

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ФІЛОСОФІЇ, СОЦІОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ
СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: студентка 2 курсу 211М групи

Спеціальності 231 Соціальна робота

Освітньо-професійної програми «Соціальна робота»

Олена ЗИК

Керівник: Володимир ГУРІЧ, доцент

Рецензент:

Івано-Франківськ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В ДІТЕЙ.....	7
1.1 Наукові підходи до тлумачення поняття «посттравматичний стресовий розлад» у дітей.....	7
1.2 Причини, симптоми та прояви посттравматичного стресового розладу у дітей.....	12
1.3 Підходи до реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом.....	17
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТА ПІДХОДИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ.....	22
2.1 Травмуюча ситуація та її наслідки.	22
2.2 Підходи до роботи з подолання ПТСР.	28
2.3 Особливості застосування методів соціальної реабілітації при роботі з ПТСР.....	34
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ.....	42
3.1 Опис авторської програми соціальної реабілітації для дітей з ПТСР.....	42
3.2 Супровід та підтримка дітей та їх родин у процесі соціальної реабілітації.	4949
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	57
ДОДАТКИ	
Додаток А. Кодекс академічної доброчесності.....	64

ВСТУП

Протягом життя людина переживає безліч подій, стикається з багатьма проблемами різних типів та рівнів. Часто трапляються випадки, після яких людина переживає сильні емоції, стрес. Вплив травми є одним із найважливіших і найпоширеніших факторів ризику психічного та фізичного погіршення здоров'я. Тривалий або надмірний вплив стресу підвищує ризик різноманітних психічних і фізичних симптомів, що призводить до стану, відомого як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Основним фактором розвитку посттравматичного стресового розладу є вплив стресового фактору, який різним чином, разом із перитравматичними станами, впливає на прогресування та тяжкість захворювання. Будь-яка ситуація, яку людина вважає травматичною, може спричинити ПТСР.

Ще більш вразливими до таких подій є діти. У значній кількості дітей і підлітків, які зазнали травматичних подій, розвиваються симптоми посттравматичного стресу (ПТС), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші поширені наслідки, пов'язані з травмою, включаючи депресивні розлади, тривожні розлади та зовнішні розлади поведінки.

Наразі питання соціальної реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом є одним з пріоритетних. Проблема посттравматичного стресового розладу й необхідності його постійного подолання загострюється у сучасних умовах соціального життя в Україні.

Дослідження посттравматичних стресових розладів, які були проведені раніше, здебільшого виконані в межах медичного, загально-психологічного і медико-психологічного профілю (І. Горбаченко, І. Іванова, В. Данилова, О. Мельник, В. Макаренко та ін.). Низка

досліджень присвячена з'ясуванню особливостей переживання стресу в умовах воєнного стану (Г. Герило, Ю. Луценко, І. Корнієнко, І. Поспелова та ін.)

Посттравматичні стресові розлади вивчаються переважно з позицій психології емоційної сфери особистості з виділенням різних рівнів – загальнопсихологічного і прикладного – дослідження переживань (І. Марціновська, Д. Марценковський, К. Рамделл, А. Сміт, М. Марсак, А. Гільденбранд та ін.).

Серед факторів, які зумовлюють імовірність виникнення посттравматичних психічних розладів, виділені такі, як особливості реагування на стресові події (А. Романча, І. Міллер-Графф), специфіки особистісного профілю, окремих рис характеру (І. Олійник, Ж. Шарко, С. Субота), тип соціально-психологічної дезадаптації (І. Трубавіна, Дж. Фелітті та ін.). Дослідження науковців дозволили активізувати основні напрями й проблеми вивчення посттравматичних стресових розладів особистості – медико-психологічні, соціально-психологічні, психолого-педагогічні.

З урахуванням актуальності проблеми соціальної реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом та загострення ситуації в сучасних умовах життя населення України, нами обрано тему дослідження **«Соціальна реабілітація дітей з посттравматичним стресовим розладом»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційну роботу виконано відповідно до наукової теми кафедри філософії, соціології та соціальної роботи «Сучасні технології формування професійної активності в умовах трансформації сучасного українського суспільства» (державний реєстраційний № 0117U006790). Тему роботи обговорено та затверджено на засіданні кафедри філософії, соціології та соціальної роботи та наказом по Херсонському державному університету.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати поняття посттравматичного стресового розладу у дітей, дослідити сучасні принципи та підходи до реабілітації дітей з ПТСР; розробити авторську програму соціальної реабілітації.

Завдання дослідження:

1. Зробити теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу у дітей.
2. Обґрунтувати причини, симптоми та прояви ПТСР у дітей.
3. Розглянути підходи до реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом.
4. Проаналізувати сучасні принципи та підходи соціальної реабілітації дітей з ПТСР.
5. Описати особливості застосування методів соціальної реабілітації при роботі з ПТСР.
6. Розробити програму соціальної реабілітації для дітей з посттравматичним стресовим розладом.
7. Проаналізувати питання супроводу та підтримки дітей та їх родин у процесі соціальної реабілітації.

Об'єкт дослідження: розвиток посттравматичного стресового розладу у дітей.

Предмет дослідження: індивідуально-психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу дітьми.

Методи дослідження: теоретичні методи – узагальнення, аналіз, синтез, порівняння та класифікація літературних джерел; моделювання - для розробки програми щодо соціальної реабілітації дітей з ПТСР.

Практичне значення дослідження полягає в розробці авторської програми соціальної реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом.

Апробація результатів роботи. Матеріали дослідження обговорювались під час засідань кафедри філософії, соціології та

соціальної роботи та попереднього захистів кваліфікаційної роботи на засіданні кафедри (протоколи від 20.10.2020 р. № 3, від 07.09.2021 р. №2). За результатами дослідження підготовлено до друку наукову статтю на тему: «Соціальна реабілітація дітей з посттравматичним стресовим розладом», що вийшла в електронному альманасу «Магістерські студії» (2023).

Структура кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, восьми підрозділів, висновків та списку використаних джерел, який містить 47 найменувань.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В ДІТЕЙ

1.1. Наукові підходи до тлумачення поняття «посттравматичний стресовий розлад» у дітей.

У розумінні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей важливим підходом є невробіологічний. Цей підхід акцентує на ролі біохімічних та нейрологічних процесів у розвитку та проявах цього розладу.

Роль гормонів і нейромедіаторів вивчається як ключовий аспект невробіологічного підходу. Вчені досліджують вплив таких біохімічних речовин, як адреналін, норадреналін, серотонін та ГАВА на розвиток ПТСР у дітей. Підвищені рівні адреналіну та норадреналіну, що виникають під час стресу, можуть впливати на формування симптомів ПТСР.

Функціональні зміни в мозку також важливі для розуміння невробіологічного підходу. За допомогою методів нейроімеджингу, таких як функціональна магнітно-резонансна томографія (fMRI), встановлено зміни в активності різних частин мозку у дітей з ПТСР. Зазвичай ці зміни спостерігаються в областях, відповідальних за регуляцію стресової відповіді, обробку емоцій та контроль над емоціями.

Невробіологічний підхід відкриває можливості для кращого розуміння фізіологічних аспектів ПТСР та розвитку ефективних методів лікування. Результати досліджень у цій області можуть допомогти визначити можливі цілі для медикаментозного втручання та інших терапевтичних методів для дітей, які страждають від ПТСР [7].

Продовжуючи розгляд невробіологічного підходу до розуміння ПТСР у дітей, важливо враховувати, що цей підхід розглядає взаємозв'язок між біохімічними та нейрологічними факторами з

психічним станом дітей, які пережили травматичні події. Деякі ключові аспекти цього підходу включають:

1. **Гормони і стрес:** Важливо враховувати, що під впливом стресу організм виділяє гормони, такі як кортизол та адреналін, які можуть впливати на реакцію на стрес та на загальний стан дитини. Надмірний викид цих гормонів може бути пов'язаним з розвитком ПТСР.

2. **Нейромедіатори і настрої:** Біохімічні речовини, які передають сигнали у мозку, такі як серотонін і ГАВА, грають важливу роль у регуляції настрою та емоційного стану. Дефіцит або дисрегуляція цих нейромедіаторів може сприяти розвитку симптомів депресії та тривожності, які часто спостерігаються у дітей з ПТСР.

3. **Зміни в мозку:** Нейроімеджингові дослідження свідчать про зміни в активності та структурі різних частин мозку у дітей з ПТСР. Особливо зазначаються зміни в амігдалі, яка відповідає за обробку страху та емоцій, та в передній частині кори головного мозку, яка відповідає за прийняття рішень та регуляцію емоцій [13].

Цей підхід до розуміння ПТСР важливий для того, щоб розвивати більш точні та специфічні методи діагностики та лікування ПТСР у дітей. Дослідження в цій галузі тривають, і вони можуть сприяти подальшому покращенню ефективності інтервенцій та підходів до допомоги дітям, які страждають від цього розладу.

1. **Біохімічні процеси і гормони:** Переживання травматичних подій може викликати зміни в біохімічних процесах у мозку дітей. Наприклад, під час стресу мозок активно виділяє гормони стресу, такі як кортизол і адреналін. Великий викид цих гормонів може призвести до гіперзбудження, тривожності і інших симптомів ПТСР.

2. **Нейромедіатори та емоції:** Іншим аспектом є роль нейромедіаторів, які регулюють комунікацію між нейронами у мозку.

Наприклад, дефіцит серотоніну може бути пов'язаним зі симптомами депресії та тривожності. У дітей з ПТСР спостерігають порушення роботи цих нейромедіаторів, що впливає на їхні емоційні стани.

3. Нейроімеджингові дослідження: За допомогою функціональної магнітно-резонансної томографії (fMRI) та інших методів нейроімеджингу вивчається активність різних частин мозку у дітей з ПТСР. Зміни в амігдалі, гіпокампусі та корі головного мозку є загальними ознаками цього розладу. Ці зміни свідчать про вплив травматичних подій на нейрологічну функцію.

4. Генетична спадковість: Важливо також враховувати, що спадкові фактори можуть впливати на схильність дитини до розвитку ПТСР через її біологічну спадковість. Деякі гени можуть збільшувати вразливість до стресу та травматичних подій.

5. Лікування і терапія: Невробіологічний підхід також впливає на розробку та вдосконалення методів лікування ПТСР у дітей. Фармакотерапія, яка впливає на біохімічні процеси у мозку, і психотерапевтичні методи можуть бути використані для полегшення симптомів та покращення психічного стану дітей [30].

Все це демонструє, що розуміння невробіологічних аспектів ПТСР у дітей є складним і мультидисциплінарним завданням, яке вимагає співпраці між психологами, психіатрами, невробіологами та іншими фахівцями. Невробіологічний підхід допомагає встановити зв'язок між фізіологічними процесами в мозку та розвитком ПТСР, що є ключем до розробки більш ефективних методів лікування та підтримки для дітей, які страждають від цього розладу.

Вплив оточуючого середовища є важливим фактором у розвитку та подоланні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей. Соціокультурні чинники, які включають в себе підтримку від родини,

виховання та доступ до психологічної допомоги, можуть впливати на ризик виникнення та перебіг ПТСР наступним чином:

1. *Підтримка від родини*: відносини в сім'ї та підтримка з боку батьків грають критичну роль у реакції дитини на травматичну подію. Діти, які мають підтримку та відкриту комунікацію з батьками або іншими опікунами, можуть краще справлятися зі стресом та розвивати більш адаптивні стратегії для подолання травматичних досвідів.

2. *Виховання та педагогічні підходи*: підходи до виховання та способи вирішення конфліктів в сім'ї можуть впливати на здатність дитини ефективно подолати стрес та травматичні події. Позитивне та підтримуюче виховання може зменшити ризик розвитку ПТСР.

3. *Доступ до психологічної допомоги*: доступність психологічної підтримки та професійної допомоги може бути критично важливою для дітей, які пережили травматичні події. Очевидно, що дитина, яка має можливість отримати психологічну допомогу після травматичного досвіду, може краще впоратися зі стресом і має більше шансів уникнути розвитку ПТСР [3].

Отже, оточуюче середовище, включаючи підтримку від родини, методи виховання та доступ до психологічної допомоги, має суттєвий вплив на розвиток і подолання ПТСР у дітей. Підтримка та допомога з боку сім'ї та професіоналів можуть визначати подальше психічне здоров'я та благополуччя дитини після травматичного досвіду.

Важливо відзначити, що спадковість не є єдиним фактором, який впливає на розвиток ПТСР. Спадковість може взаємодіяти з іншими факторами, такими як середовище, соціальні умови і психосоціальні чинники, що також грають роль у виникненні та розвитку ПТСР.

Дослідження в галузі спадковості ПТСР триває, і важливо розуміти, що розвиток цього розладу є складним процесом, вплив на який має багато факторів, включаючи генетичні та навколишні.

У висновку до розуміння посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей можна підкреслити наступні ключові моменти:

1. **Невробіологічний підхід** є одним із важливих аспектів в дослідженні та розумінні ПТСР у дітей. Він зосереджується на ролі біохімічних та нейрологічних факторів у розвитку та проявах цього розладу.

2. **Гормони і нейромедіатори** грають важливу роль у реакції на стрес та розвитку ПТСР. Дефіцит чи перевищення таких речовин, як кортизол, адреналін, серотонін і ГАБА, може впливати на емоційний стан дитини.

3. **Нейроімеджингові дослідження** допомагають виявити зміни в активності та структурі мозку у дітей з ПТСР. Це сприяє кращому розумінню фізіологічних аспектів цього розладу.

4. **Спадковість** також може впливати на схильність дітей до розвитку ПТСР через спадкові фактори.

5. Розуміння **невробіологічних аспектів ПТСР** у дітей є важливим для розробки ефективних методів діагностики та лікування. Цей підхід може допомогти розробити більш точні та індивідуалізовані підходи до допомоги дітям, які страждають від цього розладу [28].

1.2 Причини, симптоми та прояви посттравматичного стресового розладу у дітей.

Діти можуть переживати певні стресові події, які впливають на їхні думки та почуття. У більшості випадків вони швидко і ефективно одужують. Проте, іноді, діти, які переживають сильний стрес, наприклад, через травму, смерть або загрозу смерті близького члена сім'ї чи друга, або внаслідок насильства, зазнають тривалого впливу. Дитина може пережити цю травму безпосередньо, або стати свідком того, що це сталося з кимось іншим. Коли у дітей розвиваються тривалі симптоми (довше одного місяця) від такого стресу, які засмучують, або заважають їхнім відносинам і діяльності, у них може бути діагностовано посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це психічний розлад, який може розвинути у деяких дітей і підлітків після травматичної події. Травматичні події можуть включати інциденти, які призводять до серйозної шкоди собі або іншим, включаючи нещасні випадки, стихійні лиха, сексуальні чи фізичні травми, стихійні лиха та насильство.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є проблемою психічного здоров'я. Це може вражати людей будь-якого віку. У дитини з ПТСР постійно виникають страшні думки та спогади про минулі події. Він або вона вважає цю подію жахливою, фізично чи емоційно.

Симптоми посттравматичного стресового розладу зазвичай поділяють на чотири типи: нав'язливі спогади, уникнення, негативні зміни в мисленні та настрої, а також зміни у фізичних та емоційних реакціях. Симптоми можуть змінюватися з часом або відрізнятися від людини до людини [37].

Симптоми *нав'язливих спогадів* можуть включати:

повторювані, небажані тривожні спогади про травматичну подію;

повторне переживання травматичної події, ніби вона повторюється (флешбеки);

кошмари про травматичні події;

сильний емоційний стрес або фізична реакція на те, що нагадує про травматичну подію.

Симптоми *уникнення* можуть включати:

намагання уникати думок або розмов про травматичну подію;

уникання місць, заходів або людей, які нагадують про травматичну подію.

Симптоми *негативних змін у мисленні та настрої* можуть включати:

негативні думки про себе, інших людей або світ;

безнадія щодо майбутнього;

проблеми з пам'яттю, включаючи не запам'ятовування важливих аспектів травматичної події;

складнощі в підтримці близьких стосунків;

почуття відірваності від родини та друзів;

відсутність інтересу до занять, які колись подобалися;

труднощі з переживанням позитивних емоцій;

почуття емоційного заціпеніння.

Симптоми *змін у фізичних та емоційних реакціях* (також звані симптомами збудження) можуть включати:

легко лякатися або відчувати страх;

завжди бути на сторожі небезпеки;

саморуйнівна поведінка;

проблеми зі сном;

проблеми з концентрацією;

дратівливість, спалахи гніву або агресивна поведінка;

сильне почуття провини або сорому.

У дітей віком до 6 років ознаки та симптоми також можуть включати:

відтворення травматичної події або аспектів травматичної події через гру;

страшні сни, які можуть включати або не включати аспекти травматичної події.

Симптоми ПТСР можуть змінюватися за інтенсивністю з часом. Дитина може мати більше симптомів посттравматичного стресового розладу, коли вона перебуває в загальному стресі або коли натрапляє на нагадування про те, через що вона пройшла. Наприклад, може почути звук автомобіля та знову пережити досвід болю. Або може побачити репортаж про сексуальне насильство в новинах і відчутти, що переймають спогади про власне насильство [24].

Симптоми ПТСР можуть виникнути незабаром після стресової події. Або вони можуть не відбутися протягом 6 місяців або довше. Деякі діти з ПТСР мають довгострокові наслідки. Вони можуть відчувати емоційне заціпеніння протягом дуже тривалого часу. ПТСР у дітей часто стає довготривалою (хронічною) проблемою.

Діти з посттравматичним стресовим розладом часто стають надмірно пильними, постійно скануючи оточення на предмет можливих небезпек. Підлітки можуть бути особливо схильні до ризикованої поведінки, як-от вживання психоактивних речовин або самоушкодження.

Чому в одних травмованих дітей розвивається ПТСР, а в інших ні? Ризик розвитку ПТСР у дитини залежить від кількох факторів, зокрема:

Уявна серйозність травми. Діти, у яких розвивається посттравматичний стресовий розлад після укусу собаки, можуть одужати швидше, ніж ті, кого викрали або зазнали сексуального насильства. Тим не менш, досвід кожної дитини унікальний, і її реакції будуть різними.

Частота травми. Діти, які знову і знову зазнавали травми, можуть реагувати зовсім по-різному від тих, хто пережив одну жахливу подію.

Близькість дитини до травми. Вдома траплялися погані речі? Десь неподалік? В школі? Або набагато далі? Від цього також залежить реакція дитини на ті, чи інші події.

Стосунки з жертвою. Діти, які стали прямими жертвами травми, можуть зіткнутися з набагато вищим ризиком розвитку посттравматичного стресового розладу, ніж ті, хто був лише свідком травматичних подій. Однак діти, які бачать або чують болісні речі, можуть відчувати сором за те, що вони не можуть нічого зробити, щоб зупинити їх або допомогти жертвам. Звинувачення, сором і провина будуть більшим тягарем для дітей, які стали свідками насильства чи жорстокого поводження.

Чи може посттравматичний стресовий розлад у дитинстві проявитися через довгий час після травматичної події? Так. Насправді діти можуть реагувати на травму через 6 місяців або більше після того, як вона сталася, або, у випадку триваючої травми, навіть через роки після події. Це може відображати зусилля мозку керувати або пригнічувати непереборні спогади та пов'язані з ними емоції.

Оскільки діти, які пережили травматичний стрес, можуть виглядати неспокійними, метушливими або мати проблеми з увагою та організованістю, симптоми травматичного стресу можна сплутати з симптомами синдрому дефіциту уваги/гіперактивності.

Приклади подій, які можуть спричинити ПТСР, включають:

фізичне, сексуальне чи емоційне жорстоке поводження;

бути жертвою чи свідком насильства чи злочину;

важка хвороба або смерть близького члена сім'ї або друга;

природні або техногенні катастрофи;

важкі автомобільні аварії, ДТП [15].

Не кожна дитина чи підліток, які пережили травму, отримують ПТСР. ПТСР діагностується, лише якщо симптоми зберігаються більше 1 місяця та негативно впливають на життя дитини та її функціонування. У тих, хто страждає на ПТСР, симптоми найчастіше виникають протягом 3 місяців після травматичної події. Але вони також можуть початися через місяці або роки.

1.3. Підходи до реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом

Посттравматичний стресовий розлад, як відомо, сьогодні є поширеним не лише серед дорослих, але й серед дітей. Травмуючі ситуації різного ступеня складності негативно впливають на маленьку людину, у результаті чого формується посттравматичний стресовий розлад. Усе це зумовлює необхідність проведення спеціальних заходів, які будуть відігравати роль реабілітації дітей та покращувати їх самопочуття в усіх аспектах.

Загалом, наразі у наукових колах існує низка поглядів на питання реабілітації дітей, що страждають на посттравматичний стресовий розлад. У цілому, можна сказати, що реабілітація є комплексом дій, спрямованих на покращення загального стану дитини з ПТСР. Дані заходи дають можливість усунути наявні проблеми, що проявляються з педагогічної, психологічної та соціальної точки зору та унеможливають повноцінне функціонування дитини у межах даних сфер. Таким чином, сьогодні виділяють наступні напрямки реабілітації [20]:

- психологічна реабілітація. Являє собою систему заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психічного й особистісного здоров'я, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження людини;
- психолого-педагогічна реабілітація – спрямована на формування способів оволодіння знаннями, уміннями й навичками (які стосуються, зокрема, процесів: формування адекватної самооцінки своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки тощо) через системну навчально-виховну роботу;
- соціальна реабілітація. спрямована на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі в житті, відновлення її

соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності через соціально-довкільну орієнтацію та соціально-побутову адаптацію, соціальне обслуговування, задоволення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації.

Іноземні дослідники, вивчаючи питання реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом, що постраждали у результаті війн на Близькому Сході, довели ефективність застосування методів комплексної психологічної, психолого-педагогічної та соціальної реабілітації, які передбачали використання методик, які мали не лише безпосередній вплив на відновлення дітей, але й були спрямовані на їх навчання. Усе це було ефективним за рахунок того, що діти оволодівали навичками надання самопомоги, завдяки чому реабілітація ПТСР є більш ефективною. Окрім цього, реабілітація дітей з ПСТР дозволила дітям набути нові соціальні навички і навички подолання труднощів, які необхідні в умовах післявоєнного і поточного конфлікту. Таким чином, одним із ефективних напрямків реабілітації дітей з ПТСР є проведення комплексної реабілітації, що дозволить покращити психічний стан дитини, її навчальні та соціальні функції [43].

Також інші дослідники ефективним методом реабілітації дітей з ПТСР вважають використання психологічної реабілітації, яка заснована на травмофокусованій терапії. Така терапія полягає в тому, щоб допомогти людям виправити перебільшені або ірраціональні моделі мислення (тобто когнітивні викривлення) і мінімізувати симптоми ПТСР (наприклад, нав'язливі думки, уникнення) шляхом впливу на нагадування про травматичну подію. Окрім цього, така терапія зосереджена насамперед на дитячо-батьківських стосунках, розвиваючи навички дитячо-батьківської життєстійкості, комунікації, позитивного батьківства та здатності батьків/опікунів сприяти безпеці. Таким чином, важливим, на думку іноземних дослідників, є застосування

психологічної реабілітації, що спрямована на використання методу травмофокусної терапії, як одного з важливих та сучасних методів психотерапії при боротьбі з ПТСР [42].

Окрім цього, використовують також і інші методи психотерапії у процесі здійснення психологічної реабілітації. Одним із таких є терапія благополуччя. Також використовують когнітивно-поведінкову та когнітивну терапію, використання яких наразі є ефективним [26; 47].

У якості прикладу використання когнітивно-поведінкової терапії необхідно розглянути приклад її використання з дітьми, що страждають на ПТСР. Так, спочатку необхідно створити наратив про травму. Після створення наративу про травму (це можна зробити різними способами – написати історію, або деякі діти роблять це за допомогою мультфільмів чи малюнків), цим наративом потрібно поділитися з людиною, що піклується про дитину. І це дійсно важливий процес, оскільки такі переживання та думки не залишаються лише в голові дитини, адже батьки та дитина мають спосіб говорити та спілкуватися про ці речі.

Окрім цього, зазначимо, що ефективним напрямком реабілітації дітей з ПТСР є соціальна реабілітація. У випадку реабілітації дітей з ПТСР соціальна реабілітація має бути спрямована на комплексне відновлення дитини – психічного стану і благополуччя, соціальних функцій, здатності до спілкування, соціальної поведінки в оточенні тощо. Завдяки даному напрямку реабілітації існує можливість повернути дітей у реальне життя, надавши їм можливість навчатись, спілкуватись, а також бути активними членами суспільства [31].

Також іноземні дослідники на прикладі військових, що страждають на ПТСР, звертають увагу на те, що соціальна реабілітація може буту використана у комплексі з психологічною реабілітацією. У такому випадку передбачається безпосереднє втручання психолога або психотерапевта з метою проведення спеціальної терапії у межах реабілітаційних дій, і також передбачає втручання, спрямовані на

покращення роботи, підтримки сім'ї, освіти, житла та більш широкої життєдіяльності, які, на їх думку, матимуть значну користь [44].

Разом з тим, зазначимо, що інші іноземні дослідники також виділяють переваги використання соціальної підтримки як різновиду соціальної реабілітації з дітьми. Таким чином, підвище у процесі реабілітації соціальна підтримка сприяє більшому зменшенню симптомів ПСТР під час його реабілітації [36].

Також дослідники зазначають, що складовою соціальної реабілітації дітей з ПТСР може бути соціальна підтримка з боку оточення – батьків, друзів, родичів тощо. Завдяки цьому існує кореляція між зменшенням симптомів та зростанням соціальної підтримки у процесі реалізації та лікування ПТСР, що визначає важливість застосування такого різновиду соціальної реабілітації. Разом з тим, дослідження показують, що соціальна реабілітація є ефективним культурно-релевантним засобом у зменшенні симптомів ПТСР у дітей [46].

Варто зазначити, що, на думку дослідників, психологічна реабілітація може виступати як у якості самостійного напрямку реабілітації дітей, що страждають на посттравматичний стресовий розлад, так і у якості складової соціальної реабілітації. Таким чином, зазначимо, що психологічна реабілітація є невід'ємною частиною соціальної реабілітації і разом вони утворюють психосоціальну реабілітацію. Власне соціальна реабілітація спрямована на відновлення та відновлення соціального статусу осіб з інвалідністю, жертв війни, полону та катувань тощо. Однак без відновлення довіри людини до себе, її емоційного стану, можливості розслабитися, оптимізму тощо, ефективність ізольованої соціальної роботи буде мінімальною. У такому разі реабілітація дітей, що страждають на посттравматичний стресовий розлад, найбільш ефективною є у тому випадку, коли вона є комплексом заходів, які спрямовані на реабілітацію за усіма трьома напрямками [45].

Останнім, нащо варто звернути увагу, є використання педагогічної реабілітації. Наразі педагогічна реабілітація широко використовується з метою усунення різних проблем, пов'язаних з психосоціальним розвитком людини [21].

Загалом, педагогічна реабілітація являє собою процес, що здійснюється шляхом цілеспрямованого застосування психолого-педагогічних засобів і прийомів із неодмінним використанням певних прикладних знань [25].

Отже, згідно з результатами теоретичного аналізу визначимо, що наразі існує низка підходів до організації та проведення заходів реабілітації дітей, що страждають на посттравматичний стресовий розлад. Враховуючи важливість теми в Україні та закордоном, було визначено головні особливості використання психологічної, педагогічної, психосоціальної та соціальної реабілітації дітей з ПТСР. Таким чином, існуючі сьогодні підходи цілком відповідають потребам дітей, що страждають на ПТСР.

РОЗДІЛ 2.

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТА ПІДХОДИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

2.1 Травмуюча ситуація та її наслідки

Роль травмуючої ситуації (наприклад, фізичні напади, тортури, автомобільні аварії, зґвалтування) як етіологічного фактора психічних розладів була передбачена ще в XIX столітті П. Жане, З. Фрейдом і Й. Брейером під час Першої світової війни. Її було «відкрито заново» у XX столітті приблизно двадцять років потому після психологічних травм, завданих війною у В'єтнамі, і «відкритого» обговорення сексуальних насильств і зґвалтувань рухом за визволення жінок. 1980 рік став головним переломним моментом, коли з включенням діагностичного конструкту посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у 3-є видання *Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-III)* було дано визначення основних діагностичних критеріїв (повторне переживання травматичної події, уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, і симптоми підвищеного збудження). Спочатку описаний як результат одноразового важкого травматичного інциденту, тепер було показано, що ПТСР провокують хронічні множинні травми.

Усвідомлення ролі психологічної травми як фактору, що сприяє виникненню психічних розладів, то зростало, то слабшало протягом останнього століття. Вивчення травматичного походження емоційного стресу почалося в останні десятиліття XIX століття. У лікарні Сальпетрієра в Парижі Жан Мартен Шарко (1887) вперше припустив, що симптоми пацієнтів, яких тоді називали «істеричними», походять від історії травм. У своїх перших чотирьох книгах учень Шарко П'єр Жане описав 591 пацієнта, 257 з яких мали травматичне походження

психопатології [380]. Жане був першим, хто припустив, що під час травматичних подій люди відчувають «палкі емоції», які перешкоджають інтеграції переважного досвіду. Натомість травматичні спогади (і дії, пов'язані з ними) відокремлюються (відокремлюються) від повсякденної свідомості та від довільного контролю: вони «нездатні зробити виклад, який ми називаємо наративною пам'яттю, і все ж вони залишаються перед (проти) складна ситуація» [41]. Жане описував, як спогади про ці травми, як правило, поверталися не як історії про те, що сталося: вони відтворювалися у формі інтенсивних емоційних реакцій, агресивної поведінки, фізичного болю та тілесних станів, які можна було зрозуміти як повернення елементів травматичного досвіду.

Жане першим помітив, що травмовані пацієнти, схоже, реагували на нагадування про травму відповідями, які стосувалися початкової загрози, але наразі не мали адаптивної цінності. Після впливу нагадувань травма реактивувалася у формі образів, почуттів і фізичних відчуттів, пов'язаних із травмою. Він припустив, що коли пацієнти не в змозі інтегрувати травматичний досвід у сукупність свого особистого усвідомлення, у них, здається, також виникають проблеми із засвоєнням нового досвіду: «це ... ніби їхня особистість остаточно зупинилася на певній точці і не може більше розширюватися шляхом додавання або асиміляції нових елементів» [41]. «Здається, всі (травмовані) пацієнти перевірили еволюцію їхнього життя; вони прив'язані до непереборної перешкоди». Жане припустив, що спроби утримати фрагментовані травматичні спогади від свідомого усвідомлення підірвали психологічну енергію цих пацієнтів. Це, у свою чергу, заважало здатності брати участь у цілеспрямованих діях і вчитися на досвіді. Якщо дисоційовані елементи травми не були інтегровані в особисту свідомість, пацієнт, швидше за все, відчував повільне зниження особистого та професійного функціонування [8].

Реакція людини на психологічну травму є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я у світі. Травматичні події, такі як сімейне та соціальне насильство, зґвалтування та напади, катастрофи, війни, нещасні випадки та хижацьке насильство, стикаються з людьми з таким жахом і загрозою, що це може тимчасово або назавжди змінити їх здатність справлятися з ними, їх сприйняття біологічної загрози та їхні уявлення про себе. У травмованих осіб часто розвивається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), розлад, при якому спогад про травматичну подію починає домінувати у свідомості жертв, позбавляючи їхнього життя сенсу та задоволення[2]. Травмологічні ситуації впливають не лише на психологічне функціонування: наприклад, дослідження майже 10 000 пацієнтів у медичному закладі [34] показали, що люди з історією жорстокого поводження з дітьми демонструють у 4-12 разів більший ризик розвитку алкоголізму, депресії, зловживання наркотиками та спроб самогубства, у 2-4 рази більший ризик куріння, більше 50 статевих партнерів і захворювань, що передаються статевим шляхом, в 1,4-1,6 рази більший ризик гіподинамії та ожиріння, і в 1,6-2,9 разів більший ризик ішемічної хвороби серця, раку, хронічних захворювань легенів, переломів скелета, гепатиту, інсульту, діабету та захворювань печінки.

Коли люди стикаються з небезпечним для життя чи іншим травматичним досвідом, вони в першу чергу зосереджуються на виживанні та самозахисті. Вони відчують суміш заціпеніння, замкнутості, розгубленості, шоку та безмовного жаху. Деякі жертви намагаються впоратися, вживаючи заходів, тоді як інші відмежовуються. Жодна реакція абсолютно не запобігає подальшому розвитку посттравматичного стресового розладу, хоча орієнтоване на проблему подолання зменшує ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу, тоді як дисоціація під час травматичної події є важливим предиктором розвитку наступного посттравматичного стресового

розладу[35]. Чим довше триває травматичний досвід, тим більша ймовірність, що жертва відреагує дисоціацією.

У 1980 році діагноз посттравматичний стресовий розлад був сконструйований для включення до «Діагностичного і статистичного посібника із психічних розладів» (3-є видання (DSM-III)), щоб охопити психопатологію, пов'язану з травматизацією. Протягом багатьох років численні дослідження показали, що діагностична конструкція посттравматичного стресового розладу є клінічно значущою для осіб, які зазнали одноразових травм, таких як зґвалтування, фізичні напади, тортури та автомобільні аварії. Однак також стало зрозуміло, що в клінічних умовах більшість пацієнтів, які шукали лікування, піддавалися різноманітним травматичним подіям протягом свого життя та страждали від різноманітних психологічних проблем, лише деякі з яких охоплюються визначенням ПТСР. До них відносяться дисрегуляція афектів, агресія проти себе та інших, амнезія та дисоціація, соматизація, депресія, недовіра, сором і ненависть до себе. Ці та інші проблеми можна концептуалізувати як супутні захворювання [1].

Діагноз ПТСР характеризується трьома основними елементами:

- *повторне переживання спогадів про травматичний досвід*. Як правило, включає інтенсивні сенсорні та візуальні спогади про подію, які часто супроводжуються надзвичайним фізіологічним і психологічним стресом, а іноді й відчуттям емоційного заціпеніння, під час якого зазвичай немає фізіологічного збудження. Ці нав'язливі спогади можуть виникати спонтанно або можуть бути викликані рядом реальних і символічних подразників;

- *уникнення нагадувань про травму, а також емоційного заціпеніння, відстороненості та емоційного притуплення* часто співіснують із нав'язливими спогадами. Це пов'язано з нездатністю відчувати радість і задоволення, а також із загальним відходом від участі

в житті. З часом ці ознаки можуть стати домінуючими симптомами ПТСР.

Модель *підвищеного збудження* є третім елементом ПТСР. Це виражається підвищеною пильністю, дратівливістю, проблемами з пам'яттю та концентрацією, розладами сну та перебільшеною реакцією здивування. У більш хронічних формах розладу ця модель гіперзбудження та уникнення може бути домінуючою клінічною ознакою. Підвищене збудження призводить до того, що травмовані люди легко впадають у стрес через несподівані подразники. Їхня схильність знову переживати травматичні спогади ілюструє, як їхнє сприйняття стає надмірно зосередженим на мимовільному пошуку подібності між теперішнім і їхнім травматичним минулим. Як наслідок, багато нейтральних переживань переосмислюються як пов'язані з травматичним минулим.

Коли у людини розвивається посттравматичний стресовий розлад, повторне непрохане повторне переживання травми у візуальних образах, емоційних станах або кошмарах призводить до постійного повторного впливу жаху травми. На відміну від реальної травми, яка мала початок, середину та кінець, симптоми ПТСР набувають позачасового характеру. Самі травматичні втручання жахають: вони заважають мати справу з минулим, водночас відволікаючи від можливості зосередитися на сьогоднішні. Цей непередбачуваний вплив небажаних спогадів про травму зазвичай призводить до різноманітних (зазвичай дезадаптивних) маневрів уникнення, починаючи від уникнення людей або дій, які нагадують про травму, до зловживання наркотиками та алкоголем, емоційної відстороненості від друзів або діяльності, яка раніше була потенційним джерелом розради. Проблеми з увагою та концентрацією заважають особам з ПТСР активно та енергійно займатися навколишнім середовищем. Нескладні дії, такі як читання, розмова та перегляд телевізора, вимагають додаткових зусиль. Ця втрата здатності

зосереджуватися, у свою чергу, часто призводить до проблем із прийняттям однієї справи за раз і стає на шляху організації свого життя, щоб повернути його на правильний шлях.

Століття вивчення травматичних спогадів показує, що вони в першу чергу закарбовуються в сенсорному та емоційному режимах, хоча семантичне представлення спогадів може співіснувати з сенсорними спогадами; ці сенсорні переживання часто залишаються стабільними з часом і не змінюються іншим життєвим досвідом; вони можуть повертатися, викликані нагадуваннями, у будь-який час життя людини з такою яскравістю, ніби суб'єкт переживав усі заново; ці сенсорні відбитки, як правило, виникають у психічному стані, коли жертви можуть бути не в змозі точно сформулювати, що вони відчувають і думають [41].

Хоча трансформація спогадів про повсякденний досвід є нормою, спогади та інші чуттєві переживання посттравматичного стресового розладу, здається, не оновлюються та не приєднуються до іншого досвіду. За допомогою нагадування минуле можна знову пережити з негайною чуттєвою та емоційною інтенсивністю, яка змушує жертв відчувати, ніби подія повторюється знову. Пацієнти з посттравматичним стресовим розладом, схоже, залишаються вкоріненими у свою травму як сучасний досвід і часто стають «фіксованими на травмі». У той час як більшість пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом будують розповідь про свою травму, характерним для посттравматичного стресового розладу є те, що сенсорні елементи самої травми продовжують вторгатися у вигляді спогадів і кошмарів, змінених станів свідомості, у яких травма переживається заново, не інтегрована із загальним відчуттям себе. Оскільки травматичні спогади настільки фрагментовані, здається розумним постулювати, що екстремальне емоційне збудження призводить до відмови центральної нервової системи (ЦНС) синтезувати відчуття, пов'язані з травмою, в єдине ціле.

2.2. Підходи до роботи з подолання ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може розвиватися у дітей, які пережили травматичні події. Робота з такими дітьми вимагає обережності, терпіння та спеціалізованого підходу. ПТСР може бути діагностований у багатьох дітей і дорослих, які стали свідками воєнних конфліктів [13].

До основних критеріїв діагностики ПТСР включаються наступні:

- а) безпосереднє стикання або експозиція до смерті або загрози життю;
- б) інтрузивні симптоми, такі як нав'язливі спогади;
- в) стійке уникання травматичних спогадів та нагадувань про подію;
- г) негативні зміни в думках та настроях [22];
- д) зміни в реактивності;
- е) тривалість розладу протягом не менше одного місяця;
- є) важкий дистрес та вплив на різні аспекти життя;
- ж) відсутність зв'язку симптомів із впливом психоактивних речовин чи інших медичних причин [27].

Гострі психічні розлади характеризуються різними симптомами, включаючи дереалізацію та деперсоналізацію, тривожно-депресивні стани, реакції ейфоричного типу, obsесивно-фобічні розлади та інші. Тривалість таких станів може варіюватися від кількох тижнів до кількох місяців. Вони можуть зберігатися після того, як травматичні події завершуються та пацієнти повертаються до звичайного життя. Ці порушення є частиною ранньої стадії формування ПТСР [16].

Оксфордський підхід до когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії (СРТ-ТФ) є однією з модифікацій традиційної когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) і призначений для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Оксфордський підхід розвинувся на основі робіт групи психологів та психотерапевтів з Університету Оксфорда та інших наукових установ у

Великій Британії. Основна ідея полягає в тому, що СРТ-ТФ спрямований на працю з когнітивними та емоційними аспектами травматичних досвідів, щоб допомогти клієнту подолати ПТСР [40].

Основні принципи та елементи Оксфордського підходу до КПТ-ТФ включають наступні положення. *Емоційна регуляція*: першим кроком є навчання клієнта навичкам регулювання емоцій, особливо в ситуаціях, коли спостерігаються флешбеки або інші емоційні реакції на травматичні спогади.

Переробка травматичних спогадів: клієнти навчаються переробляти та змінювати негативні думки і переконання, пов'язані з травматичними досвідами. Це може включати в себе ідентифікацію і перегляд та переробку травматичних думок.

Інтеграція когнітивних та поведінкових підходів: терапевт використовує техніки КПТ, щоб допомогти клієнту перетворити свої когнітивні зразки та переконання та розробити здорові стратегії копіngu зі стресом.

Розробка індивідуалізованого плану лікування: терапевт працює з клієнтом над розробкою індивідуалізованого плану лікування, який враховує конкретні травматичні досвіди та потреби клієнта.

Зміцнення позитивних ресурсів: важливо звертати увагу на ресурси та міцні сторони клієнта для підтримки процесу відновлення.

Оксфордський підхід до СРТ-ТФ є ефективним методом лікування ПТСР, особливо в контексті війни або масових катастроф. Він допомагає клієнтам відновити контроль над своїми емоціями та думками, знизити симптоми ПТСР та покращити їхню якість життя. Слід пам'ятати, що ефективна терапія ПТСР вимагає професійного підходу та підтримки від ліцензованих психотерапевтів або психологів.

Когнітивна терапія ПТСР базується на авторській моделі посттравматичного стресового розладу Ехлерс-Кларка, у межах якої виокремлюються дві базові когнітивні особливості людей, що пережили

травматичну подію: специфічна природа травматичної пам'яті та негативні оцінки самої травми і її наслідків [23].

Когнітивна терапія (КТ) для ПТСР (посттравматичного стресового розладу) у дітей базується на моделі, яка спроектована для пояснення та розуміння психологічних процесів, що лежать в основі цього розладу. Модель посттравматичного стресового розладу з точки зору когнітивної терапії може бути взята за основу для розвитку інтервенцій для дітей з ПТСР. Однак важливо пам'ятати, що робота з дітьми вимагає специфічних методів та підходів, які враховують їхній вік та розвиток.

Корекція ПТСР у дітей найчастіше проводиться за допомогою когнітивно-поведінкової терапії, спрямованої на подолання травми. Когнітивна терапія ПТСР у дітей може включати наступні ключові аспекти: *оцінка ідентифікації ПТСР*, тобто першим кроком є оцінка симптомів та визначення, чи дитина відповідає критеріям ПТСР.

Розуміння когнітивних аспектів: важливо допомогти дитині розуміти, які думки та переконання можуть підтримувати її симптоми ПТСР. Наприклад, дитина може вірити, що вона винна у подіях, які стали причиною її травматичного досвіду [23].

Вивчення навичок копінгу: дітям надаються навички копінгу зі стресом, які допомагають їм керувати симптомами ПТСР та реагувати на стресуючі ситуації.

Експозиція: цей метод може використовуватися, щоб допомогти дитині повернутися до травматичної події і переробити її спогади та емоції. Експозиція може бути поступовою та контрольованою.

Розробка розуміння події: дитині може бути запропоновано розглядати травматичну подію з різних перспектив і розвивати більш адаптивний спосіб реагування на неї.

Сприяння розвитку безпечних думок і переконань: дитині навчаються розвивати позитивні та безпечні думки та переконання, які допомагають їй керувати страхом та тривогою.

Робота з батьками і сім'єю: важливо включити батьків та родину в терапевтичний процес, навчати їх, як підтримувати дитину та як впливати на її середовище.

Ці підходи можуть бути модифіковані та адаптовані для використання з дітьми в умовах війни, де існують особливі травматичні фактори. У таких умовах також важливо враховувати фізичну безпеку дітей та їхньої родини, а також вивчати культурні та соціальні аспекти, що впливають на психологічне відновлення дітей під час війни.

Фармакологічна терапія – це метод лікування, в якому використовуються ліки для покращення стану здоров'я пацієнта, зокрема для керування психічними станами та психічними розладами. У контексті лікування ПТСР (посттравматичного стресового розладу) та інших психічних розладів, фармакологічна терапія включає в себе використання психотропних ліків, які впливають на функціонування мозку та нервової системи з метою полегшення симптомів та покращення якості життя пацієнта [33].

Ось деякі популярні класи психотропних ліків, які можуть бути використані в фармакологічній терапії для ПТСР. *Антидепресанти:* Антидепресанти, зокрема інгібітори обратного захоплення серотоніну, такі як сертралін (Zoloft) або флуоксетин (Prozac), можуть використовуватися для зменшення симптомів тривожності та депресії, які часто супроводжують ПТСР.

Анксиолітики: ліки, такі як альпразолам (Xanax) або клоназепам (Klonopin), можуть бути призначені для керування тривожністю та панікою, які можуть виникнути внаслідок ПТСР.

Антипсихотики: у рідких випадках антипсихотики, наприклад, рисперидон (Risperdal), можуть бути використані для контролю втрати зв'язку з реальністю та симптомів, таких як галюцинації або паранойя.

Фармакологічна терапія має свої обмеження та побічні ефекти, тому вона має бути призначена лікарем-психіатром або іншим

кваліфікованим фахівцем, який врахує індивідуальні потреби та стан здоров'я кожного пацієнта. Вона часто використовується в поєднанні з іншими методами терапії, такими як психотерапія, для досягнення найкращих результатів у лікуванні ПТСР та інших психічних розладів.

У разі неефективності психологічних методик розглядається фармакологічне лікування. Фармакотерапія спрямовується на боротьбу з критичними симптомами: порушення сну, дратівливість, гіперзбудливість [33]. Застосування фармакологічної терапії дітей відбувається під контролем психіатра.

Отже, когнітивна терапія і фармакологічна терапія – це два з основних методів лікування ПТСР (посттравматичного стресового розладу) у дітей. Однак важливо розуміти, що ефективний підхід може варіювати в залежності від індивідуальних потреб і характеристик кожної дитини.

Когнітивна терапія (КТ) є одним із найбільш досліджених та ефективних підходів до лікування ПТСР у дітей. Вона спрямована на працю зі структурою думок, переконань та емоцій, які створюють та підтримують симптоми ПТСР. КТ може допомогти дітям переробити травматичні досвіди, навчити їх навичкам копіngu зі стресом та змінити негативні когнітивні патерни. Цей підхід може бути особливо корисним для дітей, які можуть виразити свої думки та емоції словами.

Фармакологічна терапія може бути рекомендована у випадках серйозного ПТСР або коли інші методи терапії не дають значущого покращення. Психотропні ліки, такі як антидепресанти або анксиолітики, можуть допомогти зменшити симптоми тривожності та депресії. Проте важливо застосовувати їх під наглядом лікаря та психіатра, і це має бути частиною комплексного лікування.

Помітно, що під час роботи з дітьми з ПТСР найкраще використовувати індивідуальний підхід. Кожна дитина має свої унікальні потреби та характеристики, і найкращим методом може бути

комбінація КТ, фармакологічної терапії, терапії гри, сімейної терапії та інших підходів. Важливо, щоб лікування було проведене кваліфікованими фахівцями в галузі дитячої психотерапії та психіатрії.

2.3 Особливості застосування методів соціальної реабілітації при роботі з ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це серйозна проблема, яка впливає на фізичне та психічне здоров'я людей, що пережили важкі травматичні події. Це може бути війна, стихійні лиха, насильство або інші види травм. Справедливо буде сказати, що соціальна реабілітація є важливою частиною роботи з людьми, які постраждали від ПТСР. Цей процес включає низку методів і стратегій, спрямованих на відновлення функціонування постраждалих у суспільстві та покращення якості їхнього життя.

Важливість дослідження даної теми визначається необхідністю вирішення актуальних практичних завдань, пов'язаних із соціально-психологічною адаптацією осіб, які пережили вражаючі ситуації під час своєї діяльності в екстремальних умовах. Ця актуальність обумовлена зростанням інцидентів катастрофічного характеру, збройних конфліктів і локальних воєн, що супроводжуються складними наслідками, які продовжують впливати на особистість та суспільство після завершення конфлікту.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виокремлюється серед ключових факторів, які ускладнюють адаптацію людей до звичайного життя після воєнних дій. Психологічні наслідки перебування в умовах воєнних дій порушують соціальну взаємодію та викликають психологічні, а часто і психічні порушення та проблеми. Втрата інтересу до суспільного життя, важкості в самоідентифікації та самоповазі стають складними наслідками військової травми. Такі психологічні травми призводять до соціальної дезорієнтації, зміни у сприйнятті світу та своєї соціальної ролі.

Зокрема, ПТСР може виникнути як наслідок стресових ситуацій, що виникають у процесі бойових дій, і залишатися активним навіть у віддаленому мирному періоді.

Отже, актуальність проблеми полягає у потребі суспільства в розробці ефективних стратегій соціальної реабілітації та психологічної людей, які стикаються із ПТСР. Тому у цій роботі ми розглянемо особливості та важливість застосування методів соціальної реабілітації при роботі з ПТСР, роль спеціалістів у цій сфері, основні завдання та стратегії реабілітації, а також вплив цього процесу на пацієнтів.

По-перше, соціальна робота є конкретною діяльністю, спрямованою на підтримку, розвиток та реабілітацію як індивідуальних осіб, так і соціальної суб'єктності в цілому. Вона визнається як процес, в якому індивід накопичує та реалізує свою життєздатність у всіх ключових сферах суспільства, а також розвиває свою здатність до самодопомоги.

Професійна сфера діяльності соціальних працівників спрямована на створення, відновлення та розвиток життєдіяльності окремої людини чи групи осіб, забезпечення їхнього індивідуального способу існування з обов'язковою інтеграцією у соціальні норми, традиції та принципи. У цьому контексті соціальну роботу можна розглядати як унікальну форму професійної діяльності, що реалізується у реальних життєвих ситуаціях особистості як специфічний аспект міжособистісних відносин.

На сучасному етапі розвитку соціальної роботи розуміння соціальної реабілітації тісно пов'язане із соціальним контекстом, що передбачає відновлення не лише фізичного та психічного здоров'я особистості, але й її інтеграцію в сучасне суспільство, сприяння отриманню статусу повноправного члена суспільства.

Потребу в подальшому розвитку сфери соціальної роботи визначено з урахуванням розширення поняття "соціальна реабілітація", яке повинно охоплювати не лише хворих та інвалідів, але і всіх, хто опинився у складних життєвих ситуаціях. Таким чином, поняття "соціальна реабілітація" слід розуміти як систему заходів, спрямованих

на відновлення соціальної функціональності усіх осіб, які мають ознаки соціальної дезадаптації.

Категорія "соціальне" включає кілька аспектів. По-перше, це внутрішня властивість, яка формується у процесі соціалізації та інтеграції особи в суспільство. По-друге, це взаємодія між суб'єктами, що виникає внаслідок виконання соціальних ролей. По-третє, це результат цієї взаємодії, який відображається в культурних, етичних, поведінкових, духовних та інших аспектах життя та становить специфіку суспільства та його процесів. [11]

Поняття "соціальна реабілітація" ще не має однозначного визначення, але на підставі Закону України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні" можна визначити його як систему заходів, спрямованих на створення умов для повернення особи до активного життя, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної та сімейно-побутової діяльності через соціальну орієнтацію та адаптацію. [6]

Загалом, соціальна реабілітація є складним процесом, в якому здійснюється поетапне досягнення мети - відновлення соціального статусу особи та її здатності до інтеграції в суспільство. Результативність цього процесу залежить від комплексної системи факторів та структур, включаючи організації, соціальні інститути, професіоналів та поблизьке оточення особистості.

В залежності від характеру та складності соціальних проблем, а також способів їх розв'язання, існує різноманітні підходи до класифікації видів соціальної реабілітації. У даному випадку, ми віддамо перевагу класифікації, запропонованій колективом авторів М. Коробова та В. Помнікова [17].

Класифікація видів соціальної реабілітації, запропонована вказаними авторами, включає такі категорії:

1. Побутова соціальна реабілітація: Цей вид реабілітації включає в себе комплекс заходів, спрямованих на відновлення навичок, необхідних для щоденної побутової діяльності.

2. Соціально-психологічна реабілітація: Цей вид реабілітації спрямований на відновлення індивідуально-особистісного статусу та формування здібностей і якостей, необхідних для успішного виконання різних соціальних ролей.

3. Педагогічна реабілітація: Цей вид реабілітації поєднує корекційне навчання та виховання, спрямовані на засвоєння особистістю певної системи знань, норм і цінностей, що дозволяють успішно функціонувати як рівноправний член суспільства.

4. Сімейна реабілітація: Цей вид реабілітації включає в себе різноманітні заходи, спрямовані на відновлення нормальних рольових функцій сімейних одиниць та підготовку до самостійного життя.

5. Рекреаційна реабілітація: Цей вид реабілітації надає можливість задоволення духовних та творчих інтересів особистості, а також враховує потреби в фізичному розвитку та самовдосконаленні.

Проводячи аналіз різних підходів до структури процесу соціальної реабілітації, також можна виокремити наступні концепції.

1. Концепція комплексної реабілітації — базується на розумінні реабілітації як процесу, що передбачає зміну стану самої особи та повернення її соціального статусу до певних початкових критеріїв. Ця концепція передбачає послідовний набір заходів, що охоплюють різні аспекти та сфери життєдіяльності особи. При цьому кожний напрям роботи в різних сферах розглядається як самостійний реабілітаційний процес.

2. Концепція нормалізації життєдіяльності — сприяє максимальному наближенню стилю життя особи та її сім'ї до норм, прийнятих у суспільстві. Ця концепція передбачає сприяння розвитку

можливостей, які дозволяють досягти соціально корисних цілей та максимально адаптувати життя особи до соціальних стандартів. [17]

Крім того, у рамках аналізу психологічних та соціологічних моделей соціальної реабілітації, представлених у працях Т. Семигіної та І. Миговича, можна виокремити різні моделі реабілітаційної роботи:

- Психологічні моделі соціальної реабілітації будуються на основі психодинамічного, біхевіористського, когнітивного, гуманістичного та екзистенційного підходів. Зазвичай вони базуються на психоаналітичній теорії, розробленій австрійським психологом та психіатром З. Фрейдом.

Особливе значення у впровадженні процесу реабілітації в соціальну сферу вказує аналіз концепції гештальттерапії, представленої американським психологом Ф. Перлзом [17]. Головними аспектами гештальт-психології є цілісний образ людини, взаємозв'язки між нею та оточуючим світом, а також її сприйняття світу.

- Екзистенційна модель соціальної реабілітації передбачає сприяння особистості у розкритті та подоланні страху перед усвідомленням наслідків свого існування, а також у встановленні контролю над власним життям і подоланні екзистенційних тривог через встановлення близьких стосунків та пошук сенсу життя.

- Соціологічні моделі соціальної реабілітації передбачають організацію реабілітаційного процесу шляхом перетворення соціальної поведінки особистості, що є частиною групи, організації чи суспільства.

Серед найпоширеніших підходів для соціальної роботи в рамках соціологічних моделей реабілітації можна виділити системний, екологічний, рольовий та радикальний [30].

Системний підхід в соціальній реабілітації базується на переконанні, що відновлення соціального функціонування людини пов'язане з системами, у яких вона перебуває, такими як сім'я, соціальні групи, регіон, освіта, економіка, політика та інші. У процесі організації реабілітації важливо розуміти, що клієнт діє в різних системах, і

проблеми в одній системі можуть вплинути на інші (це відомо як "ефект доміно"). [19]

Екологічний підхід в соціальній реабілітації полягає у відновленні соціального функціонування шляхом взаємодії особистості з природним оточенням. Це призводить до формування екологічного світогляду та культури особистості. В цьому контексті можна використовувати різні концепції, такі як:

- Концепція життєвого стресу наголошує на тому, що внутрішні резерви особистості активізуються під час подолання стресових ситуацій, що призводить до покращення її поведінки та розвитку.

- Концепція протистояння вказує на здатність особистості відповідати на виклики і протистояти негативним наслідкам змін та стресу.

- Концепція життєвої ніші та ареалу підкреслює важливість наявності фізичних і соціальних умов для життя, які підтримують здоров'я та соціальну активність людини.

- Концепція родинності базується на важливості підтримуючої системи, яку створюють родичі, друзі, сусіди та колеги. Така система підтримки допомагає особистості справлятися з різними викликами та проблемами. У реабілітаційній діяльності слід враховувати всі сфери функціонування клієнта, зокрема його найближче оточення, та активно використовувати їх потенціал. [30]

Соціально-радикальна модель в соціальній роботі базується на ідеї, що причиною порушення соціального функціонування особистості є дисбаланс влади, структурних елементів суспільства та функціонування колективу, а не психологічні характеристики самої особистості. У цій моделі основний акцент робиться на зміні умов колективного існування і колективістських орієнтаціях особистості.

У соціальній роботі широко використовуються комплексні моделі соціальної реабілітації, які ґрунтуються на наукових концепціях і

поняттях із різних галузей знань, таких як психологія, педагогіка, соціологія та медицина. Ці моделі представляють собою синтез різних теорій та підходів. Розглянемо коротко їхні характеристики.

Кризове втручання базується на теоретичних принципах, що передбачають, що індивід періодично переживає зростаючий внутрішній і зовнішній стрес, який порушує звичний життєвий цикл і гармонійну взаємодію з навколишнім середовищем. Такий стрес може призвести до активної кризи, яка супроводжується дезорганізацією та припиненням опору кризовим силам. Кризове втручання може бути корисним у гострих та хронічних ситуаціях, включаючи навчальне середовище, де дитина постійно стикається з негативним впливом системи [32, 39]

Кризове консультування та інтенсивна опіка є найбільш поширеними методами кризового втручання. Кризове консультування спрямоване на полегшення виявлення емоцій, поліпшення комунікації, розуміння проблеми клієнта та підвищення його самооцінки, зокрема для спрямування на розв'язання нагальних проблем [17]

Сімейна терапія концентрується на ідеї, що розв'язання проблеми особистості залежить від розуміння її взаємин з найближчим оточенням та значущими особами, як у сучасності, так і в минулому.

Психосоціальна терапія є комплексним підходом, який передбачає тривалий супровід клієнта соціальним працівником, у ході якого фахівець спільно з клієнтом виявляє проблему та вирішує її, використовуючи ресурси клієнта.

Соціально-педагогічна модель соціальної роботи базується на ідеї, що допомога надається шляхом виховного впливу на процес соціалізації особистості через соціальні інститути, такі як сім'я, освіта та інші, які коригують формування соціальних якостей особистості відповідно до суспільних норм і цінностей, обмежуючи або активізуючи виховний вплив конкретних соціальних факторів.

Отже, застосування методів соціальної реабілітації в роботі з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) є надзвичайно важливим і перспективним напрямком в сфері соціо-психологічної підтримки та покращення якості життя постраждалих осіб. Науковий підґрунток та практичний досвід, які були представлені в цьому розділі, свідчать про те, що ефективна соціальна реабілітація може значно полегшити процес відновлення і адаптації постраждалих до нормального життя після травматичних подій. Важливими складовими цього процесу є системний підхід до реабілітації, врахування культурних особливостей, використання комплексних моделей та методів, а також активна співпраця між спеціалістами і самими постраждалими. Здійснення такого підходу допомагає створити належні умови для інтеграції постраждалих осіб в суспільство, сприяючи їхньому подальшому психологічному та соціальному зціленню.

РОЗДІЛ 3.

ПРОГРАМА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

3.1 Опис авторської програми соціальної реабілітації для дітей з ПТСР

Дана програма спрямована на соціальну реабілітацію дітей, що страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), набутий у результаті військових дій у нашій країні. Сьогодні в умовах війни низка дітей страждає на посттравматичний стресовий розлад, зумовлений негативними зовнішніми факторами. Наявний психічний стан може стати причиною погіршення соціальної взаємодії дітей, погіршення їх комунікативних навичок тощо. Тому наразі існує необхідність у розробці ефективних програм соціальної реабілітації дітей, що страждають на ПТСР.

Мета програми: покращення соціальної реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом, подолання відхилень у поведінці, комунікативних навичок та психологічних проблем, що позитивно впливатиме на загальний стан дітей, які постраждали внаслідок військових дій.

Завдання програми:

- здійснення комплексної соціальної реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом шляхом використання елементів психотерапії, соціальної роботи та педагогіки;
- вдосконалення комунікативних навичок дітей, що страждають на посттравматичний стресовий розлад;
- зменшення проявів посттравматичного стресового розладу шляхом збільшення ваги позитивних емоцій та взаємодії з оточуючими;

- вдосконалення соціальної адаптації дітей, що буде здійснюватися за допомогою проведення різних заходів.

Матеріали та обладнання для впровадження програми: приміщення (актовий зал/кабінет), засоби для творчості (аркуші паперу, олівці, фарби), спортивний інвентар, телевізор/проектор/мультимедійна дошка

Етапи впровадження програми:

I. *Підготовчий етап.* Проведення психолого-педагогічної діагностики дітей з метою визначення їх психічного стану із використанням сучасних психодіагностичних методик. Основна мета даного етапу – визначення ступеня прояву посттравматичного стресового розладу дітей, що дасть змогу у подальшому розробити заходи, спрямовані на їх соціальну реабілітацію.

II. *Соціальна реабілітація дітей з посттравматичним стресовим розладом.*

1. Проведення соціальної діагностики дітей.
2. Проведення заходів із соціальної реабілітації.
3. Визначення результатів програми соціальної реабілітації.

III. *Підбиття підсумків впровадження програми.* Визначення її ефективності за допомогою оцінки загального стану дітей, що брали участь у програмі.

Метою підготовчого етапу є визначення загального стану дітей, визначення ступеня прояву посттравматичного стресового розладу за допомогою спеціальних психодіагностичних методик, з'ясування факторів, що вплинули на його виникнення, підготовка заходів з подальшої соціальної реабілітації дітей на основі отриманої інформації.

Окрім цього, на даному етапі проводиться перша зустріч із дітьми, визначається їх загальний настрій, проводиться бесіда з батьками або іншими особами щодо їх загального психічного стану, чинників, що вплинули на виникнення посттравматичного стресового розладу. На

даному етапі важливо повноцінно визначити загальні особливості дітей, на реабілітацію яких буде спрямована дана програма. Розуміння ступеня прояву посттравматичного розладу дозволить визначити необхідність залучення інших спеціалістів; визначення чинників, що вплинули на формування посттравматичного стресового розладу дасть можливість з'ясувати ті події та фактори, про які не варто згадувати у процесі соціальної реабілітації, аби не впливати негативно на загальний стан дитини та ефективність програми.

Проведення діагностичних та ознайомлювальних заходів дозволить отримати повноцінне уявлення про стан дітей, на яких буде спрямована програма соціальної реабілітації.

Робочий етап програми – власне соціальна реабілітація дітей з посттравматичним стресовим розладом спрямований на безпосередню соціальну реабілітацію дітей, на яких спрямована дана програма. Перш за все, проводяться заходи соціальної діагностики дітей:

- 1) визначаються базові соціальні характеристики дитини та сім'ї;
- 2) визначається характеристика основних видів діяльності дитини;
- 3) проводиться соціально-побутове та педагогічне обстеження дитини.

Отримані результати у сукупності з психічними особливостями прояву ПТСР, отриманими за допомогою психодіагностичних методик, дозволять сформулювати заходи, спрямовані на належну соціальну реабілітацію дітей з ПТСР.

Безпосередня соціальна реабілітація дітей буде включати в себе наступні складові. Перш за все необхідне створення групи дітей, у межах якої будуть впроваджуватись заходи соціальної реабілітації. Група дітей має бути невеликою, 10-15 осіб приблизного одного віку. Групова робота у процесі соціальної реабілітації дітей є важливою складовою вирішення їх соціальних проблем, які були спричинені

посттравматичним стресовим розладом. Саме у межах групи і буде відбуватись реабілітація дитини.

Відповідно, спочатку необхідно провести захід, спрямований на ознайомлення групи дітей один з одним: «День знайомств», який має тривати 1-2 години та мати вигляд одного з занять, що буде реалізовуватись у межах даної програми. У межах даного заходу діти будуть знайомитись один з одним, розповідати про те, хто вони та чим займаються, цікаві факти зі свого життя, цікаві та кумедні історії тощо. На даному заході спеціалісту важливо налаштувати дітей на вдалу взаємодію та підвищити рівень їх комунікації. У свою чергу, даний захід дозволить адаптувати дітей до соціального середовища у процесі їх безпосередньої взаємодії під час «Дня знайомств». Окрім цього, даний захід підвищить рівень комунікативних навичок дітей, що також є важливим аспектом соціальної реабілітації.

Заходи, що будуть реалізовуватись у межах програми після «Дня знайомств»:

1) фільмотерапія – під час даного заходу дітям будуть презентуватись фільми та мультфільми, у яких буде зроблено акцент на позитивних моментах життя, радості, щасті та дружбі. Даний захід дозволить налаштувати дітей на позитивні емоції, змінить їх загальний настрій. При цьому, якщо діти стали сиротами внаслідок війни або їх батьки зараз перебувають у районі ведення бойових дій, у даних фільмах та мультфільмах не потрібно використовувати тематику, пов'язану з батьками та іншими факторами, що можуть виступати у якості триггеру та погіршити стан дитини;

2) спортивні заходи та змагання – даний елемент соціальної реабілітації дітей дозволить покращити їх фізичний стан, збільшити кількість фізичних сил, що особливо необхідно в умовах посттравматичного стресового розладу. Окрім цього, такі заняття дозволять перемкнути увагу дітей та знизити їх концентрацію на

негативних моментах і емоціях. Змагальний характер заходів, у свою чергу, стане елементом вдосконалення соціальної адаптації дітей;

3) тренінг на вдосконалення комунікативних навичок, у межах якого спеціаліст шляхом виконання різних вправ та рольових ігор позитивно впливатиме на формування комунікативних навичок дітей, що страждають на ПТСР;

4) спортивні змагання між дітьми та їх батьками – даний захід сприятиме позитивній соціальній адаптації дітей з ПТСР, а також допоможе налагодити зв'язки із членами сім'ї, що позитивно вплине на вдосконалення їх комунікативних навичок та міжособистісної взаємодії;

5) тренінг з подолання негативних емоцій – під час даного заходу спеціаліст має з обережністю підійти до теми негативних емоцій та за допомогою різних педагогічних інструментів допомогти дітям пережити негативні емоції та подолати їх.

Рекомендації до проведення тренінгу: діти мають на аркуші паперу написати або намалювати те, що зараз їх бентежить. Після цього разом із спеціалістом вони мають зібрати аркуші паперу з негативними емоціями та закопати їх у землю. Це – символічний спосіб подолання негативних емоцій, що допоможе покращити загальний настрій дітей та слугуватиме інструментом позитивного переживання негативних емоцій. Завдяки даному ритуалу діти знатимуть, що негативні емоції вже позаду, тож надалі – лише позитивні моменти їх життя. Окрім цього, у процесі здійснення даного ритуалу діти набувають навичок роботи у групі, що також є корисним для їх соціальної реабілітації;

б) арт-терапія – дітям пропонується намалювати на аркушу паперу позитивний сюжет, що дасть можливість знизити їх негативні настрої, а також допоможе перемкнути увагу дітей з негативних внутрішніх переживань;

7) кулінаротерапія – дітям у групі пропонується разом приготувати страву, яку після вони скуштують під час спільного чаювання;

8) організація концертів, конкурсів, театралізованих показів, конкурсів талантів тощо, що сприятиме соціально-культурній реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом;

10) ігротерапія – організовується спільне дозвілля дітей: гра в настільні ігри, спортивні ігри, рольові ігри тощо (в залежності від вікової групи дітей);

11) фінальний захід – конкурс талантів дітей, на якому будуть присутні їх батьки та родичі. Даний захід слугуватиме підсумком програми соціальної реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом, де вони матимуть можливість проявити власні здібності, подолають страх публіки, а також зможуть показати, наскільки ефективною була програма соціальної реабілітації.

Остаточним елементом даного етапу буде визначення ефективності соціальної реабілітації шляхом бесіди з батьками та дітьми щодо їх актуального емоційного стану, щодо їх враження від заходів, що відбувались у межах програми тощо.

Для оцінки проявів посттравматичного стресового розладу, а також ефективності соціальної реабілітації на проміжних етапах роботи з дітьми можна використовувати деякі методики. Наприклад, Методика PCL-5 – це методика самооцінки, але в роботі з дітьми можна використати як інструмент для визначення рівня прогресу. Важливо, що цей тест є доволі корисним для виявлення симптомів ПТСР, але він не дає можливості діагностувати його.

Можна використати «Бланкову методику спостереження за дітьми». Вона допомагає педагогам, шкільним психологам та соціальним педагогам визначити прояви психологічних розладів та виявити симптоми, які можуть проявлятися у дітей [5]. Звичайно, за можливості для розпізнавання стану дітей, необхідно працювати також і з їх батьками чи опікунами, піклувальниками.

Для визначення потенційного впливу травматичних подій на дітей та підлітків здійснюється за допомогою використання таких методик: «Напівструктуроване інтерв'ю для оцінки травматичних переживань дітей» або «Батьківська анкета для оцінки травматичних переживань дітей». За необхідності також можна проводити скринінг на наявність травми 2 типу у дітей та підлітків (CATS-2).

Процедура оцінювання повинна відбуватися згідно наступних вимог:

1. Проводиться у безпечному середовищі.
2. Поясніть про те, що анкета про думки дитини, почуття і поведінку після переживання стресових подій (без правильних або неправильних відповідей, без оцінок, повчань і суджень).
3. Поясніть про те, що опитування є добровільним, а також конфіденційним.
4. У разі необхідності пропонуйте допомогу.
5. Обґрунтуйте та нормалізуйте відповіді.
6. Слід пропонувати варіанти, тим самим забезпечите дитині відчуття контролю над ситуацією.

Зазвичай діти та підлітки вважають скринінг на наявність травми певним позитивним досвідом і не шкодують про участь, навіть незважаючи на стан від історії травми чи наявності ПТСР.

CATS-2 може дозволити визначити присутність потенційно травматичних подій (ПТП) та симптомів ПТСР у дітей та підлітків.

CATS-2 використовує критерії DSM-5 і ICD-11 для ПТСР і КПТСР, дає можливість лікарям і дослідникам переходити між цими діагностичними системами [4].

На етапі підбиття підсумків впровадження програми необхідно залучити спеціаліста з питань психодіагностики та провести остаточну оцінку психічного стану дітей, а також визначити наявний ступінь прояву посттравматичного стресового розладу. Даний етап дозволить

оцінити ефективність впровадження програми, що буде проявлятися у зниженні рівня прояву посттравматичного стресового розладу.

Складнощі, що можуть виникнути у процесі впровадження програми:

- погіршення психоемоційного стану дітей внаслідок дії негативних зовнішніх факторів (війна у країні та її наслідки для суспільства, а також для родини певної дитини);
- виникнення конфліктів між дітьми, що ускладнюватиме впровадження програми;
- високий рівень прояву ПТСР, що потребуватиме додаткового втручання спеціалістів у сфері психології і психотерапії.

Отже, дана програма дозволить подолати прояви та наслідки посттравматичного розладу у дітей, що стали жертвами військових дітей. Програма дасть можливість вдосконалити соціальну адаптацію дітей, їх соціальні навички, емоційний та психічний стан, що, загалом, допоможе подолати ПТСР або слугуватиме у якості одного з інструментів у подоланні даного розладу.

3.2 Супровід та підтримка дітей та їх родин у процесі соціальної реабілітації.

Супровід та підтримка дітей та їх родин у процесі соціальної реабілітації, а особливо в умовах воєнного стану в Україні, мають величезну важливість і впливають на кілька ключових аспектів життя дитини та її майбутнє.

Військові конфлікти призводять до серйозного стресу та травм у дітей та їхніх родин. Діти є особливою уразливою категорією під час військових конфліктів. Забезпечення їхніх прав на життя, розвиток та безпеку має велике значення у державному значенні та має бути

першочерговою точкою роботи психологів. Психологічна підтримка допомагає їм подолати травми, страхи та стрес, пов'язані з військовою ситуацією та наслідки, які виникають у наслідок такого пережитого стресу.

Більшість часу діти проводять або ж у колі однолітків – у школі чи дитячому садочку, або з родиною, а тому проводячи соціальну реабілітацію важливо враховувати що зміни повинні запроваджуватися та поширюватися на обидві ці сфери. І якщо у першому варіанті під час здійснення соціальної реабілітації важливо працювати не лише з дитиною, але й з її сім'єю, то у другому варіанті відповідальність за реабілітацію лягає на плечі держави шляхом запровадження методик роботи соціальних працівників та психологів у шкільних та дошкільних закладах.

На нашу думку, варто охарактеризувати поняття «соціальна реабілітація» – у вузькому тлумаченні це «система форм, методів і засобів відновлення втрачених індивідом або не набутих в процесі соціалізації функцій, відносин і ролей соціального функціонування» [11]. Ураховуючи наведене визначення можемо визначити основну мету соціальної реабілітації чи адаптації – допомагати дітям і їхнім родинам відновити зв'язки зі суспільством та знайти нові можливості для життя (це особливо набуває сенсу під час великої кількості внутрішньо переміщених осіб, які окрім іншого у більшості випадків отримали значні психологічні травми у зв'язку з воєнними діями). Соціальна реабілітація може включати в себе професійну підготовку та реінтеграцію в соціум.

Соціальне функціонування означає, що людина може самостійно взаємодіяти з оточуючим світом, забезпечувати своє і своєї сім'ї існування та відповідати загальноприйнятим нормам моралі та моральності в суспільстві [10]. Втрачені або нерозвинені навички встановлення соціальних відносин і виконання соціальних функцій, такі

як родинні, професійні, освітні, дружба, здоров'я, культурні аспекти тощо, повинні бути набуті або відновлені у процесі соціальної реабілітації. Це також включає в себе відновлення або навчання виконання соціальних ролей, таких як роль дружини, чоловіка, бабусі, дідуся, батька, матері, сина, дочки, громадянина, сусіда, покупця, робочого, друга, учня тощо.

Соціальна реабілітаційна робота на індивідуальному та груповому рівнях використовує різні методи та підходи для відновлення втрачених навичок та вмінь у виконанні соціальних функцій та ролей. Об'єктами соціальної реабілітації є індивіди або групи, які потребують відновлення своїх соціальних навичок та вмінь для взаємодії у суспільстві [29].

Суб'єктами соціальної реабілітації є фахівці у галузі соціальної роботи, соціальні педагоги, реабілітологи, психологи, які мають необхідні навички та методи для відновлення соціальних навичок та ролей у людей.

Соціальна реабілітація відбувається в різних середовищах, включаючи оточення проживання, місця соціального обслуговування, місця навчання та розвитку, місця працевлаштування, дозвілля і отримання інформації. Інституції соціальної реабілітації включають державну службу медико-соціальної експертизи, установи та служби соціального обслуговування, центри допомоги сім'ям та дітям, центри постінтернатної адаптації, соціальні готелі та інші установи [9].

Технології соціальної реабілітації використовуються для відновлення втрачених або не розвинених навичок виконання соціальних функцій та ролей, і вони включають методи діагностики, адаптації, соціалізації, корекції, профілактики та інших підходів. Можливо використовувати вільне та мобільне контактування, оскільки завдяки ньому стає можливим ефективно надання комплексної психологічної та соціальної допомоги та підтримки. Залучення кваліфікованих спеціалістів, система перенаправлення та зацікавленість

учасників всієї екосистеми як у процесі, так і в результаті взаємодії дають змогу досягти позитивних результатів та високої ефективності в наданні дітям та їх батькам/опікунам необхідної допомоги [18]. У тих випадках, коли ситуація потребує більш комплексного вирішення, необхідною умовою допомоги дитині/родині, а іноді і захисту, стає міжсекторальна взаємодія, основи якої були прописані у нормативно-правових документах Міністерства освіти і науки України.

Важливо сприяти стабільності та психологічній підтримці родин, оскільки це допомагає створити умови для успішної соціальної реабілітації дітей. Родинна підтримка може включати в себе психологічну консультацію, матеріальну допомогу та інші види підтримки.

Варто підсумувати, що соціальна реабілітація дітей та їх родин є важливим завданням сучасного суспільства. Цей процес передбачає надання підтримки та супроводу для дітей, які пережили травматичні події чи важкі життєві обставини, з метою відновлення їхньої психологічної та соціальної функціональності. В цьому есе розглянемо важливі аспекти супроводу та підтримки дітей та їх родин у процесі соціальної реабілітації.

По-перше, ключовим аспектом є індивідуальний підхід до кожної дитини. Кожна дитина має свою унікальну історію, потреби та рівень травматизації. Професіонали, які працюють у сфері соціальної реабілітації, повинні враховувати ці особливості і розробляти індивідуальні плани підтримки, щоб надати дітям належну допомогу.

Другим важливим аспектом є залучення родини до процесу реабілітації. Родина відіграє важливу роль у житті дитини, і її підтримка може бути вирішальною для успішної реабілітації. Родинам потрібно надавати інформацію, навчати ефективним стратегіям спілкування з дитиною та сприяти створенню безпечного та підтримуючого середовища.

Третім аспектом є психологічна підтримка дітей. Діти, які пережили травматичні події, можуть мати різні психологічні реакції, такі як посттравматичний стресовий розлад чи депресія. Психологи та психотерапевти повинні працювати з дітьми, допомагаючи їм розуміти свої емоції та розвивати стратегії для подолання травматичних наслідків.

Четвертим аспектом є освіта та професійна підготовка. Діти, які потрапили в складні життєві ситуації, можуть потребувати додаткової освіти та навчальної підтримки. Важливо надати їм можливість здобути освіту та розвинути навички, які допоможуть їм в майбутньому власному самостійному житті.

П'ятим аспектом є соціальна інтеграція та підтримка у відновленні соціальних зв'язків. Діти, які пережили травматичні події, можуть відчувати себе відчуженими від оточуючого суспільства. Важливо створити умови для їхньої інтеграції, підтримуючи їх у відновленні соціальних зв'язків та сприяючи участі в соціальних активностях.

У висновку, соціальна реабілітація дітей та їх родин – це складний та багатогранний процес, який вимагає індивідуального підходу, психологічної підтримки, освіти та соціальної інтеграції. Важливо забезпечити дітям та їх родинам умови для відновлення психологічного та соціального благополуччя, щоб вони могли розвиватися та будувати майбутнє після травматичних подій.

ВИСНОВКИ

Протягом життя люди потрапляють в різні ситуації, а також зазнають впливу багатьох факторів. Деякі з них, з огляду на свою інтенсивність, загрозливість та непередбачуваність є досить травматичними. Багаточисленні скривдження, занедбаність у дитинстві, дуже негативні міжособові конфлікти, ДТП, насильство: фізичне, психологічне та сексуальне, важкі хвороби – звичайно, усе це травматичні події, які дуже впливають на людину, та є імовірними в житті чи майже не кожної людини. Для того щоб відновитися від пережитого стресу, переживань та повернутися до звичного, нормального життя, людина має впоратися з емоційними потрясіннями і разом з тим подолати тривожні стани світосприймання, бо ж пережиті загрози змушують очікувати подібного і в майбутньому.

Діяльність людини в екстремальних умовах може створити травмуючий вплив на його психіку та порушити його психічне здоров'я. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена за часом реакція психіки людини на травматичний стрес, яка здатна викликати психічні порушення після завершення травматичної дії. Це психопатологічна комплексна реакція на психотравмуючі події, які сформувалися у цілісний синдром.

Існують різноманітні психотерапевтичні методи для лікування ПТСР, до основних належать: раціональна психотерапія, методи психічної саморегуляції, когнітивна психотерапія, особистісноорієнтована терапія, позитивна терапія, гештальт-підхід, логотерапія, групова терапія, дебрифінг стресу, психотерапія емоційних травм за допомогою руху очей (ДПДГ), когнітивно-поведінкова психотерапія, символ-драма, сімейна психотерапія, нейролінгвістичне програмування, техніка, що розкриває інтервенцій (ЕВІ), тренінг подолання тривоги (АМТ) та інші методи.

Також важливим етапом подолання посттравматичного стресового розладу є соціальна реабілітація дитини. Соціальна реабілітація дітей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) грає важливу роль у процесі відновлення та адаптації її до нормального життя. Узагальнюючи результати нашого дослідження, сформулюємо такі висновки:

1. Важливість ранньої діагностики та інтервенції: раннє виявлення симптомів ПТСР у дітей та молоді, а також оперативне втручання у вигляді психологічної та медичної допомоги відіграють ключову роль у запобіганні хронічних симптомів та підвищенні шансів на успішне відновлення.

2. Індивідуальний підхід: соціальна реабілітація дітей з ПТСР має бути адаптована до індивідуальних потреб кожної дитини. Це включає оцінку і планування відповідних методів підтримки, враховуючи особливості травми і психологічного стану дитини.

3. Багато професійний підхід: Важливою є співпраця між фахівцями різних сфер, такими як психологи, педагоги, медичні працівники, соціальні працівники тощо. Для успішної соціальної реабілітації дітей із ПТСР потрібен командний підхід.

4. Навчання адаптивним стратегіям: Робота з соціальної реабілітації повинна включати навчання дітей адаптивним стратегіям управління стресом, розвиток навичок вирішення проблем, і зміцнення їх самооцінки. Це допомагає дітям краще впоратися з травмою та інтегруватися у суспільство.

5. Підтримка сім'ї: Сімейна підтримка відіграє ключову роль у процесі відновлення дітей із ПТСР. Підтримка сімейних стосунків та навчання батьків, як допомогти своїм дітям, також є важливим аспектом реабілітації.

6. Оцінка результатів та коригування: Робота з соціальної реабілітації дітей з ПТСР повинна включати постійну оцінку результатів

та коригування програми, щоб переконатися, що діти досягають стійких поліпшень.

7. Важливість суспільної свідомості: Робота з дітьми з ПТСР також передбачає освіту суспільства про те, що таке ПТСР та як допомогти дітям, які зіткнулися з цією проблемою.

У цілому соціальна реабілітація дітей з ПТСР потребує комплексного та тривалого підходу. Її успішні результати залежать від співпраці фахівців, сім'ї та суспільства загалом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бланк А. А. Несвідоме спогад про війну ветеранів у В'єтнамі: клінічна таємниця, правовий захист і проблема громади. В: Sonnenberg SM, Talbot JA, eds. *Травма війни: стрес і відновлення у ветеранів В'єтнаму*. Вашингтон, округ Колумбія: Американська психіатрична асоціація. 1985: 293-308.
2. Вандер Колк Б.А., Вандер Харт О. Нав'язливе минуле: гнучкість пам'яті та закарбування травми. *Am imago*. 1991; 48: 425–454.
3. Горбаченко, І. (2013). Посттравматичний стресовий розлад у дітей та підходи до лікування: клінічні та невробіологічні аспекти. *Медицина психологія*, 3(14), 70-75.
4. Діагноз ПТСР (посттравматичний стресовий розлад). URL: <https://medikom.ua/diagnoz-ptsr/>
5. Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: Довідник вихователя дошкільного навчального закладу / Н. В. Пророк, С. А. Гончаренко, Л. О. Кондратенко та ін., за ред. Н. В. Пророк. – Слов'янськ: ПП «Канцлер», 2015. – 84 с.
6. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [Електронний ресурс] URL: https://ips.li/gaza/kon.net/docu/ment/t052961?an=26&ed=2020_01_01.
7. Іванова, І. Г., & Данилова, В. А. (2020). Невробіологічний аспект посттравматичного стресового розладу у дітей та підходи до лікування. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 5(1), 34-39.
8. Колк Б.А., Харт О. П'єр Жане і порушення адаптації при психологічній травмі. *Am J Психіатрія*. 1989 рік; 146 : С. 1530–1540.
9. Корнієнко І.О. Скривджена дитина: превенція, форми і методи соціально-психологічної допомоги / І. О. Корнієнко. – Львів : ПП №Марусяк, 2007. – 98 с.

10. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика): підручник. / М. П. Лукашевич., Т. В. Семигіна. К. : Каравела, 2009. 368 с.
11. Лукашевич М. П. Теорія і методи соціальної роботи : навч. посібник / М. П. Лукашевич, І. І. Мигович. К.: МАУП, 2003. 168 с.
12. Лукашевич М.П., Семигіна Т.В. Соціальна робота (теорія і практика): Навчальний посібник. К.: ІПК ДСЗУ, 2007. 341 с.
13. Марціновська І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського*. Педагогічні науки, 2018, 2: 178-184 с.
14. Мельник, О. В., Макаренко, В. Д. Нейробіологічні аспекти розвитку ПТСР у дітей та підходи до психотерапії. *Український журнал медицини, біології та спорту*, 2015. 1(6), С. 50-55.
15. Міллер-Графф Л. Е, Хауелл К. Н. Траєкторії симптомів посттравматичного стресу серед дітей, які зазнали насильства. *Травма Стрес*. 2015 Лютий; 28 (1): С. 17-24.
16. Напрєєнко О. К. Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків. *НейроNEWS*. 2019. № 2. С. 20–28.
17. Олійник І.В. Соціальна реабілітація як один із напрямів професійної діяльності фахівця із соціальної роботи. *Вісник університету імені Альфреда Нобеля*. Серія «педагогіка і психологія». Педагогічні науки. 2021. No 2 (22). С. 59-66.
18. Організація соціально-психологічного супроводу дітей, сімей, які постраждали внаслідок військових конфліктів / авт. кол.: Герило Г.М., Гніда Т.Б., Корнієнко І.О., Луценко Ю.А. ; заг. ред. Ю.А. Луценко. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 128 с.
19. Ортинський В. Л. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.]. К.: Центр учбової літератури, 2009. 472 с.

20. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
21. Педагогічна реабілітація дітей із ЗПП засобами інклюзивного навчання. URL: <https://dspace.hnpu.edu.ua/items/0c12c658-5ce5-443c-8c2a-fca5b8f5ddb3>
22. Поспелова І. Д. Психокорекція ПТСР у учасників чи свідків бойових дій підліткового віку. *Простір арт-терапії* : [Зб. наук. праць] / УМО, 2018, ВГО «Арт-терапевтична асоціація», 2018; [редкол.: Лушин П. В., Чуприков А. П. та ін.]. Київ : Золоті ворота, 2018. С. 66-72.
23. ПТСР-терапія: техніки та види діяльності, що сприяють одужанню. URL: <https://www.darnitsa.ua/ptsr/terapiya-oduzhannya-ta-aktivnosti-pri-ptsr-krashchi-metodiki> (Дата звернення: 22.10.2023)
24. Рамсделл К.Д., Сміт А.Й., Гільденбранд А.К., Марсак М.Л. Посттравматичний стрес у дітей шкільного віку та підлітків: роль медичних працівників від діагностики до оптимального лікування. *Pediatric Health Med Ther.* 2015; 6: С. 167-180.
25. Реабілітаційна педагогіка: етимологія поняття і генезис науково-педагогічного напрямку. URL: <https://sportpedagogy.org.ua/html/journal/2010-09/10finspd.pdf>
26. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. URL: <https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/gorbunova-stattja.pdf>
27. Романча А. В. Особливості взаємозв'язку депресії та посттравматичного стресового розладу у підлітків. *Психологія кризових станів: Наука і практика*, 2021, 144 с.
28. Савченко І. В., Лівінгстон Р. Невробіологічний підхід до діагностики та лікування ПТСР у дітей. *Психіатрія, неврологія і медична психологія*, 2017. 1, С. 91-98.

29. Семигіна Т. В. Теорії і методи соціальної роботи : підручник для студентів вищих навчальних закладів / Т. В. Семигіна, І. І. Мигович. – К. : Академвидав, 2005. – 328 с.
30. Скворцова, В. І., Булгакова, І. М. Нейробиологічні аспекти формування і корекції посттравматичного стресового розладу у дітей. *Медицина науки України*, 2018. 1(2), С. 40-44.
31. Субота С. О. Психосоціальна реабілітація посттравматичних стресових розладів. *Psychological Journal*. Volume 7 Issue 7 (51). 2021. С. 78-86
32. Трубавіна І.М. Поняття кризового втручання в соціальній роботі. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*, 2003, С. 81–82.
33. Фармакотерапія. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/302/farmakoterapiya> (Дата звернення: 23.10.2023)
34. Фелітті В. Дж., Анда Р. Ф., Нордернберг Д. та ін. Зв'язок жорстокого поводження з дитинством та багатьма основними причинами смерті дорослих: дослідження несприятливих переживань у дитинстві (АСЕ). *Am J Prev Med*. 1998 рік; 14 :245–258.
35. Шалев А.Ю., Пері Т., Канеті Л., Скрайбер С. Предиктори ПТСР у постраждалих, які пережили травму: проспективне дослідження. *Am J Психіатрія*. 1996 рік; 153 :219–225.
36. An Examination of Social Support and PTSD Treatment Response during Prolonged Exposure [Електронний ресурс]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207452/>
37. Birkeland M. S, Holt T, Ormhaug S. M, Jensen T. K. Уявна соціальна підтримка та симптоми посттравматичного стресу у дітей та молоді в терапії: модель латентної кривої росту паралельного процесу. *Behav Res Ther*. 1 червня 2020 р.; 132: 103655.
38. Crocq L., De Verbizier J. Le traumatisme psychologique dans l'oeuvre de Pierre Janet. *Енн Медикопсихол*. 1989 рік; 147 :983–987.

39. Garvin D.A. Teaching executives and teaching MBAs: reflections on the case method. *Academy of Management Learning & Education*. 2007. (Vol. 6. Is. 3, pp. 364–374).

40. MSc in Cognitive Behavioural Therapy. URL: <https://www.ox.ac.uk/admissions/graduate/courses/msc-cognitive-behavioural-therapy> (Дата звернення: 23.10.2023)

41. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. URL: <https://www.psycheblog.uk/2019/03/28/posttraumatic-stress-disorder-and-the-nature-of-trauma/>

42. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Trauma-focused psychotherapy. URL: <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents-trauma-focused-psychotherapy>

43. Post-traumatic stress disorder interventions for children and adolescents affected by war in low- and middle-income countries in the Middle East: systematic review. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9380009/>

44. Psychosocial Rehabilitation Strategies for Social and Occupational Functioning Associated With Posttraumatic Stress Disorder Well-Being Therapy as Rehabilitation Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial [Електронний ресурс]. URL: <https://academic.oup.com/book/1302/chapter-abstract/140259366?redirectedFrom=fulltext>

45. Psychosocial support in the process of social rehabilitation: prospects for recovery and reintegration [Електронний ресурс]. URL: <https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/2879/1695>

46. The relevance of social-rehabilitation in post-traumatic stress disorder symptom-reduction among internally displaced elderly persons in Borno State Nigeria. URL: <https://www.ajol.info/index.php/ifep/article/view/196903>

47. Well-Being Therapy as Rehabilitation Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7687170/>

Додаток 1

**КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Я, Зик Олена Ігорівна,
учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, УСВІДОМЛЮЮ, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

- дотримуватися:
 - вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
 - принципів та правил академічної доброчесності;
 - нульової толерантності до академічного плагіату;
 - моральних норм та правил етичної поведінки;
 - толерантного ставлення до інших;
 - дотримуватися високого рівня культури спілкування;
- надавати згоду на:
 - безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
 - оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
 - використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;
- самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;
 - надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;
 - не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;
 - своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;
 - не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;
 - підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;
 - поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;
 - не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національного, расового, статевого чи іншого належності;
 - відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;
 - запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;
 - не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;
 - не підроблювати документи;
 - не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
 - не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
 - не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
 - не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;
 - не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
 - не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;
 - не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

11.03.2020
(дата)

[Підпис]
(підпис)

Олена Зик
(ім'я, прізвище)