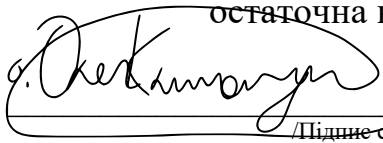


**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗВО «УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

На правах рукопису,  
остаточна версія

  
/Підпис студента/

**КЛИМОНЧУК Олег Семенович**

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ЩО  
ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД В НАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО  
КОНФЛІКТУ: СИСТЕМНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

**Кафедра клінічної психології  
Науковий керівник**  
Аврамчук О.С.,  
доцент кафедри клінічної психології УКУ,  
кандидат психологічних наук

\_\_\_\_\_  
/Підпис наукового керівника/

Львів – 2024

**Заклад вищої освіти «Український католицький університет»**

**Факультет наук про здоров'я  
Кафедра клінічної психології**

**Пояснювальна записка**

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Особливості психологічної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту: системний огляд літератури»

**Виконав:**

студент 6 курсу групи ЗПК 22/М

спеціальності 053 «Психологія»

Климончук О.С.

**Керівник:** доцент кафедри клінічної психології УКУ, кандидат психологічних наук

Аврамчук О.С.

Львів – 2024

**Заклад вищої освіти «Український католицький університет»**

Факультет наук про здоров'я  
Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

**З А В Д А Н Н Я**  
**НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ) СТУДЕНТУ**

Климончук Олег Семенович

(Прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи) Особливості психологічної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту: системний огляд літератури

керівник проекту (роботи) доцент кафедри клінічної психології УКУ, кандидат психологічних наук, Аврамчук О.С.

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені Вченою Радою факультету від “ 30 ” жовтня 2023 р. № протоколу № 5/23-кп

2. Строк подання студентом проекту (роботи) 31.05.2024

3. Вихідні дані до проекту (роботи) до складу роботи входить вступ, 3 розділи, висновки до роботи, бібліографія та додаток

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Провести теоретично-методологічний аналіз літератури

відповідно до предмета дослідження; Виокремити особливості та напрямки психологічної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту; Розробити дизайн системного огляду літератури за принципами PRISMA; Провести системний огляд літератури; Проаналізувати ефективність психологічних інтервенцій на основі даних відібраних досліджень; Визначити особливості та сформуванати узагальнення щодо ефективності психологічних втручань в рамках психологічної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)  
Теоретична модель дослідження, Етапи системного огляду, Діаграма відбору та відсіву досліджень, Порівняльна таблиця включених у системний огляд досліджень. Всього 3 рисунки та 1 таблиця

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

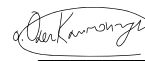
Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1	Вибір і погодження теми		
2	Обговорення методології та структури дослідження		
3	Підготовка обґрунтування актуальності та первинного аналізу літератури за обраною темою		
4	Опрацювання теоретичної частини роботи		
5	Представлення теоретичної частини дослідження та теоретичної моделі науковому керівнику		
6	Опрацювання методології дослідження та розробка дизайну		
7	Подання первинного протоколу дослідження до Інституційної етичної ради		
8	Презентація теоретичної моделі та дизайну дослідження		
9	Пошук та вибір досліджень для системного огляду літератури		
10	Аналіз досліджень, обраних для системного огляду		
11	Представлення результатів системного огляду науковому керівнику		
12	Попередній захист магістерської роботи		
13	Підготовка фінальної версії кваліфікаційної магістерської роботи		

Студент

  
( підпис )

Климончук О.С.

(прізвище та ініціали)

Керівник проекту (роботи)

( підпис )

(прізвище та ініціали)

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД В НАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ</b> .....	<b>7</b>
1.1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ЗБРОЙНИМ КОНФЛІКТОМ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ. ....	7
1.2. РЕКОМЕНДОВАНІ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД В НАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ .....	11
Висновки до 1 розділу .....	14
<b>РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	<b>16</b>
2.1. ФОРМУЛЮВАННЯ ПИТАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	17
2.2. КРИТЕРІЇ ВКЛЮЧЕННЯ ТА ВИКЛЮЧЕННЯ .....	18
2.3. ПОШУК ТА ВИБІР ДОСЛІДЖЕНЬ .....	20
2.4. ОЦІНКА ЯКОСТІ ДОСЛІДЖЕНЬ .....	21
2.5. СИНТЕЗ ДАНИХ .....	22
Висновки до 2 розділу .....	22
<b>РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ВИБРАНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ</b> .....	<b>24</b>
3.1. ДЕТАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВКЛЮЧЕНІ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	24
3.2. Висновки огляду .....	31
3.3. ОБГОВОРЕННЯ (ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ) .....	33
Висновки до 3 розділу .....	38
<b>ВИСНОВКИ ДО РОБОТИ, АНАЛІЗ ОБМЕЖЕНЬ ТА ОПИС ПОДАЛЬШИХ ПЕРСПЕКТИВ АКТУАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	<b>41</b>
<b>БІБЛІОГРАФІЯ</b> .....	<b>43</b>
<b>ДОДАТКИ</b> .....	<b>48</b>
Додаток 1. Порівняльна таблиця включених у системний огляд досліджень .....	48

## ВСТУП

### **Актуальність дослідження:**

Ідея створення цього системного огляду з'явилася саме з потреби допомогти постраждалим у надзвичайній ситуації. 24 лютого 2022 року у війні в Україні розпочалась нова радикальна фаза війни – повномасштабне вторгнення Російських військ. Вже до цього від лютого 2014 року в країні триває постійна війна з Росією. Тому мільйони людей вже мали справу з психологічним впливом травматичного досвіду пов'язаного зі збройним конфліктом. А з 2022 року ризик такого впливу розширився на населення всієї країни.

Діти та сім'ї України пережили понад два роки війни, сповненої руйнувань, насилля, міграції і переміщення. Діти та їхні близькі продовжують гинути, вони поранені та глибоко травмовані насильством навколо. Школи, лікарні та інша цивільна інфраструктура, від якої вони критично залежать, продовжують зазнавати пошкоджень або руйнувань. Сім'ї були розділені, а життя багатьох людей змінилось докорінно.

За офіційними підрахунками лише у перші пів року війни вже загинуло понад 20 тисяч українців (цивільних і військових), поранених та постраждалих значно більше. Станом на жовтень 2023 року за підрахунками ООН загинуло близько 10 тисяч цивільних людей, ще близько 18 тисяч є пораненими (ОНСНР, 2023). Близько 9.7 млн. людей є переселенцями в Україні чи за кордоном і близько 14.6 млн людей в Україні досі потребують тих чи інших форм гуманітарної підтримки, а це близько 40% населення (ІОМ, 2024). За оцінками МОЗу психологічної підтримки буде потребувати близько 15 млн українців, з них близько 3-4 млн потрібно буде призначати медикаментозне лікування (МОЗ, 2022). За іншими оцінками більш ніж кожен п'ятий українець,

що постраждав від війни, має той чи інший психічний розлад; і майже кожен десятий має психічний розлад середнього або важкого ступеню (Charlson et al., 2019). Під час сучасної війни в Україні постала гостра потреба допомоги постраждалим від війни, серед яких найбільш вразливими є діти. У близько 75% дітей після початку війни виникли негативні психологічні симптоми, такі як перепади настрою, тривожність, труднощі зі сном, апетитом, концентрацією уваги і навчанням, спогади травматичних подій, тощо (Gradus Research, 2022, p. 9).

Рання психологічна допомога дітям, що переживають збройний конфлікт, є ефективною у запобіганні виникненню у них в подальшому психологічних труднощів. У ситуації, коли постраждалих є велика кількість, є логічним шукати інструментів, які зможуть допомогти великій кількості людей одночасно (Smith et al., 2022, p. 7). Важливо, щоб ці інструменти мали науково-доведену ефективність і щоб досягали цього ефекту якомога меншими зусиллями. Сьогодні зроблено чимало досліджень ефективності різних методів допомоги дітям: групових та індивідуальних, превентивних та терапевтичних. Даний огляд літератури має за мету зібрати та проаналізувати результати таких досліджень останніх років, щоб зрозуміти, які саме методи є найбільш ефективними і, як наслідок, рекомендованими для використання в сучасному українському контексті.

**Об'єкт дослідження:** Психічний стан дітей, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту

**Предмет дослідження:** ефективність психологічних втручань у психологічній допомозі дітям, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту.

**Мета дослідження:** Виявити особливостей психологічної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту.



**Завдання дослідження:**

1. Провести теоретично-методологічний аналіз літератури відповідно до предмета дослідження
2. Виокремити особливості та напрямки психологічної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту.
3. Розробити дизайн системного огляду літератури за принципами PRISMA
4. Провести системний огляд літератури
5. Проаналізувати ефективність психологічних інтервенцій на основі даних відібраних досліджень
6. Визначити особливості та сформувані узагальнення щодо ефективності психологічних втручань в рамках психологічної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту.

**Наукова новизна** дослідження полягає у аналізі наукових напрацювань на дану тему за останні 7 років (через невелику кількість досліджень в цьому часовому проміжку довелось взяти дослідження від 2010 року), адже ще у 2010 році було проведено останній системний огляд літератури, який аналізував превентивні методи психологічних втручань для дітей, що мають досвід збройного конфлікту (Peltonen & Punamäki, 2010).

**Практичне значення** даного огляду полягає у можливості використати висновки огляду для організації більш ефективної допомоги дітям, які мають травматичний досвід війни в Україні. Таким чином можна буде обирати для українських дітей ті втручання, які згідно результатів даної праці виявляться найбільш ефективними. Адже, використовуючи не ефективні методи допомоги, ми забираємо у дітей час, матеріальні та інші внутрішні і зовнішні ресурси, не даючи можливості отримати доступу до ефективної допомоги.

Даний системний огляд літератури буде складатись із трьох розділів, перший з яких представить теоретичну базу досліджуваної теми, яка буде важлива для подальшого здійснення даного дослідження, методи та процедура якого описується у другому розділі. Третій розділ даної праці представлятиме результати даного системного огляду літератури та їх інтерпретацію.

#### **Методи дослідження:**

Обраним методом наукового дослідження є системний огляд, який використовує чіткі та систематичні методи для порівняння між собою результатів досліджень і таким чином намагається дати відповідь на певне сформульоване запитання. Даний системний огляд літератури буде здійснено згідно методу PRISMA (*The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*), який є контрольним списком пунктів, згідно яких проводиться системний огляд і який дає можливість здійснити прозоре і повне звітування про проведений огляд. Даний метод є широко схвалений та прийнятий у науковому світі (Page et al., 2021).

## **РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД В НАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ**

### **1.1. Теоретичний аналіз впливу травматичних подій пов'язаних із збройним конфліктом на психічне здоров'я дітей.**

Дослідники сходяться на думці, що травматичні події, пов'язані з загрозою життю, беспорядністю та жахливими сценами, становлять ризик для психічного здоров'я та проблем розвитку дітей. Найчастіше наслідки психічного здоров'я, пов'язані з травмою, концептуалізують як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (Peltonen & Punamäki, 2010, p. 9).

Симптоми ПТСР можуть виникнути у дитини в результаті загрози смерті або важких тілесних ушкоджень чи сексуального насилля, а також в результаті експозиції до смерті чи її загрози. Експозиція означає, що ПТСР може виникнути в дитини в результаті особистого досвідчення цієї загрози або в результаті спостереження цієї загрози на власні очі чи після розповідей про такий досвід у найближчих людей (Американська психіатрична асоціація, 2023, p. 176).

Симптоми ПТСР відносять до чотирьох груп:

- інтрузії – повторне переживання травми у формі, наприклад, нічних жахів, чи думок, чи нагадувань, чи флешбеків (дитина відчувається так, наче травматична подія відбувається зараз), що викликають пригнічення; зокрема у дітей до 6 років інтрузії можуть часто проявлятися у нічних жахах та під час ігор;
- уникнення – намагання уникнути спогадів, розмов, місць, обставин, які нагадують про травматичну подію і спричиняють дискомфорт

- негативні зміни в мисленні (стійкі негативні переконання про себе чи оточуючий світ) та/або емоційному стані (відчуття страху, провини, пригнічений настрій, апатія, ангедонія)
- зміни у збудженні і реактивності, до яких можуть відноситись дратівливість та спалахи гніву, проблеми з зосередженістю та надмірна пильність, ризикована чи самоушкоджуюча поведінка, проблеми зі сном, тощо (Keller et al., 2021, p. 348).

Хоча більшість дітей відчувають сильний дистрес після травматичних подій, лише у меншості розвивається діагностований ПТСР. В одному з досліджень понад дві третини опитаних дітей підтвердили свій досвід хоча б однієї травматичної події до 16-річного віку, проте лише 13,4% дітей мали деякі симптоми посттравматичного стресу, а повністю досягали критеріїв ПТСР менше 0,5% дітей (Copeland et al., 2007). Важливим захисним чинником для дітей є їхня соціальна підтримка, а саме безпечний простір їхньої сім'ї. Під час бомбардувань, смертей навколо, депортації чи втечі саме батьки та брати і сестри зменшують сприйнятий стрес (Walsh, 2016, p. 255). Ось чому чимало терапевтичних та превентивних підходів передбачають присутність у процесі зцілення батьків поруч із дітьми, наприклад ТФКПТ чи «Діти і війна» (Smith et al., 2022, p. 72). Також і якісні дружні стосунки та надійні зв'язки з братами і сестрами можуть захистити дитину від негативних наслідків травми (Peltonen & Punamäki, 2010, p. 98).

Впливають на ймовірність виникнення ПТСР та на важкість симптомів також характеристики самого травматичного досвіду. Більша загроза життю, довша її тривалість, численне або тривале повторення загрози чи декілька різних травматичних досвідів збільшують ризик виникнення ПТСР (Keller et al., 2021, p. 353). Так наприклад у Колумбії та Судані збройні конфлікти тривали протягом десятків років та торкнулися декілька генерацій місцевих

мешканців, викликаючи комплексну травму та страждання у всіх, хто був свідком чи учасником цих конфліктів (Walsh, 2016, p. 257). Також важчі наслідки травми мають діти молодшого віку (Yelland et al., 2010), діти, яким бракує належного батьківського піклування та соціальної підтримки, та діти, які мають додаткові стресові події чи супутні проблеми з психічним здоров'ям (Keller et al., 2021, p. 353). Про ці чинники важливо пам'ятати під час аналізу досліджень у даному системному огляді літератури.

Реакції дітей на травматичний досвід часто не обмежуються лише симптомами посттравматичного стресу. Травматичні події особливо негативно впливають на емоції, когнітивну сферу (мислення, пам'ять, увага) та функціонування (наприклад їжа, сон) і тому є під більшим ризиком виникнення психопатології (Peltonen & Punamäki, 2010, p. 96). Діти з травматичним досвідом мають майже удвічі частіше коморбідні психіатричні розлади ніж ті, хто цього травматичного досвіду не мав. Найчастіше це депресивні, тривожні розлади, розлади вживання психоактивних речовин, а також розлади поведінки (Copeland et al., 2007; Keller et al., 2021; Muscela & Saba, 2016). Крім психіатричних розладів можна відмітити також можливі труднощі у навчанні, адже негативними наслідками травми є погіршення пам'яті, уваги, навичок вирішення проблем, вербального функціонування, тощо. Іншим наслідком є погіршення соціального функціонування. Наприклад серйозна воєнна травма в дошкільному віці може в старшому віці бути причиною труднощів у контролі над імпульсами і, як наслідок, більш агресивної поведінки. Також важка воєнна травма була пов'язана з низькою якістю дружби та високим рівнем суперництва між братами та сестрами (Peltonen & Punamäki, 2010, pp. 97–98).

Крім описаних реакцій малі діти та діти-підлітки можуть у свій специфічний спосіб переживати наслідки травми. У дошкільнят та дітей молодшого шкільного віку відчуття страху та незахищеності від пережитого

травматичного досвіду може спричинити регрес, втрату вже набутих умінь, наприклад пов'язаних з туалетом, мовою, сном чи засинанням, самостійністю. Діти цього віку можуть не вміти передати пережите словами і тому сценарії травматичної події можуть часто поставати під час гри чи нічних кошмарів (American Psychiatric Association, 2022, pp. 302–309). Діти-підлітки в результаті травматичних подій можуть мати відчуття сорому, неповноцінності, почуття провини, можуть ізолюватися від близьких та друзів або навіть демонструвати самоушкоджуючу чи ризиковану поведінку (NCTSN, 2022).

Отже в той час, коли досліджуються наслідки травматичних подій, часто беруться до уваги не лише симптоми ПТСР, але і симптоми коморбідних розладів та інші емоційні, поведінкові труднощі, проблеми з навчанням, соціалізацією і функціонуванням.

Для виникнення ПТСР важливий характер травми. Жорстокість з боку людини є більш травматичною подією, ніж стихійне лихо (Everly Jr., 2005, p. 365). Так найвищий рівень симптомів показали діти, що пережили жорстокість чи сексуальне насилля (Copeland et al., 2007). Приблизно чверть (17–25%) дітей, які зазнали важких колективних травм, таких як природні та технічні катастрофи, страждають від ПТСР, тоді як серед жертв травм, завданих людиною, таких як сексуальне насильство, цей показник значно вищий і коливається від 40 до 58%. У хронічних умовах війни та військового насильства на Близькому Сході задокументовано, що поширеність посттравматичного стресового розладу серед дітей становить 20–25%, але особистий досвід жорстокого насильства чи втрати може призвести до поширеності ПТСР аж до 58–69% або 80%. Подібним чином дослідження виявили дуже високий рівень ПТСР серед африканських дітей у Судані і Руанді (Peltonen & Punamäki, 2010, p. 96).

Цей огляд зосереджений на наслідках травматичних подій, викликаних збройними конфліктами. Таким чином, досліджується, як діти переживають травми, спричинені людиною, але в менш інтимному контексті, ніж сімейні травми, а також, якими методами можна зменшити негативні наслідки цих травм.

## **1.2. Рекомендовані втручання для психологічної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту**

Для лікування ПТСР в дітей та підлітків не рекомендується застосовувати медикаменти. Це пов'язано з тим, що є відсутня належна доказова база позитивного ефекту від медикаментозного лікування у превенції або лікуванні ПТСР у дітей та підлітків. Тому у зв'язку з відсутністю очевидних переваг такого лікування, воно не може бути рекомендоване дітям (NICE, 2018, р. 40).

Щодо рекомендованих терапевтичних втручань, то згідно рекомендацій NICE 2018 року Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія ТФКПТ є тим методом індивідуальної терапевтичної допомоги, який має науково-доведену ефективність у зменшенні симптомів ПТСР та інших труднощів у дітей. Ефективність є доведеною для втручань починаючи із трьох місяців після закінчення травматичних подій, проте ТФКПТ вважається також найкращим варіантом втручання і в проміжку 1-3 місяців (NICE, 2018, р. 38). Даний метод психотерапевтичної допомоги є найбільш вживаним і вважається найбільш ефективним у лікуванні травмованих дітей. Він передбачає паралельну роботу з дитиною та батьками (опікунами чи кимось іншим із близьких родичів) та заснований на 10 компонентах: психоедукація, навички батьківства, техніки релаксації, афективна модуляція, когнітивний коупінг та опрацювання, створення і праця над травматичним наративом, праця з

тригерами, спільні сесії батьків і дітей та планування безпечного майбутнього (Cohen et al., 2016). ТФКПТ має чіткий алгоритм застосування, проте передбачається також певна гнучкість у його втіленні, адже історії і обставини дитячих травм є дуже різними (Schottelkorb et al., 2012, p. 59).

Ще одним рекомендованим методом лікування є EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), створений Ф.Шапіро. Він полягає у опрацюванні травмуючого матеріалу короткими послідовними етапами і одночасному зосередженні на зовнішньому подразнику, як наприклад слідкування очима за пальцями терапевта, зосередження на постукуванні чи на звукових стимулах (EMDR Institute, 2024). EMDR теж має доказову базу, але ця методика наразі виявилась менш ефективною та економічно доцільною. Тому EMDR рекомендується до застосування у тому випадку, якщо ТФКПТ є недоступною або не спрацювала для пацієнта (NICE, 2018, p. 18).

Щодо групових терапевтичних втручань, то вони мають меншу ефективність та економічно менш вигідні, тому не є рекомендованими втручаннями при лікуванні ПТСР у дітей та підлітків (NICE, 2018, p. 38).

В форматі превенції є рекомендованим активний моніторинг стану дітей, які мають вагомні симптоми ПТСР чи Гострої стресової реакції протягом першого місяця після психотравмуючої події (NICE, 2018, p. 16). В цьому контексті буде корисною також психоедукація для батьків, яка б включала базову інформацію про причини і наслідки психотравмуючих подій. У зонах масштабних спільних травм (як наприклад зонах близьких до бойових дій) є рекомендованим групове ТФКПТ втручання для дітей та молоді, яке б спиралось на згадані вище компоненти ТФКПТ, та було здійснене підготовленими тренерами згідно методології та підручника. Дане раннє втручання може бути корисне для зменшення ризику виникнення ПТСР у



майбутньому і тому, відповідно, може зменшити вартість відновлення їхнього психічного здоров'я (NICE, 2018, р. 16,17,37,38).

Можна стверджувати, що як рекомендовані сьогодні втручання, так і не рекомендовані, для яких ще немає доведеної ефективності, потребують подальших досліджень, особливо що стосується дітей. Наприклад бракує наукового підтвердження для індивідуальної терапії ТФКПТ до 3 місяців після травмуючої події. Також бракує доказів ефективності превентивних програм до 1 місяця. Необхідні також дослідження для дітей до 7 років. Тому даний системний огляд літератури буде корисним, щоб проаналізувати останні дослідження в даній сфері, які будуть стосуватися індивідуальних і групових методів допомоги, що зможуть пролити світло на вказані прогалини, а також зможуть відкрити нові методи допомоги.

В даному системному огляді буде досліджуватись ефективність психологічних втручань, превентивних та терапевтичних, групових та індивідуальних. Під ефективністю в даному огляді будемо розуміти в першу чергу найбільш вживану і досліджувану в даному контексті зміну - зменшення симптомів ПТСР. Крім того беремо до уваги зменшення симптомів депресивних і тривожних розладів, ускладненої реакції втрати та травматичного горювання, розладів вживання психоактивних речовин та розладів поведінки, інших емоційних та поведінкових симптомів. Ще одним показником ефективності є покращення функціонування у різних сферах життя, серед яких більш важливими є соціальні стосунки (в т.ч. просоціальна поведінка) та навчання. Важливим також показником ефективності втручання є стійкість ефекту, що визначає, чи зберігається вимірний позитивний ефект протягом тривалого часу.

Схема теоретичної моделі зображена на рисунку 1.1:

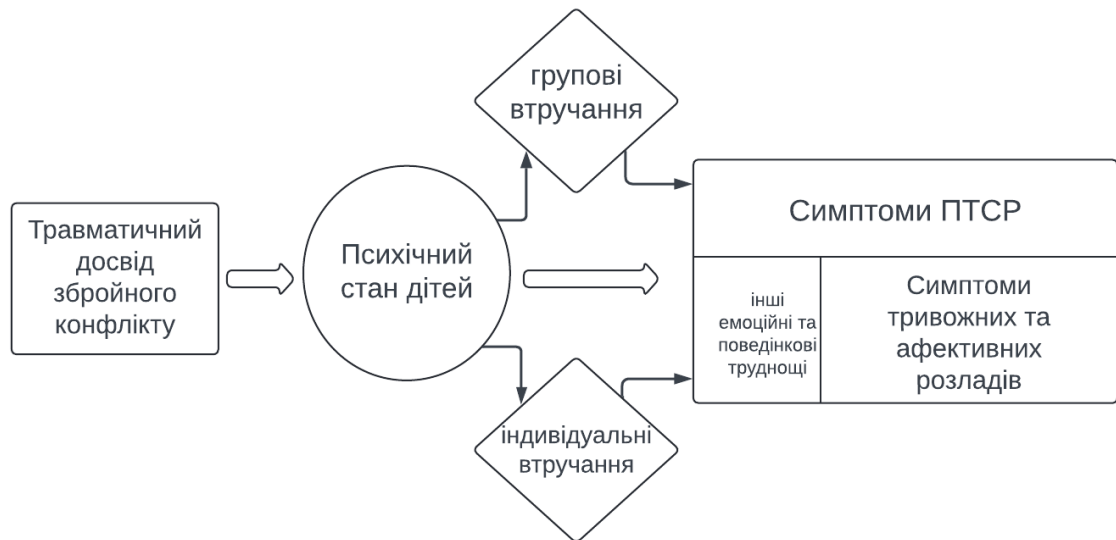


Рис 1.1. Теоретична модель дослідження

### Висновки до 1 розділу

В даному розділі було проведено теоретично-методологічний аналіз літератури на тему психологічної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту. Було проаналізовано ознаки травматичних досвідів та головні наслідки для психічного здоров'я, які можуть виникнути у дітей. Серед цих наслідків може бути в першу чергу виникнення ПТСР та інших коморбідних розладів, а також інші емоційні та поведінкові наслідки, як теж і погіршення функціонування у головних сферах життя, таких як навчання, соціальні зв'язки, побут, тощо.

Було визначено обставини, які погіршують наслідки для психічного здоров'я, серед яких брак соціальної підтримки від батьків, рідних та друзів, значна тривалість травматичних подій та висока інтенсивність експозиції до них, наявність супутніх стресових подій чи інших проблем з психічним здоров'ям.

Серед протективних факторів, які допомагають дитячій психіці без значної шкоди пережити травматичний досвід та природньо зцілитися, можна виділити в першу чергу безпечний простір у середовищі власної сім'ї, тобто стосунки з батьками (опікунами) та братами і сестрами, а також якісні дружні стосунки.

Було також проаналізовано особливості психологічної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід пов'язаний із збройним конфліктом. Проведено аналіз втручань, які сьогодні є рекомендованими дітям та молоді для лікування ПТСР, а також для превенції з метою запобігання майбутніх труднощів психічного здоров'я. Було визначено, що рекомендованим втручанням для лікування ПТСР у дітей та молоді є метод ТФКПТ, а також, за неможливості його застосування, може бути використаний підхід EMDR. В зонах масштабних спільних травм (наприклад бойові дії, бомбардування) для превенції ще в періоді до 1 місяця після травматичної події є рекомендованим групове ТФКПТ втручання. В розглянутих рекомендаціях вказується про потребу подальших досліджень, адже наразі ще є недостатньо доказової бази розглянутих превентивних та терапевтичних втручань, а також є потреба пошуку нових підходів у роботі з дітьми, які були б дієвими та економічно вигідними.

Даний системний огляд літератури досліджує особливості психологічної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід в наслідок збройного конфлікту, зокрема і ефективність терапевтичних та превентивних втручань. Під ефективністю розуміється зменшення симптомів ПТСР та коморбідних розладів, інших емоційних та поведінкових труднощів, та покращення функціонування у головних сферах життєдіяльності. Важливим показником ефективності є також стійкість досягнутого позитивного ефекту протягом певного тривалого часу після втручання.

## РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ

Системний огляд є актуальним і важливим методом наукового дослідження. Завдяки ньому є можливість дослідити існуючі наукові дослідження в обраній сфері, проаналізувати їх і зробити висновок про ефективність тих чи інших психологічних втручань. На основі системного огляду літератури можна рекомендувати певні інтервенції як ті, що мають науково доказову ефективність. Також завдяки системному огляду можна зробити висновок про недоліки в проаналізованих дослідженнях та потребу подальших досліджень в певному напрямку для їх подолання та заповнення прогалін. Крім того системний огляд дає можливість уникнути дублювання досліджень або уникнення помилок, які були допущені в попередніх схожих дослідженнях.

Даний системний огляд літератури буде здійснено з використанням методів, що відповідають стандарту PRISMA і буде складатись з наступних пунктів:



Рис. 2.1. Етапи системного огляду

## 2.1. Формулювання питання дослідження

Дослідження має на меті проаналізувати ефективність превентивних та терапевтичних втручань, технік та інструментів, які вони використовують. Результати дослідження допоможуть зрозуміти, як краще запобігти психопатології серед дітей, що пережили травматичний досвід збройного конфлікту, а також покращити дитяче психічне здоров'я та сприяти кращому емоційному, когнітивному і соціальному розвитку та адаптації до нових умов життя.

Отже дане дослідження шукає відповідь на запитання, чи є ефективними превентивні програми та психологічні втручання у зменшенні негативних наслідків в дітей, які мали травматичний досвід пов'язаний із збройним конфліктом. Далі дослідження відповідає, які саме втручання є більш ефективними для зменшення негативних наслідків травматичного досвіду, які саме методи, техніки та підходи мають свою науково обґрунтовану ефективність.

На тему дослідження було зроблено схожий системний огляд літератури у 2010 році на тему «Превентивні інтервенції серед дітей з травматичним досвідом збройного конфлікту: Огляд літератури» (Peltonen & Punamäki, 2010), а тому сьогодні є актуальним дослідження, що візьме до уваги напрацювання останніх 7 років. Під час пошуку досліджень було виявлено малу кількість даних за останні 7 років, тому було збільшено часовий проміжок до чотирнадцяти років, тобто від моменту публікації останнього системного аналізу на цю тему у 2010 році. В цьому буде наукова новизна даного аналізу літератури. Також наукова новизна даного дослідження у намаганні додати наукових доказів до прогалин, які наприклад ми могли бачити раніше у підрозділі 1.2 в рекомендаціях NICE.

Практичне значення даної праці полягає у дослідженні ефективності превентивних та терапевтичних втручань, а також технік та інструментів, які вони використовують для запобігання негативним наслідкам травматичного досвіду. Велика кількість психо-соціальних втручань втілюється тисячами благодійних та неприбуткових організацій по всьому світі як відповідь на надзвичайний стан у суспільствах. Проте дані організації мають обґрунтування своїх цінностей, важливості їхньої роботи, гарних кейсів, в яких діти отримали допомогу, але рідко спираються на дійсно доведену наукову ефективність тих чи інших методів (Peltonen & Punamäki, 2010, p. 111). Ця тема є надзвичайно актуальною також сьогодні в Україні, адже впроваджується велика кількість ініціатив, покликаних допомогти дітям впоратися з психологічною травмою і запобігти негативним наслідками цієї травми. Завдяки отриманим в дослідженні висновкам можна буде вдосконалити методи надання допомоги постраждалим від війни в Україні дітям, підібрати техніки та методи, що є найбільш дієвими та ефективними в сучасних умовах українського суспільства.

## **2.2. Критерії включення та виключення**

Критерії включення та виключення були розроблені згідно методології PICOS.

### **1) Population (популяція).**

- В дослідженні беруться до уваги учасники, які на момент отримання травматичного досвіду були дітьми чи підлітками до 18 років;
- Представники обох статей;
- Учасники мали досвід переживання *збройного конфлікту*, під яким маємо на увазі: війну, насильство з нею пов'язане, тероризм, вимушене переселення (біженці) з зон близьких до бойових дій.

Буття переселенцем включене до переліку оскільки чимало досліджень є здійснені саме серед переселенців, які часто до втечі були свідками травми, а після міграції опинилися в іншій стресогенній ситуації – необхідності жити в чужому соціальному середовищі;

- В учасників були присутні фактори ризику (досвідчення подій, пов'язаних з війною, і дистрес з цим пов'язаний, поточні психологічні симптоми, порушення функціонування у школі).

## 2) Intervention (інтервенції, втручання).

- Вимірюється ефективність групових, індивідуальних та змішаних втручань;
- Втручання належать до первинної, вторинної та третинної превенції.

## 3) Comparison (порівняння)

- До уваги беруться рандомізовані контрольовані дослідження, а отже порівнюється вплив певного втручання на випадково вибрану групу людей у порівнянні з контрольною групою
- Порівнюються зміни між показниками перед тестом та після нього. В деяких дослідженнях порівнюються також показники через певний період часу (наприклад 3-4 та 9 місяців), щоб перевірити чи зберігається ефект інтервенції на довший період часу.

## 4) Outcomes (результати)

- В дослідженнях вимірюється вплив на симптоми ПТСР, депресії тривоги, інших розладів, на прояви афективних та поведінкових труднощів, проблем у соціальних стосунках, навчанні та інших сферах життєдіяльності.

## 5) Study design (дизайн дослідження)

- Рандомізовані контрольовані дослідження
- Кластерні рандомізовані контрольовані дослідження

Критерії виключення є наступними:

- В дослідженнях є учасники, які на момент переживання травматичної події мали більше 18 років;
- В дослідженнях беруть участь діти, які не мали пов'язаного із збройним конфліктом досвіду (наприклад якщо досліджувались травматичні події інших типів);
- Дослідження, які є якісними та наративними, системні огляди;
- Дослідження зроблені до 2010 року
- Дослідження не на англійській мові

### **2.3. Пошук та вибір досліджень**

Пошук досліджень здійснювався в пошукових базах PubMed, Wiley, ResearchGate, Taylor and Francis, Sage Journals, APA PsycInfo, Google Scholar.

Пошук здійснювався за ключовими словами: trauma, PTSD, armed conflict, war, children, adolescent. Використано також статті знайдені у посиланнях та пов'язані статті.

Було виокремлено 29 досліджень, які на перший погляд підходили до теми системного огляду. Після віднайдення необхідних досліджень була проведена перевірка відповідності критеріям включення. 17 статей було відкинуто через невідповідність критеріям включення. 12 статей вибрано для аналізу в рамках системного огляду літератури і знайдено їх повнотекстові версії. Процес відбору та відсіву досліджень зображений на діаграмі на рисунку 2.2



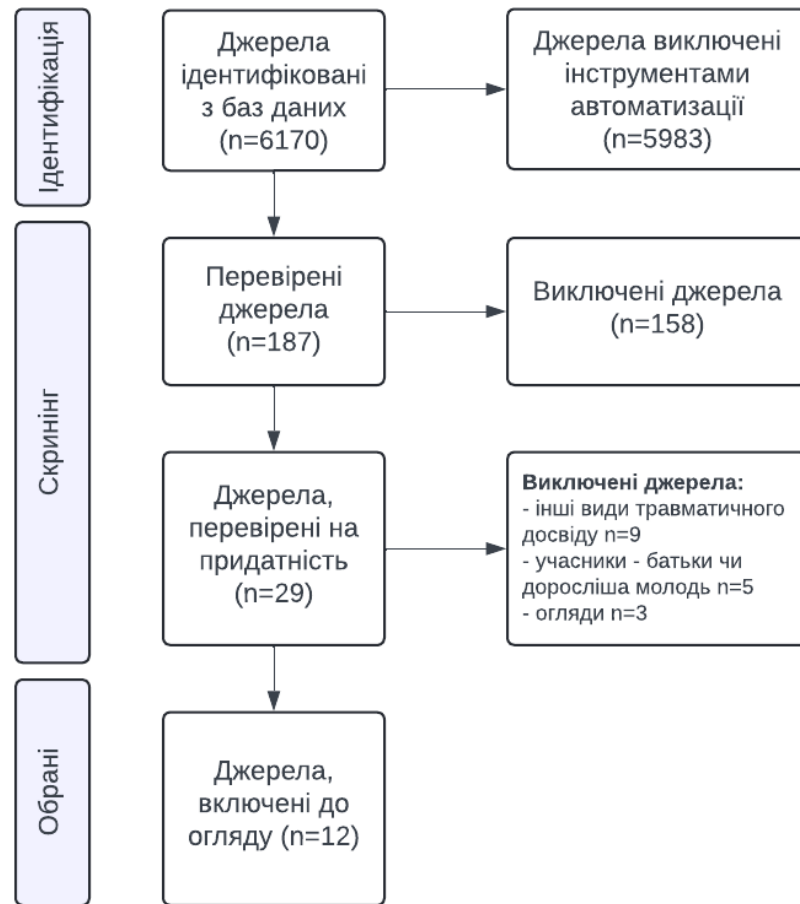


Рис. 2.2 Діаграма відбору та відсіву досліджень

#### 2.4. Оцінка якості досліджень

Обрані 12 досліджень відповідають на поставлені у дослідженні запитання, досліджуючи ефективність того чи іншого втручання на зменшення негативних наслідків травматичних подій збройних конфліктів у дітей та підлітків. Звідси можна зробити висновок про зовнішню валідність.

Внутрішня валідність перевірялася під час аналізу тексту досліджень, а саме мети, методології та методів, результатів та дискусій, звертаючи увагу на можливі похибки і недоліки у дослідженнях. Знайдені недоліки досліджень не

є критичними і не перекреслюють внутрішньої валідності результатів даних досліджень.

### **2.5. Синтез даних**

Обрані дослідження проаналізовано і результати внесено у таблицю EXCEL з наступними графами: 1) назва дослідження, 2) автор, 3) рік, 4) дизайн дослідження, 5) що досліджено, 6) результати, 7) інструменти, 8) кількість учасників, 9) вік, 10) Місце втручання і учасники, 11) інтервенції для порівняння, 12) проведені вимірювання.

Порівняльну таблицю включених у системний огляд досліджень винесено до додатку 1.

### **Висновки до 2 розділу**

В даному розділі було описано розроблений за принципами PRISMA дизайн системного огляду літератури. Дане дослідження намагається дати відповідь на питання, які саме превентивні програми та терапевтичні втручання є більш ефективними для запобігання та лікування негативних наслідків психологічної травми у дітей, які переживають війни та конфлікти. Критерії включення було розроблено згідно методу PICOS.

Під час пошуку та відбору досліджень виникли труднощі пов'язані з тим, що дуже мало досліджень було знайдено за останні 7 років, тому довелось збільшити часовий проміжок до 2010 року і пізніше. Під час скринінгу було обрано 29 досліджень, які на перший погляд мали підходити. З них довелось відкинути 17 досліджень через невідповідність критеріям включення, наприклад вони зосереджувались також на інших типах травм, або брали до уваги постраждалих батьків, чи дорослих та молодь після 18 років, або не були рандомізованими, тощо. З огляду на малу кількість досліджень було також

прийнято рішення взяти до огляду дослідження присвячене дівчатам – колишнім солдатам (Robjant et al., 2019), які були неповнолітніми на момент полону і травми, але деяким з яких вже виповнилось 18 років на момент втручання.

Загалом після збільшення часового проміжку описані труднощі було подолано і успішно синтезовано дані з обраних досліджень до спільної порівняльної таблиці.

## РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ВИБРАНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

### 3.1. Детальна інформація про включені дослідження

Даний системний огляд літератури бере до уваги 12 досліджень. Розмір вибірки варіюється від 26 до 817 осіб. Практично всі учасники були на момент дослідження неповнолітніми з віком від 6 до 18 років. Лише в одному дослідженні (Robjant et al., 2019) учасниці були неповнолітніми на момент початку травматичного досвіду полону, який тривав від 1 до 3 років, а саме втручання відбулось в середньому 2,5 роки після звільнення, тобто вік учасниць був від 11 до 22 роки на момент дослідження.

Згідно критеріїв включення учасники усіх обраних досліджень мають досвід пов'язаний із збройними конфліктами. Учасники походили з таких країн та територій: Бурунді, Шрі-Ланка, Конго, Балканських країн, Туреччини, Сирії, Чечні, Грузії, Росії, Кенії, Ліберії, Сомалі, Танзанії, Руанди, М'янми, Непалу, Афганістану, Іраку, Узбекистану, Сектору Газа, Йорданії, Гвінеї, Ефіопії, Сьєрра-Леоне, Судану, Уганди, Тайланду, Ірану, Палестини. В деяких дослідженнях на момент втручання учасники проживали у країні свого походження, а в інших були біженцями в сусідніх країнах, або в США, Європі, Австралії.

Втручання, які було досліджено загально можна розділити на індивідуальні та групові. З 12 досліджень 2 аналізують вплив індивідуальних втручань, 1 – поєднання індивідуальних та групових та 9 досліджують групові втручання.

#### **Досліджено наступні методи психологічної допомоги:**

1. Наративна експозиційна терапія для дітей KIDNET передбачала 8 індивідуальних зустрічей під час яких дитина з допомогою терапевта створює хронологічну розповідь-наратив про усе своє життя з наголосом на

травматичних подіях, які їй довелося пережити (Ruf et al., 2010, p. 440). В іншому дослідженні було проаналізовано ефект нарративної експозиційної терапії FORNET (6 індивідуальних зустрічей по 90-120 хв.) у поєднанні з розширеним груповим компонентом – щотижневою груповою сесією присвяченою навичкам регуляції негативних емоцій та базового керування гнівом, уникнення конфліктів та вирішення проблем у стресових ситуаціях, посиленню мотивації брати участь у ненасильницьких ролях та поведінці у суспільстві (Robjant et al., 2019, p. 5).

2. Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія ТФКПТ, яка є сьогодні найбільш уживаним методом праці з травмою і вважається найбільш ефективним втручанням. Зазвичай протоколом передбачається близько 12-20 індивідуальних сесій по півтори години, в яких по 45 хв. тривають 2 окремі сесії з дитиною та з батьками, а також декілька спільних сесій (Schottelkorb et al., 2012, p. 64). В даному дослідженні в середньому було проведено 17 сесій по 30хв з дітьми та 2-4 сесії з батьками, а спільних сесій по 90хв не було можливості проводити.

3. Дитино-центрована ігрова терапія (*Child-Centered Play Therapy*, ССРТ) дозволяє дитині виразити свої почуття, думки та бажання за допомогою гри. Цей метод терапії походить з гуманістичного напрямку та є найбільш вживаним і досліджуваним серед усіх інших дитячих терапій, що використовують гру (Schottelkorb et al., 2012, p. 59). В даному дослідженні було проведено в середньому 17 індивідуальних зустрічей по 30 хв. з кожною дитиною та 6 індивідуальних зустрічей по 15 хв. з батьками. Ефективність ССРТ порівнювалась з ефективністю ТФКПТ.

4. Групова методика TRT – Навчання технік відновлення (*Trauma Recovery Techniques*) – превентивна психоедукаційна та психосоціальна програма на основі Когнітивно-поведінкової терапії, розроблена фундацією «Діти і війна» для дітей, що пережили війни та конфлікти. Згідно даної програми дітям розповідають про їхні симптоми та навчають їх адаптивних стратегій коупінгу, зокрема когнітивних технік, методів заспокоєння та стратегій експозиції. TRT відповідно зосереджується на трьох основних складових ПТСР: інтрузіях, гіперзбудливості та униканні (Ooi et al., 2016, p. 4). За стандартним протоколом програма реалізовується через 5 двогодинних сесій з дітьми і заохочується паралельна робота з батьками, проте на практиці це в кожному з досліджень даного огляду втілювалось по-різному: 5 зустрічей по 2 години з дітьми разом із двома або п'ятьма груповими зустрічами з батьками (El-Khani et al., 2021); 8 зустрічей по 60 хв з дітьми (Ooi et al., 2016); 5 сесій по 1.5 год з дітьми (Barron et al., 2012).

5. Інше групове втручання розроблене фундацією «Діти і війна» - Письмо для відновлення WfR (*Writing for recovery*). Воно передбачає 6 коротких сесій письма по 15 хвилин, проведених у 3 дні підряд по 2 щодня, під час яких підліток описує свій травматичний досвід, беручи до уваги думки та почуття з ним пов'язані. Даний метод є чітко описаний у підручнику і не потребує висококваліфікованих фахівців для його проведення, а також не потребує багато часу та ресурсів для його втілення. Це дає можливість проводити втручання в шкільних середовищах і в місцях близьких до зон бойових дій (Lange-Nielsen et al., 2012, p. 405). Також в іншому дослідженні використовувалась програма WfR адаптована для дітей із травматичним горюванням (Kalantari et al., 2012).

6. Психоедукаційна програма у шкільних умовах, що передбачає 15 годин групової роботи протягом 5 тижнів. Вона є еkleктичною та поєднує

когнітивні поведінкові техніки (психоедукація, зміцнення механізмів коупінгу та обговорення минулих травматичних подій через малюнок) та творчі експресивні елементи (кооперативні ігри, структурований рух, музика, драма та танець) (Jordans et al., 2010; Tol et al., 2012, 2014).

7. Психосоціальна програма «Розвиток підлітків», в основі якої є підхід Глибокого стресового налаштування (*PSA - Profound Stress Attunement*). Цей підхід зосереджується на створенні емоційно-безпечного простору, менеджменті стресорів та встановленні здорових стосунків. Практичними елементами програми є: психоедукація, когнітивні стратегії, тренування навичок та розвиток талантів, відпочинок, ресурсні активності, спілкування та праця над стосунками, вибір цінностей та постановка цілей, тощо. В даній програмі поряд із підлітками-біженцями бере участь місцева молодь для того, щоб створити між ними емпатійний зв'язок та допомогти цим двом групам співіснувати поруч (Panter-Brick et al., 2018, p. 525).

#### **Інтервенції для порівняння використовувались наступні:**

1. Жодного втручання не зазнала група контролю у 9 з 12 досліджень. Це з одного боку є обмеженням для досліджень індивідуальних форм допомоги, адже не можливо з певністю сказати, чи саме певне втручання виявилось ефективним, чи загалом можливість бути почутим емпатичним і уважним консультантом (Ruf et al., 2010, p. 444). Це також не є до кінця етичним, коли людина відчуває симптоми в даний момент, але, будучи віднесеною до контрольної групи, не отримує жодної допомоги. Проте учасникам часто пропонувалося пройти ту ж досліджувану програму втручання після закінчення експерименту. Також зазвичай учасники, у яких з'являвся сильний дистрес протягом дослідження, мали можливість припинити участь в експерименті і отримати негайну допомогу (Ooi et al., 2016, p. 4).

2. Одне дослідження порівнювало ефективність Дитино-центрованої ігрової терапії ССРТ та Травмо-фокусованої КПТ для дітей. В даному випадку не використовувалась правдива група контролю (без втручання) через етичні критерії. Проте з іншого боку, як результат, не можливо зрозуміти, яким був би стан дитини, яка не отримала допомоги взагалі (Schottelkorb et al., 2012, p. 69).

3. Активна контрольна група була створена у дослідженні Наративної експозиційної терапії, коли дівчатам з групи контролю надавалась звичайна підтримка у центрі підтримки місцевої благодійної організації. В даному центрі вони мали можливість за власним бажанням отримати таку допомогу: тренінг з працевлаштування та навчання новій професії, сесію базового консультування і активного слухання, сесію з вирішення проблем, практичну допомогу. Учасниця приходила у центр принаймні раз на тиждень або її відвідували вдома, перевіряючи її стан (Robjant et al., 2019, p. 5).

4. Порівняння ефекту розширеної версії Навчання технік відновлення TRT (з додатковими сесіями для батьків) із стандартною версією TRT та з відсутнім втручанням (El-Khani et al., 2021). В даному випадку ефективність нового методу порівнюється із вже дослідженим та з показниками контрольної групи, що дозволяє уникнути наслідків, описаних вище у пункті 2.

#### **Вимірювання результатів:**

В усіх 12 дослідженнях вимірювались симптоми травми. З них в 11 це були симптоми ПТСР і в 2 – симптоми травматичного горювання. Симптоми, пов'язані із ПТСР чи травматичним горюванням, є ключовими для досліджень, зосереджених на праці з людьми, що пережили травматичний досвід.

Для вимірювання симптомів ПТСР використовувався *The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)* в трьох дослідженнях, які аналізують ефективність психоедукаційної програми у шкільних умовах (Jordans et al., 2010; Tol et al.,



2012, 2014). Ще в одному дослідженні використовувався схожий, але модернізований до критеріїв DSM-5 тест *The PTSD Symptom Scale Interview for DSM 5 (PSS-I-5)* (Robjant et al., 2019).

Іншим використаним методом вимірювання симптомів ПТСР став *The Child Revised Impact of Events Scale* або *CRIES*. В 4 дослідженнях було використано *CRIES-13* (Barron et al., 2012; El-Khani et al., 2021; Lange-Nielsen et al., 2012; Ooi et al., 2016), і в одному – *CRIES-8* (Panter-Brick et al., 2018).

У двох дослідженнях було використано *The UCLA PTSD Index for DSM-IV* (Ruf et al., 2010; Schottelkorb et al., 2012).

У трьох дослідженнях поряд із згаданими вище тестами було додано інші тести, що визначали типи травматичного досвіду, який пережили учасники (Barron et al., 2012; Lange-Nielsen et al., 2012; Robjant et al., 2019). В одному RCT було додано тест *Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents (HSCL-37A)*, який визначає інтерналізовані та екстерналізовані симптоми, пов'язані з травмою (Ooi et al., 2016). Ще в одному поряд з опитувальником для дітей було використано опитувальник для їхніх батьків *Parent Report of Posttraumatic Symptoms (PROPS)* (Schottelkorb et al., 2012).

У двох дослідженнях вимірювались симптоми травматичного горювання *Traumatic Grief Inventory for Children (TGIC)* (Barron et al., 2012; Kalantari et al., 2012).

Депресивні симптоми було окремо виміряно у 8 дослідженнях, що свідчить про поширеність депресивних симптомів в наслідок травматичного досвіду збройного конфлікту. Шкалу *Depression Self-Rating Scale (DSRS)* було використано у семи дослідженнях (Barron et al., 2012; El-Khani et al., 2021; Jordans et al., 2010; Lange-Nielsen et al., 2012; Ooi et al., 2016; Tol et al., 2012, 2014) і шкалу *The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* – в одному дослідженні (Robjant et al., 2019).

Для вимірювання тривожних симптомів було використано *The Screen for Anxiety Related Emotional Disorders SCARED-5* (El-Khani et al., 2021; Jordans et al., 2010; Tol et al., 2012) та *Revised Children's Manifest Anxiety Scale RCMAS* (Lange-Nielsen et al., 2012). Бачимо, що в 4 з 12 досліджень було окремо виміряно тривожність.

Проте в деяких дослідженнях було здійснено також більш широкі скринінгові вимірювання, які визначають симптоми головних розладів. Наприклад *the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents MINI-KID* (Ruf et al., 2010), який діагностує можливу присутність 30 найбільш поширених розладів у дітей, або *The Arab Youth Mental Health (AYMH)*, який визначає головні труднощі у сфері психічного здоров'я, серед яких депресія і тривога (Panter-Brick et al., 2018).

У шести дослідженнях було використано опитувальник *Strengths and Difficulties Questionnaire*, який досліджує емоційні і поведінкові симптоми, гіперактивність та труднощі з увагою, просоціальну поведінку та труднощі у спілкуванні з однолітками (Barron et al., 2012; El-Khani et al., 2021; Jordans et al., 2010; Ooi et al., 2016; Panter-Brick et al., 2018; Tol et al., 2012).

В розглянутих дослідженнях було використано інші додаткові вимірювання, такі як: рівень надії у дітей (*The Children's Hope Scale*) (Jordans et al., 2010; Tol et al., 2014); рівень агресії та жорстокості (Jordans et al., 2010; Robjant et al., 2019); порушення функціонування у головних сферах життя (Jordans et al., 2010; Tol et al., 2012, 2014) або зокрема у сфері навчання (Barron et al., 2012) чи просоціальної поведінки (Jordans et al., 2010); відчуття провини (Robjant et al., 2019); рівень невпевненості (*Human insecurity*) та дистресу (*Human distress*), а також сприйнятого стресу (*Perceived Stress Scale PSS*) (Panter-Brick et al., 2018).

В одному RCT учасниками були не лише діти, а і їхні батьки, а яких вимірювалися навички батьківства та впевненість, депресія та тривога, гострий стрес та травма (El-Khani et al., 2021).

Практично всі обрані дослідження вимірювали як основні характеристики, такі як симптоми ПТСР, травматичного горювання, депресії та тривоги, так і симптоми коморбідних розладів та інші труднощі психічного здоров'я, емоцій, поведінки і функціонування, на які можуть впливати пережиті дітьми травматичні події. Використані шкали показали достатню надійність і валідність. Шкали, які мали недостатню валідність, було дослідниками усунуто з дослідження.

### **3.2. Висновки огляду**

Аналізуючи результати, варто проаналізувати ефективність групових втручань та індивідуальних.

Якщо поглянути на дослідження групових втручань, 3 з них були присвячені п'ятитижневій груповій психоедукації в шкільних умовах тривалістю 15 годин. В усіх трьох дослідженнях дане втручання не призвело до зниження психіатричних симптомів ПТСР, депресії, тривоги, тощо, проте для деяких вікових категорій та статей виявлено певний позитивний ефект на просоціальну поведінку, рівень надії, загальне функціонування і на зменшення поведінкових труднощів. Даний ефект відрізняється в усіх трьох дослідженнях і поки що не можливо виділити певних його закономірностей. У двох із трьох досліджень позитивний ефект зберігся через 3 місяці після експерименту, а у третьому збереження ефекту не виміряно (Jordans et al., 2010; Tol et al., 2012, 2014).

Інше групове втручання TRT - *Teaching Recovery Techniques*, або так званого групового КПТ, показало в усіх трьох дослідженнях значні

покращення симптомів ПТСР, депресії, тривоги, горювання та інших труднощів (Barron et al., 2012; El-Khani et al., 2021; Ooi et al., 2016). При цьому TRT з додатковими сесіями для батьків дали ще кращий результат, ніж стандартний протокол. У двох із трьох зазначених дослідженнях ефект зберігся через деякий час (3 та 12 місяців) після втручання.

Групове втручання *Writing for Recovery* WfR було досліджено у двох експериментах. Що цікаво, у випадку праці з травматичним горюванням даний метод показав зниження симптомів на 20%, хоч і не було виміряно довготривалість ефекту (Kalantari et al., 2012); а під час праці з травмою позитивного ефекту не було знайдено ні для полегшення симптомів ПТСР, ні для депресії чи тривоги. В даному випадку показник ПТСР впав в експериментальній та контрольній групі і не можна спростувати можливий позитивний вплив у майбутніх дослідженнях, тим більше, що 88-94% підлітків охарактеризувало створення наративу в даній формі як позитивний для себе досвід (Lange-Nielsen et al., 2012).

Ще одне психосоціальне групове втручання «Розвиток підлітків» показало від низького до середнього рівня позитивний ефект у зменшенні невпевненості, рівня дистресу та відчуття стресу, афективних та поведінкових труднощів. При цьому кращий ефект було отримано в тих учасників, які пережили більше різних травматичних подій, тобто мають досвід чотирьох і більше типів травматичних подій. Даний метод, втім, не показав позитивного результату на зменшення симптомів ПТСР (Panter-Brick et al., 2018). Позитивний ефект виявився стійким через рік після дослідження.

Щодо індивідуальних втручань, то всі вони показали кращі результати в тому числі і на психіатричні симптоми ПТСР. Наративна експозиційна терапія показала значний позитивний ефект як у праці з дівчатами – колишніми солдатами (Robjant et al., 2019), так і у допомозі дітям-біженцям з

діагностованим ПТСР (Ruf et al., 2010). Втручання для дівчат колишніх солдат дало позитивний ефект теж на зменшення симптомів депресії та проявів агресії, а також на соціальне функціонування. Позитивний ефект зберігся і протягом 9-12 місяців після втручання, що ще більше підтверджує ефективність.

Інше дослідження індивідуальних втручань показало позитивний ефект на зменшення симптомів ПТСР як завдяки методу ТФКПТ, так і завдяки дитино-центрованій ігровій терапії (Schottelkorb et al., 2012). При цьому ефект було доведено саме для учасників, які згідно опитувальника досягли критеріїв ПТСР, а для всієї вибірки (разом з тими учасниками, які не досягли критеріїв ПТСР) статистичної значущості досягти не вдалось. Також не було виміряно стійкість ефекту з часом.

### **3.3. Обговорення (інтерпретація результатів)**

Серед чотирьох розглянутих підходів групової роботи з постраждалими від збройних конфліктів дітьми лише підхід групової КПТ (*Teaching Recovery Techniques*) показав значні покращення симптомів ПТСР (Barron et al., 2012; El-Khani et al., 2021; Ooi et al., 2016). Ще один метод *Writing for Recovery* WfR був ефективним у праці з травматичним горюванням (Kalantari et al., 2012), знизивши його симптоми на 20%, проте не довів своєї ефективності у праці суто з травмою (Lange-Nielsen et al., 2012). Інші ж підходи, такі як групова психоедукація в шкільних умовах (Jordans et al., 2010; Tol et al., 2012, 2014) та методика «Розвиток підлітків» (Panter-Brick et al., 2018), не довели своєї ефективності у зниженні симптомів ПТСР в розглянутих дослідженнях.

Крім того групова КПТ показала значне зниження симптомів депресії, тривоги, афективних та поведінкових труднощів. Вагомого зниження симптомів депресії та тривоги в інших групових підходах не було досягнуто.

Групова КПТ з розширеною частиною для батьків показала кращі результати, ніж стандартна програма (теж ефективна), тому можемо зробити висновок про користь додаткових групових занять і для лікування дітей, і для психічного здоров'я самих батьків (El-Khani et al., 2021).

В попередньому системному огляді (Peltonen & Punamäki, 2010) половина групових превентивних втручань зосереджувалась на групових КПТ-підходах, які теж виявились ефективними проти симптомів ПТСР та коморбідних розладів. Тому можна сказати, що даний огляд підтверджує отримані раніше результати. Проте автори зазначають, що представлені там підходи крім класичних КПТ тем та технік використовували теж методи інших напрямків, наприклад креативні техніки, сімейно-орієнтовані інструменти, праця зі ставленням до війни, миру та до ворога. А цей факт не дає можливості достовірно визначити, які саме елементи групового КПТ підходу виявились ефективними. Натомість у трьох дослідженнях нашого огляду були використані доволі стандартні теми КПТ у праці з ПТСР, які були присвячені інтрузії, гіперзбудженню та униканню (можливе додавання теми втрати) та навчали дітей навичок дистанціювання та подолання інтрузивних думок, технік розслаблення та заспокоєння, працювали з униканням через навчання експозиції, а також створенню травматичного наративу. Ця програма виявилась дієвою, тому можна стверджувати, що дані КПТ елементи є ефективними у превенції ПТСР та інших труднощів у дітей, якщо застосовані навченими тренерами правильно і згідно підручника.

У дослідженнях зазначається, що групова КПТ – TRT не є терапією ПТСР, але груповою превентивною програмою покликаною навчити дітей технік коупінгу, релаксації та стратегій експозиції і таким чином запобігти виникненню труднощів пов'язаних із травмою у майбутньому (Ooi et al., 2016, p. 4). Хоч всі 3 дослідження показали гарний результат, вони застосовувались

у різний проміжок часу. Одне з них працювало з дітьми у Палестині, які продовжують жити в умовах близьких бойових дій, а два інших – з мігрантами, які вже тривалий час не мають контакту з війною, хоч можливо переживають стрес пов'язаний із міграцією. Тому досі залишається не зрозумілим, в який часовий проміжок варто застосовувати дане втручання. А у випадку, якщо йдеться не про перший місяць після травматичної події, а про тривалий час, не зрозуміло теж, у яких обставинах ця методика буде більш ефективною та економічно вигідною, ніж індивідуальна ТФКПТ.

Якщо говорити про інші групові психосоціальні втручання, то у трьох дослідженнях групова психоедукація в шкільних умовах (*Classroom based intervention* – СВІ) виявилась дещо ефективною у підвищенні стійкості, відчуття надії, покращенні просоціальної поведінки та зменшенні поведінкових труднощів (зокрема агресивної поведінки). Ця ефективність проявилась не у всій вибірці, а лише у деяких категоріях віку та статі. І навпаки в одному з досліджень виявлено ненавмисний шкідливий ефект на симптоми ПТСР у дівчат (Tol et al., 2012). Загалом у трьох дослідженнях присвячених СВІ результати є суперечливими у різних умовах і для різних учасників, тому і самі автори радять для постраждалих дітей та підлітків в першу чергу терапевтичні втручання рекомендовані ВООЗ, такі як ТФКПТ та EMDR (Tol et al., 2014, p. 10).

Дана програма СВІ намагалась поєднати корисні на думку її творців техніки з різних підходів: творчість, танець та рух, праця в групах і соціалізація, техніки зменшення стресу і, зрештою, експозиція до травматичного досвіду через травматичний наратив у малюнках. Даний підхід намагається зменшити стрес та підсилити резилієнтність дітей. Гарні цілі програми СВІ, здається, могли б бути досягнутими через запропоновані техніки, які поодиночі виглядають цілком розумними і корисними. В результаті

ж зменшення симптомів ПТСР та інших розладів не вдалось досягнути, хоч загалом якийсь позитивний результат від втручання був, лише в кожному з досліджень він був іншим. Позитивний ефект було досягнуто не для всіх дітей, а для окремих груп, причому в кожному дослідженні для інших груп дітей. Крім того можливий негативний вплив на симптоми ПТСР. Можна підсумувати, що чіткого і стабільного ефекту не вдалось досягнути.

Щодо втручання «Розвиток підлітків», то воно теж не може бути рекомендованим для лікування ПТСР, депресії та тривоги, але може підвищити стійкість травмованих війною дітей. Через тренування навичок, відпочинок, ресурсні активності, розвиток вмінь, спілкування вдалось зменшити відчуття стресу, зменшити невпевненість, афективні та поведінкові труднощі. Хоч ефект і не є неймовірним – від середнього до малого.

Загалом така психоедукація, якою ми її бачимо у підходах СВІ та «Розвиток підлітків», може бути виконана менш підготовленими учасниками, що робить її більш доступною. Тому схожі психоедукаційні програми все ж можуть мати своє місце як превентивний інструмент для ширшого кола учасників, а не як терапія для постраждалих із симптомами ПТСР. В такому випадку вони потребують подальших досліджень, щоб знайти оптимальний алгоритм втручання, яке буде давати свій ефект і не буде шкодити учасникам. Наприклад творці СВІ планують забрати компоненту травматичного нарративу, щоб уникнути негативних впливів на симптоми ПТСР. Так само потрібні подальші дослідження, щоб визначити справді ефективні елементи превентивної програми, які будуть мати більш стабільний позитивний результат для психічного здоров'я всієї вибірки.

Буде залишатися актуальним питання – що саме буде більш потрібне для травмованих війною дітей: КПТ техніки, спрямовані чітко на працю з травмою і коморбідними розладами, чи психосоціальне превентивне



втручання, яке підвищить резилієнтність та зменшить інші труднощі. Вважаємо, що це залежить від дітей, з якими доведеться працювати. СВІ та схожі загальні програми можуть бути використані як превентивне втручання для більш загальних психосоціальних проблем, запобігаючи виникненню психопатології у тих груп людей, які мають фактори ризику, але ще не мають виражених симптомів. В той же час діти, в яких є більш виражені симптоми травми, потребуватимуть більш специфічних втручань, як наприклад групова TRT (КПТ) чи індивідуальна ТФКПТ.

Щодо втручання *Writing for Recovery*, то воно не довело свою ефективність у праці з дітьми, що пережили травматичний досвід в Газі. Підлітки описали свою участь у експерименті як позитивний досвід і це може означати, що для них було важливо відтворити свій травматичний наратив у даний спосіб. Методика *Writing for Recovery*, втім, виявилась ефективною у зменшенні симптомів травматичного горювання. Оскільки втручання потребує всього 90 хвилин протягом трьох днів підряд і не вимагає участі фахових психологів, воно є надзвичайно економним і теж може мати своє застосування у травмованому суспільстві. Дане втручання є травмофокусованим, тому воно скоріше буде схожим по використанню до TRT, тобто більш корисним саме дітям, які мають симптоми травми. WfR є швидким і економним, але доказів його ефективності при травмі для дітей практично немає, а при травматичному горюванні – лише одне дослідження, яке каже про малий ефект на симптоми горювання. Тому в подальшому є сенс у дослідженнях ефективності даного групового втручання на більших вибірках щоб зрозуміти, чи дійсно може мати сенс таке короткострокове втручання і в яких випадках.

Щодо індивідуальних втручань, то є 2 дослідження присвячені наративній експозиційній терапії NET, а також одне, яке порівнює ТФКПТ та *Child-Centered Play Therapy*, ССРТ. Всі вони виявились ефективними для

зменшення симптомів ПТСР, депресії, тривоги та інших труднощів. Ефективність NET була також перевірена після 9-12 місяців і загалом цей підхід показав дещо кращі результати ніж ТФКПТ чи ССРТ. Якщо розглядати результати даних трьох досліджень, то пригадуємо, що ТФКПТ є рекомендованим втручанням для дітей та підлітків при ПТСР (NICE, 2018, р. 38), але в даному огляді NET та ССРТ показали дуже гарні результати, хоч вони ще не мають такої значної доказової бази в науковій літературі. У зв'язку з цим варто продовжувати дослідження цих підходів із більшими вибірками, а також за можливості, порівняти їх ефективність між собою щоб підтвердити більшу ефективність одного чи іншого втручання. Також при майбутніх дослідженнях ССРТ варто перевірити стійкість ефекту, що не було зроблено в розглянутому дослідженні.

Загалом ТФКПТ вважається більш ефективною, а також економічно вигідною, коли здійснена індивідуально, а не у групі (NICE, 2018, р. 38). Проте потрібні подальші пошуки ефективних та економічно вигідних втручань, в тому числі і групових, адже групова КПТ, тобто TRT, показала дуже гарні результати у трьох дослідженнях. У зв'язку з цим рекомендується теж подальше дослідження, яке б змогло порівняти між собою ефективність групових втручань на основі КПТ з індивідуальною терапевтичною допомогою. Поки що групова TRT (КПТ) може бути кращим варіантом втручання у тих випадках, коли травматична подія сталася недавно і коли число постраждалих є великим, а ТФКПТ – оптимальним втручанням для дітей, які мають виражену патологію.

### **Висновки до 3 розділу**

В даному розділі було представлено аналіз обраних для системного огляду досліджень. З 12 обраних досліджень 9 присвячено груповим методам

роботи з дітьми, 2 – індивідуальним терапевтичним втручанням та 1 – поєднанню індивідуального втручання з груповою компонентою. 2 дослідження були присвячені Наративній експозиційній терапії NET, 1 дослідження порівнювало ефективність ТФКПТ та Дитино-центрованої ігрової терапії (*Child-Centered Play Therapy*, ССРТ), 3 дослідження – груповій програмі на основі КПТ – Навчання технік відновлення (*Trauma Recovery Techniques*, TRT), 2 дослідження – груповій програмі Письмо для відновлення WfR (*Writing for recovery*), 3 дослідження – груповому 15-годинному Втручання у шкільних умовах, СВІ та одне дослідження – іншій психоедукаційній програмі «Розвиток підлітків».

В усіх дослідженнях визначався вплив певних втручань на симптоми ПТСР. В багатьох вимірювались теж симптоми інших коморбідних розладів, зокрема травматичного горювання, депресії та тривоги, а також аналізувався вплив на інші емоційні та поведінкові труднощі, рівень надії та загальне функціонування у різних сферах життя.

Результати досліджень показали, що всі 3 індивідуальні терапевтичні підходи виявились ефективними у зменшенні симптомів ПТСР, хоча тільки в дослідженнях NET було додатково виміряно позитивний вплив на зменшення інших афективних, поведінкових та соціальних труднощів і підтверджено тривалість даного позитивного ефекту в часі.

Серед групових втручань позитивний ефект на зменшення симптомів ПТСР та інших психіатричних розладів показав тільки підхід TRT, як теж і на зменшення інших афективних, поведінкових та соціальних труднощів, на покращення функціонування у важливих сферах життя та на рівень надії. Позитивний ефект виявився стійким у часі у двох із трьох досліджень TRT. Інші підходи групової роботи показали суперечливі результати. WfR показав незначний позитивний ефект на зменшення симптомів травматичного

горювання, але не вплинув на симптоми ПТСР у іншому дослідженні. СБІ та «Розвиток підлітків» не були ефективними щодо симптомів ПТСР та коморбідних розладів, але для деяких груп учасників показали певні позитивні ефекти на загальне функціонування, зменшення інших афективних, поведінкових, соціальних труднощів. Але у випадку СБІ цей ефект проявився не на всій вибірці і тому результати трьох досліджень є суперечливими.

Загалом при симптомах ПТСР рекомендованим є індивідуальне втручання. Серед методів індивідуальної терапії ПТСР вкотре підтвердила свою ефективність ТФКПТ, але показали теж гарні результати методи ССРТ та NET. Тому попередньо і їх можна вживати для лікування ПТСР, але потрібно продовжити дослідження даних методів з більшими та різноманітнішими вибірками та з перевіркою стійкості ефекту.

Серед групових втручань TRT (КПТ) може бути рекомендованим як превенція травми в районах масштабних спільних травм. Даний системний огляд не дав відповіді на питання, в який саме часовий проміжок після травматичної події краще впроваджувати дану програму і в яких саме випадках вона буде кращим варіантом ніж індивідуальна ТФКПТ.

Групові психосоціальні програми СБІ та «Розвиток підлітків» можуть бути корисними для більш широкої цільової аудиторії, яка не має симптомів ПТСР та інших розладів, але через брак схожості результатів вони потребують подальшого дослідження, щоб визначити, які саме техніки та методи будуть мати прогнозований та стійкий ефект і для яких саме категорій дітей.

Групове втручання WfR є у своїй суті травмофокусованим і мало б бути спрямоване на дітей, які мають симптоми травми чи значний ризик виникнення ПТСР. Дана програма є швидкою та економічно вигідною, але поки що не показала значних позитивних результатів для травми і горювання, а тому потребує подальших наукових досліджень.

## ВИСНОВКИ ДО РОБОТИ, АНАЛІЗ ОБМЕЖЕНЬ ТА ОПИС ПОДАЛЬШИХ ПЕРСПЕКТИВ АКТУАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Завдяки аналізу отриманих у цьому системному огляді літератури результатів було зроблено висновки про те, що поруч із вже визнаним науковою спільнотою методом ТФКПТ (NICE, 2018, р. 38) виявились також ефективними у зменшенні симптомів ПТСР індивідуальні підходи ССРТ (Дитино-центрована ігрова терапія) та NET (Наративна експозиційна терапія). У зв'язку з цим рекомендується в майбутньому продовжити дослідження даних методів на більших вибірках та для представників різних культур, а також порівняння ефективності даних трьох методів між собою. Серед групових методів позитивний ефект на зменшення симптомів ПТСР та інших труднощів показав підхід TRT (Навчання технік зцілення), заснований на КПТ. Рекомендується подальше дослідження даного методу та порівняння його ефективності з індивідуальним ТФКПТ. Інші підходи, такі як WfR (*Writing for recovery*, Письмо для відновлення), СВІ (*Classroom based intervention*, Психоедукація в шкільних умовах) та «Розвиток підлітків» не показали значного впливу на клінічні показники, але все ж певний позитивний ефект продемонстрували. Оскільки дані методи можуть бути втілені менш підготовленими тренерами, вони можуть бути більш доступними і тому можуть мати місце у майбутньому для психоедукаційної та превентивної праці. Для можливого їх практичного втілення необхідні подальші дослідження, які б змогли створити справді ефективні алгоритми превентивної роботи для ширшого кола дітей, які пережили досвід збройного конфлікту.

Обмеженнями даного огляду є:

- відсутність досліджень, які б працювали з дітьми, які мають досвід переживання війни в Україні;

- крім показника симптомів ПТСР дослідження беруть до уваги різні змінні, а також використовують різні методи їх вимірювання, що ускладнює їх порівняння між собою;
- значно відрізняються вибірки досліджень, походження учасників, обставини втручання, що ускладнює інтерпретацію результатів та перенесення висновків на загальну популяцію;
- невелика кількість досліджень за останні 7 років, через що довелося включити дослідження від 2010 року.

Практичне значення огляду полягає в тому, що можна використати висновки, працюючи сьогодні з дітьми в Україні. Згідно рекомендацій NICE (NICE, 2018, р. 38) варто надавати перевагу індивідуальному підходу ТФКПТ, якщо в дитини може бути діагностований ПТСР. Проте варто також звернути увагу на індивідуальні підходи ССРТ (Дитино-центрована ігрова терапія) та NET (Наративна експозиційна терапія), беручи до уваги також майбутні дослідження даних методів. Також із дітьми можна застосовувати груповий метод TRT (навчання технік зцілення) на основі КПТ, який може вагомо зменшити симптоми ПТСР. Використовуючи інші групові превентивні методи варто бути обережним і не намагатись торкнутись травматичних спогадів. Проте дані превентивні та психоедукаційні методи можуть підвищити стійкість дітей, працюючи над емоційними та поведінковими труднощами, покращуючи соціалізацію, функціонування у важливих сферах життя та підвищуючи рівень надії.

## БІБЛІОГРАФІЯ

1. Американська психіатрична асоціація. (2023). *Довідник діагностичних критеріїв DSM-5* (Лисак Оксана & Прокопович Мар'яна, Trans.). Інститут Психічного Здоров'я УКУ.
2. Міністерство охорони здоров'я України. (2022, Червень 07). Вплив війни на психічне здоров'я — колосальний. <https://www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psihichne-zdorovya-kolosalnij-viktor-lyashko>
3. American Psychiatric Association (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR™* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.
4. Barron, I., Abdallah, G., & Smith, P. (2012). Randomized Control Trial of a CBT Trauma Recovery Program in Palestinian Schools. *Journal of Loss & Trauma - JLOSS TRAUMA*, 18. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.688712>
5. Charlson, F., Ommeren, M. van, Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
6. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2016). *Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату* (С. Засекін, Trans.). Свічадо.
7. Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
8. El-Khani, A., Cartwright, K., Maalouf, W., Haar, K., Zehra, N., Çokamayı-Yılmaz, G., & Calam, R. (2021). Enhancing Teaching Recovery Techniques (TRT) with Parenting Skills: RCT of TRT + Parenting with Trauma-Affected Syrian Refugees in Lebanon Utilising Remote Training with Implications for

- Insecure Contexts and COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8652. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168652>
9. EMDR Institute. (2024, May). What is EMDR — For Clinicians. <https://www.emdr.com/what-is-emdr/>
  10. Everly Jr., G. S. (2005). Personality-Based Assessment of Posttraumatic Stress Disorder. In *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 364–371). J. Wiley.
  11. Gradus Research. (2022). *Changes in Children's Lives During the War: Analytical Report*.
  12. Jordans, M. J. D., Komproe, I. H., Tol, W. A., Kohrt, B. A., Luitel, N. P., Macy, R. D., & De Jong, J. T. V. M. (2010). Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected Nepal: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 818–826. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02209.x>
  13. Kalantari, M., Yule, W., Dyregrov, A., Neshatdoost, H., & Ahmadi, S. J. (2012). Efficacy of Writing for Recovery on Traumatic Grief Symptoms of Afghani Refugee Bereaved Adolescents: A Randomized Control Trial. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 65(2), 139–150. <https://doi.org/10.2190/OM.65.2.d>
  14. Keller, S. M., Burton, M. S., & Feeni, N. C. (2021). Посттравматичний стресовий розлад. In I. Куришко (Trans.), *Клінічний посібник із психічних розладів у дітей та підлітків: Покрокове керівництво з лікування* (pp. 347–389). Галицька Видавнича Спілка.
  15. Lange-Nielsen, I. I., Kolltveit, S., Thabet, A. A. M., Dyregrov, A., Pallesen, S., Johnsen, T. B., & Laberg, J. C. (2012). Short-Term Effects of a Writing Intervention Among Adolescents in Gaza. *Journal of Loss and Trauma*, 17(5), 403–422. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.650128>



16. Muscela, I., & Saba, A. (2016). La prevenzione dei disturbi d'ansia. In M. Becciu & A. R. Colasanti (Eds.), *Prevenzione e salute mentale: Manuale di psicologia preventiva* (pp. 89–111). Franco Angeli.
17. NICE. (2018). *Post-traumatic stress disorder. NICE guideline*. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>
18. OHCHR. (2023). *Україна: Втрати серед цивільних осіб*. OHCHR. <https://ukraine.un.org/sites/default/files/2023-10/Ukraine%20-%20civilian%20casualty%20update%20as%20of%208%20October%202023%20UKR.pdf>
19. Ooi, C. S., Rooney, R. M., Roberts, C., Kane, R. T., Wright, B., & Chatzisarantis, N. (2016). The Efficacy of a Group Cognitive Behavioral Therapy for War-Affected Young Migrants Living in Australia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01641>
20. Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
21. Panter-Brick, C., Dajani, R., Eggerman, M., Hermosilla, S., Sancilio, A., & Ager, A. (2018). Insecurity, distress and mental health: Experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(5), 523–541. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12832>
22. Peltonen, K., & Punamäki, R.-L. (2010). Preventive interventions among children exposed to trauma of armed conflict: A literature review. *Aggressive Behavior*, 36(2), 95–116. <https://doi.org/10.1002/ab.20334>

23. Robjant, K., Koebach, A., Schmitt, S., Chibashimba, A., Carleial, S., & Elbert, T. (2019). The treatment of posttraumatic stress symptoms and aggression in female former child soldiers using adapted Narrative Exposure therapy—A RCT in Eastern Democratic Republic of Congo. *Behaviour Research and Therapy*, *123*, 103482. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103482>
24. Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(4), 437–445. <https://doi.org/10.1002/jts.20548>
25. Schottelkorb, A. A., Doumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, *21*(2), 57–73. <https://doi.org/10.1037/a0027430>
26. Smith, P., Dyregrov, A., & Yule, W. (2022). *Діти і війна. Навчання технік зцілення. Для дітей віком від 8 до 18 років* (К. Явна, Ed.; О. Антонишин, Trans.). Галицька Видавнича Спілка.
27. The International Organization for Migration. (2024, February). IOM Ukraine & Neighboring Countries 2022-2024: Two Years of Response
28. The National Child Traumatic Stress Network, NCTSN. (2022). Age-Related Reactions to a Traumatic Event (in Ukrainian). <https://www.nctsn.org/resources/age-related-reactions-traumatic-event-uk>
29. Tol, W. A., Komproe, I. H., Jordans, M. J. D., Vallipuram, A., Sipsma, H., Sivayokan, S., Macy, R. D., & De Jong, J. T. (2012). Outcomes and moderators of a preventive school-based mental health intervention for children affected by war in Sri Lanka: A cluster randomized trial. *World Psychiatry*, *11*(2), 114–122. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.008>
30. Tol, W. A., Komproe, I. H., Jordans, M. J., Ndayisaba, A., Ntamutumba, P., Sipsma, H., Smallegange, E. S., Macy, R. D., & De Jong, J. T. (2014). School-

- based mental health intervention for children in war-affected Burundi: A cluster randomized trial. *BMC Medicine*, 12(1), 56. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-56>
31. Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (Third edition). The Guilford Press.
32. Yelland, C., Robinson, P., Lock, C., La Greca, A. M., Kokegei, B., Ridgway, V., & Lai, B. (2010). Bushfire impact on youth. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 274–277. <https://doi.org/10.1002/jts.20521>

## ДОДАТКИ

## Додаток 1. Порівняльна таблиця включених у системний огляд досліджень

Назва дослідження	Автор	Рік	Дизайн дослідження	Що досліджено	Результати	Інструменти	Кількість уч	Вік	Місце втручання і учасники	Інтервенція для порівняння	Проведені вимірювання
<b>School-based mental health intervention for children in war-affected Burundi: a cluster randomized trial</b>	Wietse A Tol, Ivan H Komproe, Mark JD Jordans, Aline Ndayisaba, Prudence Ntamutumba, Heather Sipsma, Eva S Smallegange, Robert D Macy & Joop TVM de Jong	2014	Cluster randomized trial	Вплив 15годинної психоедукації на дітей, які спостерігали жорстокість і які мали вищі показники ПТСР, депресії та тривожності	Не знайдено значущих результатів. Не рекомендується як лікування ПТСР, депресії, тривоги, не покращено теж показників надії та функціонування. Зміс follow-up.	15 годинний курс, також і травматичний наратив	329	8-17	Діти у охоплених насильством територіях Бурунді, школа	No-intervention	Симптоми ПТСР - Child Posttraumatic Symptom Scale Депресивні симптоми - Depression Self-Rating Scale Надія - the Children's Hope Scale Порушення функціонування - новостворена шкала - у сферах: гігієна, ігри, домашні справи, навчання та релігійна діяльність
<b>Outcomes and moderators of a preventive school-based mental health intervention for children affected by war in Sri Lanka: a cluster randomized trial</b>	WIETSE A. TOL, IVAN H. KOMPROE, MARK J.D. JORDANS, ANAVARATHAN VALLIPURAM, HEATHER SIPSMA, SAMBASIVAMO ORTHY SIVAYOKAN, ROBERT D. MACY, JOOP T. JONG	2013	cluster randomized trial	Вплив 15годинної психоедукації на дітей, які спостерігали жорстокість, психологічні симптоми та дистрес, брак протективних факторів і ресурсів або не справлялись після цього у школі.	Вагомого впливу зниження симптомів ПТСР, депресії та тривоги виявлено не було. Виявлено ефект на зниженні проблем поведінки (включаючи, наприклад, схильність використовувати насильство як засіб вирішення конфлікту, наслідування солдатів, прояв неповаги до старших), зменшення тривоги, покращення просоціальної поведінки та загалом функціонування, але ефект не для всієї вибірки. Виявлено теж неавтономний шкідливий вплив втручання на симптоми ПТСР для дівчат. Зміс фоллоу-ап.	15 годин, 5 тижнів курс	399	9-12	Праця в школах охопленої конфліктом північної Шрі-Ланки	No-intervention	PTSD symptoms - the Child PTSD Symptom Scale (CPSS). <b>Depressive symptoms</b> - 18-item Depression Self-Rating Scale (DSRS), <b>anxiety symptoms</b> - 5-item version of the Screen for Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-5; 3-point response scale, range 0-10); <b>Додаткові:</b> 25-item Strengths and Difficulties Questionnaire self-report version - різні психологічні труднощі і просоціальна поведінка; визначали теж supernatural complaints and war-related conduct problems; Порушення функціонування - новостворена шкала - у сферах: індивідуальна, сімейна, соціальна, навчання та релігійна діяльність

<p><b>The treatment of posttraumatic stress symptoms and aggression in female former child soldiers using adapted Narrative Exposure therapy – a RCT in Eastern Democratic Republic of Congo</b></p>	<p>Katy Robjant, Anke Koebach, Sabine Schmitt, Amani Chibashimba, Samuel Carleial, Thomas Elbert</p>	<p>2019</p>	<p>Randomized control trial</p>	<p>Ефективність переглянутої адаптованої <b>нарративної експозиційної терапії (Narrative Exposure Therapy)</b> для дівчат - колишніх солдат (які пережили викрадення, зґвалтування, яких примушували до жорстоких дій і травматизації, які пережили соціальну дискримінацію після повернення) на зменшення симптомів ПТСР, агресії, депресії та на соціальні наслідки.</p>	<p>У цій групі було виявлено високий рівень травми, історію вчинення надзвичайно жорстокого насильства та постійну насильницьку поведінку. Втручання виявилось ефективним від звичайного лікування через 3–4 місяці та 9 місяців спостереження за всіма клінічними та соціальними показниками. Помірний та значний ефект було виявлено для ПТСР, агресії та депресії.</p>	<p>Narrative Exposure for Forensic Offender Rehabilitation (FORNET) з розширеною груповою частиною. Експозиція як з боку нападника, так і з боку жертви; з фокусом на зміні поведінки вчинення насильства в суспільстві та на посиленні підтримки однопітків (зменшення стигми). Груповий компонент включав навчання навикам регуляції негативних емоцій та базового керування гнівом, уникнення конфліктів та вирішення проблем у стресових ситуаціях. Був значний наголос на посиленні мотивації брати участь у ненасильницьких ролях та поведінці у суспільстві.</p>	<p>92</p>	<p>11-18 років на момент полону (зґвалтування, досвід жорстокої). Полон тривав 1-3 роки. Після визволення близько 2.5 років. Загалом вік 11-22 роки.</p>	<p>Колішні дівчата-солдати в охороненні їх конфліктних регіонів ДРК (Конго)</p>	<p>Звичайна підтримка: надання допомоги, коли є запит (occupational training courses, empathic listening and basic counselling, problem solving and practical support); зустріч з людиною хоча б раз на тиждень.</p>	<p>exposure to trauma and violence + <b>PTSD symptoms</b> - the PTSD Symptom Scale Interview for DSM 5 (PSS-I-5); <b>Aggression</b> - the Appetitive Aggression Scale AAS; <b>Depression severity</b> - The Patient Health Questionnaire (PHQ-9); <b>Current violent behaviour</b> (CVB) - a checklist of aggressive or violent acts; <b>Guilt</b> was measured using the Attitudes About Guilt Survey (AAGS); The <b>Social Acknowledgement</b> Questionnaire (SAQ) - subjective feelings of social acknowledgement as a survivor or victim.</p>
<p><b>Narrative Exposure Therapy for 7- to 16-year-olds: A Randomized Controlled Trial With Traumatized Refugee Children</b></p>	<p>Martina Ruf, Maggie Schauer, Frank Neuner, Claudia Catani, Elisabeth Schauer, Thomas Elbert</p>	<p>2010</p>	<p>Randomized control trial</p>	<p>Ефективність <b>нарративної експозиційної терапії для дітей (KIDNET)</b> для зниження симптомів ПТСР у дітей-біженців з діагностованим ПТСР, що пережили травматичний досвід пов'язаний із війною та організованим насильством</p>	<p>Діти з експериментальної групи показали зниження усіх симптомів ПТСР на 60%, тоді як діти з групи контролю - ні. (Знизився лише показник інтрузії). Результат зберігся на 12-міс follow-up</p>	<p>8 індивідуальних сесій KIDNET</p>	<p>26</p>	<p>7-16 років</p>	<p>Біженці в Німеччині, з Балкан, Туреччини (курди), Сирії, Чечні, Грузії, Росії</p>	<p>No-intervention. Відсутність активної контрольної групи ставить питання: чи дійсно ефективним є кіднет чи можливо емпатичне слухання і підтримка загалом</p>	<p><b>PTSD symptom</b> - UCLA PTSD Index for DSM-IV with frequency rating; <b>comorbid mental health disorders</b> - the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents MINI-KID</p>

<b>Treatment for Childhood Refugee Trauma: A Randomized, Controlled Trial</b>	April A. Schottelkorb, Diana M. Doumas, and Rhyana Garcia	2016	Randomized control trial	Порівняння ефективності <b>TFCBT</b> та <b>Child-Centered Play Therapy (CCPT)</b> на зменшення симптомів ПТСР у дітей біженців 6-13р., з яких більшість мала травматичний досвід пов'язаний з перебуванням у зоні бойових дій	TFCBT і CCPT виявились ефективними (приблизно однаковою мірою) саме для дітей які досягли критеріїв ПТСР (які не цілком досягли - не доведена ефективність). Стьйкість ефекту не виміряна	Дитино-центрована ігрова терапія: 12 тижнів, двічі по 30хв сесія щотижня (в середньому вийшло по 17), а також 2-5 сесій для батьків одночасно. ТФКПТ така ж кількість зустрічей, для батьків 2-4 сесії.	31	6-13, більшість мала травматичний досвід пов'язаний з перебуванням у зоні бойових дій	Біженці в Штатах з: Africa (Burundi, Congo, Kenya, Liberia, Rwanda, Somalia, and Tanzania), Asia (Burma, Nepal, and Russia), Europe (Bosnia), and the Middle East (Afghanistan, Iraq, Turkey, and Uzbekistan)	ТФКПТ	<b>PTSD symptoms:</b> children-reported - UCLA PTSD Index for DSM-IV; Parent-reported - the Parent Report of Posttraumatic Symptoms PROPS
<b>Short-Term Effects of a Writing Intervention Among Adolescents in Gaza</b>	Ida Ingridstatter Lange-Nielsen, Silje Koltveit, Abdel Aziz, Mousa Thabet, Atle Dyregrov, Ståle Pallesen, Tom Backer, Johnsen & Jon Christian Laberg	2012	Randomized control trial	короткостроковий ефект втручання <b>WfR (Writing for Recovery)</b> серед підлітків, які проживають у охопленому війною секторі Газа. Також з'ясувати, чи потенційні зміни симптомів зберігаються з часом.	Одразу після втручання рівень симптомів ПТСР знизився в обох групах (експериментальній та контрольній). Рівень тривоги особливо, а рівень депресії зріс у експериментальній групі (зменшуючись згодом до рівня baseline). Загалом підлітки повідомили про свою участь у дослідженні як про позитивний досвід (88,4% через 19 днів після, 94,3% через 4-5 міс). По ПТСР ефект зберігся через 5 міс.	Понад 3 дні підряд, 2 по 15хв групові сесії щодня з поступовим ускладненням написаного від виразу глибших емоцій і думок про травматичні події на початку до повноцінної історії вікниці. +психоедукація, нормалізація емоцій.	124	12-17		Жодного. Після вимірювання ефекту в той самий час як група втручання - проведено те саме втручання WfR.	<b>trauma exposure</b> - GAZA TRAUMATIC EVENT CHECK LIST (GTECL); <b>PTSD symptoms</b> - REVISED CHILD IMPACT OF EVENT SCALE 13 (CRIE-13); <b>anxiety</b> - REVISED CHILDREN'S MANIFEST ANXIETY SCALE (RCMAS); <b>DEPRESSION</b> SELF-RATING SCALE FOR CHILDREN (DSRS)
<b>Insecurity, distress and mental health: experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis</b>	Catherine Panter-Brick, Rana Dajani, Mark Eggerman, Sabrina Hermosilla, Amelia Sancilio and Alastair Ager	2018	quasi-experimental, randomized control trial	Вплив психосоціального групового втручання (тренування навичок, відпочинок, ресурсні активності, розвиток вмінь, спілкування) на зменшення невпевненості, рівня дистресу, афективних та поведінкових труднощів, проявів ПТСР. Profound stress attunement + MHPSS; refugees with locals together	Від середнього до малого позитивний ефект у зменшенні невпевненості, рівня дистресу та відчуття стресу, афективних та поведінкових труднощів. Кращий ефект у тих, хто має більшу експозицію до травми (4+ травматичні події). Не виявлено ефекту на просоціальну поведінку та зменшення ПТСР. Середній-малий ефект на	2 групові сесії X 8 тижнів.	817	12-18, біженці з Сирії та місцева Йорданська молодь		Жодного (до кінця дослідження)	<b>insecurity and stress</b> - the Human Insecurity (HI) and Human Distress (HD) scales; Perceived Stress Scale PSS; <b>mental health difficulties</b> - the Arab Youth Mental Health (AYMH) (труднощі психічного здоров'я) and the total difficulties subscale of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); the SDQ prosocial subscale to assess <b>functional behaviour</b> ; the Child Revised

					зменшення невпевненості та дистресу залишився на T3=1 рік						Impact of Events Scale (CRIES-8, 4-point scale) - <b>PTSD symptoms.</b>
<b>Enhancing Teaching Recovery Techniques (TRT) with Parenting Skills: RCT of TRT + Parenting with Trauma-Affected Syrian Refugees in Lebanon Utilising Remote Training with Implications for Insecure Contexts and COVID-19</b>	Aala El-Khani, Kim Cartwright, Wadih Maalouf, Karin Haar, Nosheen Zehra, Gökçe Çokamay-Yilmaz and Rachel Calam	2021	Randomized control trial	Ефективність превентивного групового втручання в <b>TRT</b> порівняно з тим самим втручанням і додатковими сесіями для батьків і порівняно з групою контролю. Досліджувався вплив на симптоми ПТСР, депресії, тривоги, інших афективних та поведінкових труднощів у <b>дітей</b> , а також на ПТСР, депресію, тривогу, стрес, навички батьківства та відчуття батьківської компетентності у самих <b>батьків</b> .	Значні покращення у психічному здоров'ї як дітей, так і батьків у всіх шкалах (ПТСР, депресія, тривога, інші труднощі у обох і навички батьківства у батьків) крім відчуття батьківської компетентності у самих батьків. Покращення в групі TRT+P більші ніж в групі TRT. Результат збережено на T3=12 тижнів	Teaching Recovery Techniques (TRT), 5 групових зустрічей по 2 год, 2 зустрічі з батьками. TRT+P у другій групі передбачає 3 додаткові сесії з батьками. Превентивна програма може бути вивчена освітянами і включає працю з: спогади, кошмари, спогади, труднощі з розслабленням, концентрацією та сном, а також страхи, пов'язані з нагадуваннями про війну.	119 дітей + 119 батьків	9-12, біженці з Сирії у Лівані, які мають високий (клінічний) рівень пост-травматичного стресу		TRT+P vs TRT (active control) vs No-intervention	<b>У дітей: PTSD</b> - CRIES-13; The <b>Depression</b> Self-Rating Scale for Children (DSRS); The Screen for Childhood <b>Anxiety</b> -Related Disorders (SCARED); <b>емоційні та поведінкові труднощі</b> - The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). <b>У батьків:</b> The Parenting Scale (PS) - <b>parenting skills and confidence</b> ; The Impact of Events Scale Revised (IES-R) - acute stress and trauma; The <b>Depression-Anxiety</b> -Stress Scale (DASS);
<b>The Efficacy of a Group Cognitive Behavioral Therapy for War-Affected Young Migrants Living in Australia: A Cluster Randomized Controlled Trial</b>	Chew S. Ooi, Rosanna M. Rooney, Clare Roberts, Robert T. Kane, Bernadette Wright, Nikos Chatzisarantis	2016	A Cluster Randomized Controlled Trial	Вплив <b>групової КПТ терапії (TRT)</b> на зменшення у біженців від війни (що оселились в Австралії) симптомів ПТСР, депресії, інших труднощів, покращення психосоціального функціонування.	Вагомо знизився рівень депресивності, як на пост-тесті, так і на фоллоу-ап. Рівень зниження симптомів ПТСР не є статистично значимим (хоча рівень значно зменшився, але дещо зменшився і в групі контролю. можливо теж через малу вибірку, що для незначних змін не може показати значущості). Ефект зберігся на T3=3міс.	8 зустрічей груп по 60 хв, превентивний курс: психоедукація відносно симптомів, навчання технік праці з напруженням, тригерами та униканням.	82	11-17, біженці від війни, переважно Африканці, мають легкий до середній рівень ПТСР	Біженці з усього світу у Австралії, які пережили війну та конфлікти	Жодного. Після вимірювання ефекту - запропоновано те саме втручання WfR.	the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13), Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS), Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents (HSCL-37A) - теж травма, and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

<b>Randomized Control Trial of a CBT Trauma Recovery Program in Palestinian Schools</b>	IAN G. BARRON, GHASSAN ABDALLAH, PATRICK SMITH	2013	Randomized control trial	Вплив групової КПТ терапії <b>TRT</b> на зменшення симптомів ПТСР, горювання, депресії у дітей під час активного військового конфлікту у Палестині	Позитивні результати у зменшенні симптомів ПТСР, депресії, горювання, у покращенні навчання у школі та у більш позитивному обнадійливому мисленні. Збереження ефекту не виміряно.	5 сесій по 1.30год щотижня, <i>превентивний курс: психоедукація відносно симптомів, навчання технік праці з напруженням, тригерами та униканням.</i>	140	11-14р., учні, що переживають далі війну	Палестина	No-intervention	<b>PTSD</b> (CRIES-13), <b>Depression</b> Self-rating Scale for Children (DSRS), <b>traumatic grief</b> (Traumatic Grief Inventory for Children [TGIC]; <b>impact on school performance</b> (Impact on School Performance Scale [ISPS]; The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ); the Exposure to War Stressors Questionnaire (EWSQ)
<b>Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected Nepal: a cluster randomized controlled trial</b>	Mark J.D. Jordans, Ivan H. Komproe, Wietse A. Tol, Brandon A. Kohrt, Nagendra P. Luitel, Robert D. Macy, and Joop T.V.M. de Jong	2010	A Cluster Randomized Controlled Trial	Вплив психосоціального втручання в шкільних умовах (Classroom based intervention CBI 15*60min) охопленого конфліктом Непалу на психіатричні симптоми (депресія, тривога, ПТСР), психологічні труднощі, показники стійкості (надія, просоціальна поведінка) і порушення функціонування в певних сферах	помірний короткостроковий сприятливий ефект для покращення показників соціальної поведінки та стійкості серед підгруп дітей, які зазнали впливу збройного конфлікту. Втручання зменшило агресію серед хлопчиків, підвищило просоціальну поведінку серед дівчат і збільшило показник надії для старших дітей. Втручання не призвело до зменшення психіатричних симптомів. Збереження ефекту не виміряно.	The Classroom-Based Intervention (CBI): 15 групових сесій по 1 год, протягом 5 тижнів: специфічні методи, такі як психоедукація, соціодрама, рух/танець, діяльність на згуртування стресу та опрацювання травми (добровільно) через розповідь у малюнках.	325	11-14, школярі з Пд-Зх Непалу, що мали досвід збройного конфлікту і пережили значний психосоціальний дистрес	Непал	No-intervention	Child <b>PTSD</b> Symptom Scale (CPSS) assessed PTSD symptoms; <b>Depression</b> Self-Rating Scale (DSRS); <b>Non-clinical psychological difficulties</b> were assessed with the 20-item 'total difficulties' subscale of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ); The 5-item Screen for Child <b>Anxiety</b> Related Emotional Disorders (SCARED-5); Children's <b>Function Impairment</b> (CFI) questionnaire; The 6-item Children's <b>Hope</b> Scale (CHS); 10-item Concern for Others Scale measures the child's feeling of concern for, and desire to help, other people ( <b>prosocial behavior</b> [PSB]); <b>Physical Aggression</b> (PA)
<b>Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of afghani bereaved adolescents: a randomized control trial</b>	Mehrddad Kalantari, William Yule, Atle Dyregrov, Hamidtaher Neshatdoost, S. J. Ahmadi	2012	Randomized control trial	Вплив WfR (Writing for Recovery) на симптоми травматичного горювання серед підлітків - біженців з Афганістану, що втратили бітьків	Симптоми травматичного горювання знизились на 20%, тоді як в групі контролю - підвищились на 8% (post-test). Довготривалий ефект не виміряно.	3 дні підряд, 2 по 15хв групові сесії щодня з поступовим ускладненням написаного від виразу глибоких емоцій і думок про травматичні події на початку до повноцінної історії вкінці. +психоедукація, нормалізація емоцій. Програма	61	12-18, біженці з Афганістану в Ірані, які пережили втрату когось із батьків і мають симптоми травматичного горювання		No-intervention	Farsi Version of Traumatic Grief Inventory for Children (TGIC)



					адаптована до втрати.					
--	--	--	--	--	--------------------------	--	--	--	--	--