищий рівень ПТСР у 1991 році є предиктором більшого зростання у 2003-му, а вищий рівень ПТСР у 2003-му дає підстави говорити про більше зростання у 2008 році (*Dekel et al., 2012*) (тут слід зазначити, що ветерани із симптомами ПТСР не були полишені самі на себе, а отримували всю належну турботу, піклування й терапію, тобто йдеться про ПТСР, яке після того було вилікувано).

Це відкриття підштовхнуло вчених до нових досліджень, які в поєднанні із сучасним розумінням ПТСР (не стільки як хворобливого стану, скільки прагнення організму до опрацювання травматичних спогадів у поєднанні з вузьким вікном толерантності до стресу) привели до появи розуміння **криволінійного зв'язку** між ПТСР і ПТЗ (*Joseph, & Butler, 2010*). Ідеться про те, що незначні травми не ведуть до ПТЗ, оскільки не провокують сильного стресу, і людина справляється з ними звичними засобами копіngu. Надмірний стрес після травми провокує сильні симптоми ПТСР, коли 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 в симптомах ПТСР, які, відповідно, сигналізують нам про потребу психіки в когнітивному та емоційному опрацюванні нової травма-релевантної інформації, з другого боку – він не настільки сильний, щоб знищити саму можливість людини зробити таке опрацювання (*Joseph, 2013*). Що, до речі, узгоджується з 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 скласти її знову, зробити, як було раніше? Чи ви збираєте уламки і викидаєте їх у

смітник, бо вази вже, власне, немає? Чи ви вибираєте красиві кольорові шматочки і робите з них щось цілком нове – приміром, яскраву мозаїку?» (Joseph, 2013).

Отже, є певні закономірності в співвідношенні між ПТСР і 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 відповісти «так» 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 рівня їхнього здоров'я та прихильності до здорового способу життя (Affleck et al., 1987); високі показники за субшкалами Опитувальника посттравматичного зростання виявилися пов'язані зі швидшою габітуацією кортизолу при реагуванні на стресор (Epel et al., 1998); у людей з ВІЛ не так швидко знижується рівень Т-лімфоцитів, якщо вони когнітивно опрацьовують свою ситуацію, намагаючись наповнити її смислом (Bower et al., 1998); ознаки посттравматичного зростання виявилися предикторами нижчого рівня депресії та симптомів посттравматичного стресу (Morrill et al., 2008).

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

ЯКІ Є ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ?

На сьогодні вже створено низку валідизованих опитувальників і 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. 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 з 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 і 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 параграфах цього розділу). Що ж до внутрішньої узгодженості, то для обох шкал по кожній із чотирьох вибірок вона виявилася високою (альфа Кронбаха має значення від 0,80 до 0,88). Так само передбачувалося отримано високі показники кореляції між шкалою позитивних змін опитувальника та релевантними шкалами інших опитувальників (коефіцієнт кореляцій Пірсона має значення від 0,42 до 0,66, $p < 0,001$) і шкалою негативних змін та відповідними шкалами інших опитувальників (коефіцієнт кореляцій Пірсона має значення від 0,48 до 0,65, $p < 0,001$), що свідчить про конвергентну валідність. Низькі і статистично незначущі кореляції, виявлені в процесі крок-кореляції позитивних і негативних шкал, свідчать про високу дискримінаційну валідність опитувальника.

Дослідження зв'язків між позитивними і негативними змінами в перспективі та постравматичним 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. Дослідники вважають, 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 і неконтрольовані інтрузії.

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

А отже, Опитувальник можна застосовувати для оцінки змін після переживання травм, а також адаптувати його для використання українськомовними споживачами.

Опитувальник посттравматичного зростання

Наступний опитувальник, який ми розглянемо (PTGI, Опитувальник посттравматичного зростання), було оприлюднено 1996 року, через три роки після оприлюднення CiOQ (*Tedeschi, & Calhoun, 1996*). Методологія його розроблення дещо різнилася: дослідники, вже маючи накопичений за кілька років масив даних щодо того, які саме зміни відбуваються з людьми після переживання травми, узагальнили їх та виокремили всього 34 види змін. На основі їх оцінки та подальшої аналітичної роботи (з використанням факторного аналізу) було виокремлено 21 робочий пункт. Ці пункти майбутнього опитувальника дуже чітко вкладалися в п'ять факторів, які, власне, і стали субшкалами опитувальника:

Фактор 1. Ставлення до інших (стосунки з іншими). Наприклад, пункти «Знання, що я можу розраховувати на інших у 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 і 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, що між цією шкалою і показниками зростання кореляцій немає.

Досліджували також конструктну валідність – порівняли показники посттравматичного зростання тих, хто пережив важкі травматичні події, і тих, хто пережив звичайні життєві події. У результаті з'ясували, 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 і валідності 2010 року (*Cann et al., 2010*). Результати показали, що ця форма (PTGI-SF) цілком придатна для оцінювання зростання, вона зберігає п'ятифакторну структуру та працює на загальний фактор зростання після травми. Дослідження 2017 року на вибірці зі 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 уже також є. Здійснили адаптацію дослідники О. Новак та О. Гуковський (*Новак, & Гуковський, 2018*). Утім, наразі самі дані адаптації не опубліковано, 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 копінгу.

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 субшkal. Усі проведені факторизації різними методами приводили до виявлення однофакторної структури, і тому надалі з дослідницькою метою використовувався сумарний показник зростання, без розподілу на субшкали.

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

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

А проте відразу після появи цей інструмент було піддано 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 було представлено модифіковану версію інструменту – SRGS-R (revised) (Armeli et al., 2001). Вона має дві суттєві відмінності: а) формулювання в пунктах опитувальника змінено з позитивних (таких, що наштовхують на згадування про позитивні зміни) на нейтральні; б) для оцінювання запропоновано шкали як позитивного, так і негативного впливу травматичної події.

Шкала процвітання і Шкала психологічного процвітання

Також є дві шкали: «The Thriving Scale» (TS, Шкала процвітання), представлена 1998 року (Abraido-Lanza et al., 1998), і «The Psychological Thriving Scale» (PTS, Шкала психологічного процвітання), представлена 2013 року (Sirois, & Hirsch, 2013). До речі, попри незалежність дослідників, обидва опитувальники призначені для оцінювання 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. Його метою було дослідити фактори, які підтримують процвітання серед осіб, що стикаються з множинними негараздами – бідністю та хронічними

хворобами. Спершу було використано якісну методологію для розуміння суті процвітання, а після опрацювання даних розроблено власне «Шкалу процвітання» (20 пунктів).

«Шкала психологічного процвітання» (2013) є більш придатною для використання і містить пункти, які дають змогу з'ясувати в учасників дослідження, як ті сприймають зміни (на краще чи на гірше), на основі порівняння їхніх життєвих обставин 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 хорошу критеріальну валідність.

Шкала сприйняття вигід і Шкала пошуку вигід

«The Perceived Benefit Scales» (PBS, Шкала сприйняття вигід) оприлюднено 1998 року (*McMillen & Fisher, 1998*). «The Perceived Benefit Scales» створено для оцінки позитивних наслідків негативних подій будь-якого типу і містить вісім субшкал: зміни в життєвому стилі, матеріальні вигоди, зростання самоефективності, сімейна близькість, громадська близькість, віра в людей, духовність. За висновками дослідників, інструмент має високі показники надійності щодо внутрішньої узгодженості, інші його психометричні характеристики також відповідають нормам.

Інший інструмент, зі схожою назвою, – «The Benefit Finding Scale» (BFS, Шкала пошуку вигід) – було опубліковано 2001 року. Шкала містить 17 запитань; її було створено для оцінювання посттравматичного зростання серед жінок із раком грудей. З того часу вона використовувалася і для роботи з людьми, що мали й інші розлади здоров'я: рак простати, ВІЛ/СНІД тощо. Запитання в опитувальнику починаються з речення «Маючи рак...» і продовжуються низкою варіантів: «...я стала більш відповідальною людиною», або «...почала приймати речі такими, які вони є» тощо.

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

Опитувальник статусу посттравматичного зростання

Останній інструмент для кількісної оцінки посттравматичного зростання, яким ми завершимо цей огляд, – «The Posttraumatic Growth Status Inventory» (PTGSI, Опитувальник статусу посттравматичного зростання), оприлюднений 2013 року. Його розроблено, щоб 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», або «штучне» зростання. Відтак вони створили 36-пунктний інструмент, який містив 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.

На основі послідовних серій факторних аналізів та досліджень виявлено семифакторну структуру субшкал: Стосунки з іншими, Нові можливості, Особистісна сила, Цінування життя, Духовні зміни, Щедрість, Відкритість.

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

Якісні методи дослідження посттравматичного зростання

У вас не повинно скластися враження, що всі ці роки посттравматичне зростання досліджували лише за допомогою кількісних опитувальників. Звісно, вони мають свою привабливість: дають змогу легко охопити великі вибірки; 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 незаперечну перевагу – вони дають змогу зануритися в життєвий світ учасників дослідження та оприятити їхній унікальний, неповторний досвід. Більше того, вони часто допомагають самим учасникам краще зрозуміти свій власний досвід, опрацювати і прожити знову свою історію зі зцілювальним ефектом.

Отже, що наразі використовують:

- напівструктуроване інтерв'ю, переважно 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 в дослідженні зростання, тому не будемо тут вдаватися в деталі цих методів – їх насправді більше, якщо до того ж додати сюди ще й можливості змішаного підходу. Детально цю тему розкрито у двох посібниках із посттравматичного зростання, де наведено опис досліджень цього типу та посилання 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, несподіване, щось таке, що не закладалося дослідниками в модель, гіпотези тощо.

ЯК ПСИХОЛОГ МОЖЕ ДОПОМОГТИ ЛЮДИНІ ЗРОСТАТИ ПІСЛЯ ТРАВМИ?

Цей розділ має вже більш практичну спрямованість. У ньому ми поговоримо про те, що і як може зробити психолог, щоб підтримати посттравматичне зростання в особи, 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 розробляє автор 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 самостійною спробою психіки опрацювати минуле) і посттравматичним зростанням, з другого боку – на сутність психотерапевтичних інтервенцій у разі травми (допомогти людині опрацювати травматичні спогади і перетворити травматичну пам'ять у життєву історію, наратив) (Брієр, & Скот, 2015). Але насправді в результаті такої роботи відбувається не лише наративізація спогадів про травму, а й набагато глибше переосмислення картини світу (ідеться про його безпечність, про короточасність життя, про цінування близьких тощо).

Однак терапевти можуть зробити дещо більше, вважають Л. Калхун і Р. Тедескі у своєму керівництві з фасилітації посттравма-

тичного зростання (*Calhoun, & Tedeschi, 1999*). Наведемо декілька важливих зауваг щодо позиції психотерапевта:

- Зростання після травми розглядайте як таке, що походить не від травми, а із сутності людини, із процесу її боротьби з подіями та їхніми 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 клієнтові. Це допоможе йому в пошуку 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 – від thrive (англ.) – процвітання, добробут (*Joseph, 2013*). Основні її елементи такі:

- Taking stock (інвентаризація): переконатися, що клієнт у безпеці й допомогти йому навчитися справлятися з посттравматичним стресом (наприклад, за допомогою технік експозиції).

- Harvesting hope (збирання врожаю надії): навчитися плекати надію на майбутнє, наприклад, через історії людей, які пройшли через схожі ситуації.

- Re-authoring (ре-авторизація): переписати свій досвід шляхом створення історій, техніки експресивного письма, щоб знайти нові перспективи.

- Identifying change (ідентифікація змін): помічати посттравматичне зростання, зокрема за допомогою шкал та опитувальників.

- Valuing change (ціннісні зміни): розвивати впевненість у нових пріоритетах.

– Expressing change in action (дієві прояви змін): активно шукати способи перенесення посттравматичного зростання в зовнішній світ (складаючи, наприклад, тижневі плани 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

У разі травми найпоширеніші методи психотерапії мають спільний компонент – експозиція в той чи інший спосіб до травматичних спогадів і тригерів, які їх провокують. Разом з тим нещодавно було адаптовано протоколи інтерперсональної терапії для лікування ПТСР. Важливо, що ПТСР-фокусована інтерперсональна терапія (ПТСР-ПІТ) 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, призводить до уникнення стосунків та блокує відтак здатність використовувати соціальну підтримку для опрацювання травматичної події. Тобто особа з ПТСР відкидає соціальну підтримку якраз тоді, коли така підтримка є для неї життєво необхідною. Інтерперсональна терапія (далі – ПІТ) 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*).

Виділяють такі проблемні зони, з якими працює ПІТ у разі ПТСР: втрата (горювання через втрату значущої людини), рольовий конфлікт (наявність у клієнта та осіб з його оточення різних

очікувань одне від одного), рольовий перехід (зміни в житті, які вимагають освоєння нових ролей, не завжди бажаних).

У разі ПТСР основні етапи роботи відповідно до моделі ППТ (Rafaeli, & Markowitz, 2011) такі:

1. Початкова фаза (сесія 1-3).

Мета – дослідження теперішніх і колишніх стосунків, ідентифікація складнощів, пов'язаних із ПТСР, та знайомство з історією травми. Особливу увагу приділяють зазначеним вище проблемним зонам. Завершується ця фаза *формулюванням резюме* – коротким погодженим із клієнтом описом його складнощів, їхніх причини, наслідків та потенційних цілей терапії.

2. Центральна фаза (сесія 4-10).

На цьому етапі клієнт уже розуміє, що страждає від розладу, який можна вилікувати, що в цьому немає його провини. Фахівець пропонує йому стратегії удосконалення міжособистісної комунікації та допомагає виявити почуття, які лежать «за нею». Використовуються рольові ігри, аналіз попереднього досвіду, домашні завдання тощо. Головне – дати клієнтові розуміння того, що певні емоції та почуття виникають у ширшому міжособистісному контексті, та навчити його проявляти їх, щоб покращити стосунки.

3. Завершальна фаза (сесія 11-14).

Насамкінець фахівець пропонує клієнтові зробити огляд пройденого шляху, досягнутого ним прогресу, його нових умінь та почуттів щодо завершення терапії. Також на цьому етапі зазвичай передбачають складнощі, які можуть виникнути після завершення роботи, та складають план їх подолання.

Дослідження показують, що ПТСР-ППТ дає змогу істотно полегшити стан осіб з ПТСР із пролонгованою експозицією. Особливо важливо, що у випадку використання цього методу пацієнти, які мали додатково до ПТСР депресивний розлад, найрідше відмовлялися від терапії (Markowitz *et al.*, 2015). Дослідження методу тривають. Зокрема, у 2019 році в США планується завершити велике дослідження щодо використання його в роботі з ветеранами.

Принципи та інструменти дискурсивної фасилітації

Дискурсивна фасилітація – авторський підхід у межах соціально-конструкціоністської парадигми (про яку ми вже згадували вище і яка, на нашу думку, може привнести нове дихання в розуміння посттравматичного зростання). Тут наведено базові принципи підходу та короткий опис методичного інструментарію, який може стати в пригоді під час роботи зі зростанням.

Дискурс як центральне поняття. Коли йдеться про процеси соціального конструювання життєвого світу, саме мова виходить на перший план як посередник інтеракції і саме тіло цього простору. На думку Дж. Міда, «мова не просто символізує попередню 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 іззовні своєю поведінкою на певному етапі розвитку і як інструмент забезпечення соціальних зв'язків, які також є конститутивами найвищих психічних функцій (*Выготский, 2005, С. 1022*). Теза про центральну роль мови в соціальному конструюванні світу проходить червоною ниткою через концепції К. Джерджена (способи опису і пояснення світу як наслідки соціальної взаємодії, опосередкованої мовою), П. Бергера і Т. Лукмана (мова як основа культурних систем), Т. М. Титаренко (пріоритетність лінгвістичної реальності в аналізі особистості) 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 доцільно використовувати поняття «дискурс», яке вперше ввели в ужиток у 50-х роках ХХ ст. Е. Бенвеніст і З. Харріс. Сучасна теорія дискурсу визнає його конституювальну роль у формуванні як індивідуального життєвого світу людини, так і соціального світу загалом.

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. Змістову 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 (англ. *to facilitate* – полегшувати, допомагати, сприяти) увійшло в науковий психологічний дискурс завдяки низці публікацій, серед авторів яких Ф. Олпорт (*Allport, 1920*), Р. Зайонц, А. Гейнгарнер, Е. Герман (*Zajonc et al., 1969*), А. Чепмен (*Chapman, 1973*), В. Гарднер, М. Ноулс, Л. Меган (*Gardner et al., 2008*). Предметом обговорення в цих публікаціях стали результати низки експериментів, які виявили вплив наявності «спостерігача» на результати діяльності (а саме покращення цього результату за ряду інших умов). Водночас К. Роджерс вводить це поняття в дискурс психологічної допомоги (а згодом у педагогічний дискурс), розуміючи під ним сприяння, полегшення, допомогу, яку надає фахівець (психолог, педагог), іншій людині (дорослій чи дитині) у процесі її особистісного зростання (*Роджерс, 2002*). Основне завдання такого «сприяння» – не директивне скеровування в напрямку, який наперед кимось визначено, а створення умов, за яких зростання стає в принципі можливим.

Фасилітативний спосіб надання психологічної допомоги, що сягає корінням у гуманістичну парадигму, може бути застосовано і щодо теми посттравматичного зростання. Він дає змогу водночас і надавати підтримку, і робити це в максимально ненав'язливий спосіб, дослухаючись до мови особистості, її варіанта дійсності і рухаючись у напрямку, валідному в її життєвому світі.

Принципи дискурсивної фасилітації. Принципи було розроблено для роботи з мотиваційним дискурсом особистості (*Климчук, 2015*). Надалі ми їх наводимо 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 та індивідуальних правил творення конструкцій відкриває перед фахівцем можливість доступу до практик конструювання дискурсів особистості, тематики дискурсу та сутності проблеми. Разом із тим розуміння лінгвістичної природи дійсності відкриває можливість фасилітації змін через зміну мови, через її збагачення, ускладнення зв'язків між мовними одиницями, ознайомлення з 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 тому стосунки між фахівцем і його клієнтом є також джерелом нового конструювання дійсності, і зміни, які відбуваються в особистості, – то передусім зміни в тому, як вона конструює свою дійсність у результаті фасилітаційного процесу.

Трансформаційно-дискурсивний принцип відбиває розуміння того, що дискурси змінюються; трансформації дискурсів відбуваються в напрямку тематичних, структурних і кількісних змін. Глобальним джерелом цих трансформацій є інтеракційні процеси, а підтримує їх фасилітаційне 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 стає можливим зняття бар'єрів і перешкод для трансформацій та створюється новий субдискурс: безоцінний, безумовний прийняття, емпатії та конгруентності. За умови дотримання фасилітативного

принципу психолог визнає за особистістю право вирішувати, які саме зміни їй потрібні, більше того – він визнає також і те, що особистість може бути самоорганізованою системою, якій подекуди потрібна 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 межах 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 полюсом, який відповідає за вихід за межі практик, за рамки звичаєвості і вчинення того, що перебуває поза домінантним наративом. Тому вчинок дає змогу запустити 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 треба 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, по суті, визначає подальший розвиток понять «роль» та «особистісна риса». Дослідники зазначають: «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, P. 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. На основі інтеграції принципів методологічного і методичного рівнів, двох «класичних» методів психологічної допомоги (психодрами і позитивної терапії) розроблено технологічну сітку етапності й 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. А проте 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.

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 і 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 неодмінна 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 й оприятити – вони не є для неї дійсністю і перебувають поза межами її життєвого світу. Збагачення спостерігається уже в попередніх техніках. На цьому етапі такий

перелік постає в центрі уваги, кожна з тем стає предметом обговорення та пояснення. Створюються умови, за яких клієнт може позиціонувати себе в межах 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 і подальше вбудовування в дискурс.

Таблиця 1

Технологічна сітка дискурсивної фасилітації

Методичні принципи	Методологічні принципи			Етапи позитивної терапії
	Лінгвістичний принцип	Принцип соціально го конструювання	Трансформаційно-дискурсивний принцип	
Інтеграційний принцип	Дискурсивне дистанціювання	Рольова реконструкція дискурсу	Ментативні провокації	Дистанціювання
Інтераkційний принцип	Збагачення словника			Інвентаризація
Вчинковий принцип	Тематичне збагачення	Трансдискурсивне позиціонування		Ситуаційне підбавдьорування
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			

Рольова реконструкція дискурсу. Завданням техніки є залучення клієнтом до «прочитання» свого дискурсу не-дискурсивних елементів та зіставлення прочитаного тексту з текстами інших людей, зокрема текстом фахівця; посилення ефекту такого «прочитання»; занурення фахівця в дискурс клієнта. Сутність техніки

рольової реконструкції полягає в 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 і техніці «дзеркала» досягається максимально глибоке занурення в певний дискурс і його ситуаційна реконструкція.

Ментативні провокації. Завдання техніки – збагатити наративи клієнта ментативами і за рахунок цього – допомогти йому 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 та інтегрує його в цілісну систему. Особи ставлять запитання: «Чому? Яким чином? За яких обставин? Який був у цьому сенс?» щодо кожного наративного фрагмента і всіляко заохочують робити це самостійно: у вигляді домашніх завдань, письмово, усно, у розмовах з іншими.

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

Трансдискурсивне позиціонування. Завдяки переміщенню особи в новий дискурс і поступове її ознайомлення з ним відбувається поступове його вбудовування потому у власний дискурс. Таке позиціонування дає змогу зайняти щодо персонального дискурсу нову, свого роду «над»-позицію і прийняти з часом свідоме рішення щодо перебування в 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 в спосіб змістовий, а в спосіб ознайомлення з новими практиками конструювання дискурсу. Перший крок – ознайомлення з новими практиками, другий – вправлення у спробах конструювання особистісних текстів по-іншому, з використанням нових практик.

Переписування наративу та оновлення ментативів. Мета техніки – допомогти зробити перші кроки до фіксації змін, які відбулися в дискурсі особистості. Досягається ця мета завдяки спільній з особою роботі, спрямованій на огляд пройденого спільного шляху та створення історій – оновленого наративу на тему свого запиту й наративу про свій шлях у контексті участі у фасилітаційному процесі. Додатково пропонується повторно осмислити пройдений шлях, позначити засвоєні уроки, зроблені висновки та відзначити власні досягнення.

Контекст конструювання. Це один з останніх кроків етапу «розширення системи цілей», що спирається на соціальну терапію. Головне його завдання – з'ясувати, як саме потрібно змінити життя навколо себе, щоб проблема, з якої розпочалася робота, більше не виникала. Ідеться про зміну контексту власного життя – від мікрокроків у колі власного психологічного простору до макрокроків у колі родини, друзів, знайомих, незнайомих тощо. Завдяки цьому особистість стає агентом зміни дискурсів, що край потрібно і для неї самої, і для оточення. Детально розробляються рівні контекстів, плануються інтервенції, розробляються стратегії на той випадок, коли раптом не буде досягнуто успіхів. Тривалість роботи залежить від бажання особи, її ресурсів, а також масштабів як контекстів, так і змін. Зазвичай лише перші кроки відбуваються за підтримки фахівця, після чого можливі періодичні зустрічі для обговорення результатів.

Наративна фіксація змін. Завдання техніки – завершити роботу й підбити остаточні підсумки, оцінити досягнуті зміни тощо. Перед завершальною зустріччю особу просять написати історію свого життя і на сесії порівнюють її з тими історіями, які були озвучені нею 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. Ознайомимось також із концептом травмочутливого 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 низкою 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. Взявши 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*)¹⁶. У них ідеться про таке:

1. «Стратегічний і координований підхід до промоції психічного добробуту працівників» – інтеграція теми психічного добробуту в політику організації та практику менеджменту; зниження дискримінації й 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, у 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 у 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» – містить настанови щодо організації робочого графіка працівників (по змозі), який би враховував їхні потреби та очікування щодо особистого і професійного життя (часткова зайнятість, робота вдома, розподілена робота, гнучкий графік тощо).

4. «Роль лінійних менеджерів» – фокусує увагу на підсиленні ролі лінійних менеджерів у промоції психічного добробуту за рахунок їхнього лідерства та управління. Ідеться про розвиток

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

мотивувальних управлінських навичок менеджерів, які заохочують участь працівників у командній роботі, делегування повноважень, конструктивний зворотний зв'язок, менторінг та коучинг. Важливо підвищити рівень розуміння менеджерами впливу управлінського стилю і практик на їхній психічний добробут, озброїти їх навичками ідентифікації та допомоги працівникам з емоційними складнощами, проблемами із психічним здоров'ям. Не менш важливо розвивати у них уміння скеровувати працівників у разі потреби до спеціалізованих сервісів та інших джерел підтримки.

5. «Підтримка малого і середнього бізнесу» – 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, політики 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 далі й поговоримо, розкриємо її основні елементи та розглянемо кроки щодо її розвитку. За основу пропонуємо взяти 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 відчувають безпеку, прийнятими та підтриманими, і в якій подолання впливу травми на навчання є головним змістом освітньої місії школи. Виділяють шість атрибутів такої школи.

У травмочутливій школі дорослі:

1) поділяють розуміння того, як травма впливає на навчання і чому всешкільний підхід необхідний для створення травмоцутливої школи:

- ідеться про всіх працівників школи, від директора до працівників господарського відділу, які розуміють, що травма надзвичайно сильно впливає на життя дитини і дитячий травматичний досвід насправді є дуже поширеним;
- усі працівники розуміють, що навчальні, поведінкові або стосункові складнощі дитини (перфекціонізм, відстороненість, агресія, низький рівень самоусвідомлення, емпатії, саморегуляції тощо) можуть бути наслідком травми;
- підтримують усіх учнів і допомагають їм почуватися в 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 в школі безпечно всюди – 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 ровесниками;
- і тому важливими є структура та межі, які створюють і підтримують почуття безпеки;

2) працюють із потребами учнів у цілісний спосіб, беручи до уваги їхні стосунки, академічні компетентності, фізичний та емоційний добробут:

- травматичний досвід працює так, що він радше маскує складнощі дитини, ніж проявляє їх;
- для того щоб зрозуміти замасковані потреби дитини, цілісний підхід до їх розуміння та врахування є критично важливим;
- учителі повинні максимізувати дитячі успіхи в школі, орієнтуючись на чотири домени: тісні стосунки з дорослими та однолітками; здатність до саморегуляції поведінки,

емоцій та уваги; успіхи в академічній та неакадемічній сферах; фізичне та емоційне здоров'я і добробут;

- у травмочутливій школі визнають, що ці домени між собою нерозривно пов'язані і підтримка дітей не обов'язково має відбуватися в якийсь окремо виділений час, – краще, якщо ці компоненти вбудовано в чинну освітню програму;

3) 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 в дитини відчуття віддаленості від інших, і саме в школі діти шукають такого зв'язку;
- на жаль, ми часто сприймаємо негативно пошук дитиною уваги, особливо коли вона задля цього вдається до опозиційної поведінки;
- важливо, щоб шкільні працівники розуміли, що всі діти мають потребу в залученні до спільноти, навіть ті, хто, здавалося б, відкидає її;
- тому суттєвим елементом травмочутливої школи є допомога учням у налагодженні стосунків з іншими членами шкільної спільноти, надання їм підтримки в міру того, як вони долучаються до неї;
- також у такій школі робляться свідомі зусилля для того, щоб залучити батьків та піклувальників до шкільної спільноти, завдяки чому у дітей зміцнюється відчуття справжньої залученості;

4) вітають командну працю, усвідомлюючи спільну відповідальність за кожного учня:

- очікувати, що кожен окремий працівник буде сам на сам відповідати на виклики травматичного досвіду, і щоразу «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 запитувати «Як я можу «полагодити» цю дитину?» учитель має запитувати «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;

5) передбачають та адаптуються до мінливих потреб учнів і громади:

- дослідники описують дуже багато наслідків впливу травми, більше того – цілі громади можуть зазнавати впливу травми (наприклад, епізоду насилля в громаді), яка резонує особливо сильно в школі;
- діти можуть привносити в шкільне життя свої унікальні досвіди, травми, з якими працівники раніше не стикалися;
- шкільний персонал, буває, змінюється;
- це також треба визнавати і брати при необхідності час на рефлексію, зупинку та адаптацію до нової ситуації.

Творення травмочутливої школи

Розгляньмо відтак кроки, до яких доцільно вдатися, щоб розпочати творення травмочутливої школи. Нагадаю, ми працюємо на основі рекомендацій Гарвардської правової школи (Cole et al., 2020). Розробники пропонують розглядати такі заходи як відповіді на низку запитань. Ці відповіді повинні дати ті, хто, власне, відчуває і розуміє потребу у творенні травмочутливої школи. Отже, пропонуємо ознайомитися з ними.

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

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

1) артикуляція нагальності і 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 й ці вже визначені пріоритети. Слід розвинути в дорослих у школі цю мотивацію, цей драйвер до змін;

2) розростання коаліції через спільне навчання. Спільне читання, обговорення з колегами теми травми, її впливу на навчання,

потреби у всешкільному підході – ці речі допомагають будувати консенсус та зміцнювати команду;

3) роль керівництва. Залучення керівництва є критично важливим, адже погодження принципів і пріоритетів школи та змін до них не можуть відбуватися без прихильності з боку управлінців;

4) роль консультантів і помічників. Важливо мати також партнерів, які можуть допомогти із стратегічним мисленням, організацією стратегічних сесій, уможливають новий погляд «іззовні» на процеси, які відбуваються у школі;

5) роль лідерського комітету. У міру того, як інтерес і прихильність зростатимуть, виникне потреба у створенні певного комітету, який офіційно нестиме відповідальність за впровадження ідей;

6) підтримка місцевих органів влади. Успіх буде стійким, якщо не одна школа стане травмочутливою, а за підтримки місцевої влади багато шкіл у громаді почнуть приєднуватися до цієї ініціативи;

7) підтримка держави. Залучення держави може відігравати важливу роль надалі щодо впровадження такого підходу по всій країні.

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

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

1) поширення нагальності через спільне навчання. Коаліція має розширити свої знання – організовуючи презентації, зустрічі, спілкування з усіма працівниками школи. Можна також подумати про спільну презентацію;

2) опитування працівників. Після цього важливо дізнатися думку та реакцію працівників на те, що вони почули і побачили;

3) аналіз опитування і розмов. На основі аналізу відповідей і розмов у школі після презентацій стане зрозуміло, який рівень готовності наразі у працівників до такого підходу: чи є критична маса працівників, готових до прийняття концепту травмочутливої школи, чи є консенсус щодо коротко-термінових пріоритетів;

4) загальна шкільна дискусія. Маючи результати 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 сформуванню Плану дій.

1) вирішити звідки почати. Після загальних зборів та виявлення пріоритетів комітет визначає з чого почати;

2) мозковий штурм. Формується набір дій, заходів, які потрібно здійснити для того, що зробити внесок у реалізацію пріоритетів;

3) використання гнучкого фрейму. Сформувавши низку дій, щодо них доцільно поставити шість запитань, які допоможуть визначити, чи ці дії наближають нас до мети:

- яку роль відіграють лідери і керівництво школи?
- який професійний розвиток потрібний для імплементації?
- які ресурси необхідні, які послуги для учнів, родин, працівників?
- які стратегії підтримують імплементацію?
- які процедури, протоколи, політику ми повинні переглянути?
- як ми можемо переконатися, що родини є нашими активними партнерами?

4) розроблення кроків. Відповівши на ці запитання, розробляємо заходи, яких треба вжити для реалізації відповідних дій;

5) погляд на План дій через «травма-лінзи». І насамкінець – подивитися на розроблені кроки та заходи через «травма-лінзи». Потрібно переконатися, що вони відповідають візії травмочутливої школи;

6) планування оцінки Плану дій. Важливо на самому початку створити систему оцінювання та методів збирання даних, потрібних для того, щоб зрозуміти, як ми виконуємо План і чи рухаємося в правильному напрямку;

7) поширення Плану дій серед працівників школи. Важливо не лише донести план до всіх, а й обговорити його, перш ніж почати

втілювати, включно з планом щодо оцінювання. Можуть виникнути нові ідеї, складнощі, які раніше не бралися до уваги, тощо.

Запитання 4. Як ми дізнаємося, що стаємо травмочутливою школою?

Мета цього запитання – допомогти виміряти успіх, а також рухатися далі в розвитку травмочутливої школи. Це означає:

1) неперервний, динамічний процес. Оцінювання – це неперервний процес. Важливо мати регулярні зустрічі щодо Плану, його аналізу, упровадження, змін тощо;

2) аналіз даних щодо прогресу. Важливо розуміти, що відбувається, як змінюється поведінка працівників, інші показники школи тощо;

3) фокус на оцінюванні. Кілька запитань варто поставити собі:

- чи ми виконуємо заходи щодо Плану?
- чи працюють заходи щодо виконання тих пріоритетів, які планувалися?
- чи наші дії наблизили нас до травмочутливої школи?

4) рух за межі першого Плану заходів. У певний момент виникне потреба врахувати нові пріоритети, і створити нові дії. Тож прийшов час для нового Плану дій.

Рекомендації щодо політики розвитку травмочутливої школи

Розробники посібника також дають загальні рекомендації щодо громадської політики:

1. На всіх рівнях держави має бути артикульовано чітке, сильне і скоординоване послання: травмочутливі школи є пріоритетом.

2. Закони, чинна політика, схеми фінансування повинні підтримувати школи щодо цієї мети.

3. Професійний розвиток працівників закладів освіти має забезпечувати розуміння ними травми та необхідності всешкільного підходу до подолання її наслідків.

4. Школи та зовнішні організації мають співпрацювати, щоб забезпечення послугами стало інтегрованою частиною шкільного середовища.

5. Школи мають бути забезпечені відповідним персоналом.

6. Закони та політики мають наголошувати, що науково обґрунтовані підходи є важливими.

Якщо вас зацікавила тема травмочутливої школи, ви можете дізнатися про неї більше, прослухати онлайн-курси з 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 травмочутливої школи. Адже вплив травми на людей, які працюють, є також незаперечним пріоритетом.

Утім, якщо ми розглядатимемо наявні розробки, то передусім натрапимо 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 тощо¹⁷.

Розгляньмо їх тут стисло, перш ніж перейти до власне організацій, які впроваджують травмочутливість у контексті саме працівників.

¹⁷ <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-organizationssystems/organizational-self-assessment/>
https://www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/Brief-Laying-the-Groundwork-for-TIC_11.10.20.pdf

Ресурсний центр із травма-інформованих послуг¹⁸ 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 в 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:

- 1) допомогти усвідомити широкий вплив травми та зрозуміти шляхи до відновлення;
- 2) розпізнавати симптоми та ознаки травми у пацієнтів, родин та персоналу;
- 3) інтегрувати знання про травму в політики, процедури та практики;
- 4) активно запобігати ретравматизації.

Водночас наголошується, що важливо впроваджувати цей підхід не лише щодо пацієнтів (клієнтів), а й щодо персоналу.

Ключові принципи травма-інформованого підходу такі:

- 1) безпека (організації, пацієнтів, працівників, фізична та психологічна);
- 2) довіра та прозорість (рішення ухвалюють прозоро, щоб вибудувати і підтримувати довіру);
- 3) підтримка рівних (осіб зі спільним досвідом залучають до організації і до роботи);
- 4) співпраця (владні відмінності між персоналом і пацієнтами вирівняно завдяки спільному ухваленню рішень);
- 5) підсилення (сильні сторони пацієнтів та персоналу визнають і розвивають, зокрема відновлюваність та здатність зцілитися від травми);
- 6) поступливість та чуйність (упередження, стереотипи, історичні травми визнаються та долаються).

Заходи щодо перетворення організації на травма-інформовану пропонуються такі:

1. Будувати усвідомлення та генерувати залучення інших до травма-інформованого підходу.

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

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 має бути створено в самій організації, варто звернутися до рекомендацій «Стратегії на робочому місці для психічного здоров'я» (Канада)¹⁹. Ідеться про те, що хоча організація і не може гарантувати, що працівник ніколи не зазнає травм (хоча мусить зробити все, що в її силах для цього), вона може зробити багато чого, щоб запобігти важким наслідкам травми у працівників завдяки низці дій – від здатності відреагувати на саму подію до забезпечення доступу до необхідної підтримки після травми. Також ці стратегії можуть забезпечити підтримку працівникам, які зазнали травм поза роботою.

Розгляньмо стратегії, які можуть бути впроваджені в організаціях:

- 1) створити репрезентативну групу. Її завдання – осмислювати і відстежувати потенційні ризики травматизації, пропонувати керівництву інформацію;

- 2) організовувати інформаційні сесії із зовнішнім фахівцем. Його завдання – говорити з працівниками про травми, їхні наслідки, можливі реакції людей на травми тощо;

- 3) симуляція або обговорення потенційних травм. Це може бути симуляція пожежі, інших ситуацій з подальшим обговоренням потенційних реакцій та способів покращити ситуацію;

- 4) створити «безпечну кімнату». Це місце, де люди зможуть побути тоді, коли почуватимуться перевантаженими, переживатимуть надмірний стрес;

- 5) розглянути можливість підтримки родин працівників шляхом консультацій. Ця служба може приймати дзвінки від родин, які відчують занепокоєння через стан працівника;

- 6) упроваджувати заходи для підсилення соціальної підтримки всередині організації. Ідеться про заходи щодо

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

командотворення, супервізування, менторингу, міжкомандної співпраці тощо;

7) переконатися, що лідери є хорошими комунікаторами;

8) проводити для фахівців із людських ресурсів навчання і тренінги;

9) організовувати тренінги з емоційного інтелекту для всіх працівників;

10) де це можливо, вбудовувати час перепочинку між проектами;

11) переконатися, що підтримується зв'язок і контакт з працівниками, які відсутні через пережиття травми;

12) відстежувати кількість травматичних і стресових подій;

13) розглянути впровадження програм підтримки рівний-рівному.

Щодо лідерів можна запропонувати такі стратегії:

1) спонукати лідерів досліджувати їхню толерантність до стресу;

2) підготувати лідерів, щоб вони могли забезпечувати чіткість і ясність інструкцій;

3) подбати, щоб усі лідери мали досвід користування службами підтримки працівників;

4) організовувати щотижневі зустрічі для обговорення викликів і складнощів;

5) переконати, що сором, провина, звинувачення можуть погіршити дистрес.

Щодо працівників можна впровадити такі стратегії:

1) визнати, що спосіб опрацювання стресу чи травми є індивідуальним і може різнитися в різних людей;

2) надихати працівників шукати підтримку;

3) допомагати працівникам виробляти об'єктивний погляд на травму;

4) забезпечувати адекватний час і простір для горювання;

5) запитувати працівників, що їм потрібно, замість того щоб говорити, що їм робити;

6) запитувати працівників, які переживають наслідки травми, що вони хочуть, аби знала їхня команда;

7) показувати працівникам турботу про їхній добробут;

8) що ж до процесів комунікації, то радше комунікувати з особою, що переживає наслідки травми, особисто, а не надсилати їй листи.

9) перевіряйте стан працівників регулярно.

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

Підтримка працівників у часи коронавірусної пандемії

Цей текст було підготовлено для підсилення уваги до добробуту працівників у часи пандемії та інших кризових подій. У наданих рекомендаціях узагальнено настанови від низки міжнародних організацій. З українськими перекладами ви можете ознайомитися за посиланнями²⁰.

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

- робота на «автопілоті», у режимі «повної швидкості» та нехтування правилами безпеки;
- періоди виснаження, перевтоми, роздратованості, пригніченості та втрати працездатності;
- почуття образи та думки про те, що вас не цінують;
- відстороненість від роботи, втрата працездатності та мотивації, почуття власного безсилля;
- бажання вдатися до непродуктивних стратегій долаття стресу – вживання алкоголю, тютюну, обмеження сну тощо;
- почуття провини, думки про те, що «треба було зробити по-іншому»;
- інші дискомфортні відчуття або переживання.

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

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

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 і 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 збалансовувати роботу і 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 «розсиплетесь» 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 з друзями, за бажання підтримуйте позаробоче спілкування з колегами, додайте більше спілкування з 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 – 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 ознайомилися, та запропонуйте обговорити, що з цього колега може використати. У разі кризового стану скеруйте його на «гарячі лінії».

Посттравматичне зростання на робочому місці

Перші дослідження

Якщо тема посттравматичного зростання є сама по собі відносно новою (порівняно з 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, пожежників, рятувальників тощо) (Paton, 2005).

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

1. **Особисті фактори.** Ідеться про низку особистісних рис, які корелюють з подальшим посттравматичним зростанням після пережиття травми. Це такі риси: екстраверсія, відкритість до нового досвіду, свідомість, самоефективність, оптимізм, надія. Утім, є низка застережень щодо висновків дослідників: передусім малий масив даних – отримані висновки можуть бути артефактом; далі – імовірна роль стратегій, зокрема когнітивних, які тут не досліджувалися; далі – роль самовідбору, коли в певну професію йдуть люди з певним набором стратегій, уявлень про світ тощо; останнє – сумнівність самого концепту «рис особистості», який зазнає все більше і більше критики (інакше кажучи – усе більше дослідників вважають, що рис особистості загалом як таких немає, це уявний конструкт).

2. **Когнітивні фактори.** Ідеться про наявність у працівників когнітивних навичок до позитивної реінтерпретації подій і до

пошуку переваг. Окремо наголошується важливий фактор – уміння знайти сенс у роботі. Виявилося, 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 й психічного здоров'я, і практики соціальної підтримки. Що ж до *загальних практик*, то виявилося, що найбільше на симптоматику травматичного стресу впливають погана комунікація, недостатня кількість консультацій із працівниками, жорсткі й необґрунтовані правила. На ознаки посттравматичного зростання безпосередньо й істотно впливають також делегування повноважень, наявність відповідальності, визнання трудового внеску працівника. Що ж до практик *соціальної підтримки*, то тут важливе значення має задоволеність працівника наданою підтримкою як предиктор посттравматичного зростання, особливо – задоволеність емоційною підтримкою. Сюди ж належить і формування «групового копінгу» – групових активностей, які роблять внесок у зростання. Ідеться, наприклад, про обмін досвідом прийняття складних подій та спільних дій з їх подолання. Важливими є практики визнання та побудови ефективної співпраці в кризові періоди та спільна праця над конструюванням розуміння досвіду і кращої підготовки до майбутніх криз. Також значний вплив на посттравматичне зростання польових працівників (офіцерів), як виявилося, мають менеджери. Менеджерська поведінка передає далі організаційну культуру, і, наприклад, тенденція менеджерів до алокації провини (звинувачувати самих працівників, обставини, інше) та вміння підтримувати вираження емоцій у працівників можуть сприяти посттравматичному зростанню або блокувати його елементи. Серед інших менеджерських практик названо такі:

- допомагати офіцерам визнати, 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 з надзвичайною ситуацією;
- разом створювати плани, як у майбутньому справитися з такою ж ситуацією ефективно.

Варто також відзначити роль спеціалізованих заходів щодо підтримки посттравматичного зростання. Ідеться про тренінг, метою якого було допомогти учасникам здобути когнітивні схеми акомодатії здобутого травматичного досвіду в спосіб, який підтримує посттравматичне зростання (*Paton, 2005; Paton & Burke, 2007*). Передбачалося, що тренінг має охоплювати три сфери:

1) процедурна сфера. Забезпечення офіцерами реалістичних очікувань щодо своєї праці, її результатів; симуляційне практикування, яке кидає виклик цим припущенням; навчити розрізняти особистісні та ситуаційні фактори, які роблять внесок в ефективне реагування на надзвичайну ситуацію. Інакше кажучи, офіцерів навчали розрізняти свою відповідальність і вплив факторів, які вони не могли контролювати й передбачити;

2) сфера відчуттів і досвіду. Ідеться про систематичну експозицію до вигляду, звуків, запахів катастроф та навчання розуміння того, з чого складається нормальна реакція і почуття щодо нетипових ситуацій;

3) інтерпретаційні процеси. Тут наголошується на розвитку індивідуальних та групових процедур, які можуть допомогти сприймати досвід як навчальну можливість для покращення майбутніх компетентностей.

Вікарне посттравматичне зростання

На концепті «вікарного посттравматичного зростання» треба зупинитися окремо, адже він так само відкриває «вікно можливостей» як для психологічних досліджень, так і для подальшого впровадження їхніх 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 і психотерапевтів).

З’ясуймо спершу, що таке *вікарна травма*. Ідеться про низку емоційних, когнітивних та інших наслідків, які переживає особа, спостерігаючи за травмою, отриманою іншою особою (*Pearlman, & Saakvitne, 1995*). Зрозуміло, що ризик отримати таку травму

найбільше загрожує фахівцям, які повинні працювати з людьми, які пережили (чи переживають) травми. Це працівники поліції, рятувальники, психологи-травматерапевти тощо.

Коли говорити про **вікарне посттравматичне 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 б пояснювали феномен вікарного посттравматичного зростання. Утім, можна вже навести низку цікавих даних:

- у низці досліджень зафіксовано появу позитивних змін після пережиття вікарної травми;
- до таких змін належать: поява розуміння цінності духовного розвитку, 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 нашому випадку – психолог-травматерапевт) повинен мати експозицію до посттравматичного зростання свого клієнта.

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

Тема 1. Емоційні та соматичні реакції на роботу з травмою. Слухання історії клієнта, його розповідей про травму спричинює появу почуттів суму, злості, страху, фрустрації, безпорадності, відчаю та шоку. Також інколи фахівці говорять про появу соматичних симптомів – оніміння, нудоту, втоми, потяг до солодкого. Ці реакції, що проявляються і тривають між сесіями, часто призводять до безсоння, дратівливості та дистресу внаслідок надмірних переживань.

Тема 2. Копінг з емоційним впливом, зумовленим роботою з травмою. Щоб справитися із цими почуттями і переживаннями, працівники використовують низку стратегій: менеджмент робочого навантаження, диверсифікацію робочих ролей (додавання до індивідуальної терапії супервізій, навчання тощо), додаткове навчання щодо травми і стресу, промоцію неавторитарного та інклюзивного стилю праці, підтримку рівний-рівному, підтримку з боку родини та друзів. Важливий момент копінгу – це щоденна поведінка, зокрема поведінка самопіклування: вправи для зниження

стресу, здорове харчування, відпочинок, медитації. Також було згадано власну психотерапію як ефективний спосіб дослідити в безпечній атмосфері свої почуття та розробити стратегії для поліпшення стану.

Тема 3. Вплив роботи з травмою на схеми та поведінку.
Виявлено, що ті, хто працює з травмою, часто залучені до міркувань про сенс життя, переосмислення свого досвіду та поглядів на світ. Багато хто помічав зміни в переконаннях, ставленнях до світу та інших, зміни цінностей та сприйняття себе. І зміни ці відбувалося як у позитивному, так і в негативному напрямках. Серед негативних змін найчастіше – формування погляду на світ як на небезпечне місце і цинічного ставлення до дійсності. Серед позитивних – натхнення від опірності та «сили людського духу» клієнтів, цінування родинних і соціальних зв'язків, почуття соціальної справедливості, зростання співчутливості та прийняття інших, відчуття власної цінності.

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

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

- упровадження систем організаційної підтримки для менеджменту впливу роботи з травмою на працівників. Ідеться про розроблені процедури, підтримувальні структури, плекання організаційної культури, яка визнає вплив травми на особу;
- забезпечення тривалішого контакту між працівником і клієнтом, щоб з'явилася можливість спостерігати й бути свідком процесу відновлення та зростання;
- формування цілісного погляду на роботу з травмою, коли ми розуміємо комплексність явищ посттравматичного зростання та вікарної травматизації і не розглядаємо їх у форматі бінарної опозиції.

Посттравматичне зростання на робочому місці: модель С. Майтліс

Дослідниця Саллі Майтліс (Sally Maitlis) із Оксфордського університету 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 у 2020 році презентувала цілісну модель посттравматичного зростання на робочому місці, яку ми тут і розглянемо (*Maitlis, 2020*).

У своєму огляді дослідниця передусім зазначає, що наявний масив досліджень можна розбити на три групи:

- дослідження посттравматичного зростання на роботі, яка прямо пов'язана з травмами (поліція, військовослужбовці, рятувальники тощо);
- дослідження в царині вторинної травматизації (вікарної травми) та вікарного посттравматичного зростання (психологі-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, хочемо коротко ознайомити вас із узагальненнями, які зробила С. Майтліс щодо зростання на «звичайній» роботі.

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

- почуття натхнення через 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, упевненіших;
- 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. 4).

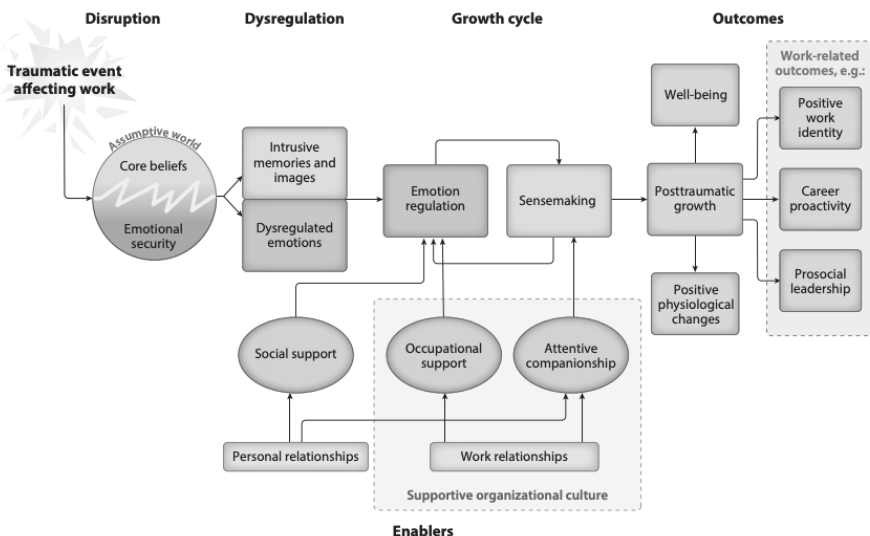


Рис. 4. Модель посттравматичного зростання на робочому місці С. Майтліс (Maitlis, 2020, p. 402).

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, появи дизрегуляції в когніціях та емоціях. Власне, далі розпочинається рекурентний цикл покращення емоційної регуляції і творення нових сенсів, чому сприяють наявна соціальна підтримка, професійна підтримка на робочому місці та чутливе товариство. У результаті спостерігаємо феномен посттравматичного зростання, наслідками якого є покращення добробуту, позитивні фізіологічні зміни й низка змін, пов'язаних із роботою (позитивна професійна ідентичність, кар'єрна проактивність і просоціальне лідерство).

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

1. 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.

Для організації важливо:

- приділяти увагу й час колегам, які страждають;
- вибудовувати організаційну культуру, що підтримує працівників, які мають посттравматичні розлади;

- налагодити процеси, завдяки яким травмовані особи змогли б отримати фахову допомогу;

- цінувати й підтримувати колег і менеджерів, які приділяють увагу підтримці працівників, які перебувають у стані дистресу.

2. 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 з часом.

Для організації 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 коровірусної 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 зумовлених 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 вже досліджуються, тож у низці публікацій можна ознайомитися з попередніми результатами вивчення короткотермінових наслідків пандемії. Так, у більшості з них ідеться про зростання різноманітних страхів, постійної тривоги, почуттів фрустрації та нудьги, самотності, зміни стилю 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 водночас почали з'являтися нові результати досліджень, які ставили за мету з'ясувати, а чи можливе посттравматичне зростання в цій 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 їхнього посттравматичного зростання перебувають на рівні від середнього до високого. На показники зростання впливають такі фактори, як стаж роботи, впевненість у важливості своєї праці, усвідомлення 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 і посттравматичного зростання впливає 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. Що ж до посттравматичного зростання, то виявлено, що наявність високих показників посттравматичного зростання після пережитого раніше посттравматичного стресового розладу зумовлює ризики зростання пандемічної перитравматичної симптоматики (інтрузії, уникання та гіперзбудливість).

Дослідники, зокрема, пропонують низку заходів, яких варто було б вжити 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 були вражені пандемією, і що може бути запозичено із цього досвіду. Одне із завдань такої оцінки – 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 або змін?».

4. Оцінити, як цей досвід може служити для поєднання особи або 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 і чинників, які можуть фасилітувати цей процес.

Об'єкт дослідження: посттравматичне зростання.

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

Гіпотеза:

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

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

Завдання дослідження:

1. Дослідити можливості появи посттравматичних стресових реакцій і посттравматичного зростання внаслідок пережиття особою та її близькими людьми коронавірусної хвороби.

2. Дослідити взаємозв'язки між компонентами посттравматичного зростання і посттравматичного стресу в осіб з 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 адаптовано для використання українською мовою.

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

Характеристики вибірки та описові статистики

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

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

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

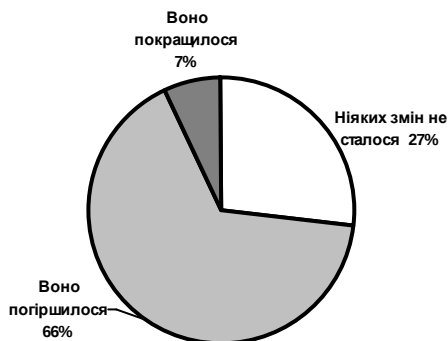
Мали друзів, які хворіли, 93 особи (52,2%). Не мали таких друзів 84 особи (47,2%).

Результати дослідження

Порівняння показників самооцінки змін власного психологічного добробуту

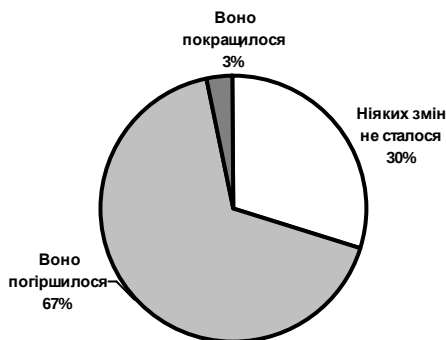
Загалом по всій вибірці лише 7% осіб зазначили, що їхнє психологічне благополуччя покращилося (12 осіб). Ніяких змін не помітили 27% (48 осіб). Погіршився стан психологічного благополуччя, за самооцінкою учасників дослідження, у 66% (117 осіб).

Як Ви в цілому оцінюєте вплив ситуації з COVID на Ваше психологічне благополуччя?



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.

Як Ви в цілому оцінюєте вплив ситуації з COVID на Ваше психологічне благополуччя?



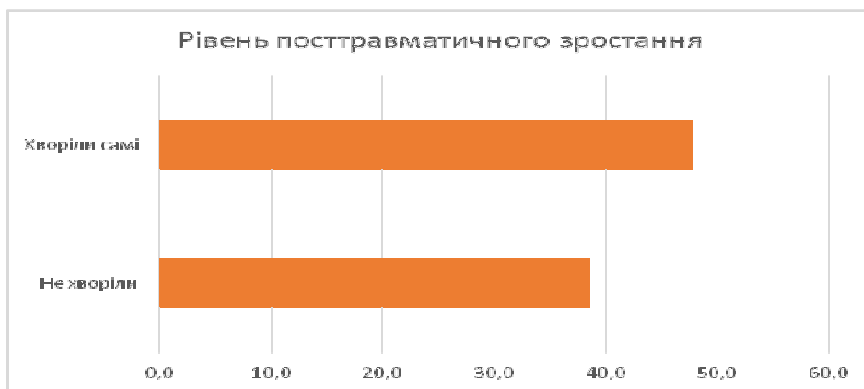
Що ж до осіб, які самі не мали досвіду хвороби (незалежно від наявності такого досвіду в близьких та друзів), то тут результати такі: 9% відмітили покращення (10 осіб), 25% (26 осіб) ніяких змін не помітили, 66% (69 осіб) мали суб'єктивне погіршення стану.

Як Ви в цілому оцінюєте вплив ситуації з COVID на Ваше психологічне благополуччя?



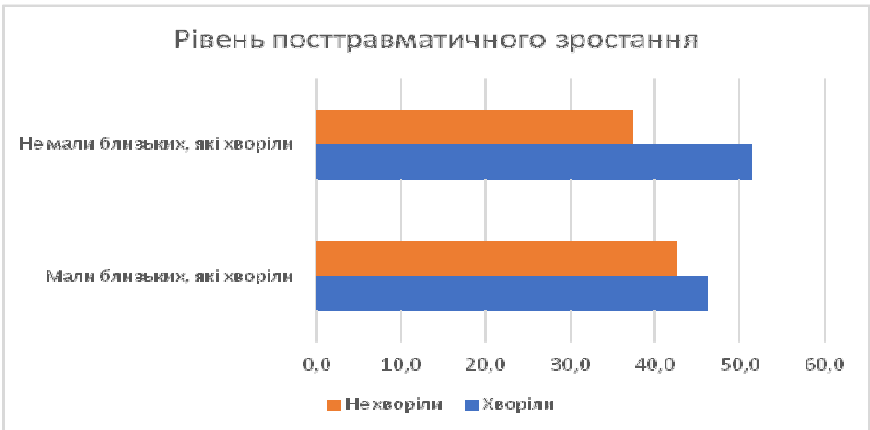
Порівняння показників посттравматичного зростання

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 у середині цих груп за критерієм наявності близьких, які хворіли, дав такі результати: 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

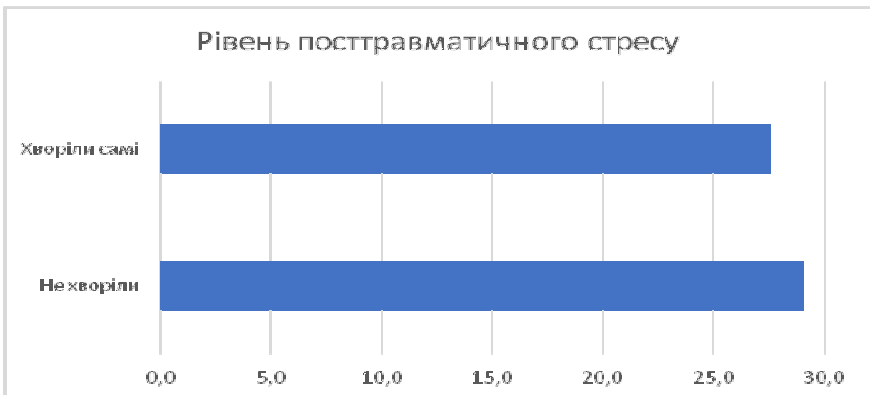
близьких, які хворіли, – 42,6 бала; не хворіли і не мали близьких, які хворіли, – 37,3 бала.



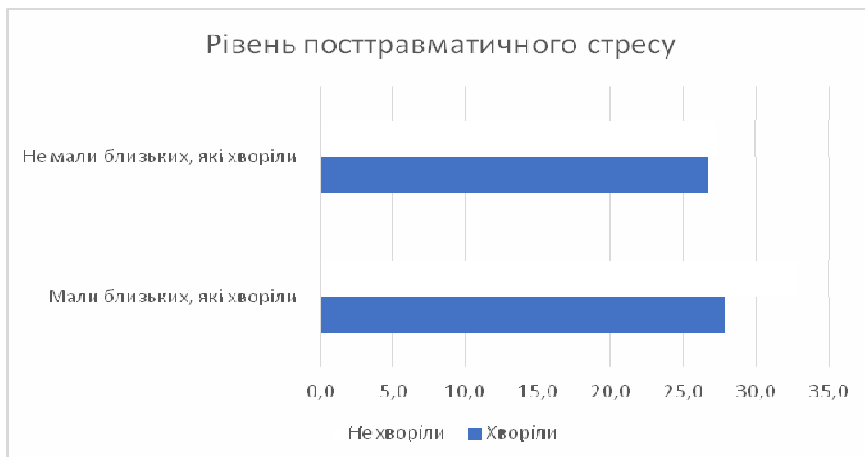
Порівняння показників посттравматичного стресу

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 наразі 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 в 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).

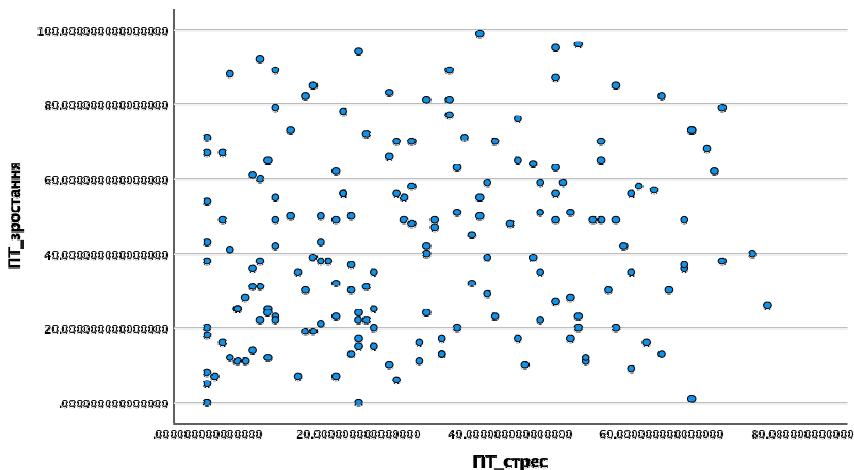


Аналіз кореляційних зв'язків між компонентами посттравматичного зростання і посттравматичного стресу

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).

Correlations		Посттрав- матичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Посттравма- тичний стрес	Pearson Correlation	.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 Correlation	.127*	.180**	.057	-.059	.170*	.231**
	Sig. (1-tailed)	.046	.008	.224	.216	.011	.001
	N	178	178	178	178	178	178
Уникання	Pearson Correlation	.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 Correlation	.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 Correlation	.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 і висновків – жодних тенденцій не простежується.



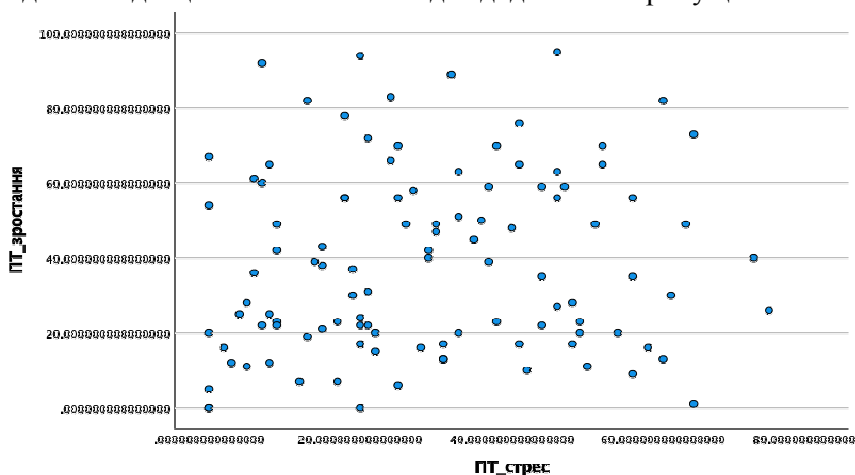
Відтак є сенс здійснити аналіз для окремих агрегованих вибірок – передусім тих осіб, які не хворіли, і тих, які хворіли.

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

Correlations		Посттравма- тичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Посттравма- тичний 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.	.193	.095	.261	.360	.023	.004

Correlations		Пострава- тичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
	(1-tailed)						
	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 реактив- ність	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).

Correlations		Посттравма- тичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Посттравма- тичний 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 реактив- ність	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.

Correlations		Посттравма- тичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Посттравма- тичний 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

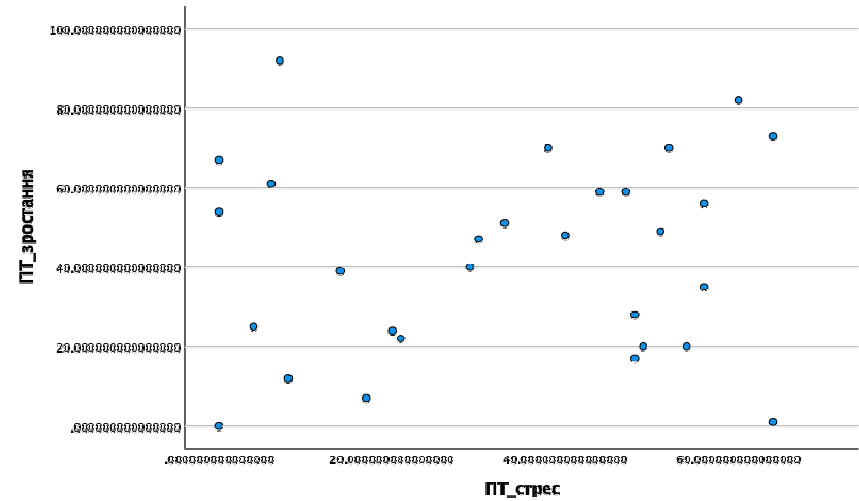
Correlations		Посттравма- тичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Збудливість та реактив- ність	Pearson Correlation	.115	.187	.077	-.080	.107	.220*
	Sig. (1-tailed)	.159	.052	.254	.244	.178	.027
	N	77	77	77	77	77	77
** Correlation is significant 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» і компонентом посттравматичного стресу «Уникання» (-0,37, $p < 0,05$).

Correlations		Посттравма- тичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Посттравма- тичний 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	-.370*	-.088	.129	-.001
	Sig. (1-tailed)	.251	.396	.024	.324	.252	.498
	N	29	29	29	29	29	29
Негативні	Pearson	.147	.307	-.041	.014	.231	.126

Correlations		Пострава- тичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
зміни в думках та настрої	Correlation						
	Sig. (1-tailed)	.223	.053	.417	.470	.114	.258
	N	29	29	29	29	29	29
Збудливість та реактив- ність	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.



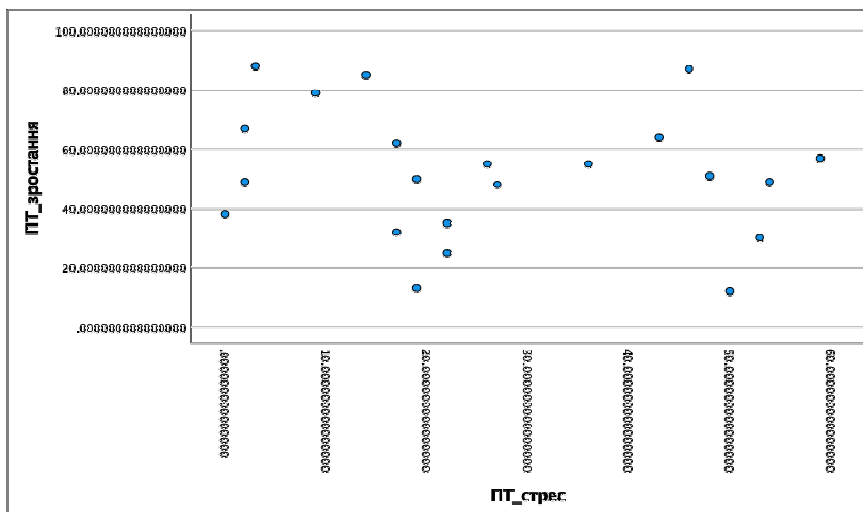
Форма її свідчить про можливість складнішої форми зв'язку між посттравматичним зростанням і посттравматичним стресом, ніж прямолінійна (тому й кореляція між даними незначна). Подальшого регресійного аналізу потребує припущення, наприклад, про наявність особливої залежності між рівнем стресу і зростання у випадку хвороби близьких людей. Зростання відбувається за умови низького рівня посттравматичного стресу і високих його показників і не відбувається за умови середніх значень посттравматичного стресу.

Аналіз вибірки осіб, які самі хворіли, але не мали близьких, які хворіли, показує дві обернені статистично значущі кореляції (утім, вибірка на сьогодні є малою, щоб упевнено робити якісь однозначні висновки). Наявні тенденції – це обернений зв'язок між компонентом посттравматичного стресу «повторне переживання» і компонентом посттравматичного зростання «особистісна сила» (-0,39, $p < 0,05$), а також між «негативними змінами в думках і настрої» та «ставлення до інших» (-0,42, $p < 0,05$).

Correlations		Посттравма- тичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Посттравма- тичний 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	-.386*	-.195	.110
	Sig. (1-tailed)	.213	.139	.468	.038	.192	.312
	N	22	22	22	22	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	Pearson Correlation	-.228	-.421*	-.010	-.332	.022	.026

Correlations		Посттравма- тичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
та настрої							
	Sig. (1-tailed)	.154	.026	.483	.066	.461	.454
	N	22	22	22	22	22	22
Збудливість та реактив- ність	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.



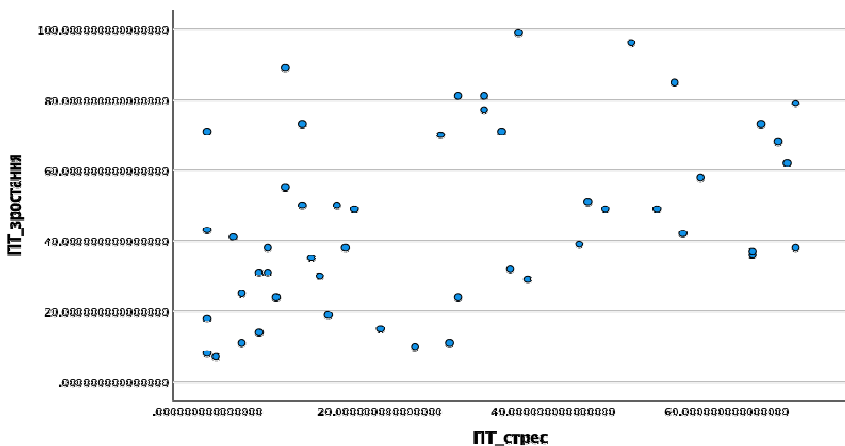
За такої умови спостерігаються дві криві – для низьких значень посттравматичного стресу і для значень від нижче середнього до високих. З огляду на малу вибірку робити висновки передчасно, утім припущення варто перевірити і дослідити глибше в разі його підтвердження.

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

Correlations		Посттравма- тичне зростання	Ставлення до інших	Нові можливості	Особистісна сила	Духовні зміни	Цінування життя
Посттравма- тичний 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 реактив- ність	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 і стресу дає підстави говорити про те, що всі 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 їхнього внеску в «духовні зміни» («повторне переживання» та «негативні зміни в думках і настрої»). Водночас компонент «особистісна сила» та «нові можливості» має слабкі кореляції з майже всіма компонентами посттравматичного стресу.

Заразом дуже цікаві тенденції спостерігаються, якщо проаналізувати кореляційну хмару за узагальненими показниками посттравматичного зростання і посттравматичного стресу. Передусім ми спостерігаємо тенденцію до значущого кореляційного зв'язку, причому лише для цієї вибірки осіб (0,4, $p < 0,01$). Але детальний аналіз форми зв'язку також дає змогу висунути припущення (яке потребує, звісно, перевірки засобами регресійного аналізу і на більшій вибірці) про наявність усередині цієї вибірки ще двох підвибірок, для однієї з яких справджується U-обернена форма зв'язку між змінними (високі і низькі значення стресу пов'язані з низькими значеннями зростання, середні показники стресу – з високими показниками зростання), 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 мінінартивів учасників дослідження залежно від показників посттравматичного зростання

По завершенні опитування ми пропонували учасникам створити наратив у вільній формі: *«Поділіться, будь ласка, вашим досвідом переживання ситуації COVID-19, вашими ситуаціями, думками, переживаннями щодо них і вашими вчинками»*.

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

Відповіді учасників дослідження наведено нижче, у редакції авторів. Основні результати – це наявність суттєвої відмінності в тематиці наративів цих двох груп осіб. Зауважимо, що тут наведено найбільш типові тексти для виділених категорій учасників дослідження. Тексти всіх типів загалом є в обох категоріях, лише з різним розподілом.

Для осіб із показниками зростання нижче від 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, вирус с низкой смертностью, 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 та 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», «Дратують безсилля та наднизькі доходи, проблема з купівлею продуктів та ліків».

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

– **«Переоцінка та зміни»**. Ідеться про тему переоцінки свого життя, змін в 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, збільшилася кількість віртуальних 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. Проведено аудит оточення. Покращено відносини з мамою. Син і 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 про це подумає оточення). Хочеться діяти, реалізовувати мрії, здійснювати покупки, які давно планувала зробити, прибираю, пересаджую квіти, викидаю зайве; коли очищую простір, стає дуже комфортно».

– **«Пошук і використання ресурсів»**. Акцент у текстах із цією темою робився на можливих ресурсах, які були залучено, 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.). Дотримуватись рекомендацій лікаря», «Спочатку було дуже страшно, але потім прийшло розуміння, що треба себе берегти і все як дасть Бог, так і буде», «Спершу, звичайно ж, переживала за своє здоров'я, за рідних, близьких. Та чітко знала (з літератури, 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, почувалася зовсім інакше, мала змогу спокійно й розважливо діяти, скеровувати, допомагати, відповідно до ситуації».

Обговорення результатів

Передусім варто зазначити, що результати порівняння показників суб'єктивної оцінки свого добробуту та показників посттравматичного зростання серед тих, хто хворів, і тих, хто не хворів, засвідчили, що між ними немає еквівалентності. Дуже мало людей відмічали покращення свого психологічного добробуту, водночас дуже багато з 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, розробляючи програми 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 впливають на те, як відбувається посттравматичне зростання залежно від рівня посттравматичного стресу.

На основі аналізу середніх показників зростання можна зробити припущення, що найвищий його рівень виникає в разі особистого пережиття хвороби, нижчий рівень – за наявності власного досвіду й досвіду хвороби у близьких. Ще нижчий рівень у тих, хто стикався лише із хворобою близьких. І звісно, найнижчий рівень – у тих, хто не має такого досвіду. За умови врахування лише цих показників можна зробити висновок про те, що в разі зіткнення

лише особисто із хворобою рівень стресу є високий, але не настільки, щоб «перевантажити» психіку, а відтак є найбільші шанси для зростання. У разі зіткнення із хворобою особисто та у близьких, імовірно, саме таке «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 і коли немає власного досвіду хвороби взагалі рівень стресу є недостатнім, щоб спричинити порушення сконструйованого образу себе, людей та світу і таким чином спровокувати шанс на зміни.

Зіставлення показників посттравматичного стресу і посттравматичного зростання, а також їхніх компонентів на основі кореляційного аналізу дало змогу отримати низку додаткових результатів, які поглиблюють наше розуміння закономірностей зростання після пережиття коронавірусної хвороби. Зокрема, виявилось, що наявність досвіду пережиття хвороби та певний рівень посттравматичного стресу пов'язані з підвищеною ймовірністю розвитку компонента посттравматичного зростання «Цінування життя».

Наявність досвіду пережиття хвороби лише у близьких 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 в житті, і навпаки). Звідси можемо зробити припущення про важливість стратегії наративізації досвіду для наближення до нього, його опрацювання, а відтак і позбавлення від поведінки уникання.

Подальшого регресійного аналізу потребує припущення про наявність особливої залежності між рівнем стресу і зростанням у випадку хвороби близьких людей (і коли в самій особі немає досвіду хвороби). Зростання відбувається за умови низького рівня посттравматичного стресу й високих його показників і не відбувається в разі середніх значень посттравматичного стресу.

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

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

Щодо осіб, які хворіли самі і мали близьких, які теж перехворіли, 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» і «негативні зміни в думках та настрої»).

Цікавим видається виявлення особливих форм зв'язку між посттравматичним стресом і зростанням у цих осіб. Тому можемо висунути припущення (яке потребує, звісно, перевірки засобами регресійного аналізу і на більшій вибірці) про наявність усередині цієї вибірки ще двох підвибірок, для однієї з яких справджується U-обернена форма зв'язку між змінними (високі і низькі значення стресу, пов'язані з низькими значеннями зростання, середні показники стресу – з високими показниками зростання), а для іншої – U-подібна форма зв'язку (високі показники зростання асоціюються з низькими і високими значеннями стресу, низькі показники зростання – із середніми значеннями стресу).

Аналіз наративів (мінітекстів) учасників дослідження також підтверджує припущення про роль наративізації досвіду травми, його опрацювання, адже наративи осіб з різними рівнями посттравматичного зростання суттєво різняться. 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 спрямованість таких зв'язків – зокрема, чи зміни у стратегіях наративізації 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 загалом 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. Водночас показано, що не можна ототожнювати посттравматичне зростання і 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 і U-оберненої форми зв'язку між стресом та зростанням для осіб, які пережили одночасно власну хворобу і хворобу близьких людей.

Найбільший внесок, судячи з 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 важливим елементом посттравматичного зростання. Ідеться про рух у напрямку прийняття змін як частини життя, переоцінки життя, цінностей та стосунків, а також пошуку та використання ресурсів для підтримки і самопідтримки, зокрема й ресурсів соціальних, ресурсів стосунків з іншими людьми.

Наявний масив даних, зроблені висновки, виявлені феномени та припущення можуть допомогти в розробленні та апробації *Універсальної програми супроводу посттравматичного зростання* в індивідуальному масштабі та масштабі громади з урахуванням нових пандемічних і потенційних постпандемічних реалій.

Концептуально отримані результати підтверджують 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 впливають на рівень посттравматичного зростання. Отже, теоретично сформульовані принципи соціально-психологічного супроводу посттравматичного зростання знайшли своє часткове підтвердження на індивідуальному (принцип врахування важкості травми, принцип наративізації, принцип розбудови мережі соціальних ресурсів) та суспільному (принцип розбудови просторів визнання травми, принцип наративно-ментативного конструювання травмоутливого дискурсу та принцип фасилітації наративізації травми) рівнях.

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 і U-обернену криву цієї залежності для тих, хто хворів сам і мав хворих близьких. Також потребують 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 і 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 травмоутливого дискурсу та принцип фасилітації наративізації травми) рівнях, а також у можливості створення *Універсальної програми супроводу*, придатної для використання незалежно від типу і важкості травми.

ТРАВМА ГОЛОДОМОРУ І ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ

У цьому розділі йтиметься про посттравматичне зростання, 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 нечутність ця є поверховою. Передусім обговоримо вплив голоду та його наслідків на наше психічне здоров'я. Після цього ознайомимося з результатами нашого з Вікторією Горбуновою 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 цей розділ, утім, не зі зростання і не із психології, а з низки епідеміологічних досліджень. Досить часто, навіть сьогодні, можна почути, що наслідки Голодомору не такі вже й тяжкі, що статистика неточна або що. Можна почути й іншу думку: про це треба забути, треба перестати страждати і йти далі, не варто застрягати в минулому тощо.

Наводячи опис результатів представлених нижче досліджень, ми хотіли 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 ви нарешті повернулися до неї лицем, зустріли її, прожили; і лише тоді, прийнявши і переживши, ви зможете йти далі...

У 1944–1945 роках у Нідерландах через блокаду, організовану нацистськими військами, розпочався справжній голод. Як не дивно, але, незважаючи на труднощі воєнного часу, багато даних виявилось задокументовано, що пізніше дало змогу дослідникам простежити долю дітей, народжених у цей період, – дітей, які пережили експозицію до голоду під час внутрішньоутробного розвитку. Оскільки сильний голод був не у всіх частинах країни, це дало змогу зробити порівняння вибірок.

Отже, що з'ясувалося?

Передусім у районах, уражених голодом (4200 кДж щоденного раціону), ті, що мали такий раціон під час першого триместру вагітності, потім значно частіше отримували діагноз шизофренії (переважно жінки). Ті, що були в цей час помірно вражені голодом або не вражені взагалі, пізніше мали такі діагнози набагато рідше (Susser, & Lin, 1992).

В іншому дослідженні показано, що діти, які були народжені в цей період і пережили відтак харчову депривацію (переважно чоловіки), потім частіше мали антисоціальний розлад особистості (Neugebauer et al., 1999). Подібну картину отримано і 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, у нас таких досліджень не проводилося і навряд чи вони колись будуть проведені з огляду на сумний стан вітчизняної статистики та епідеміології. Утім, результати згаданих нами тут досліджень на пряму і чесно говорять: голод, його пережиття в ранні періоди життя суттєво впливають на психічне здоров'я у дорослості!

Травма Голодомору та її вплив на наступні покоління

Звернімося до інших даних, які безпосередньо не стосуються голоду і Голодомору, але стосуються міжпоколінного наслідування психічних розладів. Ідеться про результати аналізу даних британського когортного дослідження 1970-х, у якому аналізуються

кореляції між психічним здоров'ям трьох поколінь (*Johnston et al., 2013*). Отже, завдяки цьому дослідженню зауважено кілька дуже цікавих закономірностей. Передусім виявлено тісну кореляцію між психічним здоров'ям матері і дітей (за всіх інших контрольованих змінних): чим гіршим було психічне здоров'я матері, тим гіршим воно було у дітей. Також проявлялися й інші наслідки, економічні і соціальні: виявлено, що у дітей, чиї мами мали труднощі 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? Звернімося знову ж таки до результатів досліджень.

Так, А. Маслюк (2010) описує п'ять факторів, які супроводжували Голодомор і 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 змоги легко переміститися в інші регіони);
- власне голод (спровокований владою);
- заборона духовних практик (єдиною вірою могла бути віра у світле майбутнє комунізму);
- руйнування традицій (наприклад, традицій взаємної підтримки і допомоги, традицій усних історій тощо).

П. Горностай розглядає фактори, які впливають на ступінь тяжкості травми (*Горностай, 2012*):

- велика кількість людей, які зазнали травмування через голод і пов'язані з ним наслідки;
- високий рівень несправедливості;
- неможливість чинити опір;
- обмеження можливості емоційного реагування.

У дослідженні М. Обушного і Т. Воропаєвої (2009) було опитано 1000 осіб, яким було від 1 до 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, тривожності, фобій, поведінки уникання, внутрішніх конфліктів.

Попередньо вже було зроблено короткий огляд результатів наших досліджень (*Gorbunova, & Klymchuk, 2020*). Тут ми розкриємо ці результати детальніше. У розробленій нами моделі трансгенераційної передачі психологічних наслідків травми Голодомору пропонується зосередитися на п'яти елементах посттравматичних наслідків для самих учасників подій, на механізмах передачі і типах наслідків для наступних поколінь, а також на сутнісних змінах, яких зазнають усі наступні покоління (табл. 2).

У результаті перевірки цієї моделі виявлено низку важливих фактів. Передусім щодо патерну поведінки, пов'язаної з оповіданням історій, переповіданням спогадів про голодомор у родинах. У більшості випадків ці історії переповідалися в родинах дуже рідко або взагалі замовчувалися – попри те, що в родині зберігалося 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 з поведінкою уникання: «Я не відвідую заходів, присвячених Голодомору». Так, усього 21,5% учасників обрали це твердження як відповідне власній поведінці, 48% – як частково відповідне власній поведінці. Водночас ті, що не знають про регіон походження своїх предків і чи жили вони на територіях, уражених Голодомором, обирали це твердження частіше, ніж усі інші учасники дослідження.

Що ж до поглядів на світ і поведінкових стратегій загалом, то найчастіше згадуваними щодо родини є такі: «Діти завжди повинні бути добре нагодовані», «Не можна викидати залишки їжі або

хліба», «Потрібно робити заготовівлю їжі і завжди мати її запас удома», «Не слід довіряти нікому, особливо владі», «Якщо дитина худа, то, ймовірно, вона недобре відчувається або захворіла», «Якщо ти відчуваєшся втомленим, слабким чи виснаженим – це недобрі симптоми і слід звернутися до лікаря», «Слід мати підсобне господарство, вирощувати овочі та фрукти», «Не треба мати більше дітей, ніж можна прогодувати», «Передусім треба дбати про добробут власної родини».

Таблиця 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 в настрої і думках (амнезія, негативні переконання, емоційний стан, провина, втрата інтересу, соціальна ізоляція, брак позитивних емоцій)			Погляди на світ і поведінкові стратегії
	Повторне переживання (інтрузії, нічні жахи, флешбеки, румінація тощо)	Епігенетичні, із прямим впливом на психічне здоров'я	Нейро-біологічні	Фізичне і психічне здоров'я
	Гіперзбудливість (агресія, дратівливість, злість, самопошкодження, розлади сну, труднощі з концентрацією уваги тощо).			

Поведінка знецінення подій Голодомору або уникання згадок про них, як виявилось, також корелює з тим, наскільки часто оповідалися історії про Голодомор у родині. Ідеться саме про обернену форму зв'язку: чим рідше такі історії оповідалися, тим частішими були випадки негативного ставлення, уникання або знецінення.

Підіб'ємо відтак 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 мало знає про історію Голодомору у власній родині; (в) найпоширеніші погляди на світ, пов'язані з Голодомором, кореспондують із цією травмою – патерни годування дітей, запасання їжею, недовіра до влади, розчарування в уряді, важливість потреб родини на протизагаду потребам громади.

Отже, соціокультурна передача травми є одним із можливих механізмів, а з практичного погляду – правдиве оповідання історій Голодомору в родині, громадах може помітно 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, можуть створювати кумулятивний ефект, або ефект каскадних змін, коли травми одного покоління, провокуючи низку наслідків у наступних, накладаються на травми цього покоління. Дослідження таких «каскадів» – 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 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 потенціал для наступного посттравматичного зростання.

Із сукупності попередніх досліджень ми вже 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 володіє потенціалом для позитивної реінтерпретації ситуації, має позитивний психологічний настрій, сповідує оптимізм; належить до релігійної спільноти (може звернутися до релігійних і духовних ресурсів), має змогу здійснити когнітивне опрацювання спогадів (через наративізацію, обговорення, свідому румінацію або роботу із фахівцем). За умови належної психологічної підтримки та лікування посттравматичного стресового розладу високий його рівень може бути предиктором посттравматичного зростання. Натомість не проявленість цих факторів або наявність обставин, які їх блокують, підбивають можливості посттравматичного зростання.

Рівень загрози і стресу. Очевидно, що в часі подій Голодомору ми не можемо говорити про низький або помірний рівень стресу. Загроза життю і здоров'ю, як власному, так і близьких людей, споглядання страждань інших людей у сукупності з тривалістю голоду створювали неймовірний рівень стресу і травмування, який виходить далеко за межі помірного.

Контрольованість ситуації. Звісно, щодо Голодомору не може йтися ні про яку контрольованість ситуації, ні про які можливості на неї вплинути. Навіть утекти, переїхати в іншу місцевість було надзвичайно важко (села, наприклад, могли оточувати військові й розстрілювати всіх, хто намагався їх покинути).

Можливості позитивної реінтерпретації. Якщо про інші травми люди можуть думати, наприклад, що вони були для них чимось корисні або для чогось потрібні (наприклад, «Через те що я підвернув ногу і не поїхав на роботу, я не потрапив в аварію, 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 в ситуації безпеки, має можливість самореалізуватися, підтримувати достойний рівень життя, робити внесок у життя громади, продуктивно

працювати, то пережиття травми, імовірно, матиме потім наслідком посттравматичне зростання. У ситуації Голодомору зберегти психологічний добробут не міг ніхто.

Оптимізм. Хоча оптимізм дехто вважає суто особистісною характеристикою, тож вона мала б бути притаманна особі незалежно від обставин, – напевно це та ситуація. Тотальний супровід кількох років життя смертями, життям на межі здатний поховати будь-який оптимізм.

Релігійність. Як показують результати досліджень, релігійність, духовні практики, духовна підтримка є дуже добрим протективним фактором у період стресів і тривоги. Утім, заборона на духовні практики, тотальне впровадження єдино правильної комуністичної ідеології та прибирання «конкурентів» за душі людей (у вигляді церкви) зробили свою чорну справу і тут. Навіть цього ресурсу люди були позбавлені.

Когнітивне опрацювання. Нині ми знаємо, що опрацювання травматичної пам'яті є цілющим елементом будь-якої травмофокусованої терапії. Це ключовий компонент зцілення, якого люди були позбавлені політикою замовчування, заборони згадувати про події Голодомору, репресіями незгодних. Ця практика зробила, мабуть, найбільший внесок у те, що наслідки подій Голодомору ми проживаємо й досі, передаючи їх із покоління в покоління. Заборона настільки глибоко вкорінилася в українцях, що навіть після здобуття незалежності в родинах, де ще були живі свідки Голодомору, ці події не обговорювалися, не згадувалися й замовчувалися як «таємниця», про яку нащадки могли лише здогадуватися. І так само ця практика замовчування перекочувала в наступні покоління.

Потрібно також розуміти ще одну важливу річ: така політика радянської влади і всі ті способи, якими було організовано Голодомор, спровокували й інші наслідки, котрі так само не давали можливості людям вільно говорити. Було розірвано зв'язки між людьми в громадах, зруйновано саму сутність «громад» – не просто як людей, що живуть на одній території, а як цілісного живого організму. Страх, недовіра, зневіра в інших людях, закритість у власній родині, власне, і перетворили наші громади з таких об'єднаних спільнот у «території». Зрозуміло, що поговорити про травми, про те, що болить, із тими, кому ти не віриш, не видається

можливим, і вікно можливостей для зцілення і зростання істотно зменшується...

Предиктори посттравматичного зростання	Рівень прояву предикторів у подіях Голодомору і після них
Рівень загрози і стресу	надзвичайно високий
Контрольованість ситуації	низька
Можливості позитивної реінтерпретації	немає
Рівень психологічного добробуту	низький
Рівень оптимізму	низький
Релігійність	заборонена
Когнітивне опрацювання	не відбувається

Усі вищеописані факти я наводжу не для того, щоб учергове побідкатися з приводу «важкої долі українського народу», а для того, щоб у майбутніх дослідників і дослідниць посттравматичного зростання внаслідок подій Голодомору не виникало ілюзій і невинуватених очікувань щодо такого зростання – що таких випадків може бути стільки ж, скільки і у зв'язку з іншими травматичними подіями (як правило, очікують від 30% до 70% випадків зростання після травми). Таких випадків тут буде дуже і дуже мало, і до цього потрібно бути готовими.

А як саме можна було б усе-таки дослідити таке зростання?

Отже, один із варіантів – це якісне дослідження. Ідеться про контент-аналіз оповідей, історій про Голодомор з уст учасників та очевидців подій. Їхні свідчення зафіксовано і з ними можна ознайомитися в Інституті національної пам'яті та у відкритих публікаціях. Відтак доцільно було б розробити категорійну сітку на основі однієї з моделей посттравматичного зростання, описаних вище, і застосувати її до цих текстів.

Знайшовши осіб з проявами посттравматичного зростання, цікаво було б з'ясувати: а) яке воно узагалі, його профіль, які параметри зростання виражені найбільше, б) що його спричинило, чому воно відбулося попри все. Відповіді на ці запитання а) можна буде знайти в текстах, б) інколи можна буде відшукати в текстах, а інколи – ні.

І тоді можливий наступний крок. Можна відшукати нащадків тих осіб, які мали посттравматичне зростання, і, скориставшись методом напівструктурованого інтерв'ю, з'ясувати про цих людей більше: про них самих, про обставини їхнього життя тощо. Така робота допоможе зібрати чимало цінної інформації.

А можна піти ще далі і дослідити, опитавши нащадків, вікарне посттравматичне зростання, або трансгенераційну передачу посттравматичного зростання. Тут могли б стати в пригоді стандартизовані опитувальники посттравматичного зростання. Імовірно, деякі формулювання опитувальників потребуватимуть адаптації відповідно до цієї тематики, однак це вже радше технічні питання, з якими зможе впоратися професійний науковець.

Наше ж *базове припущення* (яке вже знайшло частково підтвердження) таке: хоча посттравматичне зростання у тих, хто пережив Голодомор, мало ймовірно, однак ця ймовірність зростає при переході від покоління до покоління, а занурення в історію Голодомору, «присвоєння» цієї історії, вбудовування її у своє життя дають цілющий ефект і фасилітують посттравматичне зростання нащадків.

Колегам і читачам, якщо вони зацікавляться нашим дослідженням, пропоную долучатися до спільної роботи, а я разом з Вікторією Горбуною готовий їх завжди підтримати, допомогти в підготовці спільних публікацій. Мої контакти є у вільному доступі у всіх мережах. Тож бажаю колегам-дослідникам натхнення та успіхів. Буду радий ознайомитися з даними нових розвідок у царині посттравматичного зростання.

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

Спільно з В. Горбуною ми спробували застосувати наші знання в галузі психодрами для дослідження теми Голодомору та вивчення можливостей змінити ставлення людей до цієї теми. Далі наводимо опис етапів і структури нашої роботи, а також певні узагальнення, спостереження та висновки, які ми зробили завдяки взаємодії з учасниками психодраматичних груп.



ІНСТИТУТ
ПСИХІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я
НАЦІОНАЛЬНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ



Canadian Institute of
Ukrainian Studies

Проект фінансований громадським фінансуванням розвідки та пострадянського врядування: відбудовує травми Голодомору в постій сучасних українців»

ГОЛОДОМОР - РОЗБИТИ ТИШУ!!!

Голодомор - 33 є однією із травм, які ми пережили. Таких національних трагедій було багато, і чи варто забути їх, не згадувати як страшний сон, чи все як такий слід пам'ятати, інтегрувати у своє життя? Чи жінка травма голодомору у нашій психіці? Чи має вона наслідки, які позначаються на нашому теперішньому житті, і може - позначаться на житті наших нащадків? Відповісти 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 паревою на нату та обід.
Замі: є безкоштовним задоволенням підтримки HREC.

Хто може взяти участь?

Усі, хто мають в родині історію, пов'язану з голодомором, або не мають, але хочуть дізнатися про нього більше.

Як взяти участь:

- Зареєструватися на сторінці www.holodomorproject.org
- вказати свої контактні дані;
- написати історію, яку Ви знаєте про свої батьків, рідних, пов'язану із голодомором (якщо є), чи можна буде її оповідавати на зустрічі і після неї;
- Організатори зв'язатимуться із Вами щодо місця та часу проведення зустрічі.

Формат роботи – дводенний воркшоп на тему Голодомору. Учасниками могли бути всі, хто хотів цю тему дослідити, хто мав у родині історію Голодомору або просто зацікавився цією темою.

Перший день було присвячено індивідуальним історіям учасників. Після знайомства та розігріву їм було запропоновано за допомогою засобів психодрамати «програти» родинну історію, пов'язану з Голодомором, – ту, які вони чули від близьких, або ту, про яку лише здогадувалися. Групова робота передбачала, зокрема, прийняття учасником ролі особи, від якої історія оповідалася, розподіл ролей та розігрування цієї історії за модерації ведучого групи. Кожна рольова гра завершувалася шерингом.

Другий день мав соціодраматичний характер – усі учасники разом «гнали» одну спільну імпровізовану історію Голодомору, розподіливши ролі і не домовляючись про хід рольової гри. Ведучі лише спостерігали за учасниками під час гри, у разі потреби – модерували і стежили за безпекою учасників. Посеред роботи було оголошено перерву та відбувся обмін ролями – учасники мали змогу

«перейти» з ролі, які вони обрали, в іншу роль. Завершальним підсумком роботи учасників мав стати шеринг.

Провівши кілька серій таких воркшопів, причому в різному форматі – від кількохгодинних, одноденних до дводенних, ми змогли зробити кілька висновків та узагальнень. Наразі йдеться не про остаточне і достовірне наукове знання, а радше про підступи до майбутніх гіпотез. Утім, якщо наше завдання не лише ознайомити з тим, що вже відомо, а й перекинути місточок у те, що ще невідомо, то така позиція є цілком 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 зберігалася в родині лише у вигляді натяків), психодраматичне занурення в історію дає змогу наростити навколо неї деталі, доконструювати її подробицями (когнітивними та емоційними). Звісно, не йдеться про те, що відбувається «вродження 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 кимось розказаних, та подій і почуттів, нами придуманих. Але всі вони продовжують бути частинкою нашої особистості, роблячи внесок у її неперервне конструювання.

– Психодраматичне занурення в родинні історії Голодомору має потужний потенціал для «наближення» історії до життя особи. І 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 учасників після участі в таких групах – про розуміння того, що тепер історія Голодомору ніколи не буде такою, як була раніше, що вона відтепер набула особистого значення. Дуже часто по завершенні роботи в групі учасники говорили про те, що вони, повернувшись у свої родини, обов'язково спробують розпитати і записати все, що ще збереглося зі спогадів. Важливу зміну перспективи озвучували, наприклад, історики, які брали участь у роботі груп. Вони зауважили зокрема, що до цього часу історія подій Голодомору була наче просто написаною, хоч і важливою, але віддаленою, а після участі в групі стала близькою і цінною.

– Під час роботи учасники обговорювали і грали історії доволі травматичні, важкі й непрості, навантажені почуттями страху, болю, сорому і навіть фізичного голоду. Одне із застережень, про яке ми не забували на початку роботи груп, це ризик ре-травматизації або вікарної травматизації учасників через слухання та переживання історій інших. Саме тому, зрозуміло, дуже багато уваги приділялося спостереженню за станом учасників, можливістю озвучення в групі та особисто ведучим станів дискомфорту та інших переживань тощо. Утім, попри ці застереження в жодному випадку ре-травматизації не відбувалося. Учасники говорили про те, що це був досить дивний досвід: незважаючи на всю трагічність історії, на ті почуття, які вирували під час психодраматичної гри, вони відчували полегшення і ресурсний стан. І навіть ті, хто по закінченні роботи групи переживав гіркоту, відчував сум, 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 і дозволом на вираження пов'язаних з ними почуттів та емоцій, таки відбувалося – наскільки можна про це судити на основі суб'єктивних відчуттів та спостережень самих учасників і ведучих. Так, в учасників змінювалося ставлення до себе, до світу і до інших людей, перебудовувалися уявлення про свою країну і своє місце в ній.

Кілька сюжетних ліній перепліталися щоразу, коли ми проводили соціодраматичну роботу: їх поява відображає всю складність тих подій і пояснює, чому було так непросто (і тепер теж непросто) інтегрувати їх у нашу особисту і національну пам'ять. Ішлося про лінію «жертви»: це ті, хто змушений був коритися режимові, кого «зламали» і змусили пристосовуватися мовчанням, співпрацею з режимом та іншими вчинками, за які за інших обставин було б соромно і боляче; ті, хто втратив надію і скорився. 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 й ситості і які з усіх сил вірили режиму, попри те що підсвідомо відчували неправду та

обман. Але вірити було вигідно з політичних міркувань. Також була лінія «зрадників» – тих українців, які вступили у співпрацю з режимом, 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. Вона підтверджувала готовність прийняти всю правду про ті події, включно з неприємною і непростою, яка свідчила, наприклад, про те, що зрадники могли бути і в родинах учасників. Саме це, можливо, і стало додатковою причиною мовчання, адже через цю зраду родина, власне, і змогла вижити... Загалом, порушення і прийняття таких непростих тем та історій є саме по собі свідченням особистісної дорослості, формування стійкості, що, безперечно, теж може бути ознакою посттравматичного зростання.

Підсумовуючи, зазначу лише, що робота триває, і ми з Вікторією плануємо й далі продовжувати дослідження в цьому напрямку. Не все вдається через брак часу, адже хотілося б встигнути зробити ще так багато важливого і цінного!

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

Коли йдеться про посттравматичне зростання, треба 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.

Отож, працюючи зі зростанням, дослідники послуговуються наразі зручним з погляду використання на практиці терміном – «супровід», або «фасилітація». Він передбачає створення умов і можливостей, ситуацію очікування та надії на зростання, але унеможливорює примус до нього. Тому концептуально соціально-психологічний супровід (фасилітацію) посттравматичного зростання можна тлумачити як підтримку досвіду позитивних змін, які виникають у результаті переживання травм особистістю і 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.

Водночас потрібно враховувати низку виділених раніше предикторів і чинників. Передусім ідеться про *характеристики травми*: наскільки сильними були 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, імовірно, важкою, а ймовірність посттравматичного зростання – невисока. Утім, невисокою вона буде і якщо травматизація була легкою. Треба пам'ятати, що найбільша ймовірність зростання там, де травматизація була середнього рівня. Потрібно 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 також впливає на зростання, і серед них – *характеристики особи*. Дослідження показали, що особа, якій притаманні оптимізм, психологічний добробут, яка релігійна, володіє умінням позитивної реінтерпетації 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, є речі, у які не варто втручатися ззовні, як то, наприклад, релігійність. Це те, що особа сама повинна прийняти або відкинути. Але, наприклад, оптимізм є прямий дериват життєвих історій особи, її досвіду (наратив) та її інтерпретації цього досвіду (ментатив), а відтак засобами, наприклад, наративної терапії або іншими методами роботи можна допомогти особі здобути більше того ж оптимізму (якщо вона того хоче). Те ж саме стосується і вміння позитивної реінтерпетації 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, розвинений, доконструйований, а отже, таким чином досягається покращення психологічного добробуту.

Третя група елементів – це *характеристики середовища*. На посттравматичне зростання найбільшою мірою впливає спроможність особи здійснювати когнітивне опрацювання травматичних подій. І є кілька способів, як це може відбуватися. Один варіант, структурований, це когнітивне опрацювання в процесі психотерапевтичної роботи (з використанням травмофокусованих методів – ТФ КПТ, або EMDR). Інший варіант, неструктурований, полягає в тому, що людина може здійснювати спонтанне когнітивне опрацювання, спілкуючись із близькими, оповідаючи історію травми, перебуваючи в дружньому та безпечному середовищі. І ще один варіант – коли ми додаємо керованості й структурності цьому спілкуванню, нарощуємо соціальний капітал особи, допомагаємо їй вибудувати чи відновити мережу близьких і безпечних стосунків. Цього можна досягти, наприклад, завдяки залученню родин тих осіб, які пережили травму, до просвітницьких бесід-зустрічей про травму та її вплив, або завдяки залученню особи до роботи у форматі інтерперсональної терапії, наративної терапії, інших програм, індивідуальних та групових, які допомагають вибудовувати 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 урахування характеристик травми, особи і середовища, в якому особа перебуває – полягає в розумінні цих характеристик як базових для прогнозування зростання та добору інструментів для його фасилітації.

2. Наративно-ментативний принцип – базується на важливості, з одного боку, вузько – наративізації травматичного досвіду, опрацюванні травматичної пам'яті, та широко – на опрацюванні загалом усіх життєвих наративів, а з другого боку – на ментативному опрацюванні, осмисленні та засвоєнні уроків із досвіду.

3. Принцип розбудови мережі соціальних ресурсів – виявляється в особливій увазі до розвитку мережі стосунків особи, намаганні зробити ці стосунки максимально безпечними, а осіб – готовими допомагати і підтримувати.

Посттравматичне зростання суспільства: старі проблеми, нові можливості

Спробуємо тепер 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 і дослідження вже 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 завдяки дослідженню індивідуального посттравматичного зростання, на посттравматичне зростання суспільства.

Отже, що може бути важливим, потрібним, корисним, щоб відбувалося посттравматичне зростання суспільства? Зважте, що будемо не лише розмірковувати про підтримку зростання після історичних травм, а й поговоримо про травми теперішні і майбутні.

Передусім з огляду на чинники посттравматичного зростання звернімося до *характеристик* травми. Звісно, що вплинути на рівень загрози і 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 контролюваності ситуацій, то тут так само є два аспекти: з одного боку, звісно, бувають ситуації, повністю невідконтрольні людині, а з другого боку, важлива не об'єктивна контрольованість, а саме відчуття. А тому розвиток умінь поведінки в ситуації травми і стресу, як технічних умінь (що робити у випадку травми і 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 тяжкості травми і її наслідків.

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

Наступний важливий для розгляду елемент – це *фактори, пов'язані з особистістю*. Насамперед треба 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 ре-інтерпретації, психологічного добробуту, оптимізму та духовності (замінімо цим терміном релігійність) – центральне завдання, виконання якого приведе до підвищення рівня посттравматичного зростання суспільства загалом. Вочевидь, тут можуть бути дії на кількох рівнях – від запровадження індивідуальних програм підтримки психологічного добробуту, навичок відновлюваності тощо до розвитку загалом психологічного добробуту суспільства через залучення соціальних детермінантів (подолання бідності, покращення умов проживання, розширення доступу до всіх видів послуг тощо), а також через консолідовані зусилля засобів масової інформації з промоції оптимізму, критичного мислення, психологічного добробуту тощо.

Звісно, тут можна додати, що автор є невинуватим 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 робить це з гідністю, а не з позиції жертви. Досягти цього можна завдяки розбудові просторів визнання травми, просторів, у яких травми та спогадам про неї є місце, де травма-наративи мають право на існування і тому мають шанси на опрацювання. А отже, йдеться про свого роду «травмо-чутливий дискурс» і «дискурс зростання», які всі ми покликані творити, якщо хочемо вирватися із замкненого кола травми та її наслідків.

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

- Розбудова просторів визнання травми. Ідеться про місця (не лише фізичні, а й віртуальні), де досвіду травми віддається належне, і не лише індивідуальному, а й суспільному. Прикладом такого місця може бути Музей історії Голодомору, який я раджу всім відвідати. До речі, там є програми для дітей, дуже продумані і варті уваги. Таких місць має бути багато, великих і малих, із продуманою тематикою і посланнями, створених у межах дискурсу зростання.

- Наративно-ментативне конструювання травмочутливого дискурсу і дискурсу зростання. Поширення історій травми, історій її подолання, історій зростання за умови чутливого супроводу та уважного конструювання, що уможливило б у балансі занурення у травму та перспективи зростання із фасилітацією роздумів, віднайдення сенсу завдяки досвіду – усе це так само, на мою думку, дало б змогу успішно пройти шлях від травми до зростання.

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

ПІСЛЯМОВА (метафори та історії)

Навколо люди...

...ідуть повз тебе, не бачать, не помічають, не відчують... 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 встромляє її в асфальт, наче хоче проткнути його... Кого він бачить, на кого сердитий, про що зараз думає?

...тебе обганяє дівчина. Вбрана не по-осінньому літньо, у короткій спідничці, легенькій червоній блузці, 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 до себе. Ледь не плачуть, знають, що зараз порветься, а не відпускають. Як це так – віддати іншій частинку себе?!

...колиска на колесах... противна колискова лунає з китайської ляльки – хіба вона може заколисати дитину?.. Хлопець у синьому раз у раз стукає по люльці лялькою, і та заводить пісню знову і знову. Що йому більше подобається – слухати чи стукати?

Ти завмер, озираєшся – на мить стає лясно... 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 заціпеніння, 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 забуваються...

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

...бо має надію...

ЛІТЕРАТУРА

Брієр, Д., & Скот, К. (2015). *Основи травмофокусованої психотерапії* / наук. ред. Вікторія Горбунова, Віталій Климчук. Львів: Свічадо.

Выготский, Л. С. (2005). *Психология развития человека*. Москва: Смысл; Эксмо.

Горностай, П. П. (2012). Колективна травма та групова ідентичність. У *Психологічні перспективи. Спеціальний випуск: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп. Т. 2. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості*. Київ, с. 89–95.

Зубовський, Д. С. (2018). Перевірка факторної структури україномовної методики Опитувальник посттравматичного зростання. *Український психологічний журнал*, (2), 36–47.

Климчук, В. (2015). *Мотиваційний дискурс особистості: на шляху до соціальної психології мотивації*. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка.

Климчук, В. О. (2019). Організація системи психосоціальної підтримки особистості, яка пережила травму. В Т. М. Титаренко (Ред.), М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін., *Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій*. Кропивницький : Імекс-ЛТД.

Маслюк, А. М. (2010). Різновиди депривуючих чинників подій голодоморів в Україні першої половини ХХ століття. *Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України*, (38), 238–246.

Новак, О. О., & Гуковський, О. В. (2018). Емпіричне дослідження результатів тренінгу з бодинаміки. *Work with War Traumas. Ukrainian Experience*. Матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 28–31 березня 2018 р.). Київ: Золоті ворота, с. 79–83.

Обушний, М. & Воропаєва, Т. (2009). Політико-психологічні аспекти Голодомору 1932–1933 років. *Соціальна психологія*, 2, 39–48.

Поттер, Дж. & Уезерел, М. (1987). *Дискурс и субъект*: Взято из http://psylib.org.ua/books/_pottu01.htm

Роджерс, К. & Фрейберг, Д. (2002). *Свобода учиться*. Москва: Смысл.

Титаренко, Т. М. (2003). *Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності*. Київ: Либідь.

Титаренко, Т. М. (2008). Соціально-конструктивістська природа життєвих завдань особистості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 19 (22), 131–139.

Титаренко, Т. М. (2010). Постмодерна особистість у динаміці самоконструювання. *Актуальні проблеми психології. Т. 2. Психологічна герменевтика*, 6, 5–14.

Титаренко, Т. М. (2018а). *Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації*. Кропивницький: Імекс-ЛТД.

Титаренко, Т. М. (2018б). Психологічне благополуччя особистості у контексті посттравматичного життєтворення. В *Особистість та її історія*, с. 102–112.

Титаренко, Т. М. (2018в). Життя як будівельний майданчик: особистісні наслідки посттравматичного досвіду. В *Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності*, с. 6–9.

Фуко, М. (1977). *Слова и вещи. Археология гуманитарных наук*. Москва: Прогресс.

Abraido-Lanza, A. F., Guier, C., & Colon, R. M. (1998). Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues*, 54, 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*, 55(1), 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. & Floyd, H. (1920). The influence of the group upon association and thought. *Journal of Experimental Psychology*, 3 (3), 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 ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» 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, K. L. (2018). Reducing reports of illusory posttraumatic growth: A revised version of the Stress-Related Growth Scale (SRGS-R). *Psychol. Trauma*, 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*, 66(6), 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.

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. (1973). Social Facilitation of Laughter in Children. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9 (6), 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. 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, pp. 355–370/

Cui, P.P, Wang, P. P., Wang, K. et al. (2020). 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. (2005). Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *Int J Soc Welf*. Blackwell Publishing Ltd.;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., & Harré, R. (1990). Positioning: the discursive production of selves. *Journal of the Theory of Social Behaviour*, 20 (1), 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*, 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*, 54 (2), 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.

Frax, 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., Knowles, M. L., & Megan L. (2008). Love makes you real: Favorite television characters are perceived as 'real' in a social facilitation paradigm. *Social Cognition*, 2, 156–168.

Gergen, K. J. (1994). *Realities and Relationships: Soundings in Social Construction*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Gergen, K. J. (2000). *The saturated self. Dilemmas Of Identity In Contemporary Life*. New York : Basic Books.

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*, 74 (5), 797–816.

Howie, D., & Peters, M. (1996). Positioning theory: Vygotsky, Wittgenstein and social constructionist psychology. *Journal for the theory of social behaviour*, 26 (1), 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.

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*, 18 (2), 335–344.

Joseph, S. (2013). *What Doesn't Kill Us: A guide to overcoming adversity and moving forward*. Piatkus.

Joseph, S., & Butler, L. (2010). Positive Changes Following Adversity. *PTSD Research Quarterly*, 21 (3), 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*, 17, 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*, 11, 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*, 6, 271–279.

Kaur, N., Porter, B., LeardMann, C.A. et al. (2017). Evaluation of a modified version of the Posttraumatic Growth Inventory-Short Form. *BMC Med Res Methodol*, 17, 69. <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. (2019). Resilience and post-traumatic growth: exploring the perceptions of gains after adversity in older adults, *Innovation in Aging*, Vol. 3, Is. 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*, 17, 11–21.

Little, D. (1989). Human suffering in comparative perspective. *They shall not hurt*, pp. 53–72.

Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Mahoney, M. J. (2004). What Is Constructivism and Why Is It Growing? *PsycCRITIQUES*, 49 (3), 360–363.

Maitlis, S. (2020). Posttraumatic Growth at Work (January 2020). *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 7, Is. 1, 395–419,.

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*, 22, 173–187.

Mead, G. (1934). *Mind Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: University of Chicago.

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*, 17 (9), 948–953.

Morris, A., Gabert-Quillen, C., Delahanty, D. (2012). The association between parent PTSD/depression symptoms and child PTSD symptoms: a meta-analysis. *Journal Pediatr Psychol.* Oxford University Press.;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. (2020). Pandemic-Driven Posttraumatic Growth for Organizations and Individuals. *Jama*;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*, 64, 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., Edwards, D., & Wetherell, M. (1993). A model of discourse in action. *American behavioral scientist*, 36 (3), 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. (2002). Constructivism in psychology: Personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism. ; In J. D. Raskin & S. K. Bridges (Eds.), *Studies in meaning: Exploring constructivist psychology* (pp. 1-25). New York : Pace University Press.

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. (2016). Intergenerational transmission of trauma in refugee families: a systematic review. *J Immigr Minor Health*. <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*, pp. 393–402.

Serafini, G, Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (August 2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, Vol. 113, Is. 8, , P. 531–537. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>

Sheen, Mr Justice (1987), MV (PDF), Crown Department of Transport, ISBN 0-11-550828-7

Shotter, J. (1989). Social accountability and the social construction of «You». *Texts of identity*. London: Sage Publications Ltd, pp. 133–151.

Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., & Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res.*;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, J. T. (2015). Family interventions in traumatized immigrants and refugees: a systematic review. *Transcult Psychiatry*;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. (2020 Jan). Brief Psychotic Disorder. [Updated 2020 Jul 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <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*, 21 (2),158–164.

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1996), The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1),1–18.

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, C. J., et al. (2016). 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.*; 86(4):384–92. <https://doi.org/10.1037/ort0000186>.

Van Langehove, L., & Harre R. (1998). Introducing positioning theory. *Positioning theory: moral context of intentional action*. Oxford: Blackwell.

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_happiness_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., Heingartner, A., & Herman, E.M. (1969). Social Enhancement and Impairment of Performance in the Cockroach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13 (2), 83–92.

Zoellner T., & Maercker A. (2006). Posttraumatic Growth and Psychotherapy. In Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (pp. 334–354). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, xii, 387 p.

ПРИКЛАДИ ВПРАВ ДЛЯ ФАСИЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ В ГРОМАДАХ²¹

1. ЗНАЙОМСТВО

Запропонуйте учасникам познайомитися один з одним та сказати про себе кілька слів. Ви можете використати одну із вправ (на вибір):

– «Розкажи за мене». Поділіть учасників на пари і дайте таку інструкцію: *«Зараз я запропоную вам у парах познайомитися. Назвіть себе і розкажіть про себе те, чим готові поділитися. Ви можете ставити запитання, уточнювати. Але якщо на якесь запитання ви не хочете відповідати – так і скажіть своєму партнерові».*

Для виконання цієї частини вправи дайте учасникам від 5 до 10 хвилин. Після цього запропонуйте всім повернутися в коло і дайте таку інструкцію: *«А тепер я попрошу вас розповісти трішки, тільки не про себе, а про того, з ким ви щойно спілкувалися. Якщо є щось таке, про що б ви не хотіли, щоб ваш партнер розповідав групі, скажіть йому про це перед тим, як він почне говорити».*

Ви також можете брати участь у вправі, якщо кількість учасників групи непарна.

– «Клубок». Для цієї класичної вправи потрібно підготувати заздалегідь клубок ниток. Почніть говорити першим, показавши приклад. Можете повторити текст свого представлення групі на початку, але краще, якщо ви додасте щось більш особисте – про захоплення чи про настрої тощо. Після цього візьміть у руку кінець нитки і, тримаючи його, передайте клубок наступному учасникові. Учасник, який отримав клубок, так само розповідає про себе і передає його далі, затиснувши свій фрагмент нитки. По завершенні

²¹Розроблено спільно з І. Королець та В. Горбуновою.

знайомства клубок опиняється у вас, і ви можете завершити вправу такими словами: *«Ось у нас і утворилася мережа, спільнота, у якій ми всі виявилися пов'язаними між собою, і нехай ця мережа стосунків піде всім нам на користь і буде тим, що допомагатиме долати складнощі й досягати своїх цілей».*

2. ПІДГОТОВКА ДО ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ

Почніть цей блок роботи із запитання про вже реалізовані рішення і про те, як вони були прийняті, а також про наслідки (короткотермінові і довготермінові, позитивні і негативні). Запропонуйте всім узяти участь в обговоренні, але якщо хтось не озвучить свої рішення – не примушуйте. Занотуйте озвучені рішення, і потому Ви зможете використати їх як матеріал для роботи – як ілюстрації або як кейси для роботи з позиції «Якби була можливість щось змінити в минулому...».

Скажіть, що для гарних рішень добре мати підготовку. Озвучте такі види підготовки:

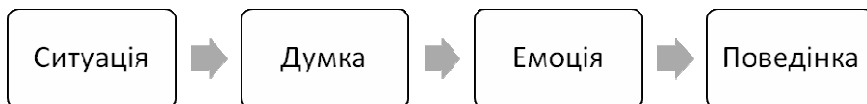
- емоційна підготовка – опанування емоційної сфери та вміння відкласти рішення або обмірковування рішення, якщо маєш надміру сильні емоції щодо нього;

- мотиваційна підготовка – розуміння, чого насправді бажаєш, які цінності стоять за рішеннями, та свідоме управління мотивацією, якщо йдеться про рішення, виконання яких вимагатиме тривалих зусиль;

- інформаційна підготовка – збирання максимально можливої інформації про проблему.

ЕМОЦІЙНА ПІДГОТОВКА

Зобразіть таку схему:



Ситуація: ви прямуєте вулицею і бачите, як сусід іде вам назустріч і не вітається. Якщо ви подумаете: «О, мабуть задумався й не помітив» – які емоції у вас будуть? Або ж «Мабуть, він на мене образився?» – якими тоді будуть почуття?

Попросіть учасників навести кілька прикладів із їхнього життя, коли їхні емоції та почуття були особливо яскравими, і розберіть їх за вищенаведеною схемою.

Після того як учасники переконалися, що ця схема працює, зауважте, що тепер у них є ключ до власних емоцій і цей ключ – у думках. Не всі думки є однаково корисні, і не всі думки наші є правдиві, – досить часто вони цілком хибні, частково хибні, або необґрунтовані.

А тому важливий крок, який можна зробити, – це навчитися оцінювати свої думки і шукати серед них більш реалістичних. Оцінювати думки можна за такою схемою (опрацюйте її з кількома думками, наведеними учасниками, а потому запропонуйте їм самостійно опрацювати якусь думку і поділитися результатом роботи):

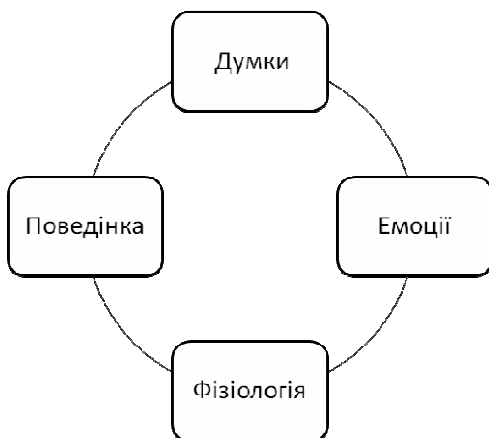
- 1) Запишіть думку.
- 2) Наведіть докази ЗА те, що вона правдива (це мають бути справжні докази).
- 3) А тепер наведіть докази ПРОТИ неї.
- 4) З огляду на докази ЗА і ПРОТИ сформулюйте нову думку, більш реалістичну.
- 5) А тепер подумайте, які емоції тепер викликає НОВА думка? Що змінилося?

Для роботи можна створити бланк, у якому ці пункти є стовпчиками, а думки – рядками.

Скажіть учасникам, що відтепер важливо тренуватися робити таке «зважування», і якщо це робити регулярно, то воно стане автоматичним умінням й емоції перестануть так сильно впливати на прийняття рішення (особливо такі емоції, як гнів, сором, страх, сум тощо).

Далі наведіть приклад приємних думок (про їжу, про спокій, про досягнення) і запитайте, що учасники відчували в тілі, коли в їхній голові поставали ці думки і вони уявляли відповідні образи.

Намалюйте на дошці таку схему:



І покажіть на прикладі з гнівом, як це працює:



Запитайте в учасників, коли це буває корисно, а коли – не спрацьовує, чи завжди треба реагувати саме так. Часто учасники пропонуватимуть лише позитивні наслідки такої поведінки. Ви не повинні сперечатися, а скажіть, наприклад, таке: *«Я не знаю насправді, чи це так. Цілком може бути, що ви абсолютно праві. Але я хочу запропонувати просто як вправу і тренування нашого мислення спробувати відшукати відповідь на таке запитання: **Навіть якщо є безпосередні позитивні наслідки, які можуть бути віддалені негативні наслідки (для вас, для ваших близьких, для інших людей)?»***

Попросіть навести приклади, коли надмір емоцій і занадто швидке реагування не привели до бажаних наслідків. Ви також можете робити це не самостійно, а запропонувати як завдання для всієї групи. У цьому вам допоможуть запитання, задані послідовно:

- *Що ви подумали в цей час?*
- *Які емоції з'явилися?*
- *Які були фізіологічні ознаки?*
- *І що ви тоді зробили?*

Також ви пам'ятаєте (і у вас є записи) про рішення, які учасники називали на початку. Ви можете використати з дозволу учасника якесь із них, щоб проілюструвати ці наслідки.

Запропонуйте учасникам записати емоції/почуття, які їм відомі, які вони колись переживали. Потім попросіть назвати їх по черзі, записуючи в стовпчик на дошці.

Будьте уважні та обов'язково відстежуйте, чи справді учасники називають емоції/почуття, а чи думки або інші стани. Наприклад, хтось може сказати: «несправедливість». Тоді поправте учасника, сказавши, що це радше думка, а емоція – це те, що ми переживаємо, зіткнувшись із несправедливістю, – це може бути гнів, страх, сором, сум тощо.

Після цього називайте кожну емоцію/почуття та запитуйте в учасника таке: Що означає її/його переживати? Які є фізіологічні компоненти? Які думки можуть привести до таких емоцій? Яку поведінку в кого провокує та чи інша емоція?

Запропонуйте учасникам робити за вами записи в «Емоційній таблиці»:

Емоція/почуття	Приклад думки, яка викликає емоцію/почуття	Фізіологічні ознаки емоції	Поведінка, спровокована емоцією/почуттям

Наступний крок – запропонуйте учасникам ідею про те, що знати, яку емоцію переживає людина, дуже важливо. Запитайте, як вони гадають, чому? Основна думка – це те, що, знаючи, яку переживаєш емоцію, можна передбачити, що робитимеш.

Скажіть потім, що, однак, цього знання може бути замало, через те що одна й та ж емоція може мати силу. І чи завжди злість провокує напад? Чи завжди сум провокує сльози та ізоляцію? Чи завжди радість – це те, від чого хочеться стрибати до стелі?

Запитайте, які вимірювальні прилади вони знають. Якими з них їм буде зручно користуватися для вимірювання? Це може бути термометр, спідометр або тахометр тощо. Головне, щоб у ньому були максимальна і мінімальна позначки.

Оберіть для прикладу один з приладів та одну з емоцій, яка є в списку. Оберіть якусь яскраву емоцію, зі зручним спектром: злість, страх, радість.

Приміром, це може бути термометр і емоція страху. І тоді запитайте, що означає «боятися на 0 градусів», що означає «боятися на +100 градусів» (почніть із крайніх показників). Після цього – позначте середину шкали і запитайте, що означає для учасників «боятися на + 50 градусів».

Зверніться до особистого досвіду і запропонуйте поділитися досвідом, чи боявся хтось колись на 100, на 50, на 0 градусів (балів).

Поясніть, що цю ідею можна також перенести на будь-яку емоцію, і що більший бал, то сильніша емоція, і тим сильніше вона на нас впливає, і не завжди на краще. Запитайте: «Чи були у вас випадки, коли надмірні емоції призвели до не дуже приємних наслідків?». Дозвольте учасникам поділитися досвідом.

Скажіть учасникам: *«Називання та вимірювання емоцій – це те, що працює на їх опанування. Зараз ми навчимося кількох дуже простих технік, які допоможуть у критичний момент упоратися з надмірними емоціями. І коли ця емоційна хвиля зменшиться, ви вже зможете застосувати роботу з думками, яка вам знайома».*

Техніка «Називання емоції, її сили та наслідків»

Коли ми називаємо емоцію, у цей момент активізується кора головного мозку, яка й відповідає на прийняття рішень, аналіз та синтез інформації, за вольові зусилля. І називання емоції може стати тим «тумблером», який її вмикає знову – тому що часто емоційний блок мозку «відмикає» наш когнітивний блок.

Запропонуйте учасникам формулу: *«Я почуваю (вказіть силу та емоцію) і тому...»* – і наведіть кілька прикладів: *«Я почуваю легкий страх і відчуваю тремтіння в ногах», «Я почуваю дуже сильний гнів і тому прошу зараз зупинити цю розмову й продовжити, коли я заспокоюсь».*

Попрактикуйтеся з учасниками, взявши за основу перелік емоцій, озвучувати собі й іншим різні емоції та їхню силу і наслідки. Поясніть, що наші нейронні мережі тільки тоді активуються і починають працювати по-новому, коли ми щось реально пробуємо і практикуємо. І тому ця вправа є важливим кроком.

МОТИВАЦІЙНА ПІДГОТОВКА

Передусім зверніть увагу на цінності. Для цього скористайтесь технікою запитань *«Чому для тебе це важливо?» («Сходінка до цінностей»)²²*. Попросіть когось із учасників поділитися ініціативами, які він хотів би реалізувати. І запитайте, чому це для нього так важливо. І далі щодо отриманих відповідей ставте це саме запитання. У результаті ви отримаєте перелік цінностей.

Запропонуйте учасникам для кожної своєї ініціативи пройтися цими «сходінками» та скласти перелік власних цінностей.

²²Створено на основі ідеї Д. О. Леонтьєва «Методика граничних смислів» і техніки КПТ «Рух по стрілці вгору».

Запитайте, що тепер вони думають про свою активність. Чи зросло їхнє бажання цим займатися, коли вони бачать, заради чого це роблять?

Запропонуйте учасникам тримати складені списки на видноті і перечитувати, коли вони раптом відчують, що бажання займатися обраною справою зникає через зневіру, розчарування та інші причини.

Розкажіть далі учасникам про два види мотивації – внутрішню і зовнішню, а також про три фактори внутрішньої мотивації – самодетермінацію, компетентність та значущі стосунки (теорія мотивації Е. Дісі і Р. Раяна).

Самодетермінованість. Внутрішня мотивація може виникнути лише за умови, що людина зробила самостійний вибір. Тільки тоді з'явиться відчуття самодетермінованості – людина буде відчувати себе не «пішаком», не об'єктом, а суб'єктом життя.

Компетентність. Суб'єктивне переживання успіху і його об'єктивне підтвердження мають величезне мотивувальне значення. Інколи достатньо одного, хай і невеликого, успіху – і ставлення до роботи кардинально змінюється. У будь-якому випадку, кожен вдалий крок має супроводжуватися позитивним зворотним зв'язком, а невдалий – критикою, але критикою конструктивною, підтримувальною, перспективною.

Значущі міжособистісні стосунки. Для підтримки мотивації надзвичайно важливою є включеність у систему значущих міжособистісних стосунків. І якщо є відчуття втрати мотивації, варто подумати, чи не сталося порушень у стосунках, і здійснити кроки до їх відновлення, якщо це важливо.

ІНФОРМАЦІЙНА ПІДГОТОВКА

Роботу над цим блоком найкраще проводити з опорою на власний досвід учасників. Оберіть одне з рішень, яке учасникові ще лише треба прийняти. Розбийте його на такі складники:

- Яку інформацію я маю про проблему та її частини?
- Якої мені не вистачає?
- Які кроки я маю здійснити, щоб її отримати?

Також попросіть учасників за цією ж схемою опрацювати в підгрупах по одній проблемі когось із учасників.

3. РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ І ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ

ТЕХНІКА РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ І ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ²³

Крок 1: ВИЗНАЧТЕ ПРОБЛЕМУ

Важливо чітко *визначити проблему*, над якою ви хочете працювати. Якщо проблема здається дуже громіздкою і складною, варто розбити її на частини.

Крок 2: ВИЗНАЧТЕ МЕТУ ЩОДО ЇЇ ВИРІШЕННЯ

Дуже часто крок 1 визначення проблеми не викликає труднощів. Проте у формуванні МЕТИ, визначенні, що б мало змінитися чи відбутися, є вже певна складність. Можна запропонувати починати формулювання мети зі слів: «я хочу...», «мені потрібно...».

Крок 3: «МОЗКОВИЙ ШТУРМ»

Які є можливі варіанти вирішення цієї проблеми?

Подумайте, застосувавши «мозковий штурм», і запишіть їх (записувати все, що спадає на думку, як можливе вирішення проблеми).

Коли у вас буде не менше як 10 ідей, переходьте до кроку 4

Крок 4: МОЖЛИВІ НАСЛІДКИ

Які наслідки кожного варіанта рішень (коротко- і довготермінові)?

Крок 5: РЕЙТИНГ РІШЕНЬ

Зваживши всі «за» і «проти» кожного варіанта, складіть рейтинг найкращих рішень.

Крок 6: СПЛАНУВАТИ КРОКИ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ

Виберіть найкращий варіант, а потім розробіть план і реалізуйте рішення.

²³Використано матеріали Г. Нетлюх.

МЕТОДИ ЗАЛУЧЕННЯ СПІЛЬНОТИ Й ПОШУКУ ОДНОДУМЦІВ

Зазначте, що для реалізації рішень, особливо комплексних і складних, важливо мати команду однодумців і водночас – підтримку з боку всіх можливих зацікавлених сторін.

Грунтовно про цей аспект буде йтися на наступному занятті.

САМОМОТИВАЦІЯ В ПРОЦЕСІ РЕАЛІЗАЦІЇ РІШЕНЬ ТА РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Зауважте, що коли йдеться про тривалі проекти, то мотивація часто слабшає через те, що кінцевого результату не видно.

Щоб підтримувати належний рівень мотивації, важливо регулярно підбивати підсумки, робити огляд зробленого, оцінювати вже досягнуті цілі, навіть дрібні.

Після обговорення цього аспекту перейдіть до наступного пункту роботи.

4. ОЦІНКА РОБОТИ ТА ПОДАЛЬШЕ ПЛАНУВАННЯ ДІЙ

Оцінювання результатів прийнятих рішень є важливим етапом розв'язання проблем, оскільки лише в такий спосіб ми дізнаємося про досягнення поставленої мети. Ми часто робимо це інтуїтивно і спонтанно, а проте це може бути цілісний, структурований процес.

Для нас важливо бачити об'єктивні результати реалізації рішень, щоб на основі зібраних доказів удосконалювати ці рішення, а також змінювати шляхи досягнення цілей, якщо результат негативний.

Оцінка результатів надасть інформацію про успішність виконаної роботи, дасть змогу побачити конкретні, вимірювані наслідки своєї праці. Це добре працює з погляду підтримки мотивації і також додає впевненості у своїх силах. Якщо ж результати негативні, це також може стати цінною вказівкою щодо подальшої роботи.

Насамкінець запропонуйте учасникам відповісти на такі запитання:

Як я дізнаюся про результати свого рішення?

Як я знатиму, що досяг(-ла) мети?

Якщо не досяг(-ла), то що маю робити далі?

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 16.03.2021 р. Формат 60х84/8.

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
