

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПОЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
Відділ психології малих груп та міжгрупових відносин

**СВІТОВИЙ ДОСВІД
ПСИХОЕДУКАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ
В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ВОЄННИХ ЗАГРОЗ**

Науково-аналітична доповідь

За науковою редакцією

Миколи Слюсаревського, Лідії Чорної, Світлани Чуніхіної

Кропивницький – 2026

УДК 159.9:374.71:316.485.26
С 24

Рекомендовано до друку вченою радою
Інституту соціальної та політичної психології НАПН України
Протокол № 08/26 від 28 травня 2026 року

Рецензенти:

А. М. Маслюк, доктор психологічних наук
О. Л. Вознесенська, кандидат психологічних наук

С 24 **Світовий досвід психоедукації населення в умовах війни та воєнних загроз: науково-аналітична доповідь** / [Л. Г. Чорна, П. П. Горностай, Т. С. Асланян, В. І. Вус, О. В. Пінчук, О. О. Старовойтенко] ; за наук. ред. М. М. Слюсаревського, Л. Г. Чорної, С. Л. Чуніхіної ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – 2-ге вид., переробл. та допов. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2026. – 62 с.

ISBN 978-966-189-774-7

На основі аналізу міжнародного досвіду психоедукацію розглянуто як ефективний, масштабований і доступний спосіб підтримання ментального здоров'я населення в умовах хронічного стресу воєнного часу. Доповідь охоплює дві організаційні моделі надання послуг у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП), у межах яких має реалізовуватися психоедукація, – «піраміду» Міжвідомчого постійного комітету (МПК) ООН з акцентом на поственції психотравмувальних наслідків війни і «перевернуту піраміду», орієнтовану на превентивну масову психоедукацію. Проаналізовано також два концептуальні підходи до психоедукації: травмоінформований (США) і резильєнтний (Ізраїль). Сформульовано низку рекомендацій щодо інтеграції психоедукаційних заходів у вітчизняне законодавче поле, управлінські практики, систему освіти, первинну медичну допомогу і медійний простір. Пропонується створення єдиних національних стандартів якості психоедукаційних матеріалів.

Видання адресоване центральним і регіональним органам державної влади, органам місцевого самоврядування, розробникам соціальних програм, фахівцям у сфері психічного здоров'я, освітянам, представникам медіа.

ISBN 978-966-189-774-7

УДК 316.455 : 316.485.26

© Інститут соціальної та політичної психології
НАПН України, 2026
© Асланян Т. С., Вус В. І., Горностай П. П., Пінчук О. В.,
Слюсаревський М. М., Старовойтенко О. О.,
Чорна Л. Г., Чуніхіна С. Л., 2026

ЗМІСТ

Вступ.....	4
1. Цілі, види, організаційні форми, засоби та канали психоедукації.....	7
2. Психоедукація в подоланні наслідків надзвичайних ситуацій: модель МПК.....	16
3. Альтернативна стратегія психоедукації населення: модель «перевернутої піраміди»	21
4. Резильєнтний і травмоінформований підходи в психоедукації	27
5. Психологічна культура населення як запобіжник його травматизації.....	34
6. Розвиток психологічної грамотності засобами шкільної освіти	38
7. Психоедукація в процесі подолання ПТСР та інших наслідків війни і тероризму.....	43
Висновки і рекомендації.....	48
Список використаних джерел	52

ВСТУП

Повномасштабна війна в Україні створила безпрецедентну ситуацію масового і тривалого психологічного навантаження, що виходить далеко за межі індивідуальних травматичних подій, охоплюючи практично все населення країни. Три чинники війни: значущість її руйнівного впливу (1), безперервність воєнних загроз і, відповідно, постійність стану внутрішньої напруженості людини (2), невизначеність сценаріїв завершення війни та нерівномірний розподіл її тягара між різними групами населення (3) – зумовлюють необхідність звернення до ресурсів психології як науки, що має доказову базу досліджень і перевірені практикою методи психологічної допомоги.

Всеохопний характер пов'язаних з війною загроз вимагає застосування відповідних за масштабом психологічних інтервенцій, спрямованих на профілактику і подолання найбільш деструктивних наслідків для ментального здоров'я та благополуччя людей і спільнот. Причому йдеться передусім про інтервенції низької інтенсивності, які потребують не так консультування або терапії, як інформування і просвіти. Завдяки масовому поширенню достовірних знань про те, як правильно реагувати на виклики і загрози щодо безпеки, які техніки першої психологічної допомоги і самопомоги варто застосовувати в ситуації гострого стресу, у яких випадках і куди слід звертатися по спеціалізовану допомогу, можна забезпечити людей мінімально необхідним і часто достатнім інструментарієм для підтримання ментального здоров'я та стійкості. У цих умовах психоедукація перестає бути допоміжним чи факультативним складником психологічної допомоги, а набуває значення системного способу реагування на ризики війни задля збереження ментального здоров'я населення.

Психоедукація під час війни виконує низку критично важливих функцій, які не можуть бути повноцінно замінені ані індивідуальною психотерапією, ані кризовими інтервенціями. По-перше, вона формує базове психологічне розуміння того, що відбувається з людьми і спільнотами в умовах війни, знижуючи рівень тривоги, паніки й дезорієнтації. По-друге, психоедукація запобігає перевантаженню національної системи охорони психічного здоров'я, оскільки дає змогу людям самостійно здійснити первинний скринінг своїх реакцій на екстремальні обставини і стрес, відокремити норму від патології, адже лише порівняно невелика частина населення потребує спеціалізованої клінічної допомоги. По-третє, психоедукація створює передумови для збереження суб'єктності – здатності людей діяти поінформовано, ухвалювати усвідомлені рішення, підтримувати інших і брати участь у відновленні соціального життя, а не бути пасивними отримувачами допомоги.

Світовий досвід свідчить про те, що психоедукація в умовах війни і воєнних загроз історично розвивалася в межах двох концептуально різних, однак не взаємовиключних підходів.

Перший – *травмочутливий* (травмоінформований), найбільш повно представлений у США, виник як відповідь на масовий запит суспільства щодо етичної, уважної і безпечної взаємодії з людьми, які зазнали психологічної травми. Цей підхід акцентує увагу на розпізнаванні ознак травматизації, мінімізації ретравматизації в повсякденній комунікації та формуванні безпечного соціального середовища в освітніх, професійних і публічних просторах. Водночас його обмеженням є ризик фокусування на вразливості і травмі як домінантному стані, що в умовах тривалої війни може підсилювати відчуття безпорадності.

Другий підхід, основою якого є *резильєнтність*, сформувався в контексті постійних воєнних і терористичних загроз та характерний насамперед для ізраїльського досвіду. Цей підхід виходить із припущення, що стрес і загроза є частиною соціальної реальності, а отже, психоедукація має не лише пояснювати наслідки травми, а й формувати навички функціонування, ухвалення рішень і збереження життєздатності спільнот. Зокрема, у межах цього підходу вирішується кілька завдань:

- забезпечити психологічну готовність населення до життя в умовах небезпеки;
- підтримати психологічну стійкість людей і спільнот;
- стимулювати здатність населення до самоорганізації та взаємної підтримки.

Характер нинішньої війни вимагає від України поєднання обох зазначених підходів, тобто інтеграції їхніх напрацювань з урахуванням рівня руйнувань, тривалості напруження та культурного контексту.

Організаційно психоедукація в умовах війни реалізується через різні моделі, серед яких ключовими є модель «прямої піраміди» і модель «перевернутої піраміди». Перша, представлена широковідомою моделлю Міжвідомчого постійного комітету (МПК), створеного за ініціативи ООН, визначає традиційний для міжнародних гуманітарних інтервенцій підхід з концентрацією ресурсів на фаховій допомозі з подальшим поступовим розширенням охоплення. Заходи, що плануються в межах цієї моделі, передусім сфокусовані на поственції, тобто подоланні наслідків травмування, супроводі та підтриманні населення в післякризовій ситуації. Друга, альтернативна, модель робить ставку на масову превентивну психоедукацію як запоруку зменшення потреби в інтенсивних інтервенціях у майбутньому.

В Україні за роки повномасштабної війни сформовано важливі передумови для розвитку системної психоедукації населення з питань ментального (психічного) здоров'я. Зокрема, Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?», ініційована Першою леді Оленою Зеленською, об'єднала в загальнонаціональних масштабах державні інституції, місцеву владу, експертне середовище та медіа навколо забезпечення психологічної

стійкості і профілактики психічних порушень (Ти як? ..., n. d.). Водночас започаткована ініціатива має низку структурних обмежень, які поки що не дають змоги побудувати всеохопну психоедукацію населення під час війни. Зокрема, спостерігається певна фрагментарність практик і заходів, нерівномірність доступу різних груп населення до якісного контенту, брак єдиних стандартів і довгострокового бачення розвитку цієї сфери.

Подальший розвиток психоедукації в Україні потребує переходу від реактивних відповідей на кризу до стратегічного підходу побудови національної стійкості. Ідеться про *інституціоналізацію психоедукації* як елемента державної політики, її системну інтеграцію в освіту, роботу органів влади і медійну сферу, а також про формування культури психологічної грамотності як ресурсу суспільної стійкості в умовах тривалої війни.

Мета цієї науково-аналітичної доповіді полягає в аналізі та концептуальному узагальненні міжнародного досвіду психоедукації в умовах війни і воєнних загроз задля обґрунтування стратегічних підходів до побудови в Україні системи масової психоедукації, спрямованої на формування національної психологічної стійкості, профілактику і подолання наслідків психологічної травматизації.

1. ЦІЛІ, ВИДИ, ОРГАНІЗАЦІЙНІ ФОРМИ, ЗАСОБИ ТА КАНАЛИ ПСИХОЕДУКАЦІЇ

Психоедукація (psychoeducation) буквально, у перекладі з англійської, означає психоосвіта. В Україні також побутує термін «психологічна просвіта». Якщо перекласти цей термін англійською, то вийде те ж саме, що й переклад психоосвіти, – «psychological education», або скорочено – «psychoeducation». Отже, англійською що психологічна просвіта, що психоосвіта – одне й те саме. Проте українці, зважаючи на свої культурні, історичні, лінгвістичні особливості, усе ж розрізняють ці терміни. Психологічна просвіта за своїм змістовим наповненням здебільшого трактується як розрахована на широкий загал користувачів психологічних знань, тоді як психоедукація в українській традиції прив'язана насамперед до психологічного консультування і психотерапії. Тому психоедукацію можна розглядати в широкому і вузькому значенні: як спрямовану на широкий загал користувачів психологічних знань і як більш вузькоспеціалізовану психологічну практику, що ставить за мету розв'язання окремих психологічних проблем людини. Оскільки в цій доповіді йдеться про світовий досвід опанування населенням психологічних знань, то надалі будемо вживати термін «психоедукація», зважаючи на його, так би мовити, міжнародну історію використання. Часом синонімічно будемо вживати і термін «просвіта».

Психоедукацію у сфері охорони здоров'я визначають як різновид втручань, спрямованих на пояснення/донесення/ поширення інформації про психічне (ментальне) здоров'я, щоб дати людині знання про її ментальні труднощі та напрацювати ефективні стратегії їх подолання, серед іншого і лікування (Encyclopedia..., 2023). Нині психоедукацію вважають однією з ефективних форм неклінічної психологічної допомоги, яка застосовується в найрізноманітніших випадках: від переживання критичних ситуацій і гострої реакції на стрес до супроводу в разі психічних розладів та захворювань. Психоедукація також покликана надавати людині інформацію про різні форми втручання фахівця в її психічне здоров'я, щоб вона разом із фахівцем могла краще працювати на загальний результат або ж самотійно справлятися із психологічними труднощами.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає психічне здоров'я як стан добробуту, за якого кожна людина реалізує свій потенціал, може впоратися зі звичайними життєвими стресами, працює продуктивно і плідно, а також здатна зробити внесок у життя своєї громади (WHO, n. d.). Відповідно до цього визначення заходи із психоедукації потрібно планувати так, щоб охопити широке коло знань, які стосуються не лише серйозних негараздів із психікою людини, як-от клінічна депресія або панічні атаки, а й звичайних психологічних складнощів. І, цілком логічно, психоедукація міститиме знання про все те, що сприяє соціально-психологічному добробуту людини (дружнє коло спілкування, підтримка сім'ї, фізична активність,

мистецтво і заняття для душі, світоглядні переконання, освіта і такі базові для психічного здоров'я речі, як-от харчування, житло та санітарія).

Найбільш універсальне визначення психоедукації, яке охоплює і її *ціль*, дав Дж. Волш. У його тлумаченні психоедукація передбачає інформування про суттєві життєві труднощі, допомогу в розвитку соціальної та ресурсної підтримки, спрямованої на управління ситуацією, а також розвиток навичок долати і, зрештою, розв'язання проблеми та досягнення психічного здоров'я (Walsh, 2009). Під час масштабної катастрофи психоедукація слугує засобом нормалізації реакцій людей і допомагає їм побачити свої реакції як зрозумілі й очікувані (Hobfoll et al., 2021).

Отже, психоедукація може бути не лише індивідуалізованою, коли психолог безпосередньо в процесі психологічної допомоги повідомляє людині щось таке, що пояснює механізми її негараздів та способи їх долати. Вона також може бути спрямована на заздалегідь визначені, цільові категорії населення, наприклад: дітей, що постраждали від війни; тих, хто потерпає від депресії; внутрішньо переміщених осіб або біженців; безхатків; хворих з різними діагнозами та ін. Коли йдеться про окремі категорії населення, то вона, знову ж таки, може застосовуватися як елемент індивідуальної психологічної допомоги особистості, тобто в психологічному консультуванні і психотерапії, або ж безособово: через повідомлення медіа, проспекти, флаєри, віньєтки, електронні додатки, виступи фахівців у ЗМІ, популярні книжки, соціальну рекламу. Такі повідомлення зазвичай містять інформацію про типові ознаки негараздів із психічним здоров'ям певної категорії населення, типові схеми психологічної допомоги, необхідність піклування про свій соціально-психологічний добробут, імовірність поліпшення психологічного стану і повернення до відчуття задоволеності життям. Так, навесні 2022 року, після початку повномасштабного вторгнення РФ в Україну, коли Європа стала прихистком для багатьох українців, що рятувалися від війни, інтернаціональна команда фахівців із психічного здоров'я підготувала дві невеличкі брошури із психоедукації дорослих, які не є фахівцями в цій сфері (Vicentini et al., 2022).

Ці брошури в малюнках і схемах містили інформацію про війну і типові реакції людини на неї; про емоції, які можуть бути пережиті в такій ситуації; про стратегії долати стресу, тобто прості інструменти надання емоційної допомоги дітям і підліткам, які постраждали від війни. Брошури було перекладено 23 мовами, зокрема українською, і поширено через ЗМІ в італійських громадах, які приймають біженців, серед інших – й українських. Щоб оцінити зміст брошур, використовувалися експертні незалежні оцінки психологів і соціологів. Було перевірено використання брошур за показниками зрозумілості, зручності та корисності на двох вибірках дорослих. Також здійснювався моніторинг поширення брошур з електронних платформ. Крім того, паралельно з поширенням брошур було проведено дві публічні комунікаційні кампанії: перша – щодо впливу війн на психічне здоров'я, друга – з підтримання дорослих опікунів, серед яких були батьки, учителі, вихователі, психологи, представники служб швидкого реагування та всі інші, зацікавлені в добробуті молодих людей. Для цих кампаній розроблялися спеціальні меседжі.

Висновки дослідження, що спиралися на математико-статистичні методи аналізу даних, підтвердили доречність та ефективність використання розроблених психоедукаційних матеріалів. Цей приклад психоедукації можна вважати взірцевим за критеріями науковості, запобігання ретравматизації, поваги до гідності постраждалих від війни.

Наразі українцям пропонується чимало психоедукаційних матеріалів про вплив війни на психічне здоров'я і стратегії долаття цього впливу. Було б доцільно попередньо на основі експертних оцінок фахівців перевіряти зміст таких матеріалів щодо їхньої психологічної екологічності та науковості, а також супроводжувати масове поширення матеріалів відповідними психоедукаційними кампаніями серед населення.

У контексті аналізу різних видів та організаційних форм психоедукації, що добре себе зарекомендували у світовій практиці, варто згадати такі її форми, як групи самопідтримки людей, що мають ті чи інші проблеми зі здоров'ям або якісь соціально-психологічні негаразди (важкі хвороби, залежності тощо).

Проміжним видом психоедукації – між тією, що здійснюється в процесі психологічного консультування та психотерапії, і тією, що використовує медіа, – є освіта населення за участі фахівців допоміжних професій, тобто соціальних працівників, медиків, учителів, правників. Завдяки цьому поглиблюється обізнаність людей про реакції людської психіки на стресові, кризові, потенційно травматичні ситуації; про те, що відбувається із психікою людини «тут і зараз», що треба робити в тій чи тій ситуації, щоб відновити психологічну рівновагу. Ідеться також про психологічну самодопомогу і підтримання інших; повідомляється про можливість фахової допомоги від психолога, психотерапевта, психіатра; надається інформація, куди саме слід звертатися по таку допомогу. Зазвичай фахівці допоміжних професій проходять короткотермінове навчання в спеціальних групах, наприклад «тренінг для тренерів», де вони з допомогою більш досвідчених спеціалістів, здебільшого психологів, опановують навички першої психологічної допомоги і повсякденні техніки зміцнення психічного здоров'я. Звісно, що групові форми навчання фахівців можуть доповнюватися індивідуальними.

Відтак нещодавно навчені фахівці у своїх практиках професійної діяльності використовують здобуті знання і компетентності під час надання медичної, соціальної, юридичної тощо допомоги населенню. Водночас психоедукація в групових формах може бути ефективною не лише для фахівців допоміжних професій, а й для всього населення. Так, люди за потреби і з власної волі збираються в навчальні групи і, керуючись коротко- або довготерміновими програмами, опановують знання про психічне здоров'я та соціально-психологічний добробут. А можливо, і не треба організовувати такі курси, а впроваджувати психоедукацію вже в готові освітні структури, насамперед заклади освіти, забезпечуючи навчання учнів та вчителів, студентів і викладачів.

Отже, масова психоедукація відбувається завдяки ознайомленню населення із психологічними знаннями загалом (без поділу на окремі соціальні групи), через окремі цільові групи і безпосередньо через самих громадян; опосередковано – завдяки фахівцям допоміжних професій, які, задовольняючи

потреби населення, теж масово його «психують». Масова психоедукація надає базові психологічні знання і містить настанови для населення щодо піклування про психічне здоров'я. Опанування навичок психологічної самопомоги та підтримання іншого в процесі масової психоедукації здійснюється за типовими програмами, вивіреними алгоритмами, протоколами і відповідними посібниками.

Психоедукація в групах – різновид масової психоедукації – пропонує соціально-психологічні механізми закріплення знань. Саме в групі найкраще засвоюються навички психологічної самопомоги та підтримання іншого: ефективність знань зростає, коли когось навчаєш.

До речі, індивідуалізована психоедукація зовсім не означає, що просвіта здійснюється лише індивідуально, оскільки робота в психотерапевтичних групах або із сім'єю також розв'язує індивідуальні проблеми людини. Водночас масова психоедукація передбачає як роботу в навчальних групах, так і самостійне засвоєння знань; як у процесі взаємодії з іншими людьми під час навчання, так і без такої взаємодії, без контролю засвоєння знань і без зворотного зв'язку про правильність або неправильність розуміння цих знань, а завдяки, скажімо, різним медіаповідомленням, ознайомленню з науковими, науково-популярними і просто популярними виданнями тощо (рис. 1).

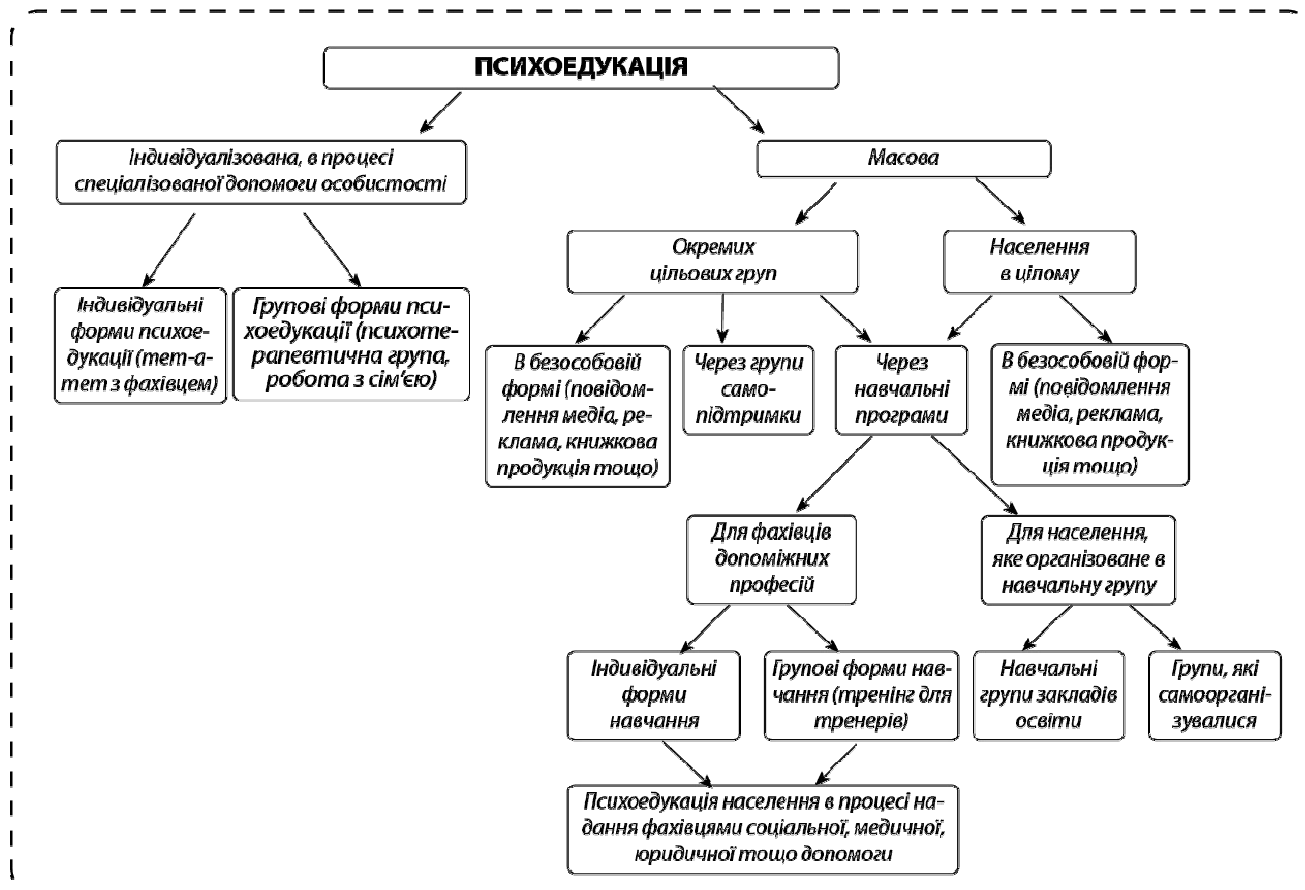


Рис. 1. Види та організаційні форми психоедукації

Підсумовуючи, звернімо ще раз увагу на різні види психоедукації, яка здійснюється через групові *форми* роботи: це – психотерапевтичні групи, групи самопідтримки, навчальні групи для фахівців (тренінг для тренерів) і нефахівців, які самоорганізувалися в групи; або ж це уже наявна навчальна група (майбутніх психологів та інших фахівців у сфері психічного здоров'я), яка обрала спецкурс із психології. Отже, серед *видів* психоедукації можемо виділити індивідуалізовану і масову, серед масової – психоедукацію окремих груп і населення загалом. Крім того, є різні організаційні *форми* психоедукації (див. рис. 1).

Емпіричні дослідження в галузі психоедукації свідчать, що вона застосовує різні *засоби* презентації знань: від наукових текстів до оповідей у стилі коміксів і відео. Ці засоби активізують, відповідно, різні *канали* сприймання інформації людиною: візуальний, аудіальний; поєднання сприйняття, взаємодії і тактильного відчуття тощо. Доведено вищу ефективність психоедукаційних відеоматеріалів порівняно з паперовими буклетами, як би яскраво вони не були оформлені (Peter et al., 2024). Однак якщо немає умов для перегляду відео (як це часто буває в транзитних центрах або тимчасових притулках для цивільного населення під час війни), то добре працюють і просто малюнки, на яких зображено людей із психосимптоматикою стресу (Dozio, 2023; Dozio et al., 2021).

Для закріплення ефекту психоедукаційних занять, що передбачають також виконання вправ на емоційну стабілізацію в ситуаціях гуманітарних криз і масштабних катастроф, доцільно застосовувати найпростіші *інструменти* вимірювання стану людини до і після них. Зазвичай використовують максимально схематизовані методики, наприклад графічні шкали страждань і соціальної підтримки (Suffering Scale and Perceived External Support Scale, 2018). Чому? Бо в умовах стресу сприймати текст складніше, ніж порівняно прості візуальні образи. Крім того, у ситуації масштабних переміщень людей (а це часто буває під час війни і катастроф) той, хто здійснює психоедукацію, і той, хто отримує психологічну допомогу, можуть говорити різними мовами. Водночас варто пам'ятати: психотерапія в ситуаціях, що викликають дистрес (катастрофи, війни, терористичні атаки, стихійні лиха, гуманітарні кризи, втрата і загибель близьких тощо), не проводиться (Substance Abuse..., 2015), а здійснюється лише загальна поточна оцінка стану людини, щоб визначити спочатку необхідний обсяг кризового втручання (Everly, & Lating, 2021). І тут, зрозуміло, зміни в психіці максимально визначаються актуальною ситуацією, тобто психічний стан людини залежить від подій навколо неї. Більшість із того, що здавалося б у поведінці людини дивним або викликало занепокоєння в мирний час, є очікуваним і закономірним під час або після переживання стресових ситуацій війни. Як кажуть психологи, виявляється нормальна реакція психіки на ненормальні обставини життя.

Психологи, здійснюючи психоедукацію та популяризацію знань серед нефахівців, у підготовці паперових/електронних/наочних матеріалів часто використовують креативні і мультисенсорні підходи. Так, клінічний психолог і

фахівець з травми Карен Трейсман, яка працювала в багатьох куточках світу з різними групами населення, що відчули на собі вплив війни (зокрема з колишніми дітьми-солдатами; з тими, хто пережив геноцид у Руанді), часто використовує презентації, книжки, листівки, картки у вигляді розповідей-скетчів – малюнків, що нашвидкуруч фіксують ідеї, враження, щоб користувач міг ці ідеї і враження самостійно розвинути й використати для власних потреб. Карен – автор кількох бестселерів із психології травми: книжок, брошур, робочих зошитів, до яких, наприклад, додаються м'які іграшки для роботи з дітьми (Safe Hands, & Thinking Minds, n. d.). Відразу зазначимо, що психоедукаційні матеріали К. Трейсман призначені для фахівців допоміжних професій, для дорослих, які всиновили дітей або опікуються дітьми, а також для спеціалістів, які не є психологами, але мають або потенційно можуть мати справу з вразливими категоріями населення. Серед адресатів, наприклад, можуть бути соціальні працівники і менеджери соціальної роботи, працівники з підтримки сім'ї та молоді, прийомні опікуни, родичі-опікуни, спеціальні захисники, прийомні батьки, фахівці з освіти (включно з віртуальними школами, асистентами вчителів та призначеними вчителями), представники терапевтичних спільнот і будинків для проживання, незалежні рецензенти, консультанти з питань усиновлення та опіки, фахівці із психічного та фізичного здоров'я, зокрема стоматологи, акушерки, лікарі, медсестри, практики з раннього розвитку, а також представники сімейних центрів дозвілля, поліціянти, пожежники та інші фахівці з надзвичайних ситуацій, юристи і журналісти. Авторка також дає рекомендації щодо супроводу процесів створення організацій, діяльність яких пов'язана з наданням допомоги людям із психологічними травмами. У її посібнику, який можна назвати скарбницею ідей та знань для співробітників таких організацій, розглянуто різні види травм, взаємопов'язані чинники та обставини травмування, а психоедукаційний ресурс оживлено реальними прикладами з практики, рефлексивними прикладами і яскравою інфографікою (рис. 2).

Для фахівців, які працюють у центрах катастроф, надзвичайно помічними є *цифрові психоедукаційні додатки* на телефонах, що містять наочні презентації гайдів із психосоціальної підтримки постраждалих (Seligman, Felder, & Robinson, 2015). Психоедукаційні матеріали обов'язково мають бути адаптовані до певного культурного середовища і до певної соціальної групи, враховувати її потреби, преференції в сприйнятті інформації, адже люди із симптоматикою ПТСР є надзвичайно чутливими до цих аспектів психоедукації. Мова, метафори і контексти соціальної групи мають бути відображені через зміст психоедукації, концепції, цілі та методи психосоціальних втручань у психічне здоров'я тих, хто має травматичний досвід (Yohannan, & Carlson, 2019).

Оскільки в умовах тривалої війни психоедукація має охоплювати великі маси людей, які в той чи інший спосіб переживають травму війни і, до того ж, цей досвід може бути надзвичайно болючим для обговорення, то, безперечно, *цифрові засоби психоедукації* мають тут виконувати важливу функцію

психологічної самодопомоги та підтримання населення. Дослідження показують, що цифрова дистанційна психоедукація здатна забезпечувати доступну освіту з питань психічного здоров'я і стратегій управління без необхідності особистих зустрічей (Perra et al., 2024). Це особливо важливо для України, де травми війни набули значного поширення.

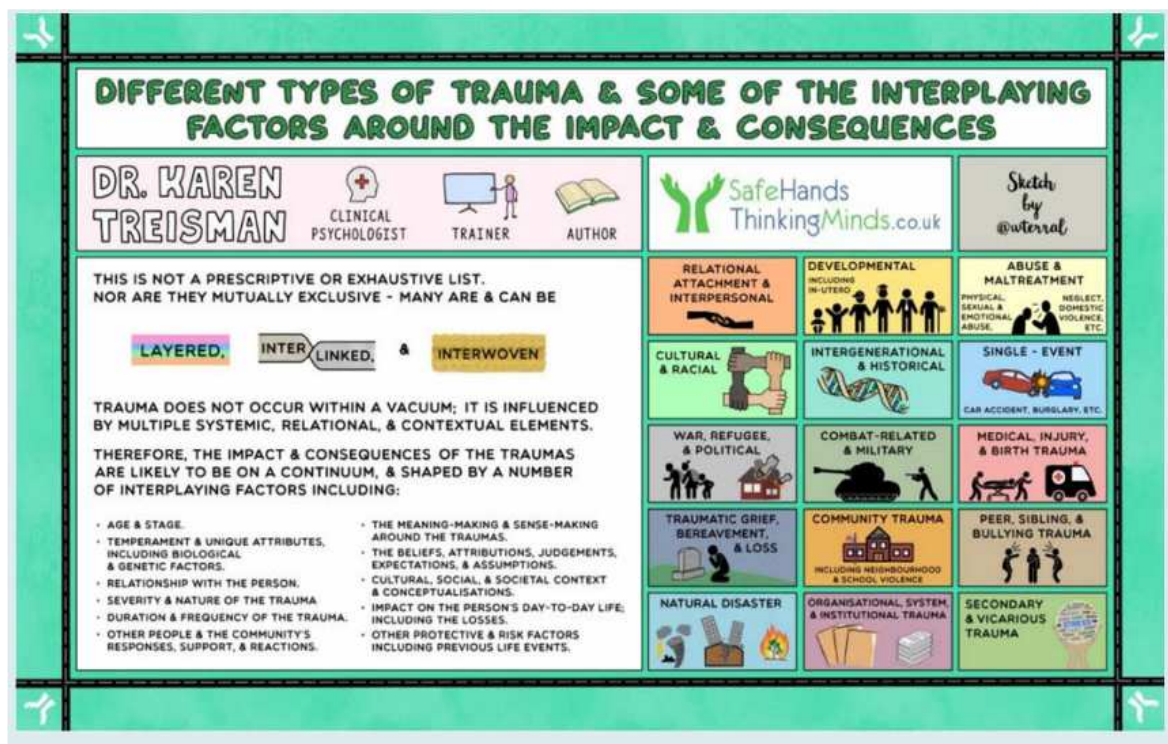


Рис. 2. Приклад психоедукаційного матеріалу для співробітників організації, що запроваджує травмоінформований підхід у своїй діяльності (Treisman, 2021)

Дистанційна психоедукація за допомогою соціальних мереж або спеціалізованих веб- і мобільних додатків має низку переваг. Доступ до такої форми психоедукації значно простіший, адже учасники можуть використовувати її з дому, звертатися до неї в будь-який час доби; у користувачів психологічних знань за потреби завжди є можливість повернутися до цифрової інформації, щоб продовжити навчання (MacDonell, & Prinz, 2017). Крім того, віддалена взаємодія із цифровими інструментами психоедукації значно знижує стигматизацію тих, хто має труднощі у сфері психічного здоров'я, даючи змогу анонімно брати участь у відповідних програмах. Серед обмежень чи умов ефективності дистанційної психоедукації слід зазначити необхідність доступу до інтернету і цифрового пристрою, зокрема комп'ютера чи смартфона; нижчий рівень фахової підтримки порівняно з особистими інтервенціями; питання безпеки персональної інформації, що поширюється онлайн (MacDonell, & Prinz, 2017). Звісно, не можна ігнорувати занепокоєння щодо достовірності та коректності інформації про психічне здоров'я, що поширюється за допомогою соціальних мереж, і щодо потенційних ризиків

передавання чутливої інформації про психічне здоров'я без прямого контакту із психологом. Хоча професійні терапевтичні організації у сфері психічного здоров'я та соціально-психологічного добробуту вже висловлювали щодо цього певні застереження, терапевти й далі досить активно використовують TikTok та інші соціальні мережі у своїй психоедукаційній діяльності (Green, 2023). Це створює низку потенційних ризиків, які потребують подальшого осмислення та професійного регулювання.

Основні групи *цифрових інструментів* психоедукації охоплюють платформи соціальних мереж та спеціалізовані веб- і мобільні додатки, зокрема ті, що використовують передові технології, наприклад чат-боти, штучний інтелект, віртуальну реальність тощо. Можна навести безліч успішних прикладів кампаній з підвищення обізнаності про психічне здоров'я та заходів із психоедукації, у яких було використано потенціал платформ соціальних мереж (Kemp, 2020; Leong et al., 2019). Однією із ключових переваг соціальних мереж є їхня ефективність у поширенні інформації, об'єднанні населення в групи підтримки та підвищенні обізнаності про проблеми психічного здоров'я. Цей непрямий підхід показав свою високу результативність у поліпшенні психологічного добробуту людини, особливо в поєднанні із психологічною підтримкою з боку спільноти, до якої вона належить (Ostic et al., 2021). Яскравим прикладом ефективного застосування цифрових інструментів психоедукації українців є чат-бот «Друг» у Telegram-месенджері, створений за підтримки ЮНІСЕФ. Психоедукація спрямована на подолання стресу, пов'язаного з війною, а сам чат-бот розроблено на основі сучасних протоколів і науково верифікованих досліджень. Понад 50 000 користувачів взаємодіяли із цим чат-ботом, що свідчить про його ефективність у масштабних інтервенціях з підтримання психічного здоров'я (Lahutina et al., 2024).

Найпоширенішим класом веб- або мобільних додатків з проблематики психічного здоров'я є ті, які пропонують психоедукаційні матеріали, інтерактивні навчальні модулі та функції взаємодії як для користувачів, так і для терапевтів (Boydell et al., 2014). Серед ефективних вебінструментів з функціоналом психоедукації – застосунки BluePages, MoodHwb або MoodGYM, спрямовані на подолання депресії та психічних розладів (Alvarez-Jimenez et al., 2021); застосунок MindSpot, який пропонує самокеровану і керовану підтримку психічного здоров'я (Titov et al., 2020), а також чат-боти і цифрові інструменти на основі штучного інтелекту, зокрема Youper, що допомагає користувачам розвивати емоційну свідомість і стійкість (Bakker et al., 2016); Tess – цифровий асистент із психічного здоров'я, який надає психоедукацію через текстові повідомлення; TalkLife – інтерактивний додаток, який поєднує чат-орієнтовану психоедукацію з підтримкою людини спільнотою і колекцію освітніх ресурсів за тематикою психічного здоров'я (Gamble, 2020).

Технології віртуальної реальності (VR) є інноваційним інструментом, який успішно використовують для психоедукації у сфері психічного здоров'я. На відміну від інших згаданих цифрових інструментів психоедукації, VR пропонує досвід у заспокійливому і контрольованому віртуальному середовищі

в поєднанні з техніками релаксації, що сприяє поліпшенню результатів лікування станів тривоги і стресу. Цей підхід допомагає користувачам у режимі реального часу завдяки інтерактивним навчальним модулям ефективно усувати тригери стресу. VR також ефективний у лікуванні ПТСР і депресії, адже пропонує безпечне занурення в складні сценарії життєвих ситуацій під керівництвом фахівця (Bell et al, 2022).

Є низка *мобільних застосунків*, які спеціалізуються на психотравматизації. Найпопулярніші серед них – «PTSD Coach», «PFA Mobile», «PTSD Family Coach», «Mindfulness Coach», «Anger & Irritability Management», «Concussion Coach». Ці застосунки розробляли американські фахівці із психічного здоров'я, часто – за підтримки Міністерства у справах ветеранів США. Можна виокремити шість типових едукативних функцій застосунків, прийнятних саме для опрацювання психотравматичного досвіду: інформувальну, діагностичну, моніторингову, супровідну, нагадувальну, комунікативну (Дворник, 2019).

Отже, як показує світовий досвід, засоби психоедукації можуть бути різними. До них належать:

- різні типи психоедукаційного контенту: текстові, аудіо- та відеоматеріали;
- інформаційні ресурси та носії, через які поширюється психоедукаційний контент: паперові та електронні матеріали, зокрема цифрові платформи і застосунки;
- організаційні форми реалізації психоедукації, що відрізняються за тривалістю, регулярністю, способом організації та форматом участі: коротко- і довгострокові, одноразові та регулярні, централізовано організовані або самостійні, індивідуальні й групові, онлайн- та офлайн-заходи, навчальні програми, курси, соціальна реклама.

2. ПСИХОЕДУКАЦІЯ В ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ: МОДЕЛЬ МПК

Соціальні і соціально-психологічні наслідки тривалої війни, які набувають загального характеру, торкаються всіх категорій населення, спричиняючи збільшення негараздів зі здоров'ям та психологічні труднощі. Тому в роботі з населенням в умовах війни та воєнних загроз слід використовувати і локальні, і загальні програми психоедукації.

У світовій практиці психоедукація населення найчастіше організаційно інтегрована в моделі психологічних і соціальних інтервенцій, спрямованих на додання наслідків надзвичайних, кризових або травматичних соціальних ситуацій. Це насамперед широковідома модель згаданого вище Міжвідомчого постійного комітету (МПК) (IASC, 2007; Керівництво МПК..., 2017). Усі кризові служби, психологи та інші фахівці, які надають допомогу постраждалим, керуються саме посібниками та рекомендаціями, створеними на основі цієї моделі (візуалізованої у вигляді піраміди) (рис. 3). На її основі сьогодні розробляють програми та інтервенції, що враховують специфіку країни або регіону, населення яких пережило якусь катастрофу. У всьому світі, коли стаються масштабні надзвичайні ситуації – землетруси, цунамі, пандемії, масштабні повені, пожежі, військові конфлікти і війни або терористичні атаки, психоедукація здійснюється відповідно до цієї моделі. Вона спрямована на одночасне інформування великої кількості людей, тобто на масову комунікацію, через відповідні політики державних і недержавних інституцій. Додавання наслідків таких ситуацій покладається на місцеві і міжнародні організації.



Рис. 3. Піраміда інтервенцій із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації (Керівництво МПК..., 2017)

Програми психоедукації, що розробляються в межах цієї моделі, часто адресовані окремим соціальним категоріям, зокрема тим, що перебувають у складних життєвих обставинах (наприклад, усиновлювачі дітей, важкохворі, біженці тощо). Ці програми зазвичай ставлять за мету підвищити рівень психологічної грамотності населення, заохотити людину піклуватися про власне психічне здоров'я і свій соціально психологічний добробут у повсякденному житті.

Розгляньмо стисло, як здійснюється психоедукація в системі заходів МПК у надзвичайних ситуаціях. В основі піраміди – *перший, первинний, рівень* втручань «Базові послуги і безпека», яким має бути охоплено все постраждале населення. На вершині піраміди – четвертий рівень – спеціалізовані послуги, які надаються лише тим, хто нестерпно страждає або має психічні розлади. Відповідно, психоедукація найбільшою мірою охоплює населення на первинному рівні, а найменшою – на четвертому. Як зазначає керівництво МПК, на першому рівні, що передбачає мобілізацію громади, для розгортання діалогу в постраждалій спільноті здебільшого проводять різні заходи, які базуються на популярних освітніх методиках. Люди мають осмислити психологічний і логічний зв'язок між тим, як громада жила раніше, і тим, де її члени перебувають зараз і чого вони хочуть у майбутньому, а також зрозуміти й означити способи досягнення своєї мети. Ідеться не лише про безпеку людей, а й про їхню згуртованість, об'єднання у велику соціальну групу, яка прагне разом подолати наслідки травматичних подій, відновити умовну лінію неперервності життя (Lahad, 2017; Papadopoulos, 2007).

Досвід війни надзвичайно травматичний. Травма руйнує цілісність людини, розбиває її психіку на окремі клаптики спогадів, на згустки болісних почуттів, розрізнених асоціацій і хаотичних думок. Вона послаблює уяву і волю, робить людину безпорадною і безсилою. Тому важливо все це скласти до купи, пояснити самому собі й іншим, чому колись безпечний, стабільний і передбачуваний світ став небезпечним, чому він повсякчас сповнений загроз життю, які важко передбачити, і подій, настання яких важко навіть уявити. Отже, травма є точкою «розриву» життя людини: в її уявленнях світ розколовся навпіл – до і після травматичної події, і їй здається, що він уже ніколи не буде таким, яким був колись. Тому метою психоедукації, спрямованої на подолання травми війни, має стати, по-перше, відновлення цілісної картини світу, а по-друге, стимулювання вияву індивідуальної і колективної психологічної стійкості (Горностай, 2023; 2024). Як властивість психіки, стійкість за своїми соціально-психологічними механізмами є колективним феноменом; вона найкраще виявляється, коли відбувається мобілізація всіх ресурсів суспільства (держави, громадських організацій, волонтерського руху) шляхом єднання заради досягнення однієї, актуальної для всіх мети.

На другому рівні інтервенцій – «Підтримання громади і сім'ї» – зміст психоедукації полягає в поширенні через офіційні і неофіційні масові освітні заходи, наприклад через жіночі організації та молодіжні клуби, інформації про

дієві методи додання стресу, відновлення соціальних зв'язків, психологічну підтримку дітей, необхідність набуття навичок психологічної самодопомоги і соціальної підтримки іншого (IASC, 2007). Фахівці із психічного здоров'я визнають, що центральними питаннями в управлінні наслідками катастроф є забезпечення та відновлення соціальної підтримки (Kolk van der, 1996). Вони наполягають, що підтримувальне втручання слід упроваджувати в громадах одразу після катастрофи, щоб запобігти розвитку хронічних проблем у тих, хто вижив (Martino, 2002).

Психоедукація і відповідна соціально-психологічна взаємопідтримка в громаді можуть реалізовуватися через заходи, які, здавалося б, не мають жодного стосунку до поширення психологічних знань. Наприклад, українці збираються разом, щоб плести захисні сітки для фронту, а водночас обговорюють повсякденні практики, які підтримують їхнє психічне здоров'я під час війни. Приклади подолання наслідків війни в інших країнах показують, що спільні неформальні форми взаємодії, як-от чаювання, зустрічі за кавою чи арттерапевтичні заняття з народного рукоділля (в'язання, вишивання тощо), дають змогу членам громади, які пережили надзвичайно травматичний досвід (тортури, знущання, згвалтування), безпечно збиратися разом і взаємодіяти (Вознесенська, 2015). Ці практики підтримують психологічне відновлення і водночас зменшують ризик соціальної стигматизації (Керівництво МПК..., 2017; МОМ, 2021). Такі спільні ритуали дозвілля є практиками зцілення не лише для тих, хто відчуває сором через приниження і втрату гідності в ситуаціях війни, а й тих, для кого спогади про травми війни є болісними і гнітючими. Ідеться про спогади (наприклад, «провину свідка» після виживання в ситуації загибелі знайомих і незнайомих людей, втрати рідних і близьких людей), які поки що важко переповідати комусь іншому або з якими незручно, ніяково звертатися по фахову допомогу.

Щоб подолати конкретні наслідки травми війни, громада також може залучати своїх лідерів, сімейні зв'язки і традиції, як, наприклад, це відбувалося в Косові після збройного конфлікту та етнічних чисток (1998–1999), учинених югославською армією на території тепер уже колишнього автономного краю в складі Соціалістичної Федеративної Республіки Югославія (Agani, Landau, & Agani, 2010). Зазвичай жертви стихійних лих, війни та інших масштабних катастроф звертаються по допомогу не до фахівців у галузі психічного здоров'я, а до лідерів громад, яких вони знають і яким довіряють (North, & Hong, 2000). У косівській громаді було відкрито ресурсний центр для інформування та освіти населення, лікування залежностей, кількість яких різко зросла серед населення після війни. Спираючись на авторитет лідерів, організатори психоедукації заохочували сім'ї говорити про своє горе, пов'язане з війною, про втрати на війні і будь-який інший стрес, а не лише про залежність окремого члена сім'ї. Відтак членам таких сімей було запропоновано поділитися з іншими сім'ями своїми історіями та сценаріями стійкості, сімейними посланнями і навичками додання. Це було зроблено для того, щоб

об'єднатися і говорити про досвід війни на рівні всієї громади (Agani, Landau, & Agani, 2010). Так Косово відновлювалося після війни.

Те, що косовари в доланні травматичного досвіду війни спиралися на ресурси громади, зумовлено також тим, що на той момент їхня застаріла система психіатричних служб не завжди могла впоратися зі своїми завданнями. Оскільки після війни у чверті населення Косова старше 15 років проявлялися симптоми ПТСР, а в громаді гостро відчувалася нестача фахівців, для лікування травм війни було залучено психоедукацію в комплексі з іншими соціально-психологічними заходами.

Третій рівень – «цільова неспеціалізована підтримка», яку надають людям, котрі потребують більш цілеспрямованих індивідуальних, сімейних або групових втручань з боку фахівців (IASC, 2007). Зазвичай проводять тренінги для тренерів, про що згадувалося вже вище. Самі тренери, навчені, компетентні і мотивовані, готують когорту працівників (медиків, соціальних працівників, учителів, правників, ветеранів війни, представників громадських організацій та інших фахівців соціальної сфери), які в процесі своєї професійної діяльності надають постраждалим різноманітну допомогу. Учасниками таких тренінгів можуть бути і самі психологи, які потім будуть працювати в організаціях та установах. Зміст тренінгів становлять знання про першу психологічну допомогу або ж її компоненти в структурі першої медичної, соціальної тощо допомоги, а також інформація про повсякденні практики зміцнення психічного здоров'я. Це не лише орієнтаційні семінари, а й семінари, які моделюють ситуації надання психологічної допомоги і формують відповідні навички. Отже, на цьому рівні йдеться про спеціально організоване й чітко структуроване навчання певних груп людей (за фахом це часто вчителі/викладачі), які, маючи власний досвід додання травм війни і надаючи психологічну, медичну, соціальну тощо допомогу, передають психологічні знання іншим.

Четвертий рівень – спеціалізовані послуги – передбачає психологічну або психіатричну підтримку тих, хто особливо сильно страждає. Сьогодні психологи, які фахово надають індивідуальні чи групові послуги в будь-якій парадигмі або в будь-якому напрямі психотерапії, декларують, що психоедукація є невід'ємним складником їхньої роботи. Найбільш виразно компонент психоедукації представлено в когнітивно-поведінковій психотерапії (КПТ) (Martin et al., 2023), яка показала свою ефективність і в подоланні наслідків масової травматизації (Foo, Verdelli, & Tay, 2023). Психоедукація в структурі КПТ, навчання релаксації, дихальні вправи, техніки десенсибілізації, які зазвичай використовують при цьому, є ефективними в лікуванні ПТСР (Çiller, Köskün, & Akça, 2022).

Отже, психоедукація завжди має певну мету (просвітництво для підвищення психологічної грамотності, щоб...), тому вона завжди є наскрізним (cross-cutting) компонентом інтервенцій, спрямованих на психічне здоров'я і соціально-психологічну підтримку.

У наказі МОЗ України «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» (2023) в переліку психосоціальних послуг у сфері

психічного здоров'я для різних категорій населення згадується і психоедукація, яка, серед іншого, передбачає також інформування про симптоми ПТСР, методи самопомоги, важливість соціальної підтримки та розвиток навичок стресостійкості. Вона має сприяти дестигматизації психічних розладів і спрощенню доступу до психосоціальних послуг. Сильним аспектом наказу є те, що він формально визначає психоедукацію як частину комплексної системи психосоціальної підтримки, визнаючи важливість профілактичного та освітнього складників у сфері психічного здоров'я. Проте в документі не деталізовано методологію та форми реалізації психоедукації, унаслідок чого певною мірою обмежується ефективність її практичного застосування. Наприклад, не наведено чітких рекомендацій щодо адаптації матеріалів для різних вікових чи соціальних груп або механізмів оцінювання ефекту психоедукаційних заходів, що може знижувати їхню дієвість і вплив на дестигматизацію.

3. АЛЬТЕРНАТИВНА СТРАТЕГІЯ ДО ПСИХОЕДУКАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ: МОДЕЛЬ «ПЕРЕВЕРНУТОЇ ПІРАМІДИ»

Попри значну популярність програми МПК, у міжнародному досвіді подолання наслідків надзвичайних ситуацій набула поширення інша стратегія, де психоедукації надається набагато більшого значення. Ідеться, зокрема, про так звану «перевернуту піраміду» інтервенцій (Somasundaram, 2007). Якщо в традиційній для таких ситуацій моделі перевагу віддавали поственції, тобто подоланню наслідків травмування, супроводу і підтриманню населення після кризової ситуації (Слюсаревський, 2022b), то в «перевернутій» моделі (рис. 4) заходи спрямовані на превенцію, тобто запобігання негативному впливу травматичних подій, і в цьому кардинальна відмінність цієї моделі від попередньої моделі МПК. Превенція полягає у формуванні готовності населення до надзвичайних ситуацій і розвитку в нього загальної психологічної стійкості. Тобто піраміда «перевернута»: коли сталася якась надзвичайна подія, то не треба гарячково організовувати масштабні заходи з подолання її наслідків, бо попередньо навчене, здатне до самоорганізації населення скористається набутими психологічними знаннями та навичками і зможе в перший час підтримати себе та інших. З держави знімається непомірний тягар вжиття «в пожежному порядку» безлічі заходів, якщо з певними проблемами та в окремих випадках може самотужки впоратися саме населення, і, що важливо, при цьому ефективність подолання наслідків надзвичайної події істотно зростає.

У «перевернутій піраміді» представлено фактично ті самі рівні інтервенцій, що і в програмі МПК (на рівні суспільства, громади, населеного пункту, сім'ї та окремої людини), але з більшим акцентом на самоорганізації, активності і творчому мисленні населення, його масовій психоедукації, а також використанні традиційних практик психологічного зцілення. Останнє є особливо важливим у деяких культурах. Розгляньмо для прикладу Шрі-Ланку, де тривалий час точилася кривава громадянська війна (1983–2009), на тлі якої населенню довелося переживати ще й наслідки масштабного стихійного лиха – цунамі (2004). Чимало людей втратили сімейні зв'язки, а довіра до сусідів, часом і до своїх рідних, була зруйнована політичними діями, що перетворилися на терористів. Селищні громади розпалися, а їхні старійшини вже не мали ресурсів для того, щоб підтримувати людей, як вони це робили в мирні часи. Релігійні установи теж перестали бути для людей осередками культури і віри. У такій ситуації, коли люди, покинуті владою напризволяще, переживали стан розпачу, особливого значення набула психоедукація в поєднанні із взаємопідтримкою, що зміцнювало психологічну готовність населення до екстремальних ситуацій. Люди шукали опору в традиційних дихальних вправах з релаксації, зверталися до йоги тощо. Часом це було чи не

єдиним ресурсом долання травмувального впливу на психіку руйнівних стресорів війни: бомбардувань, обстрілів, насильства, масових смертей і суїцидів, викрадення людей, перебування в неволі, тортур, примусового розлучення дітей з батьками (Somasundaram, 2010).



Рис. 4. «Перевернута піраміда» психосоціальних інтервенцій (Somasundaram, 2007)

Ізраїльська коаліція травми (Israel Trauma Coalition), завданням якої є надання психологічної допомоги населенню під час війни та воєнних загроз, уже давно перейшла від концепції «патологічного підходу», коли всі після травматичної події апріорі вважаються неспроможними, хворими і потребують допомоги, до розвитку стійкості громад і всього суспільства. Як зазначають Талія Леванон, очільниця Ізраїльської коаліції травми, і Давид Гідрон, старший консультант з питань готовності до надзвичайних ситуацій у цій же коаліції, зовсім недостатньо точкових виїзних тренінгів психологів – потрібні психоедукаційні заходи серед усього населення, тобто засвоєння людьми елементарних психологічних знань про кризову допомогу: що робити, коли хтось, а то і я сам, плаче, тужить, тремтить від переляку, завмер або, навпаки, збуджений і не знаходить собі місця (Levanon, & Gidron, 2015).

А крім того, якщо хтось пережив травмувальну подію, постраждав від терористичного акту або ракетної атаки, справді став неспроможним і хворим, то держава Ізраїль уже попіклувалася про те, щоб такий її громадянин завдяки інформаційній політиці уряду був упевнений, що всі його потреби будуть задоволені, що про нього подбають. Тобто він зможе отримати цілий спектр послуг – від суто медичних до індивідуально-психологічних: знайдуться люди, які нагодують домашніх тварин, що залишилися без нагляду; зателефонують рідним на іншому кінці світу; принесуть м'які капці в лікарню; так само допоможуть завідувачці дитячого садочка опрацювати свої страхи і знову стати до своєї роботи – дбати про дітей, коли їхні батьки допомагають іншим членам громади (Levanon, Flamm-Oren, & Kahn-Hoffmann, 2005). Завдяки такій політиці знімається тривожність (а що буде, якщо зі мною або моїми близькими щось станеться?), яка обов'язково виникає, коли людина мешкає на територіях, де є постійні загрози її життю. Людина знає, що не залишиться без гідного піклування – навіть у найтрагічнішій ситуації вона не буде наодинці зі своїми проблемами.

Ізраїльська коаліція травми (ІТС), яка об'єднує близько 40 неурядових організацій, працює не лише в Ізраїлі, а й здійснює міжнародну діяльність, надаючи просвітницьку, методичну, організаційну допомогу командам фахівців у всьому світі в долатті наслідків травм війн, стихійних лих, масштабних катастроф. Коаліція має розгалужену систему навчання і центрів стійкості (Resilience Centers). Підготовку тренерів здійснюють для різних категорій населення і фахівців, серед яких волонтери, лідери громади, кваліфіковані психотерапевти, посадові особи у сфері надзвичайних ситуацій, соціальні працівники та інші спеціалісти психосоціальної сфери, команди організаційної стійкості, персонал HR, працівники служб швидкого реагування, широка громадськість, менеджери і керівники, працівники охорони психічного здоров'я. Навчання відбувається за планами і протоколами стійкості. Ці документи чітко й однозначно визначають основну мету навчання ізраїльтян: для чого саме їм потрібні психологічні знання, навіщо треба розвивати навички психологічної самопомоги і підтримки іншого (Lahad, & Doron, 2010).

У забезпеченні стійкості населення значну роль відіграють «протоколи» (алгоритми дій і правила) у разі надзвичайних подій, зокрема надання першої психологічної допомоги в таких екстремальних ситуаціях, як-от ракетна небезпека, дорожньо-транспортна пригода, технічна аварія, стихійне лихо (Lahad, & Doron, 2010). Ці протоколи застосовують і в мирній ситуації, якщо раптом людина демонструє симптоми стресового розладу або ПТСР. На основі протоколів розроблено аналогічні рекомендації і для тих, хто переживає бойовий стрес (Adler et al., 2020; Svetlitzky et al., 2020). Протоколи як рекомендації Міністерства охорони здоров'я Ізраїлю (Ministry of health Israel, 2016) з надання першої психологічної допомоги в тривожних ситуаціях масово впроваджуються в повсякденне життя людей за допомогою відеороликів. Зазвичай людям демонструють типові ситуації, які потребують втручання і надання першої психологічної допомоги, поширені при цьому помилки та

правильні дії. Відеоряд подій супроводжується роз'ясненням і візуалізацією схеми (по суті, моделі) надання першої психологічної допомоги (рис. 5). Схема дуже проста: вона узагальнює розлогі текстові пояснення щодо надання першої психологічної допомоги, які містять посібники, а тому легко запам'ятовується.



Рис. 5. Перша психологічна допомога: порядок дій того, хто допомагає (Ministry of health Israel, 2016)

Якщо перехожий у мирній ситуації, почувши раптом сирену повітряної тривоги, що є тригером паніки і дистресу, демонструє дезорієнтацію в просторі й часі, а його тіло ніби заціпеніло, або ж якщо людина поводить ся так, неначе вона деінде, ніби над її головою пролетів артилерійський снаряд чи просвистіла ракета, чи сталася ще якась жажлива подія (можливо, це і є «флешбек» травми), то інші перехожі, незнайомі люди або ж рідні, можуть за допомогою коротких запитань відновити зв'язок людини з реальністю.

У відеоролику диктор за кадром, коментуючи ситуацію, підказує: ставте людині прості запитання, які допомагали б їй думати та обирати; заохочуйте її до ефективних дій. Запитання мають бути спрямовані на те, щоб спонукати травмованого осмислити наявну ситуацію, повернути його з минулого в теперішній час. Людину слід запитати, що відбувалося з нею до моменту «поринання» її психіки в стресову ситуацію, як її звать, звідки і куди вона йшла, куди далі хоче прямувати, чи потрібна їй допомога. Травмований потерпає через «провалювання» психіки в інший момент його життя – і це мають знати всі, хто опинився поруч з такою людиною, щоб зрозуміти її стан.

Ще одним наріжним каменем побудови соціальної взаємодії у кризових та екстремальних ситуаціях має бути нормалізація і легалізація всього спектру реакцій на стрес, які виявляє людина в таких ситуаціях. Коли говорити про травматичний досвід війни, то він має бути обов'язково переосмислений, щоб емоції, які переживає людина в потенційно травматичних ситуаціях війни,

виявлялися пізніше в безпечний для неї самої та інших людей спосіб. А якщо такі емоції та поведінкові реакції знаходять якийсь несподіваний вияв у публічному просторі взаємодії, вони мають з розумінням і без осуду сприйматися соціальним оточенням. Така підтримка людини, без нав'язування соціальних ярликів і стереотипів, є визначальним чинником стійкості.

Для населення, що перебуває в умовах війни та воєнних загроз, ці психологічні знання є базовими і дієвими. Як на рівні всього суспільства, так і на рівні конкретної людини в кризовій ситуації має відновлюватися відчуття неперервності життя, його спрямованості на майбутнє.

Отже, згідно з ізраїльською концепцією, ще до настання потенційно травматичних подій на рівні всього суспільства провадиться потужна психоедукаційна кампанія з популяризації психологічних знань серед населення, при цьому наголошується на необхідності щоденно піклуватися про власне психічне здоров'я і соціально-психологічний добробут. Водночас населення всебічно інформують про можливості отримання психологічної допомоги і недопущення стигматизації людей, які пережили травматичні події і змушені звертатися по спеціалізовану допомогу. Такі заходи спрямовані на все населення, а масові інтервенції здійснюються через державну політику, закони, незалежні ЗМІ, встановлення спеціальних правил громадської безпеки, упровадження програм із психічного здоров'я, забезпечення соціальної справедливості в суспільстві. У такий спосіб формується психологічна грамотність населення і культура піклування про власне психічне здоров'я.

Коли ж у країні трапляється якась екстремальна, надзвичайно небезпечна подія, уряд оголошує надзвичайний стан і над подоланням кризи працюють усі: фахівці й попередньо навчені волонтери, урядові міністерства/відомства і місцева влада, громадські організації, наукові і практичні центри. Координація дій відбувається завдяки співпраці Служби тилу, або, якщо перекладати буквально, Фронту тилу (Home Front Command), з іншими організаційними структурами. Головне завдання – в умовах надзвичайного стресу забезпечувати роботу шкіл, магазинів, лікарень та офісів, тобто підтримувати нормальне життя, негайно реагувати на виклики екстремальної ситуації, щоб не переривати лінію життя і вберегти населення від впливу травмувальних чинників. Отож життя не завмирає і вдається уникнути довгих засідань та ухвалення якихось рішень щодо необхідних дій, адже негайно активізуються протоколи надзвичайних ситуацій, розроблені Ізраїльською коаліцією травми. Крім того, і це так само важливо, широкомасштабна роз'яснювальна робота серед населення істотно зменшує обсяги витрат на вартісні заходи з поственції психотравмування окремих людей і соціальних груп (Слюсаревський, 2022b). Роки інвестування Ізраїльською коаліцією травми в налагодження партнерських, заснованих на взаємній довірі та визнанні відносин з багатьма організаціями та установами давали і нині дають дивіденди під час кризових ситуацій і в післякризовий період (Levanon, & Gidron, 2015).

В ізраїльській громаді її формальні і неформальні лідери, духовні особи, рятувальники, волонтери, соціальні працівники, власники крамниць, керівники

дошкільних дитячих закладів стають і справді в разі надзвичайних подій «соціальними солдатами». На основі картографування центрів, установ і груп, які надають психосоціальні послуги, налагоджуються горизонтальні зв'язки, створюється мережа психосоціальної підтримки населення та відбувається обмін ініціативами в мережі. Психоедукація супроводжується заохоченням, допомогою, відновленням рутин життя, традиційних практик і ритуалів. Люди, які мають авторитет у громаді, обходять домівки співгромадян, вислуховують історії людей, розпитують про їхні потреби і намагаються всіляко підтримувати безумовну віру в додання наслідків терору і війни.

4. РЕЗИЛЬЄНТНИЙ І ТРАВМОІНФОРМОВАНИЙ ПІДХОДИ В ПСИХОЕДУКАЦІЇ

Змістовим наповненням психологічної просвіти населення, що переживає травму війни, цілком обґрунтовано мають бути і вже такими є концепції стійкості, або резильєнтності (Bonanno, 2004; Liu, Reed, & Girard, 2017). Під резильєнтністю розуміють людську здатність адаптуватися перед лицем трагедій чи загроз, в умовах постійного стресу, виснаження, травмування.

Ізраїльські центри стійкості. Ситуація, яка спонукала ізраїльське суспільство до запровадження масової психоедукації, схожа на сьогоденну українську. Так, починаючи з 2001 року, протягом багатьох років, прикордонні із Сектором Гази райони Ізраїлю перебували під ракетними ударами і мінометними обстрілами бойовиків, снайперськими і наземними атаками ХАМАСу. Через це серед населення значного поширення набули тривожність, депресія, соматичні захворювання, аж до посттравматичних стресових розладів, помітно збільшилася кількість візитів до лікарів і зросло вживання ліків. Часто сім'ї спали в одних і тих самих безпечних кімнатах, щоб уникнути необхідності бігти в укриття під час сигналу тривоги. Серед підлітків зросли рівень агресії, кількість актів насильства і вандалізму. Відбулося катастрофічне згортання малого і середнього бізнесу. Стало ясно, що фрагментарна допомога фахівців у такій ситуації не матиме успіху. Тому ізраїльський уряд розробив програму, яка поряд з економічною підтримкою населення передбачала і надання йому психосоціальної допомоги. У 2006 році на цих територіях було створено перші п'ять центрів стійкості, щоб надавати людям психосоціальні послуги і забезпечити підготовку професійних кадрів із соціально-психологічної допомоги на місцях.

Наразі в Ізраїлі функціонує 12 центрів стійкості, створених для негайного втручання до, під час і після надзвичайних ситуацій. Їхня діяльність базується на трьох «стовпах»: забезпечення оптимальної готовності до надзвичайних ситуацій, стійкість громади і безперервність терапії в подоланні наслідків травми. Центри стійкості підпорядковуються Національному керівному комітету, який очолює високопосадовець МОЗ. До складу Комітету входять представники інших міністерств та Ізраїльської коаліції травми. Комітет затверджує плани роботи і бюджети центрів стійкості, здійснює нагляд за їх виконанням. Місцеві комітети на своєму рівні повторюють ту ж саму структуру управління Національного комітету. У місцевому комітеті обов'язково представлена Ізраїльська коаліція травми, тобто науково-методичний компонент психоедукації та надання психосоціальної допомоги населенню. Однією з найважливіших функцій центрів стійкості є підтримання зв'язку психосоціальних експертів із силами безпеки країни.

Яку роботу виконують центри стійкості на місцях у громадах? Це безпосередній догляд за потерпілими і травматологічне втручання; написання оперативних посібників та розроблення програм тренувань і навчань, формування готовності до надзвичайних ситуацій і довгострокової стійкості; взаємодія із сектором охорони здоров'я; розбудова волонтерських сил, навчених надавати першу психологічну допомогу і психосоціальну підтримку в кризові періоди. До роботи в центрах залучені психотерапевти, групові тренери, консультанти та інші фахівці, які працюють над унікальними потребами і планами роботи кожного центру. Населення збирається в групи, відвідує семінари, присвячені природі стресу, механізмам і перебігу стресових реакцій у часі; за допомогою ігрових ситуацій учасники вправляються в розвитку ресурсів стресостійкості. Центри діють як партнери ключових урядових міністерств і місцевої влади, співпрацюючи з науковцями та фахівцями-практиками.

Безпосередня травматологічна допомога центрів стійкості зосереджена на короткостроковому психологічному лікуванні окремих осіб і сімей, які відчують стрес через мінометні обстріли, ракетні атаки, напади терористів. Більшість членів громади вже психоедуковані й навчені, а тому можуть грамотно, без травматизації, підтримати іншого. Або, скажімо, виконати вправи для досягнення психологічної рівноваги, наприклад «Чотири стихії» Ілана Шапіро, ізраїльського фахівця з EMDR-терапії (Shapiro, 2007). Він також пропонує носити браслет на зап'ястку руки або наліпку на сумці, годиннику чи телефоні як нагадування про необхідність регулярного виконання коротких психологічних вправ. Або ж щоб у разі відчуття стресу людина могла швидко згадати про цей ресурс стійкості і виконати вправи для саморегуляції емоційного стану. Волонтери активно застосовують ці вправи в роботі з населенням Ізраїлю під час ракетних атак і воєнних дій. Вправи «Чотири стихії» настільки популярні у світі, що часто на інформаційних ресурсах і під час проведення практичних заходів навіть не згадують ім'я їхнього автора, а просто зазначають: це «ізраїльський протокол».

Волонтери в громаді працюють за кількома напрямками: надають першу психологічну допомогу жертвам емоційного стресу, консультують на «гарячих лініях» і здійснюють візити додому. Особливу увагу приділяють завжди батькам, бо, як свідчить досвід, більшість дзвінків на гарячі лінії психологічної допомоги стосується того, як заспокоїти дітей. Часом волонтерами працюють і самі батьки. Наприклад, мати чотирьох дітей розмовляє з батьками; пояснює їм, як за допомогою психологічних технік, так би мовити, «перегрупуватися», «перезавантажитися», визначити свої потреби і зосередитися, а також використовує дихальні техніки в роботі з дітьми, щоб допомогти їм відновити контроль над своїм тілом і розумом (Levanon, & Gidron, 2015). Під час кризової ситуації команди центрів також дбають про ефективну комунікацію в суспільстві, створюють для населення повідомлення про стійкість.

Після травматичної події центри працюють над відновленням відчуття нормального життя, продукуючи широку терапевтичну відповідь, надаючи

особисту та організаційну підтримку командам, які працювали і далі працюють в епіцентрі події. Зауважимо, що психічне виснаження і вікарна травма «накривають» насамперед тих фахівців, які допомагають іншим під час війни, масштабних катастроф і стихійних лих, а також тих, хто працює із жертвами і втратами (ІОМ, 2015).

Психоедукація і навчання населення, картографування всіх організаційних і матеріальних ресурсів громади (освіти, медицини, соціальних служб, надзвичайних сил, громадських організацій) – основні завдання підготовки центрів стійкості вже до наступної надзвичайної ситуації. Картографування, наприклад, допомагає виявити прогалини в забезпеченні стійкості громади, тож центри ініціюють нові заходи для її посилення. Отже, центри стійкості допомагають підготувати громади до періодів значного стресу і ризиків, а в періоди відносного спокою нарощують свій потенціал стійкості.

Ізраїльські фахівці і волонтери працюють, керуючись моделлю долаття стресу та посилення резильєнтності (The Integrative Model of Coping and Resiliency), розробленою засновником і президентом Громадського центру профілактики стресу (Community Stress Prevention Center) М. Лахадом (Lahad, 2017). Центр є неурядовою організацією і функціонує вже майже 45 років (з 1981 року). По суті, напрацювання Центру є науковою відповіддю на виклики повсякденного життя ізраїльтян в умовах війни і безперервних воєнних загроз. Модель пояснює, яку саме внутрішню роботу має виконувати кожен громадянин країни, щоб нарощувати свою стійкість. Наголошується на підвищенні психологічної компетентності населення, а не на послабленні або униканні стресових чинників. «За нинішньої безпекової ситуації в Ізраїлі, де ризики і стресові фактори значною мірою неконтрольовані, ця модель видається особливо доречною» (Baum, 2005, р. 492). Тобто, інакше кажучи: скільки б ворог не випускав ракет на голови населення, скільки б не лякав його терором, воно переконане, що впорається зі стресом і залишиться непохитним.

Ця популярна у світовій практиці модель стійкості, більш відома під назвою Basic-Ph (Lahad, 2017), до особистих ресурсів подолання стресу відносить переконання людини (Belief), її почуття (Affect), належність до соціальної групи (Society), творчість та уяву (Imagination), пізнавальні (Cognition) і психофізіологічні (Physiology) процеси. Простота процедур визначення індивідуальних ресурсів людини поєднується із залученням інших ресурсів, а саме: групових можливостей, навичок та компетентностей інших людей, опори на цінності групи. На заняттях з населенням, які проводять працівники і волонтери центрів стійкості, зазвичай використовують опитування, щоб учасники могли визначити свої ресурси; їм пропонують також різноманітні вправи на укріплення наявних ресурсів і набуття нових. Стисло сформулювати основний меседж моделі можна так: «Шановні громадяни, щоб бути стійкими і готовими до надзвичайних ситуацій, щоб вистояти у війні, у боротьбі з тероризмом і воєнними загрозами, будь ласка, пізнавайте свої ресурси і практикуйте психологічні вправи (духовні, дихальні, творчі,

розвивальні), техніки емоційної саморегуляції, а також підтримуйте зв'язок з рідними, друзями, сусідами, допомагайте іншим».

Травмоінформований підхід: досвід США. Іншим підходом, який покладено в основу психоедукації населення країни, що не так уже й рідко переживає терористичні загрози та атаки, є травмоінформований, або травмочутливий, підхід. Ідеться про США, де цей підхід застосовують у всіх соціальних структурах, які об'єднують людей, – у громадах, навчальних закладах, організаціях, державних і приватних установах, соціальних службах, масмедіа, публічному просторі тощо. Травмоінформований підхід став також відповіддю психологів на суспільний запит громадян США, серед яких чимало військових, які брали і беруть участь у припиненні воєнних конфліктів у різних куточках світу. На відміну від ізраїльського концепту резильєнтності, травмочутливість більшою мірою наголошує на етичних аспектах комунікації та взаємодії з людьми, які пережили травматичні події. Якщо «ізраїльський підхід» акцентує увагу на кризових ситуаціях і формуванні готовності до екстремальних ситуацій, то «американський» – здебільшого на практиках повсякденного життя, що й не дивно, зважаючи на різну ситуацію в цих країнах.

Травмоінформований підхід став результатом узагальнення напрацювань з проблематики психічної травми, які почали з'являтися ще наприкінці 1990-х років завдяки зусиллям американських психологів і соціальних працівників (Becker-Blease, 2017). Травмочутливість у взаємодії стосується всіх видів травм, яких коли-небудь зазнавала у своєму житті людина. Найбільш компактно і цілісно цю концепцію разом із керівництвом з реалізації травмоінформованого підходу (SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach) оприлюднила 2014 року одна з агенцій Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (<https://www.samhsa.gov>), а саме Управління служб, які опікуються проблемами психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами (Substance Abuse..., 2015). Діяльність цієї агенції регулюється низкою федеральних законів США. Керівництво виокремлює три складники процесу травмування, які, власне, становлять його соціально-психологічний механізм (три «Е» англійською): подія (event), досвід події (experience) і її наслідки, або ефекти (effects). Наголошується, що будь-яка подія (стресова, кризова, критична, напружена тощо) є лише подією в житті людини і що ця подія необов'язково призводить до травмування її психіки. Кожна людина набуває свій досвід переживання події і по-різному оцінює її складність, а наслідки набуття цього досвіду теж завжди різні. Треба вміти вирізняти ознаки психологічної травми і відповідним чином комунікувати з людиною, яка виявляє такі ознаки.

В основу травмоінформованого підходу покладено чотири припущення (так звані чотири «R» англійською) про те, що програма (організація або соціальна система):

- усвідомлює сутність травми, її вплив на психіку і розуміє потенційні способи відновлення людини (realize);
- розпізнає знаки і симптоми травми у клієнтів, родини, персоналу та інших залучених до системи осіб (recognize);
- несе відповідальність за повну інтеграцію знань про травму у свою політику і процедури взаємодії (respond);
- практикує травмоінформований підхід і прагне активно протистояти повторній травматизації (resist re-traumatization).

Іноді сутність травмоінформованих практик відображають у вигляді п'яти «R», бо все обертається навколо стосунків (relationships) людей (рис. 6). Щоб споживачі психологічних знань, які не є фахівцями в галузі психології, краще запам'ятали матеріал, широко застосовують мнемотехніки.

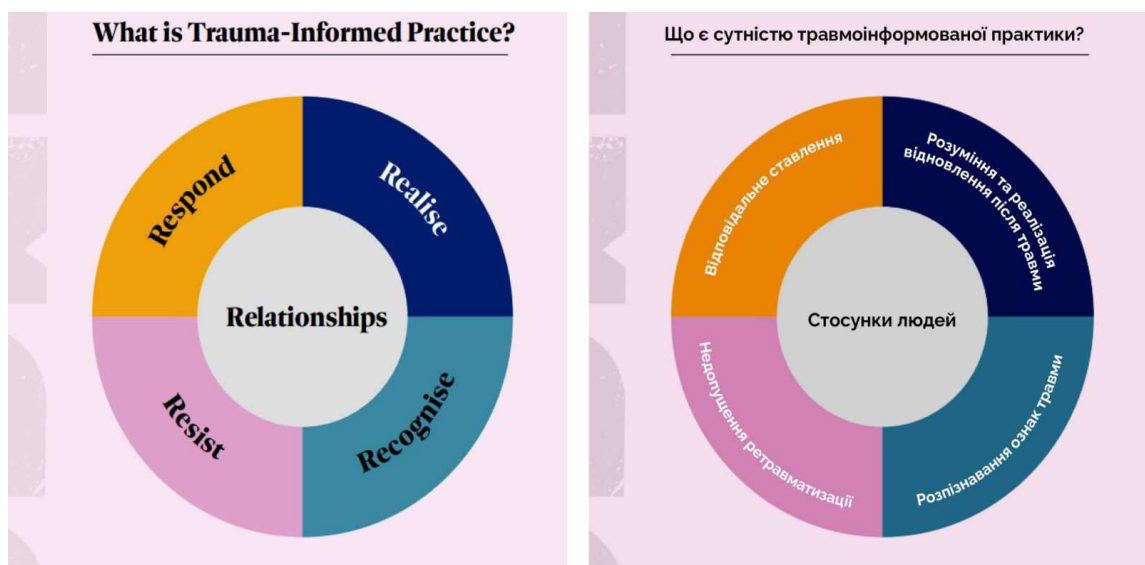


Рис. 6. Сутність травмоінформованих практик (Healthier Together, 2024)

Є шість ключових принципів застосування травмоінформованого підходу на рівні організації/установи/громади, за дотримання яких має відповідати їхнє керівництво:

- відчуття учасниками взаємодії власної безпеки;
- надійність і прозорість дій та процедур, вияв довіри у взаємодії;
- взаємна психологічна підтримка;
- співпраця і взаємність у взаємодії;
- розширення можливостей людини, наявність права голосу і вибору в ухваленні рішень;
- врахування історико-культурних і гендерних питань під час взаємодії.

Отже, усі працівники організацій, установ, соціальних служб мають бути психоедуковані, ознайомлені з правилами й положеннями травмоінформованого підходу і неухильно їх дотримуватися.

Травмоінформований підхід виник як реакція на необхідність реінтегрувати окремі соціальні групи з важким травматичним досвідом у мирне і благополучне в цілому суспільство. Комбатанти, які брали участь у військових або миротворчих операціях за межами США; жертви стихійних лих, сімейного насильства, терористичних атак; вимушені мігранти; представники ЛГБТ-спільноти – ці і деякі інші категорії населення часто стикалися з дискримінацією і стигматизацією саме через свою травмованість. Загальнонаціональне опитування, проведене в США у 2012–2013 роках на репрезентативній вибірці в 36 тисяч дорослих осіб, показало, що поширеність ПТСР протягом життя становить 6,1% (Goldstein et al., 2016). Серед жінок частота вияву ПТСР майже вдвічі вища, ніж серед чоловіків. Інше джерело засвідчило 6-8% поширеності ПТСР серед населення (Mota et al., 2019). Від 4 до 17% чинних військовослужбовців мають ознаки ПТСР; звісно, піхота – більшою мірою порівняно із загальною вибіркою військ після їх розгортання на полі бойових дій (Richardson, Frueh, & Acierno, 2010). Одне з регіональних досліджень у США показує набагато більшу поширеність ПТСР (25,6%) серед тих ветеранів, які служили в Іраку, Афганістані чи в обох країнах, порівняно з ветеранами інших війн. Сплески ПТСР серед населення відповідають періодам розгортання військ США у зонах воєнних конфліктів (VA/DoD Clinical Practice Guideline, 2023).

Необхідність упровадження травмоінформованого підходу, зокрема спеціальних програм у школах, стала особливо очевидною для американського суспільства після теракту 11 вересня 2001 року. Американські психологи фіксували серед тих, хто пережив теракт, страх «збожеволіти» або ж переконаність у тому, що вони вже «збожеволіли». Водночас дослідники зазначають, що в західній культурі психічні захворювання, навіть менш важкі їх форми, зокрема депресія, значною мірою стигматизуються. Тому психоедукація в цій ситуації допомагала розвіяти міф про божевільня і давала змогу тим, хто вижив, прийняти свій досвід як природну реакцію на катастрофу (Hensley, 2002; Rauch, Hembree, & Foa, 2001).

Схожі результати дало й інше дослідження. Так, наслідком шеститижневого психоедукаційного втручання в психічне здоров'я травмованих осіб стало те, що учасники відчули полегшення, коли усвідомили, що вони не «божевільні» і їхні реакції є цілком нормальними (Fournier, 2002). Багато досліджень, що базуються на матеріалах теракту 11 вересня, аргументують застосування саме психоедукації в системі психосоціальної підтримки постраждалих, оскільки більшість постраждалих від катастрофи потребували не офіційних послуг щодо психічного здоров'я, а лише вчасної соціально-психологічної підтримки (Underwood, & Kalafat, 2003). Ще один факт: інтерес до першої психологічної допомоги, потреба в ній і її застосування

відродилися і посилилися після терористичних актів 11 вересня 2001 року (Everly, & Lating, 2021).

На відміну від резильєнтного підходу, який допускає, що все населення країни перебуває постійно в стресових ситуаціях і потенційно може бути травмованим, травмоінформований підхід відображає соціальну ситуацію, коли лише певна частина населення через різні причини має ознаки психічного травмування, а інша – здорова і здатна підтримувати інших на шляху до зцілення від травм. Цей підхід зосереджує увагу на ознаках травми і вимагає водночас якомога менше нагадувати про неї під час спілкування, не збурювати спогади та емоції, пов'язані з травмою, не інтроектувати травмованим провину за свою поведінку, не принижувати і не стигматизувати їх. Знати про травмованість психіки людини і виважено вибудовувати комунікацію з нею, якщо вона захоче розповісти про травму або ж, навпаки, не бажає говорити про неї й уникає спеціалізованої допомоги від фахівця, поводитьсь й далі занадто емоційно, дратівливо і неадаптивно, – доволі складне завдання.

Що ж до України, де війна триває вже не один рік, то такий підхід має поєднуватися із психологічною підтримкою та емоційним розвантаженням фахівців допомагальних професій і волонтерів – людей, які підтримують інших (Плетка, 2024). І тут особливу роль мають відігравати психологічні консультації, мережі самодопомоги, балінтовські групи і, нарешті, масова психоедукація про повсякденні практики відновлення психологічної рівноваги.

5. ПСИХОЛОГІЧНА КУЛЬТУРА НАСЕЛЕННЯ ЯК ЗАПОБІЖНИК ЙОГО ТРАВМАТИЗАЦІЇ

Потреба в психологічній просвіті населення має універсальний характер і не актуалізується виключно у зв'язку з ризиками війни, а неминуче торкається психологічної культури населення – комплексу уявлень та практик, які визначають готовність ефективно вирішувати широке коло повсякденних завдань і формують основу здатності усвідомлено реагувати на стресові і кризові ситуації (Слюсаревський, 2022а; Слюсаревський, Чуніхіна, & Черниш, 2024).

У цьому контексті показовим є те, як питання психологічної культури інституціоналізується в практиках психологічної просвіти в різних країнах, насамперед у Європі і США. Населення опановує психологічну культуру ще з дитячих років, зокрема і завдяки різноманітним заходам психологічного спрямування. У школах психологічна просвіта починається з молодших класів, де малюків ознайомлюють з найпростішими дихальними вправами, способами самозаспокоєння і контролю над гнівом. Потім вона триває в середній і старшій школі, де підлітки удосконалюють навички емоційної саморегуляції, асертивності, концентрації уваги, розвивають свої соціально-комунікативні вміння. З огляду на це психоедукації потребують усі, хто працює з дітьми, зокрема освітяни – працівники дошкільних закладів, учителі, соціальні працівники.

Загалом психоедукація, як важливий елемент захисту психічного здоров'я населення, має цільовий, адресний характер і спрямовується насамперед на найбільш вразливі і «ключові» групи населення. «Ключовими» є ті, навчання яких психологічних знань дає ефект підвищення рівня психологічної культури в суспільстві. До них належать батьки та опікуни неповнолітніх дітей, родини, які турбуються про людей з особливими потребами або ж важким життєвим досвідом, і, знову ж таки, учителі, викладачі та соціальні працівники. Ці категорії насамперед підлягають психоедукації, оскільки надалі вони можуть стикатися з проблемою вигорання.

Психоедукація спрямована і на тих людей, які мають труднощі зі здоров'ям. Так, французькі психологи стурбовані тим, чому студенти, які загалом є доволі психологічно освіченими ще зі шкільної парти, не звертаються по психологічну допомогу, коли це їм особливо потрібно, – у стані дистресу чи депресії, суїцидальних думок. Тож фахівці намагаються привернути увагу до необхідності більш широкого охоплення населення сучасними психоедукаційними програмами (Veron, Sauvade, & Le Barbenchon, 2022). Португальські психологи, наприклад, порушують питання про роль психоедукації в психіатричній реабілітації людей та її поєднання з їх соціально-психологічною підтримкою – пошуком житла і працевлаштуванням (Teixeira

et al., 2015). Психоедукація щодо протидії стресу, саможигматизації та вигорянню пропонується також професійним спільнотам, які переживають стрес через виконання соціально значущих функцій: пожежникам, працівникам служб негайного реагування, медикам, поліціантам, військовим. Так, у США шкільні ресурсні офіцери та фахівці із шкільної безпеки під час тренінгів з професійного розвитку здобувають психологічні знання на засадах травмоінформованого підходу (Forber-Pratt et al., 2021).

У системі шкільної та вищої освіти США програми вивчення психології передбачені здебільшого як факультативні курси (якщо це, звісно, не фахова психологічна освіта); багато уваги приділяється професійній ідентичності викладачів психології (Halpern, 2010; Weaver, 2005). Про активність педагогічних психологів свідчить постійне зростання кількості учнів і студентів, які бажають «прокачати» свої психологічні навички. Так, незважаючи на те, що психологія в школі є курсом за вибором, постійно зростає кількість учнів, які його обирають. Якщо в 1975 році заняття із психології в середній школі щорічно проходили понад 500 000 старшокласників, то вже через 20 років їх кількість зросла до 700 000-900 000 осіб (Weaver, 2005). За даними Американської психологічної асоціації, у 2009 році вже мільйон учнів (30% випускників) середньої школи отримали кредити із психології (Clay, 2017). Варто зазначити, що психологія в середніх і вищих школах США протягом останнього століття була представлена найрізноманітнішими напрямками, зокрема як ментальна і моральна філософія, психогігієна, особистісна адаптація, розвиток дитини, людські стосунки і, власне, психологія (Benjamin, & Ludy, 2001; Berliner, 1993).

У 70-х роках ХХ століття на чільне місце у викладанні психології в старшій школі США вийшла проблема самопізнання і розуміння власних мотивів. Учителі впевнено давали уроки «пристосування до життя», а їхньою метою було допомогти учням зрозуміти себе та свої особисті проблеми; розвинути розуміння соціуму, підвищити здатність жити в гармонії з іншими, навчити елементарних принципів психології. Наприкінці ХХ століття в США, як і в багатьох країнах Європи, почали активно розвиватися нові освітні курси і психологічні програми, об'єднані ідеєю особистісного зростання, зокрема розвитку соціальних і особистісних навичок (Rodolfa, 2006; Prandini, & McCarthy, 2006). У цей період у системі середньої освіти США популярності набули курси психології підвищеного рівня, зокрема Advanced Placement Psychology, що є частиною програми Advanced Placement. Ця програма дає змогу учням старших класів проходити курси на рівні коледжу і складати стандартизований іспит, результати якого можуть зараховуватися університетами як академічний кредит. Отже, у старшій школі учні можуть вивчати психологію як у форматі звичайного курсу, так і на більш поглибленому рівні, що відповідає вимогам коледжу. Уперше іспит із психології Advanced Placement для старшокласників США було проведено 1992 року. Якщо тоді його складали приблизно 4000 учнів, то вже у 2018 році кількість учасників перевищила 313 000 (American Psychological..., n. d. b).

У 1999 році Американська психологічна асоціація затвердила Національні стандарти викладання психології в середній школі, а укріпленню професійної ідентичності вчителів психології сприяли різноманітні курси, спілки, об'єднання, посібники, літні школи, стажування. Як свідчить статистика, надалі психологія набуває особливої популярності в коледжах. Станом на 2016 рік курс «Вступ до психології» відвідувало вже від 1,2 до 1,6 мільйона американських студентів (Gurung et al., 2016). У вищій школі США психологія є четвертою за популярністю – після бізнесу, медицини, соціальних наук та історії – освітньою спеціальністю (Clay, 2017). У 2017 році близько 3,5 мільйона осіб у США мали ступінь бакалавра психології, близько 14% з них – ступінь магістра, серед них 4% – доктора психології (Conroy et al., 2019). З 2021 року кількість дипломів із психології на всіх рівнях підготовки фахівців (бакалаврат, магістратура, ступінь доктора) постійно зростала (Stamm, Assefa, & Page, 2023).

Бюро статистики США стверджує, що психологам ніколи не загрожуватиме безробіття: рівень їхньої робочої зайнятості неухильно підвищується, а попит на клінічних і шкільних психологів, а також психологів-консультантів випереджає кадрові пропозиції на ринку праці (Clay, 2017). Промислові та організаційні психологи теж завжди затребувані: «Сонце ніколи не заходить там, де вивчають і викладають психологію» (Ewing et al., 2010). Загалом робоча зайнятість американських психологів зростає набагато швидше, ніж середня по країні.

Що сприяє такій популярності психології? Психологія як спеціальність бакалаврату готує студентів до успіху в багатьох сферах, і необов'язково в самій психології – вона допомагає людині будувати кар'єру. Так, 30% випускників бакалаврату із психології надалі здобувають науковий ступінь, не пов'язаний із психологією. Експерти стверджують, що така освіта сьогодні досить прибуткова в американському суспільстві, яке стає все більш і більш відкритим до психології (Clay, 2017). Мабуть, це пояснюється тим, що оскільки поведінкові чинники спричиняють понад половину всіх захворювань людини, то психологічні знання тут можуть їй істотно допомогти. Психологічна наука пропонує втручання, які поліпшують життя людей в різноманітних сферах – чи то підвищення успішності навчання, чи запобігання відволіканню за кермом, чи оптимізація робочого життя, чи виробництво продуктів і послуг, більш зручних для користувачів. Отож потужна система психологічної освіти формує наступне покоління психологів, які продовжуватимуть цю роботу, і населення сприймає це з розумінням (American Psychological..., 2023).

Зростанню американської психології як науки і її впливу на психологічну культуру населення сприяли і професійні об'єднання психологів, які на різних етапах свого розвитку функціонували і як конкуренти, і як єдине ціле. Американська психологічна асоціація (American Psychological..., n. d. a), заснована 1892 року, налічувала на той час у своєму складі 31 особу. Наразі вона об'єднує понад 121 тисячу дослідників і 54 відділення в різних підгалузях психології. Розквіт американської психології припав на період після Другої

світової війни, коли багато військовослужбовців поверталися додому з фронту і на власному досвіді відчували потребу в поліпшенні психологічних послуг у повоєнний період. Цьому сприяло також спеціальне законодавство, яке підтримувало ветеранів війни і надавало їм можливість безоплатного навчання за будь-якою спеціальністю, зокрема і психологією, а також створення Національного інституту психічного здоров'я та відповідне фінансування психології – як науки, так і практики. Білль G. I. (G. I. – сленговий термін, яким позначають американського військовослужбовця; звідси і назва закону – G. I. Bill, а більш розширена назва – Servicemen's Readjustment Act of 1944) передбачав фінансування передових освітніх можливостей для ветеранів війни, надання їм грантів на дослідження, що забезпечило широке представництво в психології чоловіків зі спільним військовим досвідом, який їх, власне, щільно об'єднував. А це, безперечно, впливало на вибір тем, які були центральними в цій галузі, наприклад: конформізм, соціальне порівняння, групова продуктивність, зміна атитюдів тощо (Ross, Lepper, & Ward, 2010). Уперше психологія стала галуззю – як у науці, так і в практиці, – яка щедро фінансувалася для навчання та досліджень. Це був «золотий вік» психології (American Psychological..., n. d. a).

Отже, на прикладі США бачимо, як ситуація війни акцентувала увагу суспільства на значущості психологічних знань у житті людини, а державна підтримка психологічних досліджень та освітніх програм у сфері психології сприяла зміцненню психологічної культури населення. Наявність такої культури є запобіжником масового травмування населення під час надзвичайних ситуацій, катастроф, стихійних катаклізмів, терористичних атак і війн, запорукою успішного долаття наслідків таких подій і підтримання психічного здоров'я людини. Знання є підґрунтям усвідомленої самоєфективності людини, а сама людина – провідним чинником свого посттравматичного відновлення (Benight, & Bandura, 2004).

6. РОЗВИТОК ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ ЗАСОБАМИ ШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

В умовах війни і воєнних загроз учителі шкіл зазвичай першими на системних засадах опановують основи психологічної грамотності у сфері психічного здоров'я. Так, у 2000 році в Ізраїлі започатковано Національний проєкт шкільного втручання, одним із завдань якого стало озброєння вчителів знаннями та розвиток у них навичок у сферах стійкості, протидії стресу і запобігання травмуванню. Згідно з Проєктом, учителі мали розвинути в собі впевненість, необхідну для взаємодії з дітьми в класі щодо таких складних питань, як-от страх, втрата, робота з травмою (Baum, 2005). Хоча на момент започаткування цього проєкту все населення Ізраїлю потерпало через надзвичайно високий рівень стресу, зумовлений великою кількістю терактів, як центр уваги програми з розбудови стійкості було вирішено обрати саме вчителів. Чому? По-перше, формування стійкості відбувається в дитинстві; оскільки саме діти найбільше страждають від стресу і схильні до травмування, важливо не лише захистити вразливу психіку дітей, а й надати їм безпосередню і постійну підтримку. Це слід робити на системних засадах, і, отже, надалі виросте покоління, стійке до негативного впливу травмувальних подій. По-друге, саме вчителі і вихователі, як правило, є найбільш досвідченими й підготовленими фахівцями, що володіють практичними знаннями про розвиток дитини і добре відточеними інтерактивними груповими навичками, а резильєнтність формується насамперед завдяки підтримці іншого в найближчому соціальному середовищі.

Побіжно зауважимо, що національні системи інших країн також вважають школи найбільш зручним місцем для розв'язання проблем психічного здоров'я всього суспільства, насамперед через програми втручання, призначені для молоді (Hetrick et al., 2016). Свого часу в австралійських школах було запроваджено експериментальні програми, щоб навчити дітей регулювати свої емоції; сприяти розвитку в них уважності, толерантності до дистресу, а також забезпечити гармонізацію міжособових стосунків (Burckhardt et al., 2017; Calear et al., 2009). Учні (12-17 років) здобували психологічні знання від фахівців з діалектичної поведінкової терапії, яких залучили до викладання в школі. В основу навчання було покладено припущення, що більшість проблем психічного здоров'я виникає через погане регулювання емоцій (MacKlem, 2008).

Звісно, у школах, що мають програми із психічного здоров'я, психологічні інтервенції спрямовані і на окремих осіб з проблемною поведінкою, але основну увагу приділяють зазвичай «універсальній профілактиці», яка гарантує, що всі молоді люди здобудуть психологічні знання незалежно від симптоматики їхніх ментальних труднощів. Крім того, учителі в процесі викладання психології в школі намагаються уникати будь-

яких втручань і зауважень, що могли б стигматизувати молодь, яка отримує індивідуальну психологічну допомогу (Burckhardt et al., 2017; McGovern et al., 2024). Для підтримання психічного здоров'я у швидкоплинному, заплутаному, часто галасливому і складному світі однолітків, а тим більше в шкільному просторі, дітям і молоді потрібні як емоційні, так і соціальні навички (MacKlem, 2008). Діти мають навчитися ідентифікувати й означувати емоції та почуття, а також побачити, як ці думки і почуття пов'язані з відчуттями в їхніх тілах. Простий спосіб оприявити процес регулювання емоцій – це подумати про емоцію як про дію, яку людина може контролювати: перше – які емоції я відчуваю; друге – як і коли відчуваю; і третє – як виражаються емоції або як їх можуть спостерігати інші. Одна з ізраїльських шкільних програм психоедукації охоплювала також батьків учнів; вона поєднувалася з елементами когнітивно-поведінкової терапії, роботою з втратами, тілесними вправами на релаксацію (Wolmer, Laor, & Yazgan, 2003).

Цікавим видається, наприклад, досвід психоедукації вчителів і його вплив на школярів підліткового віку в місті Сдерот, що на півдні Ізраїлю (Berger, Gelkopf, & Heineberg, 2012). Там в освітній процес шкіл було впроваджено навчальну програму під назвою «EES – Extended ERASE-Stress». Учителі пройшли навчальний курс з опанування психологічних знань, що складався з восьми тригодинних навчальних сесій. На цих сесіях проводили, зокрема, симуляцію занять у шкільному класі. Водночас учителі отримували повноцінні, багатогодинні супервізії від тренерів програми. Далі вчителі впроваджували програму вже у своїх шкільних класах. Заняття відбувалися в рамках щотижневих уроків із суспільствознавства, які традиційно проводили класні керівники. Це були 16 щотижневих 90-хвилинних занять за темами: ідентифікація особистих ресурсів, навчання медитації, життєві навички, що зміцнюють стійкість (моторна, сенсорна, система переконань, афективна, соціальна, образна і когнітивна сфери); усвідомлення свого тіла і переживань; знання своїх почуттів; контролювання емоцій за допомогою розуму; визнання своїх страхів та їх долання; робота з гнівом і люттю; подолання горя і втрати; надання й отримання підтримки; побудова «соціального щита»; підвищення самооцінки; перетворення кризи на можливість. На початку проєкту для батьків було організовано тригодинну психоосвітню сесію, присвячену опису програми, що мало б заохотити їх до співпраці зі своїми дітьми під час виконання деяких домашніх завдань.

У школі впровадження програми здійснювалося за всіма правилами наукового дослідження: експериментальний і контрольний класи, куди дітей зараховували у випадковому порядку; анкетування дітей до і після засвоєння програми; експертний моніторинг ефективності викладання вчителями курсу; застосування критеріїв математичної статистики для визначення впливу психологічних інтервенцій на психічне здоров'я підлітків. Результати втручання оцінювали за такими показниками: тяжкість ПТСР, функціональні проблеми (харчування, сон тощо), соматичні скарги, тривожність через розлуку з близькими і рідними, загальна тривожність. Тестування засвідчило

статистично значуще зниження всіх показників травмування учнів, що брали участь у психоедукаційній програмі, порівняно з контрольною групою.

Ту ж саму ізраїльську програму, але вже адаптовану під інше соціально-культурне середовище, було використано на Шрі-Ланці в одній із шкіл, діти якої навчалися в умовах громадянської війни і водночас постраждали від цунамі 2004 року (Berger, & Gelkopf, 2009). Прикладом того, як програму можна адаптувати під культуральний контекст громади, стало використання замість конфронтаційних технік КПТ («перестати думати», «кинути виклик негативним думкам») власне буддистського погляду на долю людини, де катастрофа, травма і втрата сприймаються як природний людський досвід, який слід осмислити і прийняти. Важливо, що програма уникає прямого опрацювання травматичного досвіду дітей, зосереджуючись насамперед на зміцненні їхньої стійкості та нарощуванні особистих ресурсів. Вона використовує когнітивно-поведінкові практики, тілесні вправи, арттерапію і наративні техніки, а також домашні завдання, частину яких діти виконують разом з батьками.

Програма EES (Extended ERASE-Stress) передбачає психоедукацію як учителів, так і учнів. Дослідження показали, що психоедукація лише вчителів, без навчання самих учнів, не є ефективною з погляду зміцнення психічного здоров'я останніх. Так, наприклад, непальські вчителі одного з районів країни, який сильно постраждав від землетрусу 2015 року, взяли участь у програмі з підвищення їхньої компетентності в галузі психічного здоров'я та опанували ключові поняття і принципи психосоціальної роботи: дізналися, як саме психіка дітей реагує на кризову ситуацію; визначили роль учителів у сприянні психосоціальному добробуту учнів; з'ясували, як краще обговорювати кризову ситуацію з дітьми й керувати складною поведінкою в класі; ознайомилися із заходами щодо поліпшення навчання і відновлення дітей після травматичних подій; засвоїли методики виявлення і надання допомоги дітям, які можуть потребувати більш розширеної підтримки, ніж та, яку зазвичай можуть надати в шкільному класі; і, нарешті, вчителі обговорили власний психологічний стан. Однак така змістовна психоедукація вчителів не вплинула помітно на ефективність подолання симптомів ПТСР і депресії в їхніх учнів – підлітків, які пережили землетрус (Dhital et al., 2019). Отже, доцільно розробляти психоедукаційні програми, що одночасно охоплюють як учителів, так і учнів (EdCamp Ukraine, n. d.; МОН України, 2022).

Як ізраїльська концепція стійкості, так само і травмоінформований підхід поширився на освітню сферу. Систематичний огляд загальношкільних програм у США виявив серед них чотири, які найбільшою мірою створюють безпечне і чутливе середовище, мінімізують травматизацію та сприяють добробуту дітей: 1) «Здорове середовище і реагування на травму в школах» (HEARTS) (Dorado et al., 2016); 2) «Основи викладання і навчання (HTL): модель співчуття, стійкості та академічного успіху» (Day et al., 2015); 3) підхід Коаліції травм Нью-Гейвена (NHTC) (Perry, & Daniels, 2016); 4) реляційне втручання, засноване на довірі (TBRI) (Parris et al., 2015). Усі чотири програми

пропонували для вчителів і персоналу шкіл тренінги, спрямовані на поліпшення розуміння травми і знання травмочутливих практик (Cafaro et al., 2023). Тут важливо наголосити, що не лише педагоги мають бути психоедуковані, а й увесь шкільний колектив, зокрема технічні працівники, бо комунікація в школі відбувається між усіма, хто присутній у її просторі.

Однак шкільні програми, спрямовані на травму, викликають серйозні занепокоєння серед психологів і спеціалістів із психічного здоров'я, тобто серед тієї категорії фахівців, які свого часу якраз і пропагували широке застосування такого підходу. Здавалося б, травмоінформований підхід має допомагати вчителям справлятися із психологічними проблемами дітей, усвідомлювати, що руйнівна або відсторонена поведінка учнів може бути пов'язана з прихованим дистресом і болем, а каральні заходи лише посилюють симптоми травми. На практиці ж усе виявилось значно складніше, ніж це передбачалося попередньо програмами (Luthar, & Mendes, 2020). Дослідження показало, що вчителів у таких школах часто супроводжує високий ризик вигорання та генерування додаткового стресу через регулярне надання емпатичної підтримки проблемним учням у класах. Бути щиро присутнім, приділяти повсякчас увагу дитині, яка переживає стрес і ділиться своїм горем, – усе це може стати важким і виснажливим тягарем для психіки педагога. До того ж вислуховування розповідей іншого про його травму провокує болісне переживання власних травм. Крім того, за такого підходу в учителів зростає відчуття страху через те, що вони, можливо, щось роблять неправильно, коли допомагають своїм учням долати страждання. Звідси впливають такі висновки: завжди потрібно чітко визначати психологічні межі учасників освітнього процесу щодо того, яким обсягом інформації про травму можна або слід і з ким саме ділитися; учителям так само, як і їхнім учням, потрібна психологічна підтримка, додаткові психологічні, соціальні, матеріальні та організаційні ресурси.

Порівнюючи застосування резильєнтного і травмоінформованого підходів у школах, зазначимо, що кожен із них має свої особливості. У першому акцент робиться на стійкості, без фіксації на травматичних спогадах. Натомість травмоінформований підхід добре підсвічує проблеми вигорання і втоми тих, хто підтримує іншого у важких ситуаціях, хто навчає в складних умовах життя. Для українських учителів ці виклики в часи війни особливо актуальні. Психічне здоров'я та соціально-психологічний добробут учителів, як і самих учнів, потребує розуміння, зміцнення та підтримки. Метааналіз втручань, які здійснюють учителі в школах, щоб подолати наслідки психічної травми у дітей, свідчить, що психоедукація має охоплювати не тільки вчителів та учнів, а й батьків, адміністрацію і, як не дивно, тренерів, бібліотекарів, офісних працівників – так би мовити, «кастодіальний» персонал, тобто всіх тих, хто стає довіреною особою учнів із психологічними проблемами (Cafaro et al., 2023; Luthar, & Mendes, 2020). Тут варто згадати і про так звану лайт-версію використання травмоінформованого підходу в закладі освіти: дотримання

травмочутливості у взаємодії між дорослими і дітьми, а також між самими дітьми.

Коли говорити про практики взаємодії в шкільному середовищі, то тут надзвичайно помічною видається травмапедагогіка, основи якої розробили німецькі психологи-дослідники подружжя Мінка і Мартін Штраубе (2024). Складені ними тексти, призначені для широкого загалу користувачів, а не лише для педагогів, надзвичайно зрозуміло, на прикладах і за допомогою образних метафор, пояснюють більшість понять кризового втручання і подальшого педагогічного супроводу дитини, яка має ознаки травми. Основні засади травмапедагогіки: травмочутливе базове ставлення до іншого в процесі спілкування та взаємодії; концепт «вагомої причини» тієї чи іншої поведінки людини, яка проживає травму; опора на різноманітні ресурси відновлення людини; використання ритмів і ритуалів, які врівноважують психіку дитини, творчості й гри, що привносять радість і долають гнів, страх і смуток травми. Травмапедагогіка в роз'ясненні природи психічної травми органічно поєднує як біологічні відповідники її перебігу, так і духовно-філософські підходи до проживання травматичного досвіду. Травмапедагогіка пропонує велике різноманіття творчих, арттерапевтичних, рухових тощо вправ на додання стресу і розвиток внутрішньої стійкості. Усі ці вправи можна легко інтегрувати в програму шкільних уроків або ж використовувати для позаурочних занять, під час проведення виховних годин або факультативів із психології, в організації дозвілля дітей.

Програми психоедукації знайшли досить широке застосування в освітніх середовищах США, Шрі-Ланки, Китаю, Туреччини – тих країн, які пережили терористичні атаки, війни або масштабні стихійні лиха. Ці програми показали свою результативність щодо послаблення симптомів ПТСР і депресивного стану в учнів. Загальні висновки експертів щодо психоедукації в школі такі: втручання, які здійснюють педагоги в шкільному середовищі, можуть бути ефективною формою допомоги дітям і підліткам, які пережили травматичні події, а шкільні фахівці мають достатній потенціал для того, щоб забезпечити таке психологічне втручання (Rolfesnes, & Idsoe, 2011). Отже, універсальне і системне втручання на базі школи і під керівництвом педагога може бути ефективним, коли йдеться про полегшення посттравматичних симптомів у дітей.

7. ПСИХОЕДУКАЦІЯ В ПРОЦЕСІ ПОДОЛАННЯ ПТСР ТА ІНШИХ НАСЛІДКІВ ВІЙНИ І ТЕРОРИЗМУ

Згідно з експертними оцінками, переважна більшість людей, які пережили травматичні події, протягом кількох місяців поступово, без залучення фахової допомоги долають їхні психологічні наслідки (Гершанов, 2014). Емпіричні дані також засвідчують: попри те, що війна є потужним джерелом стресу для більшості населення, у значної частини людей ці реакції мають транзиторну природу і з часом послаблюються. Водночас тривалі психологічні порушення формуються приблизно у 20% осіб, які зазнали впливу війни: у близько 10% вони проявляються переважно у вигляді поведінкових труднощів, тоді як ще близько 10% стикаються з важкими порушеннями психічного здоров'я (WHO, 2001; 2022). З огляду на масові масштаби воєнного впливу ці відсотки в абсолютних показниках означають сотні тисяч, а в окремих випадках – мільйони людей, які потребують психологічної підтримки і допомоги.

У сучасній психології активно розвиваються спеціальні підходи до психоедукації населення, спрямовані на подолання посттравматичного стресового розладу, який наразі розглядають як один із найпоширеніших і найтяжчих для психіки людини наслідків війни (Jong de et al., 2001; Sowers et al., 2023; VA/DoD Clinical Practice Guideline, 2023). Тут завдання психоедукації – протидія стигматизації людини з ПТСР, зменшення кількості звернень по фахову допомогу і, зрештою, успішне лікування постраждалих (Sowers et al., 2023). Членам громади/спільноти під час проведення психоедукаційних кампаній пояснюють, як надзвичайні події впливають на стан психіки людини, не моралізуючи при цьому щодо причин (що, наприклад, у когось поганий характер, слабе Я, а хтось просто неспроможний дати собі раду). Психоедукація населення під час роботи з посттравматичним стресовим розладом має зосереджуватися передусім на поясненні соціально-психологічних особливостей його походження та перебігу. Тобто ПТСР розглядають як наслідок пережитого воєнного досвіду, а не як суто індивідуальну ваду або виключно медико-біологічне порушення. Хоча сучасні дослідження приділяють значну увагу біологічним чинникам стресостійкості, зокрема гормональним, імунним процесам та епігенетичним механізмам, це не є, однак, підставою розглядати ці показники однозначно як детермінанти психологічного стану людини (Southwick et al., 2014). У межах психоедукації акцент роблять на розумінні ролі травмувальних подій війни і соціального контексту їх переживання, що сприяє формуванню суспільного сприйняття ПТСР без персоналізованого осуду, зменшенню саможигматизації та підтриманню людей, які мають травматичний досвід.

Інший підхід до психоедукації, спрямований на протидію стигматизації в суспільстві тих, хто має труднощі із психічним здоров'ям, зокрема страждає на

депресію, більшою мірою зосереджується на соціальних уявленнях населення про негаразди в психіці людини (Peter et al., 2024). Пропонується говорити про психічне здоров'я і хвороби як невід'ємні частини життєвого досвіду людини. Важливо також під час проведення психоедукаційних кампаній уникати категоричних тверджень про психічне здоров'я і психічні хвороби як протилежні за суттю явища, бо це мимоволі призводитиме в суспільстві до формування поляризованих умовних соціальних груп – «ми проти них». Унаслідок цього зростатиме стигматизація людей, які мають проблеми із психічним здоров'ям, навіть із таким поширеним розладом психіки, як депресія. Слід наголошувати, що в житті людини бувають періоди поліпшення і погіршення психічного здоров'я, і це нормально. Емпіричне дослідження ефективності такого підходу до змісту психоедукації показало значне послаблення стигми щодо тих, хто страждав на депресію.

Коли йдеться про звернення людини по допомогу у сфері психічного здоров'я, актуалізуються різноманітні соціально-психологічні бар'єри, зокрема соціокультурні норми взаємодії (Ahn et al., 2024). Емоційний самоконтроль, терплячість, витримка також можуть ставати такими бар'єрами. До того ж, коли панує суспільне настановлення насамперед «допомагати всім», українці з притаманними їм «горизонтальним колективізмом» (Стародубська, 2024) і почуттям співпереживання не поспішають піклуватися про себе і власне здоров'я. Водночас ця сама зорієнтованість на турботу про інших, особливо в контексті підтримання військових, може посилювати усвідомлення важливості психологічної просвіти серед українців. Адже допомагати іншим простіше, коли розумієш, як саме це робити, і володієш базовими знаннями та навичками психологічної підтримки.

Досвід використання психоедукації для подолання наслідків ПТСР і депресії набув нині значного поширення. Так, низку публікацій присвячено психосоціальній підтримці та психоедукації людей, які постраждали від надзвичайних гуманітарних ситуацій (Bangpan et al., 2017; Bangpan, Felix, & Dickson, 2019; Oflaz, Hatipoğlu, & Aydin, 2008). В одній із статей наведено результати порівняння трьох видів втручань у психічне здоров'я постраждалих: 1) лише психоедукаційного втручання, 2) поєднання психоедукації з призначенням медикаментів, 3) лише вживання ліків (контрольна група). Втручання для зниження симптоматики ПТСР та його подолання проводилося в перших двох групах постраждалих протягом шести сеансів (60-90 хв.), зосереджених на розв'язанні проблеми. Результати показали, що лише сама психоедукація може статистично значуще зменшити прояв симптомів ПТСР у постраждалих порівняно з їхнім початковим станом. Крім того, з'ясувалося, що програми тільки психоедукації або психоедукації з уживанням ліків можуть більшою мірою послаблювати симптоми депресії, страху та уникнення, ніж вживання лише ліків контрольною групою (Oflaz, Hatipoğlu, & Aydin, 2008).

Масова і системна психоедукація надзвичайно важлива для тих країн, які постійно перебувають у зоні ризику воєнних дій або терористичних атак. Психоедукація тут підпорядкована завданням безпеки країни, збереженню її

державності і стійкості населення. Психоедукація ж конкретних груп людей та окремих осіб, які постраждали від війни, геноциду, збройних конфліктів, переважно здійснюється в країнах, де війна тривала певний період, але постійної загрози наразі немає. Водночас деякі країни виділяють значні ресурси як на великі національні/регіональні кампанії/програми/дослідження, спрямовані на психічне здоров'я, так і на місцеві, локальні програми для окремих груп населення.

Одним із національних проєктів психоедукації в США, що став науковою відповіддю американських психологів на теракт 11 вересня 2001 року як на суспільну катастрофу, стало розроблення моделі групового реагування на кризу та оновлення в післякризовий період (response and renewal – R & R). На основі моделі було запропоновано провести психоедукаційний семінар для постраждалих. Завдання семінару – створення безпечного простору для учасників, щоб зібрати інформацію про травму і її симптоми; розвиток навичок самодопомоги; нормалізація реакцій на травму та усунення труднощів у пошуку ресурсів для підтримання психічного здоров'я; зменшення стигми, пов'язаної з отриманням спеціалізованої фахової допомоги у сфері психічного здоров'я і загалом підтримки від оточення постраждалого. Творці моделі зробили висновок, що психоедукаційна діяльність є помічною як для визначення кола осіб, які перебувають у групі ризику після катастрофи, так і для їх підтримання. Щоб зробити це ефективно та охопити якнайширшу аудиторію, бажано поєднувати психоедукаційні заходи з конкретними послугами у сфері психічного здоров'я (Howard, & Goelitz, 2004).

Поряд з глобальними проєктами є і чимало локальних. Так, свого часу для сомалійської громади в США було реалізовано проєкт SHIFA з підтримання психічного здоров'я сімей емігрантів, які рятувалися від війни. У межах проєкту на базі середньої школи було організовано групи втручання для учнів із груп ризику, а також здійснено пряме індивідуалізоване втручання з використанням усталеної моделі травми для тих, хто перебував у стресовому стані. Результати впровадження свідчать про поліпшення психічного здоров'я учасників проєкту (Ellis et al., 2013).

Деякі країни, які не перебувають у стані війни або воєнних загроз, а лише віддалено стикаються з наслідками війни, зосереджуються на локальних проєктах. Так, наприклад, для шукачів притулку і біженців, які зазнали тортур, є психоедукаційні програми, створені Департаментом надання притулку Червоного Хреста Данії і Центром реабілітації та дослідження жертв тортур при департаменті (Berliner, & Mikkelsen, 2006).

Чимало психологічних досліджень присвячено перевірці ефективності психоедукації в роботі з постраждалими від війни в різних регіонах світу, зокрема в Анголі, Сьєрра-Леоне, Мозамбіку, Лівії, Шрі-Ланці, Курдистані (Ірак) та інших країнах (Betancourt et al., 2013). Так, зафіксовано суттєвий вплив психоедукації та володіння навичками управління стресом на послаблення симптомів ПТСР у дорослих, які брали участь в акціях протесту проти режиму Каддафі в Лівії у 2011 році, а також стали свідками жорстокої стрілянини по

протестувальниках, розрухи та загибелі людей через бомбардування, пережили примусовий арешт, а після цього жили в страху, відчували постійну тривогу і депресію. Автори дослідження дійшли висновку, що в ситуаціях масового травмування, як-от війни і стихійні лиха, психоедукація може помітно послабити симптоми ПТСР у постраждалих (Mughairbi, Alnajjar, & Hamid, 2020).

У Шрі-Ланці в роботі з тамільськими біженцями і шукачами притулку (2014–2016 роки) застосовували психоедукацію в поєднанні з культурно адаптованою когнітивно-поведінковою терапією. Ідеться про використання стратегій постановки цілей і боротьби з депресією з опорою на культурно-специфічні метафори і культурно відповідні ігри. Мета полягала в підвищенні емоційної та когнітивної гнучкості, вправлянні в умінні відрізняти тривожність як розлад від тривожності як раціональної відповіді на постійну загрозу. Подальша психоедукація була спрямована на долання тривожності та нападів паніки. Психоедукація допомогла біженцям навчитися розрізняти такі симптоми, як нав'язливі думки, спогади, кошмари, гіпернастороженість тощо. У процесі групової роботи в психологічно безпечній і підтримувальній атмосфері учасники групи ділилися своїм досвідом війни. Як результат – у половини учасників значно поліпшився психічний стан, а симптоми ПТСР помітно послабилися (Bahu, 2019).

У Курдистані (Ірак) у межах програми надання психосоціальної підтримки постраждалим від терору і війни було здійснено психоедукаційне втручання на засадах травмоінформованого підходу для тих, хто пережив ув'язнення і катування. Особлива роль тут відводилася психоедукаційним компетентностям громадських працівників у сфері психічного здоров'я (CMHW). Програма, яка передбачала підтримання жертв терору і їх психоедукацію добре підготовленими громадськими психіатричними працівниками, показала поліпшення стану психічного здоров'я постраждалих: послаблення депресії, симптомів посттравматичного стресу, травматичного горя і тривожності (Bass et al., 2016).

Сьогодні значну увагу приділяють психоедукації та наданню психологічної допомоги дітям, які постраждали від війни. Завдяки цьому психологи спостерігали, наприклад, значне зниження рівня ПТСР і послаблення депресивних симптомів, а також поліпшення зумовлених дезадаптивним горем психічних станів у психотерапевтичній групі, де дітям разом із психотерапією надавалася також психоедукація, порівняно з групою, де учасники проходили лише активну терапію. Спеціальні психотерапевтичні програми в шкільних класах, які поєднували психоедукацію, формування навичок саморегуляції і підтримувальний емпатичний контакт з консультантами програм, виявилися достатніми для зменшення страждань у підлітків, які потерпіли через війну. Когнітивно-поведінкова терапія тут поєднувалася із психотерапією, спрямованою на усунення дефіциту міжособових стосунків і створення кола соціальної підтримки. В Анголі і Мозамбіку радіопрограми використовували для того, щоб доносити ази психоосвіти до громадськості, розповідаючи їй про

історії та досвід дітей, які постраждали від війни (Betancourt et al., 2013). У Сьєрра-Леоне психоедукація дітей, що постраждали від війни і перебували в таборах для внутрішньо переміщених осіб, поєднувалася з груповим обміном їхнім життєвим досвідом під час війни, обговоренням позитивних довоєнних спогадів і розважальними заходами. Психоедукаційні інтервенції передбачали також низку неформальних освітніх заходів. Програма надавала дітям вивірену інформацію про війну, щоб з'ясувати непорозуміння щодо її впливу на людину, здійснити коригування магічного мислення дітей щодо цього питання. Психоедукація також сприяла нормалізації емоційних реакцій дітей після пережитих під час війни подій. Освітній модуль для дітей «Загоєння ран війни» поєднувався з навчальними модулями грамотності і лічби; вихователі дітей попередньо пройшли курс із психоедукації щодо реагування на травми війни. Анкетування, проведене до і після освітньої програми, яке інтегрує діяльність із загоєння травм із базовою освітою, засвідчило значне послаблення у дітей симптоматики травм війни, що заважали їхньому навчанню; водночас така програма відновлювала у дітей почуття оптимізму щодо майбутнього (Gupta, & Zimmer, 2008).

Отже, психоедукація сама по собі не завжди послаблює симптоми травми – вона найбільш ефективна в поєднанні з різними видами психотерапії (Hensley, 2002) та із соціально-психологічною підтримкою постраждалих. Психоедукацію і стабілізаційні втручання застосовують у ситуаціях, коли тривалі і множинні втручання неможливі (а таке часто трапляється під час війни). Завдяки психоедукації люди, які пережили травму, усвідомлюють необхідність оволодіння навичками самодопомоги та підтримання іншого, засвоєння нових методів подолання наслідків травми і посилення стійкості. Сприятливе, доброзичливе оточення людини має вирішальне значення для полегшення її емоційних переживань та розуміння нею нормальних реакцій на стресові стани (Underwood, & Kalafat, 2003). Водночас психологи і фахівці допоміжних професій завдяки проведенню просвітницьких семінарів можуть вчасно ідентифікувати людей з високим ризиком симптомів посттравматичного стресового розладу (Rauch et al., 2001).

Як показує досвід країн, що тривалий час перебувають у зоні воєнних загроз або тривалої війни, психоедукація дає добрі результати тоді, коли вона підпорядкована цілям, які є вищими за індивідуальні вигоди, служить єдності громади і країни, їхній безпеці, збереженню державності. Тоді усвідомлення її потрібності серед населення зростає, а отже, зростає й ефективність психоедукації також.

ВИСНОВКИ І РЕКОМЕНДАЦІЇ

Світовий досвід психоедукації населення свідчить про те, що психологія накопичила значний обсяг знань та організаційних форм взаємодії населення, необхідних у кризових ситуаціях для надання постраждалим інструментарію психологічної самодопомоги та соціально-психологічної підтримки. Відповідаючи на запитання, що і як робити в ситуаціях війни і воєнних загроз, психоедукація є одним з основних швидких, доступних та ефективних засобів соціально-психологічного втручання низької інтенсивності для підтримання психічного здоров'я населення під час масштабних катастроф.

В умовах тривалої війни психоедукація спрямована передусім на формування у населення уявлень про війну як системний чинник психотравматизації, а також на нормалізацію широкого спектра емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій у ситуаціях постійних загроз, втрат, невизначеності та хронічного стресу. Такий підхід зміщує фокус уваги з індивідуальних «дефіцитів» психіки на соціальний і контекстуальний характер психологічних труднощів, що істотно зменшує ризики самостигматизації і морального осуду щодо людей, які переживають наслідки війни, зокрема симптоми посттравматичного стресового розладу.

Важливим результатом психоедукації є підвищення рівня психологічної грамотності не лише осіб із вираженими симптомами, а і їхнього соціального оточення. Саме це створює передумови для формування підтримувального середовища, де переживання війни інтерпретують не як ознаку особистісної слабкості, а як закономірну реакцію на надзвичайні обставини. У цьому сенсі психоедукація виконує водночас профілактичну, дестигматизаційну та інтегративну функції.

Психоедукація в умовах війни та воєнних загроз базується на вивірених психологічних знаннях і відповідних соціальних настановленнях. Їх можна звести до таких основних постулатів:

- стрес є універсальною реакцією психіки;
- з гострим стресом можна впоратися, тому важливою є переконаність: «ми можемо це подолати»;
- негаразди психічного здоров'я людини, зумовлені подіями війни, є частиною її життєвого досвіду;
- більшість людей, які пережили травматичні події, через місяць або кілька місяців долають їхні наслідки без допомоги спеціалістів; однак завжди можна звернутися по фахову допомогу до психолога, який може направити людину, стан якої викликає побоювання, до фахівця;
- варто плекати психологічну стійкість, опановувати техніки долаття стресу, навички самодопомоги та підтримання іншого;

- допомагати іншим людям і підтримувати їх людина здатна тоді, коли вміє піклуватися про себе.

Міжнародна практика також засвідчує, що ефективність психоедукації істотно зростає за умови її інтеграції в інституційні структури держави і громади – систему освіти, соціальні служби, медіапростір, органи місцевого самоврядування. Завдяки цьому психоедукація перестає бути разовою реакцією на кризу й перетворюється на елемент довгострокової стратегії формування суспільної стійкості. Тому заходи з масової психоедукації населення мають бути глибоко інтегровані в організаційні структури громад і держави.

Обов'язковими атрибутами заходів із психоедукації мають бути: 1) попередня незалежна експертиза всіх психоедукаційних текстів/відеоматеріалів щодо їхньої науковості, зрозумілості, доступності, зручності використання та недопущення травматизації/ретравматизації користувачів; 2) соціокультурна адаптація тих психоедукаційних матеріалів, що запозичені із зарубіжного досвіду; 3) апробація матеріалів психоедукації перед їх масовим поширенням на тій вибірці населення, для якої вони призначені; 4) моніторинг ефективності психоедукації; 5) посилення на ресурси, які поглиблюють попередньо здобуті знання і/або переспрямовують постраждалого на спеціалізовану допомогу.

Світовий досвід психоедукації свідчить про те, що її ефективність істотно зростає, якщо в населення попередньо сформовано психологічну готовність до надзвичайних ситуацій, зокрема розуміння того, що відбувається із психікою людини, а також відповідні навички психологічно грамотного реагування на виклики таких ситуацій. Під час війни психоедукація населення ставить за мету зміцнення його психологічної стійкості, що сприяє безпеці держави і досягненню перемоги над ворогом. Водночас психоедукація, щоб бути ефективною, має стати інструментом розв'язання особистих життєвих проблем, кількість яких під час війни може суттєво зростати.

Психоедукація населення тісно пов'язана з його психологічною культурою, яка є і результатом масової психоедукації, і передумовою її успішного здійснення в ситуації війни та воєнних загроз. Особливу роль у підвищенні рівня психологічної культури відіграють освітні програми в середній та вищій школі, спрямовані на формування психологічної грамотності щодо розв'язання багатьох глобальних проблем, зокрема екології, дотримання прав людини, а серед іншого – розв'язання воєнних конфліктів, долання тероризму, наслідків і загроз війни.

В Україні, попри наявність окремих державних, громадських та професійних ініціатив у сфері психоедукації, досі зберігається фрагментарність підходів і нерівномірність доступу до психологічних знань для різних груп населення. Це актуалізує потребу переходу від переважно реактивних форм психологічної допомоги до системної моделі психоедукації, спрямованої на підтримання психічного здоров'я населення в умовах тривалої війни і післявоєнного відновлення. Подальший розвиток психоедукації в Україні доцільно розглядати як важливий складник державної політики у сфері

психічного здоров'я, де психологічна культура населення є стратегічним ресурсом національної стійкості, підтримання дієздатності і відновлення суспільства в умовах затяжної війни.

Узагальнення результатів аналізу розглянутого в цій доповіді світового досвіду дає підстави запропонувати систему рекомендацій, спрямованих на інституційне посилення психоедукації населення на національному, регіональному та місцевому рівнях. Зокрема, вважаємо за доцільне рекомендувати:

1. Раді національної безпеки і оборони України:
 - ініціювати законодавче визначення психоедукації населення як одного з інструментів забезпечення психологічного складника національної стійкості в умовах збройної агресії і тривалих безпекових загроз;
 - сприяти міжвідомчій координації у сфері психоедукації з питань наслідків війни для психічного здоров'я населення в межах реалізації політики з питань національної безпеки, гуманітарної та соціальної політики;
 - забезпечити врахування психоедукаційних підходів у стратегічних документах безпекового і відновлювального характеру, зокрема щодо підтримання людського потенціалу та соціальної згуртованості.
2. Міністерству освіти і науки України:
 - забезпечити інтеграцію психоедукаційного контенту з питань психічного здоров'я та психологічних наслідків війни в систему формальної і неформальної освіти на засадах компетентнісного підходу;
 - сприяти розробленню та впровадженню навчально-методичних матеріалів, спрямованих на підвищення психологічної грамотності учасників освітнього процесу з урахуванням їхніх вікових, соціальних і культурних особливостей;
 - підтримувати розвиток професійної спроможності педагогічних працівників у сфері базової психоедукації як складника безпечного і підтримувального освітнього середовища.
3. Міністерству охорони здоров'я України:
 - уточнити функціональну роль психоедукації як складника психосоціальної допомоги населенню в межах реалізації державної політики у сфері психічного здоров'я;
 - забезпечити інституційну інтеграцію психоедукаційних заходів у систему первинної медичної допомоги та діяльність міждисциплінарних команд у сфері психічного здоров'я;
 - сприяти формуванню єдиних психоедукаційних підходів, спрямованих на профілактику посттравматичних розладів, зниження стигматизації

осіб, що потребують психологічної допомоги, та підвищення доступності психосоціальних послуг.

4. Обласним військовим адміністраціям:

- забезпечити регіональну координацію психоедукаційних ініціатив у межах програм психосоціальної підтримки населення;
- сприяти міжсекторальній взаємодії закладів охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та громадського сектору в реалізації психоедукаційних заходів;
- підтримувати розвиток кадрового потенціалу для систематичного здійснення психоедукації в регіонах, зокрема через навчання фахівців і волонтерів.

5. Територіальним громадам:

- сприяти впровадженню психоедукації населення як елемента місцевих програм психосоціальної підтримки;
- використовувати ресурси закладів культури, освіти та соціальної сфери для поширення психоедукаційних практик у громаді;
- підтримувати спрямовані на зміцнення соціальної згуртованості та взаємопідтримки ініціативи, у межах яких психоедукація виконує профілактичну і дестигматизаційну функції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Вознесенська, О. Л. (2015). Можливості арт-терапії в подоланні психічної травми. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: збірник статей* (Ін-т соціальної та політичної психології; Представництво Польської академії наук у м. Києві; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр) (с. 98–111). Київ: Міленіум. <https://core.ac.uk/download/pdf/32308962.pdf>

Гершанов, О. (2014). *Основи роботи з травмою*. <https://rm.coe.int/ptsd-ukr/1680a0a10b>

Горностай, П. (2023). *Психологія колективних травм*. Кропивницький: Імекс-ЛТД.

Горностай, П. (2024). Історико-культурна картина світу та історична травма українців. *Проблеми політичної психології*, 15(29), 7–29. <https://doi.org/10.33120/porp-Vol15-Year2024-157>

Дворник, М. С. (2019). Використання смартфон-застосунків в умовах психотравматизації населення, *Інформаційні технології і засоби навчання*, 73(5), 236–248. <https://doi.org/10.33407/itlt.v73i5.2760>

Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації (2017). Київ: Університетське видавництво «Пульсари».

МОЗ України (2023). *Затверджено перелік та порядок надання психосоціальних послуг щодо питань психічного здоров'я*. Наказ МОЗ від 13 грудня 2023 року №2118. <http://surl.li/eswcy1>

МОМ (2021). *Посібник із психічного здоров'я і психосоціальної підтримки на рівні громад в умовах надзвичайної ситуації та переміщення населення*. Женева: Міжнародна організація міграції.

МОН України (2022). *Методичні рекомендації «Перша психологічна допомога. Алгоритм дій»*. Додаток до листа МОН від 04.04.2022 №1/3872-22. <https://ips.ligazakon.net/document/MUS36860>

Плетка, О. (2024). *Психологія для всіх на кожен день під час війни. Пам'ятка*. Наук. ред. Л. Чорна. Кропивницький: Імекс-ЛТД.

Слюсаревський, М. М. (2022а). Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики і відповіді: Наукова доповідь на засіданні Президії НАПН України 21 квітня 2022 р. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 4(1). <https://doi.org/10.37472/v.naes.2022.4124>

Слюсаревський, М. М. (2022б). Соціально-психологічний стан українського тилу в умовах повномасштабного російського вторгнення. *Філософсько-соціологічні*

та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах: матеріали науково-практичної конференції (1 грудня 2022 р.) (с. 44–49). Київ: Міністерство оборони України, Національний університет оборони України.

Слюсаревський, М., Чуніхіна, С., & Черниш, Л. (2024). *Громадсько-політична ситуація в Україні: інформаційний бюлетень (вересень 2024 р.)*. Кропивницький: Імекс-ЛТД. <https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2024/12/1bul092024.pdf>

Стародубська, М. (2024). *Як зрозуміти українців: кроскультурний погляд*. Харків: Віват.

Ти як? Всеукраїнська програма ментального здоров'я. (п. д.). *Чому важливо формувати культуру піклування про ментальне здоров'я?* <https://howareu.com/materials/chomu-vazhlyvo-formuvaty>

Штраубе, Мартін, & Штраубе, Мінка (2024). *Кризова і травмапедагогіка. З практичними прикладами*. Київ: Сачек П. В.

Adler, A. B., Start, A. R., Milham, L., Allard, Y. S., Riddle, D., Townsend, L., & Svetlitzky, V. (2020). Rapid response to acute stress reaction: Pilot test of iCOVER training for military units. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 431–435. <https://doi.org/10.1037/tra0000487>

Agani, F., Landau, J., & Agani, N. (2010). Community-building before, during, and after times of trauma: the application of the LINC model of community resilience in Kosovo. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 143–149. <https://doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01017.x>

Ahn, L. H., Tran, A. G. T. T., Lam, C. K., & Yoo, H. C. (B.) (2024). Asian American mental health help-seeking: An Asian value-informed health belief model. *Asian American Journal of Psychology*. <https://dx.doi.org/10.1037/aap0000351>.

Alvarez-Jimenez, M., Koval, P., Schmaal, L., Bendall, S., O'Sullivan, S., Cagliarini, D. ... Gleeson, J. F. M. (2021). The Horyzons project: a randomized controlled trial of a novel online social therapy to maintain treatment effects from specialist first-episode psychosis services. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(2), 233–243. <https://doi.org/10.1002/wps.20858>

American Psychological Association (n. d. a). *APA History and Archives. World War II and Its Effects*. <https://www.apa.org/about/apa/archives/apa-history>

American Psychological Association (n. d. b). *History Report: High School Psychology is Science*. <https://www.apa.org/ed/precollege/topss/science/history>

American Psychological Association (2023). *Will growth in psychology degrees continue?* <https://www.apa.org/monitor/2023/11/potential-psychology-degree-decline>

Bahu, M. (2019). War, trauma and culture: working with Tamil refugees and asylum seekers using culturally adapted CBT. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, e46. <https://doi.org/10.1017/S1754470X1900031X>

Bakker, D., Kazantzis, N., Rickwood, D., & Rickard, N. (2016). Mental Health Smartphone Apps: Review and Evidence-Based Recommendations for Future Developments. *JMIR mental health*, 3(1), e7. <https://doi.org/10.2196/mental.4984>

Bangpan, M., Dickson, K., Felix, L., & Chiumento, A. (2017). *The impact of mental health and psychosocial support interventions on people affected by humanitarian emergencies: A systematic review*. Oxford: Oxfam GB. <https://doi:10.21201/2017.8937>

Bangpan, M., Felix, L., & Dickson, K. (2019). Mental health and psychosocial support programmes for adults in humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis in low and middle-income countries. *BMJ global health*, 4(5), e001484. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001484>

Bass, J., Murray, S. M., Mohammed, T. A., Bunn, M., Gorman, W., Ahmed, A. M. A. et al. (2016). A randomized controlled trial of a trauma-informed support, skills, and psychoeducation intervention for survivors of torture and related trauma in Kurdistan, Northern Iraq. *Global Health: Science and Practice*, 4(3), 452–466. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00017>

Baum, N. L. (2005). Building Resilience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 10(1-2), 487–498. doi: 10.1300/J146v10n01_08

Becker-Blease, K. A. (2017). As the world becomes trauma-informed, work to do. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(2), 131–138. <https://doi: 10.1080/15299732.2017.1253401>

Bell, I., Thompson, A., Valentine, L., Adams, S., Alvarez-Jimenez, M., Nicholas, J. (2022). Ownership, Use of, and Interest in Digital Mental Health Technologies Among Clinicians and Young People Across a Spectrum of Clinical Care Needs: Cross-sectional Survey. *JMIR mental health*, 9(5). <https://doi.org/10.2196/30716>

Benight, C. C., & Bandura, A., (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1129–1148. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>

Benjamin, Jr., & Ludy, T. (2001). A brief history of the psychology course in American high schools. *American Psychologist*, 56(11), 951–960. <https://doi:10.1037/0003-066x.56.11.951>

Berger, R., & Gelkopf, M. (2009). School-based intervention for the treatment of tsunami-related distress in children: a quasi-randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 78(6), 364–371. <https://doi:10.1159/000235976>

Berger, R., Gelkopf, M., & Heineberg, Y. (2012). A Teacher-Delivered Intervention for Adolescents Exposed to Ongoing and Intense Traumatic War-Related Stress: A Quasi-Randomized Controlled Study. *Journal of Adolescent Health*, 51, 453–461. <https://doi:10.1016/j.jadohealth.2012.02.011>

Berliner, D. C. (1993). The 100-year journey of educational psychology: From interest, to disdain, to respect for practice. In T. K. Fagan & G. R. VandenBos (Eds.), *Exploring applied psychology: Origins and critical analyses* (pp. 37–78). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11104-002>

Berliner, P., Mikkelsen, E. N. (2006). Psycho-Education with Asylum Seekers and Survivors of Torture. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 28, 289–301. <https://doi.org/10.1007/s10447-006-9014-5>

Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S. E., Charrow, A. P., & Tol, W. A. (2013). Interventions for children affected by war: an ecological perspective on psychosocial

support and mental health care. *Harvard review of psychiatry*, 21(2), 70–91. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e318283bf8f>

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>

Boydell, K. M., Hodgins, M., Pignatiello, A., Teshima, J., Edwards, H., & Willis, D. (2014). Using technology to deliver mental health services to children and youth: A scoping review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 87–99.

Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Shaw, F., Fogarty, A., Batterham, P. J., Dobinson, K., & Karpin, I. (2017). Preventing mental health symptoms in adolescents using dialectical behaviour therapy skills group: a feasibility study. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 70–85. <https://doi.org/10.1080/02673843.2017.1292927>

Cafaro, C. L., Gonzalez Molina, E., Patton, E., McMahon, S. D., & Brown, M. (2023). Meta-analyses of teacher-delivered trauma-based and trauma-informed care interventions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(7), 1177–1187. <https://doi.org/10.1037/tra0001515>

Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & O'Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: A cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1021–1032. <https://doi.org/10.1037/a0017391>

Çiller, A., Köskün, T., & Akça, A. Y. E. (2022). Post traumatic stress disorder and behavioral therapy intervention techniques used in treatment. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 14(4), 499–509. <https://doi.org/10.18863/pgy.1096518>

Clay, R. A. (2017). Trends report: Psychology is more popular than ever. *Monitor on Psychology*, 48(10), 44. <https://www.apa.org/monitor/2017/11/trends-popular>

Conroy, J., Christidis, P., Fleischmann, M., & Lin, L. (2019). Datapoint: How many psychology majors go on to graduate school? News on psychologists' education and employment from APA's Center for Workforce Studies. *Monitor on Psychology*, 50(8), 9. <https://www.apa.org/monitor/2019/09/datapoint-grad-school>

Day, A. G., Somers, C. L., Baroni, B. A., West, S. D., Sanders, L., & Peterson, C. D. (2015). Evaluation of a trauma-informed school intervention with girls in a residential facility school: Student perceptions of school environment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(10), 1086–1105. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1079279>

Dhital, R., Shibanuma, A., Miyaguchi, M., Kiriya, J., Jimba, M. (2019). Effect of psycho-social support by teachers on improving mental health and hope of adolescents in an earthquake-affected district in Nepal: A cluster randomized controlled trial. *PLOS One*, 14(10), e0223046. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223046>

Dorado, J. S., Martinez, M., McArthur, L. E., & Leibovitz, T. (2016). Healthy environments and response to trauma in schools (HEARTS): A whole-school, multi-level, prevention and intervention program for creating trauma-informed, safe and supportive schools. *School Mental Health*, 8(1), 163–176. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9177-0>

Dozio, E. (2023). Emotional stabilization interventions for people exposed to chronic traumatic events, in humanitarian settings. *European Psychiatry*, 66 (Suppl 1), S178. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.429>

Dozio, E., Caron, L., Gady, C., & Bizouerne, C. (2021). Drawings as a Tool for Elaboration of Psychic Trauma in a Care Setting in Africa. *L'Autre*, 22(2), 172–186. <https://doi.org/10.3917/lautr.065.0172>.

EdCamp Ukraine (n. d.). *Перші кроки CEEH в Україні*. <https://www.edcamp.ua/seelukraine/seen-v-ukraini/>

Ellis, B. H., Miller, A. B., Abdi, S., Barrett, C., Blood, E. A., Betancourt, T. S. (2013). Multi-tier mental health program for refugee youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 129–140. <https://doi:10.1037/a0029844>

Encyclopedia of Mental Health. (2023). Third Edition. Editors-in-Chief: H. S. Friedman and C. H. Markey. Academic Press.

Everly, G. S., & Lating, J. M. (2021). Psychological first aid (PFA) and disasters. *International Review of Psychiatry*, 33(8), 718–727. <https://doi.org/10.1080/09540261.2021.2016661>

Ewing, A. T., Andre, J., Blair-Broeker, C. T., Fineburg, A. C., Daniel, J. H., Higa, J. J., Macias, S. III, & Weaver, K. A. (2010). When and where people learn psychological science: The sun never sets. In D. F. Halpern (Ed.), *Undergraduate education in psychology: A blueprint for the future of the discipline* (pp. 81–93). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12063-005>

Foo, C. Y. S., Verdeli, H., & Tay, A. K. (2023). Psychosocial interventions for occupational stress and psychological disorders in humanitarian aid and disaster responders: A critical review. In Martin, C. R., Patel, V. B., Preedy, V. R. (Eds.), *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder* (pp. 245–263).

Forber-Pratt, A. J., El Sheikh, A. J., Robinson, L. E., Espelage, D. L., Ingram, K. M., Valido, A., & Torgal, C. (2021). Trauma-Informed Care in Schools: Perspectives From School Resource Officers and School Security Professionals During Professional Development Training. *School Psychology Review*, 50(2-3), 344–359. <https://doi.org/10.1080/2372966X.2020.1832863>

Fournier, R. R. (2002). A trauma education workshop on posttraumatic stress. *Health and Social Work*, 27, 113–124. <https://doi.org/10.1093/hsw/27.2.113>

Gamble, A. (2020). Artificial intelligence and mobile apps for mental healthcare: a social informatics perspective. *Aslib Journal of Information Management*, 72(4), 509–523. <https://doi.org/10.1108/AJIM-11-2019-0316>

Goldstein, R. B., Smith, S. M., Chou, S. P., Saha, T. D., Jung, J., Zhang, H., et al. (2016). The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(8), 1137–1148. <https://doi:10.1007/s00127-016-1208-5>

Green, J. (2023). TikTok and the changing landscape of therapeutic digital spaces of care. *Digital Geography and Society*, 6, 100077. <https://doi.org/10.1016/j.diggeo.2023.100077>

Gupta, L., & Zimmer, C. (2008). Psychosocial intervention for war-affected children in Sierra Leone. *British Journal of Psychiatry*, 192(3), 212–216. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.038182> . PMID: 18310582.

Gurung, R. A. R., Hackathorn, J., Enns, C., Frantz, S., Cacioppo, J. T., Loop, T., & Freeman, J. E. (2016). Strengthening introductory psychology: A new model for teaching the introductory course. *American Psychologist*, 71(2), 112–124. <https://doi.org/10.1037/a0040012>

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.

Halpern, D. F. (Ed.). (2010). *Undergraduate education in psychology: A blueprint for the future of the discipline*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12063-000>

Healthier Together (2024). *Trauma-Informed Practice Framework for Bristol*, North Somerset & South Gloucestershire. <https://bnssghealthiertogether.org.uk/library/trauma-informed-practice-framework/>

Hensley, L. G. (2002). Treatment for survivors of rape: Issues and interventions. *Journal of Mental Health Counseling*, 24, 331–348.

Hetrick, S. E., Cox, G. R., Witt, K. G., Bir, J. J., & Merry, S. N. (2016). Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, Art No.: CD003380. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003380.pub4>

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J. ... Ursano, R. J. (2021). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 84(4), 311–346. <https://doi.org/10.1080/00332747.2021.2005387>

Howard, J. M., & Goelitz, A. (2004). Psychoeducation as a Response to Community Disaster. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(1), 1–10. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh001>

Jong de, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van De Put, W., Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*, 286(5), 555–562. <https://doi.org/10.1001/jama.286.5.555>. PMID: 11476657

IOM (Institute of Medicine) (2015). *Healthy, resilient, and sustainable communities after disasters: Strategies, opportunities, and planning for recovery*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/18996/healthy-resilient-and-sustainable-communities-after-disasters-strategies-opportunities-and>

Kemp, S. (2020). *Digital 2020: 3.8 billion people use social media*. We Are Social. <https://wearesocial.com/blog/2020/01/digital2020-3-8-billion-people-use-social-media>

Kolk van der, B. A. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.

Lahad, M. (2017). From victim to victor: The development of the BASIC PH model of coping and resiliency. *Traumatology*, 23(1), 27–34. <https://doi.org/10.1037/trm0000105>

Lahad, M., & Doron, M. (2010). *Protocol for Treatment of Post Traumatic Stress Disorder: SEE FAR CBT Model: Beyond Cognitive Behavior Therapy*. IOS Press. Series: NATO Science for Peace and Security Programme.

Lahutina, S., Frankova, I., Gruen, M., Vermetten, E., Zohar, J., Spitschan, M., & Bajbouj, M. (2024) A digital self-help tool to promote mental well-being for Ukrainians affected by war - Assessing predictors of stress, *Neuroscience Applied*, 3. <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2024.104089>

Leong, L., Hew, T., Ooi, K., Lee, V., & Hew, J. (2019). A hybrid SEM-neural network analysis of social media addiction. *Expert Systems With Applications*, 133, 296–316. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2019.05.024>

Levanon, T., Flamm-Oren, E., & Kahn-Hoffmann, G. (2005). The Need for a Continuum of Trauma Services: Who Feeds the Birds? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 10(3-4), 729–740. https://doi.org/10.1300/J146v10n03_06

Levanon, T., & Gidron, D. (2015). Readiness, Resilience, and Hope: The Israeli Experience. In R. Bach (Ed.), *Strategies for Supporting Community Resilience: Multinational Experiences* (pp. 289–307). Stockholm: Printing House: Elanders Sverige AB.

Liu, J. J. W., Reed, M., & Girard, T. A. (2017). Advancing resilience: An integrative, multi-system model of resilience. *Personality and Individual Differences*, 111, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.02.007>

Luthar, S. S., & Mendes, S. H. (2020). Trauma-informed schools: Supporting educators as they support the children. *International Journal of School & Educational Psychology*, 8(2), 147–157. <https://doi.org/10.1080/21683603.2020.1721385>

MacDonell, K. W., & Prinz, R. J. (2017). A Review of Technology-Based Youth and Family-Focused Interventions. *Clinical child and family psychology review*, 20(2), 185–200. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0218-x>

MacKlem, G. L. (2008). *Practitioner's Guide to Emotion Regulation in School-Aged Children*. NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-73851-2>

Martin, C. R., Patel, V. B., & Preedy, V. R. (Ed.) (2023). *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85726-0.09990-7>

Martino, C. (2002). Psychological consequences of terrorism. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 105–111.

McGovern, R., Balogun-Katung, A., Artis, B., Bareham, B., Spencer, L., Alderson, H. ... Kaner, E. (2024). The Effectiveness of Preventative Interventions to Reduce Mental Health Problems in at-risk Children and Young People: A Systematic Review of Reviews. *Journal of prevention*, 45(4), 651–684. <https://doi:10.1007/s10935-024-00785-z>

Ministry of health Israel – תואירבה דרשמ (2016). Recommendations for providing psychological first aid in anxiety situations [הדרה יבצמב תיגולוכיספ הנושאר הרזע ותמל תוצלמה] https://www.health.gov.il/Subjects/mental_health/Anxiety; https://www.youtube.com/watch?v=kEJ353s1_U4

- Mota, N. P., Cook, J. M., Smith, N. B., Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Krystal, J. H., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2019). Posttraumatic stress symptom courses in U.S. military veterans: A seven-year, nationally representative, prospective cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 119, 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.005>
- Mughairbi, F. A., Alnajjar, A. A., & Hamid, A. (2020). Effects of Psychoeducation and Stress Coping Techniques on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Psychological Reports*, 123(3), 710–724. <https://doi.org/10.1177/0033294118825101>
- North, C. S., & Hong, B. A. (2000). Project CREST: A new model for mental health intervention after a community disaster. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1057–1058. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.7.1057>
- Oflaz, F., Hatipoğlu, S., & Aydin, H. (2008). Effectiveness of psychoeducation intervention on post-traumatic stress disorder and coping styles of earthquake survivors. *Journal of clinical nursing*, 17(5), 677–687. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02047.x>
- Ostic, D., Qalati, S. A., Barbosa, B., Shah, S., Galvan Vela, E., Herzallah, A., & Liu, F. (2021). Effects of Social Media Use on Psychological Well-Being: A Mediated Model. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678766>
- Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>
- Parris, S. R., Dozier, M., Purvis, K. B., Whitney, C., Grisham, A., & Cross, D. R. (2015). Implementing trust-based relational intervention in a charter school at a residential facility for at-risk youth. *Contemporary School Psychology*, 19(3), 157–164. <https://doi.org/10.1007/s40688-014-0033-7>
- Perra, A., Sancassiani, F., Cantone, E., Pintus, E., D'Oca, S., Casula, A. ... Carta, M. G. (2024). An e-Health Psychoeducation Program for Managing the Mental Health of People with Bipolar Disorder during the COVID-19 Pandemic: A Randomized Controlled Study. *Journal of clinical medicine*, 13(12). <https://doi.org/10.3390/jcm13123468>
- Perry, D. L., & Daniels, M. L. (2016). Implementing trauma – informed practices in the school setting: A pilot study. *School Mental Health*, 8(1), 177–188. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9182-3>
- Peter, L.-J., McLaren, T., Muehlan, H., Fleischer, T., Tomczyk, S., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2024). Active psychoeducational components of antistigma interventions for untreated depressive symptoms: Specific effects of continuum beliefs? *Stigma and Health*. <https://dx.doi.org/10.1037/sah0000522>
- Prandini, C., & McCarthy, S. (2006). Teaching psychology as a science in Italy. *International Journal of Psychology*, 41(1), 42–50. <https://doi.org/10.1080/00207590444000456>
- Rauch, S. A., Hembree, E. A., & Foa, E. B. (2001). Acute psychosocial preventive interventions for posttraumatic stress disorder. *Advances in Mind Body Medicine*, 17, 187–191. <https://doi.org/10.1054/ambm.2000.0312>

Richardson, L. K., Frueh, B. C., & Acierno, R. (2010). Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44(1), 4–19. <https://doi.org/10.3109/00048670903393597>

Rodolfa, E. (2006). A Note from the Editor. *Training and Education in Professional Psychology*, 5(1), 1–2. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.5.1.1>

Rolfsnes, E. S., Idsoe, T. (2011). School-based intervention programs for PTSD symptoms: a review and meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, 24(2), 155–165. <http://doi.org/10.1002/jts.20622>.

Ross, L., Lepper, M. & Ward, A. (2010). History of social psychology: Insights, challenges, and contributions to theory and application. In S. Fiske, D. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (5th ed., Vol. 1). New Jersey, Hoboken: John Wiley & Sons, Inc., pp. 3–50.

Safe Hands and Thinking Minds (n.d.). *Training, workshops, and virtual support options*. <https://safehandsthinkingminds.co.uk/training-and-workshops/>

Seligman, J., Felder, S. S., & Robinson, M. E. (2015). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Behavioral Health Disaster Response App. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(5), 516–518. <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.84>. PMID: 26165522.

Shapiro, E. (2007). What is an effective self-soothing technique that I can teach my client to use at home when stressed? *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 122–124.

Somasundaram, D. (2007). Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(5). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-1-5>

Somasundaram, D. (2010). Collective trauma in the Vanni- a qualitative inquiry into the mental health of the internally displaced due to the civil war in Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems*, 4(22). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-4-22>

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>

Sowers, A. F., Clapp, J. D., Freng, S. A., & Stanton, K. (2023). The folk psychiatry model: Developing a measure of lay perceptions of PTSD. *Psychological Assessment*, 35(12), 1120–1133. <https://doi.org/10.1037/pas0001274>

Stamm, K., Assefa, M., & Page, C. (2023). Will growth in psychology degrees continue? *Monitor on Psychology*, 54(8), 23. <https://www.apa.org/monitor/2023/11/potential-psychology-degree-decline>

Suffering Scale and Perceived External Support Scale (2018). MHCP Manual. Illustrations by Armelle Sacher. In Heymsfield, G. (2020), *Link NCA (Nutrition Casual Analysis) Pilots Visual Indicators on Mobile Devices*. https://linknca.org/article/link_nca_pilots_visual_indicators_on_mobile_devices.htm?lng=en

Svetlitzky, V., Farchi, M., Ben Yehuda, A., Start, A. R., Levi, O., & Adler, A. B. (2020). YaHaLOM training in the military: Assessing knowledge, confidence, and stigma. *Psychological Services*, 17(2), 151–159. <https://doi.org/10.1037/ser0000360>

Teixeira, C., Santos, E., Abreu, M. V., & Rogers, E. S. (2015). Current status of psychiatric rehabilitation in Portugal: A national survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 263–267. <https://doi.org/10.1037/prj0000144>

Titov, N., Dear, B. F., Nielssen, O., Wootton, B., Kayrouz, R., Karin, E. ... Staples, L. (2020). User characteristics and outcomes from a national digital mental health service: an observational study of registrants of the Australian MindSpot Clinic. *The Lancet. Digital health*, 2(11), e582–e593. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30224-7](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30224-7)

Treisman, K. (2021). *A Treasure Box for Creating Trauma-Informed Organizations: A Ready-to-use Resource for Trauma, Adversity, and Culturally Informed, Infused and Responsive Systems*. London: Jessica Kingsley Pub. ISBN: 9781787753129

Underwood, M. M., & Kalafat, J. (2003). Crisis intervention in a new context: New Jersey post September 11, 2001. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2, 75–83. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/2.1.75>

VA/DoD Clinical Practice Guideline (2023). *Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Work Group*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Veron, L., Sauvade, F., & Le Barbenchon, E. (2022). Why do students in psychological distress not use psychological care? *Psychological Services*, 19(1), 85–94. <https://doi.org/10.1037/ser0000503>

Vicentini, G., Burro, R., Rocca, E., Lonardi, C., Hall, R., & Raccanello, D. (2022). Development and evaluation of psychoeducational resources for adult carers to emotionally support young people impacted by wars: A community case study. *Frontiers in Psychology*, 13, 995232. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.995232>

Walsh, J. (2009). *Psychoeducation in Mental Health*. NY: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190616250.001.0001>

Weaver, K. A. (2005). 1992 through 2001: An incredible 10 years for high school psychology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(1), 97–110. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.1.97.59171>

WHO (2001). *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding New Hope*. Geneva: WHO.

WHO (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for all*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

WHO (n. d.). <https://www.who.int/europe/health-topics/mental-health#tab>

Wolmer, L., Laor, N., & Yazgan, Y. (2003). School reactivation programs after disaster: could teachers serve as clinical mediators? *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 12(2), 363–381. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(02\)00104-9](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(02)00104-9)

Yohannan, J., & Carlson, J. S. (2019). A systematic review of school-based interventions and their outcomes for youth exposed to traumatic events. *Psychology in the Schools*, 56, 447–464. <https://doi.org/10.1002/pits.22202>

Виробничо-практичне видання

Лідія Георгіївна Чорна
Павло Петрович Горностай
Тетяна Сергіївна Асланян
Віктор Ілларіонович Вус
Олена Валентинівна Пінчук
Олег Олегович Старовойтенко

**СВІТОВИЙ ДОСВІД
ПСИХОЕДУКАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ
В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ВОЄННИХ ЗАГРОЗ**

Науково-аналітична доповідь

*За науковою редакцією
Миколи Миколайовича Слюсаревського,
Лідії Георгіївни Чорної,
Світлани Леонідівни Чуніхіної*

2-ге видання, доповнене і перероблене

Літературне редагування *Тамари Кузьменко*

Дизайн обкладинки *Сніжани Даневич*

Адреса Інституту: 04070, м. Київ вул. Андріївська, 15
E-mail: info@issp.org.ua
Сайт: <https://issp.org.ua>

Підписано до друку 30.05.2026 р. Тираж 300 прим.
Гарнітура Times New Roman. Авт. арк. 3,8

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