GEN Hope

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

за результатами дослідження психоемоційного стану дітей із досвідом втрати внаслідок війни

Київ – 2026

УДК 159.9:364.62-053.2(477)

О. Лебедєва, І. Губеладзе, Г. Громова, В. Діброва
Аналітичний звіт за результатами дослідження психоемоційного стану дітей із досвідом втрати внаслідок війни.
К. : ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2026. – 54 с.

ISBN 978-617-8197-58-2

© Gen.Ukrainian, 2026

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

за результатами дослідження
психоемоційного стану дітей
із досвідом втрати
внаслідок війни

ЗМІСТ

Резюме 4

Чому це важливо 6

Мета дослідження 7

Методологія дослідження 7

Вибірка дослідження 10

Психологічна програма: зміст і ключові компоненти підтримки 21

Кількісні результати дослідження 24

- Динаміка посттравматичних симптомів 24
- Вплив пережитого досвіду на повсякденне життя 25
- Особливості досвіду дітей та контексту їхнього життя 26

Досвід психологів: спостереження та висновки 30

Обмеження дослідження 42

Висновки 43

Практичні рекомендації 44

Список використаних джерел 48

Резюме

У звіті представлено результати дослідження психоемоційного стану дітей, які пережили втрату батька або матері внаслідок війни, та змін, що відбуваються з ними під час участі в психоедукаційній відновлювальній програмі **Gen.Camp**. Дослідження поєднує кількісне оцінювання симптомів посттравматичного стресу та повсякденного функціонування дітей із якісним аналізом спостережень психологів, які працювали з ними під час таборів.

Загальний кількісний масив охопив 295 дітей із семи таборів **Gen.Camp**. Серед них 162 дитини пережили загибель батька або матері, 92 – невизначену втрату у зв'язку зі зникненням одного з батьків безвісти, 11 – змішану втрату. Ще 28 дітей із табору номер 9 не втрачали батьків, а для 2 дітей тип втрати не вказано. Основний аналіз змін, представлений в цьому документі, проведено на підвибірці зі 138 дітей із визначеною втратою, які брали участь лише в одному таборі та повністю заповнили опитувальник на початку й наприкінці програми.

На початку участі в програмі діти демонстрували значну вираженість симптомів посттравматичного стресу. Середній показник за опитувальником CATS-2 становив 20,5 бала, а 47% дітей мали показники вище порогу ризику ПТСР. Для 75% дітей пережитий досвід, за їхньою власною оцінкою, заважав щонайменше в одній зі сфер повсякденного життя — навчанні, стосунках, відпочинку або загальному відчутті щастя. Водночас результати свідчать, що внутрішній дистрес не завжди помітний найближчим дорослим: частина дітей із вираженими симптомами не демонструвала помітних для батьків змін у поведінці.

За час участі в програмі зафіксовано виразну позитивну динаміку психоемоційного стану дітей. Середній бал симптомів за CATS-2 знизився з 20,5 до 11,8, тобто на 8,8 бала, або на 43%. Покращення показників спостерігалося у 122 дітей (88%), у шести дітей показники не змінилися, а у десяти — зросли. Розмір ефекту становив 1,17, що відповідає великій величині зміни. Частка дітей із симптомами вище порогу ризику ПТСР зменшилася з 47% до 12%. Із 65 дітей, які на початку мали показники вище цього порогу, 52 (80%) наприкінці програми опинилися нижче нього. Кількість дітей із високим рівнем симптомів (25 балів і більше) зменшилася з 45 до 6.

Позитивна динаміка проявилася також у суб'єктивному сприйнятті повсякденного життя: частка дітей, яким пережите заважало щонайменше в одній сфері, знизилася з 75% до 49%. Найпомітніші зміни стосувалися загального відчуття щастя та труднощів із навчанням. Подібне зниження середніх показників симптомів спостерігалося в усіх чотирьох таборах, включених до парного аналізу.

Якісні результати доповнюють кількісні дані, розкриваючи можливі умови та механізми позитивних змін. За спостереженнями психологів, діти часто приїжджали до табору настороженими, емоційно закритими та з побоюванням осуду. Формування відчуття безпеки потребувало часу й послідовної роботи

команди. Важливим моментом програми психологи називали спільний ритуал «Вечір пам'яті», який для багатьох дітей став можливістю відкрито говорити про втрату та виражати переживання. Перебування серед однолітків зі схожим досвідом сприяло відчуттю прийняття, зменшенню переживання самотності та формуванню взаємної підтримки. Серед інших важливих компонентів психологи відзначали групову роботу, тілесні й творчі практики, спільні ритуали та обмеження доступу до новин і цифрових пристроїв.

Дослідження також виявило значну варіативність переживання втрати. На перебіг адаптації, за спостереженнями психологів, впливали час, що минув після втрати, можливість говорити про неї в родині, обставини загибелі та складність сімейного контексту. Окремої уваги потребують діти з невизначеною втратою, а також діти зі свіжим досвідом втрати, досвідом булінгу, нейровідмінністю або підвищеними ризиками для психологічної безпеки. Водночас повернення додому, особливо до прифронтових регіонів, може супроводжуватися повторним посиленням тривоги. Це підкреслює важливість залучення батьків та опікунів і забезпечення подальшої підтримки після завершення табору.

Отримані результати засвідчують значну позитивну динаміку психоемоційного стану дітей упродовж участі в **Gen.Camp** та важливість комплексного підходу, який поєднує індивідуальну й групову психологічну роботу, безпечне середовище та взаємодію з однолітками. Водночас дослідження має певні обмеження: аналіз змін проводився без контрольної групи, а оцінювання здійснювалося безпосередньо під час табору. Тому зафіксовану динаміку не можна однозначно приписати лише участі в програмі, а стійкість змін після повернення дітей додому потребує подальшого вивчення.

Результати формують емпіричну основу для вдосконалення програм психологічної підтримки дітей із досвідом втрати, розвитку підходів до роботи з різними формами втрати та посилення безперервності допомоги дитині й родині після завершення інтенсивної програми.

Чому це важливо

Війна забирає в українських дітей не лише дім і відчуття безпеки, а у декого і батьків. За даними Міністерства соціальної політики, станом на вересень 2023 року близько 67 тисяч дітей втратили батька чи матір унаслідок повномасштабного вторгнення, з них близько 5,5 тисячі — обох батьків (Поя, 2023). Війна триває, тож ця цифра не остаточна.

Світові дослідження давно показують, що війна залишає глибокий слід у психіці дітей. Метааналіз 17 досліджень, які охопили майже 8 тисяч дітей із зон збройних конфліктів, виявив посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у середньому в 47% із них (Attanayake et al., 2009). В Україні це вже видно в масштабах цілих регіонів. У шкільному опитуванні 5,5 тисячі підлітків Донеччини та Кіровоградщини симптоми ПТСР мали 16% тих, хто пережив обидві фази війни (з 2014 і з 2022 року), проти 1% серед однолітків без такого досвіду. Спроби самогубств серед перших траплялися більш ніж удвічі частіше: понад 10% проти 4% (Sourander et al., 2026).

Втрата батька чи матері – окремий і дуже вагомий чинник ризику. У семирічному спостереженні за дітьми, які раптово втратили одного з батьків, симптоми ПТСР розвивалися приблизно в сім разів частіше, ніж в однолітків, які батьків не втрачали. Ризик депресії був найвищим у перші два роки після втрати, переважно в дітей, яким на той момент було 12 років або менше. Труднощі в навчанні, стосунках з однолітками та в родині зберігалися всі сім років спостереження (Pham et al., 2018). Це дослідження проводили в мирних умовах. У дітей, чиї батьки загинули на війні, втрата накладається на постійну загрозу, переїзди й тривогу за інших близьких.

Діти, які приїжджають у **Gen.Camp**, перебувають саме в цій зоні ризику. Наприклад, у таборі номер 13 перебували діти, які втратили батька чи матір в середньому 1 рік і 2 місяці тому. Більше половини дітей (53%) віком 12 років або молодші. Лише кожна третя дитина до табору отримувала яку-небудь психологічну допомогу.

Короткі табірні програми – відомий у світі формат допомоги дітям, які пережили втрату. Табір поєднує роботу з психологом, групову підтримку однолітків із подібним досвідом і звичайне дитяче дозвілля. У дослідженні з групою порівняння (100 дітей, які втратили одного з батьків) після короткої табірної програми, зосередженої на травмі та горі, симптоми травматичного горя і ПТСР знизилися (McClatchey et al., 2009).

Цей звіт відповідає на три питання: хто ці діти, з чим вони приходять у табір і що змінюється за час участі в програмі. Спершу пояснимо, як ми збирали і рахували дані.

Мета дослідження

Мета дослідження — комплексно вивчити психоемоційний стан дітей, які пережили втрату батька або матері внаслідок війни, особливості їхнього досвіду та потреб у психологічній підтримці, а також оцінити зміни у вираженості симптомів травматичного стресу й повсякденному функціонуванні дітей упродовж участі в психоедукаційній відновлювальній програмі **Gen.Camp**.

Дослідження також спрямоване на виявлення особливостей переживання втрати, ресурсів групової взаємодії та компонентів програми, які, за спостереженнями психологів, відіграють важливу роль у створенні безпечного середовища й підтримці процесів відновлення дітей.

Методологія дослідження та вибірка

Дослідження реалізовано з використанням змішаного методологічного підходу (mixed-methods), що поєднує кількісне оцінювання психоемоційного стану дітей із якісним аналізом професійних спостережень психологів, які працювали з ними під час програми **Gen.Camp**.

Кількісний компонент передбачав повторне оцінювання психоемоційного стану дітей на початку та наприкінці участі в таборі, а також аналіз інформації, наданої батьками або опікунами під час реєстрації.

Основним інструментом оцінювання був опитувальник Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) – стандартизований скринінговий інструмент для оцінювання симптомів посттравматичного стресу в дітей та підлітків віком 7–17 років. Опитувальник містить 25 запитань щодо частоти переживань, пов'язаних із травматичним досвідом, зокрема нав'язливих спогадів, страхів, порушень сну та уникання нагадувань про травматичні події. Загальний показник становить від 0 до 60 балів: вищі значення свідчать про більшу вираженість симптомів. CATS-2 є скринінговим, а не діагностичним інструментом.

Для інтерпретації результатів використовували порогові значення відповідно до критеріїв DSM-5: 21 бал і більше розглядали як показник вище порогу ризику ПТСР, а 25 балів і більше — як високий рівень симптомів. Додатково аналізували показники відповідно до критеріїв МКХ-11.

CATS-2 – скринінговий інструмент. Він не ставить діагноз, а допомагає виявити дітей, яким потрібна консультація фахівця. Для інтерпретації загального бала автори опитувальника встановили такі рівні: менше 15 балів – норма; 15–20 –

помірний рівень симптомів; 21 і більше – високий ризик посттравматичного стресового розладу. У межах високого ризику окремо виділяють бал 25 і більше як високий рівень симптомів. Бал 21 вважається порогом: дитині з таким або вищим балом рекомендовано звернутися до фахівця для подальшого обстеження.

Середній бал і частка дітей вище порогу. У звіті наводяться два показники, бо вони відповідають на різні запитання. Середній бал характеризує загальний рівень симптомів у групі і дає змогу порівнювати групи між собою. Частка дітей вище порогу показує, скільком дітям потрібна особлива увага фахівця.

Для кожної дитини порівнювалися її власні відповіді на початку і наприкінці табору. Статистичну значущість змін перевіряли стандартними методами для повторних вимірювань. Зміну вважали значущою, якщо ймовірність отримати її випадково була меншою за 5%. Окрім того, оцінювали розмір ефекту, тобто наскільки велика зміна, за загальноприйнятими в психології орієнтирами. Згідно зі стандартами, розмір ефекту 0,2 вважається малим, 0,5 — середнім, 0,8 і більше — великим (Cohen, 1988). Порівнюючи різні групи дітей, враховували їхній стан на початку табору.

Надійність опитувальника перевіряли на відповідях 198 дітей із таборів номер 7, 8, 11, 13 і 14, які повністю заповнили його на початку табору. Внутрішню узгодженість відповідей оцінювали за коефіцієнтом альфа Кронбаха (α): значення від 0,70 вважається прийнятним, від 0,80 — добрим. Для загального бала CATS-2, на якому ґрунтуються основні результати звіту, α = 0,83 (95% CI: 0,79–0,86), тобто надійність добра; в оригінальному дослідженні цей показник становив 0,89 (Sachser et al., 2022). Для шкали симптомів комплексного ПТСР за МКБ-11 α = 0,74 (в оригіналі 0,83). Для короткої шкали ПТСР за МКБ-11, яка містить лише шість пунктів, α = 0,50 (в оригіналі 0,67), тому результати за цією шкалою слід розглядати як додаткові. Дещо нижчі значення очікувані: альфа залежить від розкиду балів, а серед учасників програми він вужчий, ніж серед пацієнтів клінік.

Оцінювання проводилося у перші дні табору та в останні дні його роботи. Під час заповнення опитувальника дитину супроводжував дитячий психолог, який пояснював інструкцію, забезпечував підтримку та міг зупинити процедуру, якщо вона викликала надмірні труднощі. Дитина мала право не відповідати на окремі запитання. Батьки або опікуни до початку табору заповнювали реєстраційну анкету, яка містила соціально-демографічні характеристики дитини, інформацію про досвід родини, пережиті події та помічені зміни в поведінці дитини.

Кількісний аналіз охоплював описові показники, порівняння результатів повторного оцінювання, аналіз частки дітей із показниками вище встановлених порогових значень, а також оцінювання статистичної значущості та величини змін за допомогою розміру ефекту. Окремо аналізували відмінності в динаміці показників залежно від характеристик дітей та їхнього досвіду. Для порівняння груп ураховували початковий рівень симптомів.

Якісний компонент був спрямований на вивчення досвіду психологів, які безпосередньо працювали з дітьми під час таборів, а також досвіду самих дітей, які брали участь в таборі.

Перша частина якісного дослідження передбачала проведення напівструктурованих інтерв'ю з 17 учасниками таборів **Gen.Camp** віком від 8 до 17 років. Матеріали інтерв'ю опрацьовано методом спрямованого контент-аналізу з використанням кодувальної рамки, побудованої на основі моделі невизначеної втрати П. Босс (Boss, 2006). Аналіз дав змогу виокремити чотири тематичні напрями, що охоплюють переживання дітьми тривалої невизначеності, особливості сімейної комунікації та взаємної підтримки, досвід взаємодії з однолітками й табірним середовищем, а також бачення власного майбутнього.

Друга частина ґрунтувалася на матеріалах двох фокус-групових обговорень із психологами (6 і 7 учасників відповідно). Застосовано якісний контент-аналіз, що передбачав виокремлення смислових одиниць, їх групування за тематичними категоріями та подальшу інтерпретацію виявлених тем і взаємозв'язків.

Аналіз охоплював як попередньо визначені тематичні напрями, так і теми, що виникли безпосередньо під час обговорення. У результаті було виокремлено сім основних тематичних категорій: трансформація емоційного стану дітей; спільне коло та легалізація болю; група як ресурс відновлення; додаткові засоби підтримки; варіативність проживання втрати; ризики ретравматизації, нейровідмінність і тривога перед поверненням додому; виснаження команди та організаційні виклики.

Поєднання кількісних і якісних даних дало змогу розглянути зміни у стані дітей не лише через динаміку стандартизованих показників, а й у контексті досвіду взаємодії, групової підтримки та професійних спостережень фахівців.

Дозвіл на проведення дослідження було отримано від Комісії з етики наукових досліджень Інституту соціальної та політичної психології НАПН України (Протокол №8/26). Для участі дітей у дослідженні було отримано інформовані згоди батьків або опікунів та додатково згоди на участь самих дітей. Усі дані були знеособлені: для аналізу використовували індивідуальні коди учасників, а результати представляли в узагальненому вигляді.

Вибірка дослідження

Загальний масив кількісного дослідження охопив 295 дітей, які пройшли тестування під час семи таборів **Gen.Camp** (№ 7, 8, 9, 10, 11, 13 та 14).

Для аналізу досвіду визначеної втрати було сформовано підвибірку з 162 дітей, які пережили загибель батька або матері внаслідок війни. Саме ця група становить основну вибірку для аналізу соціально-демографічних характеристик, обставин втрати, супутнього досвіду та початкового психоемоційного стану.

Окремо в загальному масиві було ідентифіковано 92 дитини (31%), які переживали невизначену втрату у зв'язку зі зникненням батька або матері безвісти. Переважно це учасники таборів, спеціально організованих для дітей із таким досвідом. Особливості їхнього стану та переживання втрати розглядаються в окремому розділі звіту.

Для оцінювання змін упродовж участі в програмі використано дані 138 дітей із визначеною втратою, які вперше брали участь у **Gen.Camp** та повністю заповнили CATS-2 на початку й наприкінці табору. До цієї підвибірки увійшли учасники чотирьох таборів: № 7 (34 дитини), № 8 (31 дитина), № 11 (25 дітей) та № 13 (48 дітей). Повторних учасників не включали до аналізу динаміки, щоб попередній досвід участі в програмі не впливав на оцінювання змін під час поточного табору.

Таблиця 1. Кількість дітей за таборами

Табір	Період проведення	Пройшли тестування	З них пережили загибель батька чи матері	Увійшли в аналіз змін
7	2024	39	38	34
8	2024	45	43	31
9	2024	34	5	—
10	червень 2025	47	0	—
11	липень 2025	30	28	25
13	травень 2026	48	48	48
14	червень 2026	52	0	—
Разом		**295**	**162**	**138**

Табори номер 10 і 14 були присвячені дітям, чиї батьки зникли безвісти. Більшість дітей табору номер 9 пережили окупацію, а не втрату одного з батьків.

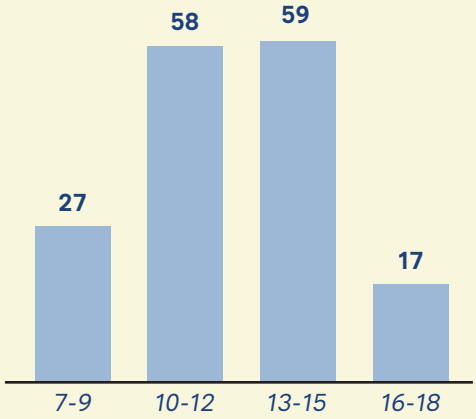
Вік і стать

Учасниками дослідження стали діти, серед яких розподіл за статтю був практично рівномірним: частка дівчат становила 52%, хлопців — 48%. Вікові межі вибірки коливалися від 7 до 18 років, а середній вік становив 12 років. За віком і статтю вибірка учасників таборів **Gen.Camp** подібна за складом до учасників інших досліджень дитячої травми. Згідно з даними Пфейфер (Pfeiffer et al., 2024), серед українських дітей, яких під час війни направили на терапію травми, середній вік – 12 років, дівчат – 62%. У клінічних вибірках Німеччини, Норвегії та США середній вік становив 12,2 року і 59% дівчат (Sachser et al., 2022). Тому відмінності в рівні симптомів між учасниками **Gen.Camp** та цими вибірками, про які йдеться далі у звіті, не можна пояснити різницею у віці чи статевому складі.

Більшість дітей (53%) приїжджає у табори **Gen.Camp** у віці від 7 до 12 років. Отже, вони втратили когось з батьків у віці, коли втрата найнебезпечніша щодо розвитку депресії. У семирічному спостереженні дітей, які раптово втратили одного з батьків, ризик депресії в молодших дітей зростав майже вп'ятеро, порівнюючи з однолітками без втрати, тоді як у підлітків помітного зростання не виявлено (Pham et al., 2018).

Рисунок 1. Вік учасників Gen Camp

Кількість дітей у кожній віковій групі



Кого втратили діти

Усі 162 дітей пережили загибель батька чи матері, тобто діти **Gen.Camp** є групою, цілеспрямовано сформованою для допомоги саме із переживанням втрати. Для порівняння: серед українських дітей, яких направили на терапію травми, раптову втрату близької людини пережили 27% (Pfeiffer et al., 2024).

У **77%** випадків загиблий батько чи мати був військовим(-ою), решта – цивільні жертви війни, а також працівники поліції, ДСНС та ДТЕК. Для українських дітей служба батька чи матері в армії або екстрених службах уже сама собою є чинником ризику. Огляд досліджень українських дітей називає її серед чинників, пов'язаних із симптомами ПТСР (Silwal et al., 2026). Для учасників таборів **Gen.Camp** ця служба батька чи матері закінчилася загибеллю.

Загибель на війні – раптова втрата, а саме раптовість дослідники пов'язують із розвитком у дітей травматичного горя: стану, коли симптоми травми заважають дитині горювати. Досліджень про те, як діти загиблих військових переживають втрату, у світі небагато. Але дослідження дітей, які втратили батька чи матір, неодноразово показували: те, як дитина впорається, значною мірою залежить від того, як почувається батько чи мати, які залишилися, і наскільки згуртована родина (Holmes et al., 2013). Тому допомога дитині завжди є й допомогою її родині.

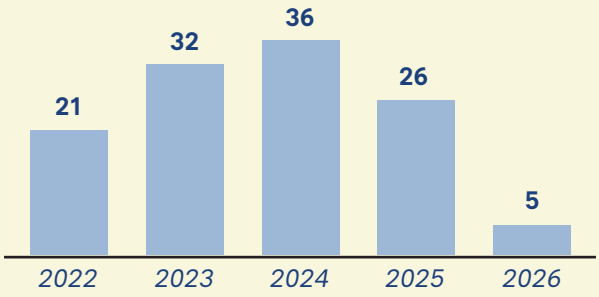
Коли сталася втрата

Втрата зазвичай свіжа. Наприклад, для табору № 13 від загибелі батька чи матері до початку табору минуло в середньому 1 рік і 2 місяці. У 39% дітей – менше року, у 48% – від одного до двох років. Отже, 87% дітей приїхали в табір протягом перших двох років після втрати.

Саме ці два роки найризиковіші. У дослідженні Pham et al. (2018) у перші два роки після смерті батька чи матері депресія вперше розвивалася в дітей утричі частіше, ніж в однолітків без втрати, а симптоми ПТСР проявлялися приблизно вдесятеро частіше. Пізніше різниця за обома розладами ставала статистично незначущою. А от труднощі в навчанні, з друзями і в родині зберігалися всі сім років спостереження. Отже, табір зустрічає дітей тоді, коли підтримка їм особливо потрібна.

Рисунок 2. Коли сталася втрата

Рік загибелі батька чи матері, n = 120



Географія учасників

Діти **Gen.Camp** представляли 23 області України та Київ: від прифронтових Харківщини, Запоріжжя, Херсонщини до західних Волині та Львівщини. Учасники **Gen.Camp** представляли 23 області України та місто Київ. Така географія охоплення дає змогу врахувати досвід дітей із різних регіонів країни, зокрема прифронтових і відносно віддалених від лінії бойових дій. Для порівняння: одне з найбільших досліджень українських підлітків охопило дві області – Донеччину й Кіровоградщину (Sourander et al., 2026). Програма **Gen.Camp** працює з дітьми з усієї країни, тому що втрата батька на війні, на жаль, є досвідом, що торкнувся всієї країни, а не окремих регіонів.

Рисунок 3. Звідки учасники дослідження Gen.Camp

Область поточного проживання, кількість дітей, n = 162



Ще 9 областей — від 1 до 4 дітей: Івано-Франківська, Хмельницька, Кіровоградська, Донецька, Житомирська, Закарпатська, Луганська, Рівненська, Тернопільська.

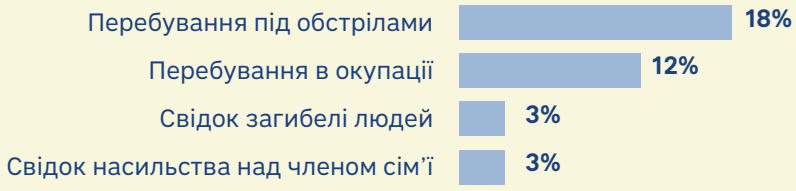
Інший складний досвід

Для частини дітей загибель батька чи матері – не єдина травма війни. За словами батьків, 18% дітей пережили обстріли, 12% – окупацію.

Ці частки помітно нижчі, ніж в інших дослідженнях. У національному опитуванні понад 8 тисяч українських підлітків прямий вплив війни пережили 50% (Goto et al., 2024). Українські діти, яких направили на терапію травми, повідомляли в середньому про чотири травматичні події, найчастіше пов'язані з війною (69%; Pfeiffer et al., 2024). Імовірно, різниця пояснюється насамперед тим, як збиралися дані. У **Gen.Camp** батьки позначали події в короткому переліку під час реєстрації, а в згаданих дослідженнях про події питали самих дітей, детальніше. Тож результати цього дослідження, найімовірніше, занижені.

Рисунок 4. Що ще пережили учасники **Gen.Camp**

Крім загибелі батька чи матері, за словами батьків, % дітей



Збирати дані про такий досвід непросто: запитання про травматичні події емоційно чутливі й можуть посилити дистрес у дітей, тому потребують обережного, травмачутливого підходу. Водночас ці дані важливі, оскільки вплив травматичних подій має накопичувальний характер. У дослідженні українських підлітків ризик порушень психічного здоров'я зростав зі збільшенням кількості пережитих травматичних подій, пов'язаних із війною (Sourander et al., 2026). Коли смерть батька тягне за собою багато інших змін, діти частіше мають нижчу самооцінку і відчуття, що не контролюють власне життя (Holmes et al., 2013).

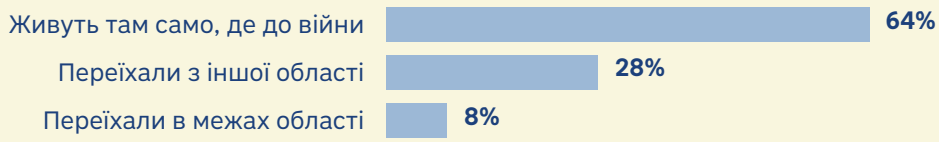
Переселення

Кожна третя дитина (**36%**) серед учасників таборів Gen.Camp, крім втрати, пережила і переїзд, а відтак стикнулася з потребою адаптації до нової школи, нового оточення, переживала втрату друзів. За даними огляду 37 досліджень психічного здоров'я українських дітей і молоді в умовах війни (Silwal et al., 2026), переселення у межах України чи за кордон пережила приблизно кожна п'ята дитина; в окремих дослідженнях після 2022 року цей показник становив від 21% до 29%. Серед учасників **Gen.Camp** ця частка, як ми бачимо, вища.

Цей огляд, що охоплює дослідження за понад десять років війни, пов'язує вимушене переселення з вищим рівнем депресії, тривоги і симптомів ПТСР, а життя у звичному середовищі – з меншим ризиком цих проблем. В одному з досліджень діти, які переїхали в межах України, мали вищу стійкість, ніж ті, хто виїхав за кордон. Автори огляду припускають, що знайоме соціокультурне середовище допомагає дитині легше переносити стрес. Усі учасники таборів **Gen.Camp** на момент участі жили в Україні, тож їхнє переселення було внутрішнім.

Рисунок 5. Переселення

Серед 97 дітей, про яких це відомо, %



Діти, чиї батьки зникли безвісти

Частина дітей, які приїжджають у табори **Gen.Camp**, переживає особливий вид втрати: батько чи мати вважаються зниклими безвісти. Дитина не знає, чи жива близька людина, і не може ні чекати її повернення зі спокоєм, ні оплакати її. Американська дослідниця Полін Босс назвала такий стан невизначеною втратою (ambiguous loss) і описала його як одну з найважчих форм втрати: на відміну від смерті, вона не має завершення, тому природний процес горювання не може розпочатися або постійно переривається (Королович, 2025; Boss, 1999). Дитина живе між надією і відчаєм, а родина — у ситуації, коли неясно, хто з її членів «є», а хто «відсутній».

Для України це масштабна проблема: за даними правоохоронних органів, понад 114 тисяч людей вважаються зниклими безвісти за особливих обставин, переважно військові (МЗС України, 2026). За багатьма з цих випадків стоять діти. Досліджень невизначеної втрати в дітей у світі небагато; більшість з них присвячено дорослим родичам зниклих. У результаті вивчення публікацій з цієї теми можна сказати, що родичі зниклих безвісти найчастіше мають симптоми депресії, тривоги, ПТСР і тривалого горя, а за вираженістю симптомів здебільшого не відрізняються від тих, чиї близькі загинули (Lenferink et al., 2019). Одне з небагатьох досліджень дітей проведено в Сараєві після війни в Боснії і Герцеговині: серед 816 підлітків найвищий рівень депресії мали ті, чий батько зник безвісти. Водночас саме вони пережили й найбільше інших травматичних подій війни (Zvizdic & Butollo, 2001). В Україні ця група дітей майже не досліджена: навіть нові інструменти для оцінки горя в дітей розробляють без її участі (Avramchuk et al., 2026).

Із 295 дітей, які проходили тестування в таборах Gen.Camp, 92 (31%) переживають невизначену втрату. Переважно це учасники двох таборів, спеціально організованих для дітей, чиї батьки зникли безвісти. Як і в попередньому дослідженні (Лебедєва та ін., 2025), діти з невизначеною втратою приїжджають у табір з таким самим рівнем симптомів ПТСР, як і діти, у яких батько чи мати загинули: середній бал вираженості симптомів 20,0 проти 20,5. За час табору їхні показники теж знижуються.

Водночас перші результати свідчать, що динаміка в групах визначеної та невизначеної втрати може відрізнятися. Аналіз триває. Його результати будуть представлені в окремій науковій публікації.

Чи була психологічна допомога до табору

До табору будь-яку **психологічну допомогу отримували 31%** дітей.

(Примітка: серед 70 дітей таборів номер 11 і 13, для яких є відповідь; у ранніх таборах це питання майже не заповнювали).

Для порівняння: у загальнонаціональному опитуванні батьків понад 7,5 тисячі українських школярів (2022–2025) психологічну допомогу отримували близько 10% дітей, а потребу в ній зазначали 12% батьків (Yelizarova et al., 2026). Отже, серед дітей **Gen.Camp** частка тих, хто отримував допомогу до табору, приблизно втричі вища, ніж серед школярів загалом. Це очікувано після загибелі батька чи матері. Серед 70 дітей, для яких були доступні ці дані, 31% отримували психологічну допомогу до табору. Отже, близько двох третин цієї підгрупи не мали такого досвіду, попри те що майже половина дітей у вибірці зі стартовим оцінюванням мала показники CATS-2 вище порогу ризику *(див. розділ про стан дітей на початку табору)*. Водночас варто враховувати великий розрив між потребою в допомозі й доступом до неї, особливо в сільській місцевості (Yelizarova et al., 2026). Для більшості родин табір стає першим контактом із фахівцем після втрати.

З чим діти приходять у табір

Стан дітей до початку табору аналізувався за двома джерелами. Перше – реєстраційна анкета, у якій батьки або опікуни описують, що змінилося в поведінці дитини після втрати. Друге — відповіді самих дітей на опитувальник CATS-2 у перші дні табору. Разом вони дають повнішу картину, ніж кожне окремо.

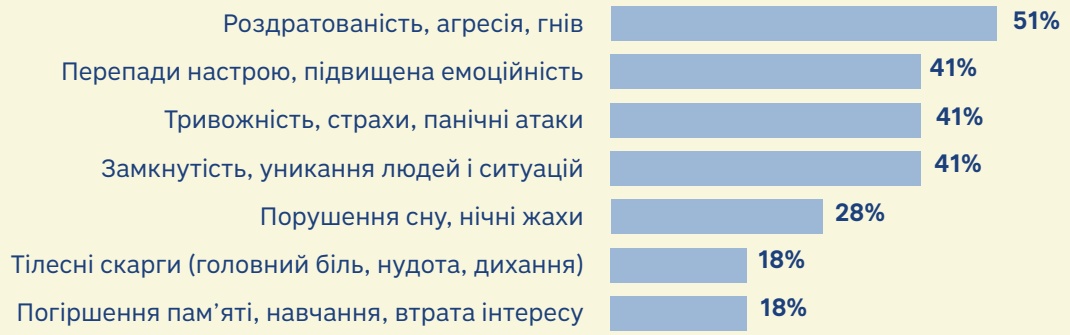
Що помічають батьки чи опікуни

Найчастіше батьки помічають у дітей роздратованість і спалахи гніву, різкі перепади настрою, тривогу і замкнутість. Здебільшого ці прояви не поодинокі: батьки, які помітили зміни, зазвичай описують у дитини одразу декілька з них.

Не кожна така зміна є розладом. Сум, плач, замкнутість чи повернення до поведінки молодшого віку часто є природною частиною дитячого горювання (Королович, 2025; Holmes et al., 2013). Тривожним сигналом вони стають тоді, коли тривають довго і заважають дитині жити.

Рисунок 6. Зміни в поведінці дитини після втрати

% дітей серед тих, у кого батьки описали зміни (n = 39). Одна дитина може мати кілька проявів. Узагальнено з переліку симптомів (табори номер 7–11) і вільних відповідей батьків.



«Стала замкнутою, не ділиться своїми думками, почуттями, переживаннями».

«При ньому взагалі не можна згадувати цю подію. Дитина одразу починає плакати».

«По ньому не видно, що він переживає, він усе тримає в собі».

(З реєстраційних анкет батьків. Цитати подано без жодних ідентифікаторів.)

Батьки бачать не все. Наприклад, в одному з таборів на питання про зміни в поведінці дітей відповіли батьки всіх 47 учасників. Батьки помітили зміни лише в 13 дітей. Водночас, за відповідями на тести самих дітей, симптоми вище порогу ризику ПТСР мали 25 учасників — майже вдвічі більше. Із цих 25 дітей у 18 батьки жодних змін не помітили. Остання фраза третьої цитати добре це описує: дитина може переживати, але «тримати все в собі». Тому в таборі кожна дитина сама відповідає на питання тестів. Це дає змогу побачити тих, чиї труднощі вдома непомітні.

Ризики для безпеки дитини

За повідомленнями батьків, у 7 із 80 дітей (9%) були випадки самоушкоджувальної поведінки, а у 4 із 78 (5%) – суїцидальні наміри або спроби. Відповіді батьків на питання про самоушкоджувальну поведінку та суїцидальні наміри є не для всіх дітей: їх надано щодо 76 зі 138 учасників. Серед цих 76 дітей про самоушкоджувальну поведінку повідомлено у 6 випадках, про суїцидальні наміри або спроби — у 2.

Ці дані відображають лише випадки, про які відомо батькам, і не можуть розглядатися як повна оцінка відповідних ризиків. Водночас вони підкреслюють необхідність систематичного виявлення ризиків для безпеки дитини та наявності чітких процедур професійного реагування.

Водночас опитування самих підлітків показують відчутно вищі цифри. У дослідженні школярів прифронтової Донеччини на початку повномасштабної війни про самоушкодження повідомили 20% дівчат, а про спроби самогубства – 10% (Sourander et al., 2024). Серед підлітків, які пережили обидві фази війни, спроби самогубства траплялися в понад 10%, проти 4% серед однолітків без такого досвіду (Sourander et al., 2026).

Що кажуть самі діти: рівень стресу до початку табору

Майже кожна друга дитина (46%) приходить у табір із симптомами посттравматичного стресу, вищим за поріг ризику. Третина дітей (32%) – із високим рівнем, 25 балів і більше. Середній бал – 20,2 із 60 можливих.

Рисунок 7. Рівень травматичного стресу до початку табору

Розподіл дітей за рівнями CATS-2, %, n = 157



Після травматичної події ПТСР у середньому розвивається приблизно в кожної шостої дитини (16%; Alisic et al., 2014). У національному опитуванні українських підлітків клінічно значущі ознаки травми мали 35% (Goto et al., 2024). Серед дітей із зон збройних конфліктів у світі ПТСР знаходили в середньому в 47% (Attanayake et al., 2009). Тобто, за часткою дітей вище порогу учасники таборів **Gen.Camp** ближчі до дітей із зон бойових дій, ніж до українських підлітків загалом.

За середнім балом учасники таборів **Gen.Camp** розташовані між загальною та клінічною групами. У дітей, які вже звернулися по допомогу до спеціалізованих клінік у Німеччині, Норвегії та США, середній бал становив 27,6 (Sachser et al., 2022), а в українських дітей, яких під час війни направили на терапію травми, – 36,3 (Pfeiffer et al., 2024). Діти **Gen.Camp** у середньому мають менш тяжкі симптоми, ніж ті, хто вже лікується. Але 46% із них потребують уваги фахівця, і більшість до приїзду до табору допомоги не отримувала.

Результати дають підстави говорити про значну вираженість симптомів травматичного стресу серед дітей, які втратили батька або матір унаслідок війни. Водночас пряме кількісне порівняння з іншими дослідженнями обмежене відмінностями у вибірках, методах оцінювання та критеріях визначення клінічно значущих симптомів. Але висновок однозначний: діти, які втратили батька чи матір на війні, - одна з найвразливіших груп серед дітей війни.

Які переживання найчастіші

Найчастіше діти сильно засмучуються, коли щось нагадує про втрату, мають тривожні спогади, що з'являються самі, їм важко заспокоїтися, і вони намагаються не думати про подію. Тобто на перший план виходять емоційна реакція на нагадування, уникання і настороженість. А от класичні виразні симптоми повторного переживання травматичної події, як-от флешбеки (відчуття, що подія відбувається знову) і нічні жахи про подію, трапляються значно рідше: їх часто відчувають лише 15% дітей.

Рисунок 8. Які переживання найчастіші

% дітей, які відповіли «часто» або «майже завжди» до початку табору, n = 157



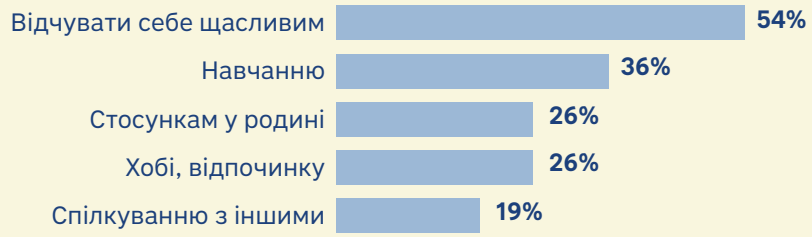
Чи заважає пережите жити звичайним життям

Окрім питань про симптоми ПТСР, опитувальник CATS-2 дозволяє визначити, чи заважають вони дитині в п'яти сферах життя. Три чверті дітей (**75%**) відповіли «так» хоча б щодо однієї сфери, у середньому – 1,6 сфери з п'яти. У кожної четвертої дитини (24%) зачеплено три сфери і більше. Найчастіше страждає відчуття щастя: більше половини дітей кажуть, що пережите заважає їм бути щасливими.

Для порівняння: серед українських дітей, яких направили на терапію травми, труднощі хоча б в одній сфері мали 99%, у середньому в 3,6 сфери з п'яти (Pfeiffer et al., 2024). Учасники таборів **Gen.Camp** функціонують краще, але три чверті з них відчувають, що втрата позначається на їхньому житті. Без підтримки такі труднощі можуть затягнутися: у семирічному спостереженні діти, які втратили батька чи матір, мали труднощі в навчанні, з друзями і в родині значно частіше за однолітків протягом усіх семи років (Pham et al., 2018).

Рисунок 9. У яких сферах життя заважає пережите

% дітей, які відповіли «так», до початку табору, n = 157



Чи залежить стан дитини на початку табору від її особистих характеристик і пережитого досвіду? Ми співставили середній бал вираженості симптомів ПТСР у групах дітей за шістьма змінними. Дві з них стосуються самої дитини: вік і стать. Ще чотири описують пережите: хто загинув, чи пережила дитина інші травматичні події війни крім втрати (обстріли, бойові дії поруч тощо), чи довелося родині переселятися і чи отримувала дитина психологічну допомогу до табору. Дані про вік, стать і обставини загибелі є для всіх таборів (близько 140–160 дітей). Про додаткові травматичні події, переселення і попередню допомогу було опитано близько 70 дітей, тому висновки щодо цих трьох характеристик менш точні.

Діти з різних таборів можуть відрізнятися за умовами набору, часом проведення табору тощо. Тому різницю між групами ми розраховували з урахуванням того, з якого табору дитина. У квадратних дужках у таблиці зазначено діапазон, у межах якого, найімовірніше, перебуває справжнє значення різниці. Якщо ці межі охоплюють нуль, різниця може бути випадковою, що означає, що варто продовжувати збирати дані.

Дівчата приходять у важчому стані. Їхній бал у середньому на 3,8 бала вищий, і вище порогу ризику (55% дівчат проти 36% хлопців). Це збігається зі світовими даними: у дівчат частіше розвивається ПТСР після травми (Alisic et al., 2014). Оскільки ми перевіряли шість характеристик одночасно, цей результат з урахуванням поправки перебуває на межі статистичної значущості, тож його варто підтвердити на наступних таборах.

Найважче підліткам 13–15 років: вище порогу 58% із них, тоді як серед дітей 10–12 років – 33%. Зв'язок із віком слабкий і непрямолінійний, тож це радше спостереження, а не надійний висновок.

Ті, хто вже отримував психологічну допомогу, приходять у важчому стані (бал на 5,8 вищий). Найімовірніше, родини зверталися по допомогу саме тоді, коли дитині було найгірше, тому їхні початкові симптоми на час прибуття у табір вищі. Стан дітей загиблих військових і цивільних не відрізняється: бали в обох групах однакові. Для іншого потенційно травматичного досвіду і переселення різниці на зібраних даних не виявлено.

Таблиця 2.3. Стан дітей на початку табору залежно від інших змінних

Характеристика	Група	Дітей	Середній бал CATS-2	Вище порогу (21+)	Різниця балів [95% CI]	Табори
Стать	дівчата	82	22,0	55%	+3,8 [0,9; 6,6]	усі
	хлопці	75	18,1	36%		
Вік	7–9 років	27	20,0	44%	+0,57 [0,01; 1,14] на 1 рік	усі
	10–12 років	57	17,5	33%		
	13–15 років	59	22,9	58%		
	16–18 років	13	20,2	54%		
Загиблий батько чи мати	цивільний	31	20,0	45%	+0,2 [−3,5; 4,0]	усі
	військовий	110	20,0	44%		
Додаткові травми війни	є	31	20,5	52%	−1,1 [−5,7; 3,6]	11 і 13
	немає	45	21,5	44%		
Переселення	так	23	20,5	39%	+0,1 [−5,1; 5,4]	11 і 13
	ні	48	20,7	46%		
Психологічна допомога до табору	була	22	25,4	59%	+5,8 [0,8; 10,9]	11 і 13
	не було	48	19,3	44%		

Діти приходять у табір у стані, який потребує уваги. Майже половина має симптоми посттравматичного стресу вище порогу ризику (серед дівчат – більше половини), три чверті відчувають, що пережите заважає їм жити, а в частини дітей є ризики для їхньої власної безпеки. За рівнем симптомів середній показник у цій вибірці був нижчим, ніж у наведених клінічних вибірках: тяжчі, ніж українські підлітки загалом, але легші, ніж діти, які вже лікуються в клініках. Саме таких дітей найлегше не помітити: їхні труднощі часто не видно навіть рідним. Табір дає змогу кожну з них обстежити і почати працювати з тим, що знайшли.

Психологічна програма “Захищені любов’ю”: зміст і ключові компоненти підтримки

Психологічна підтримка дітей у межах **Gen.Camp** ґрунтується на програмі «Захищені любов’ю» – комплексній програмі психологічної допомоги дітям і підліткам, які пережили травматичний досвід унаслідок війни. Її концептуальна основа полягає в розумінні терапевтичної ролі підтримувальних стосунків: можливість бути поруч із чуйним дорослим, отримувати прийняття та розділяти складні переживання створює умови для поступового відновлення психологічної рівноваги й відчуття опори в житті.

Програма виходить із того, що травматичний досвід впливає не лише на емоційний стан дитини, а й на її відчуття безпеки, довіру до оточення, здатність будувати стосунки, регулювати власні переживання та уявляти майбутнє. Відповідно, психологічна допомога спрямована не тільки на зменшення проявів психологічного дистресу, а й на інтеграцію пережитого досвіду в цілісну історію життя дитини, відновлення її суб’єктності та зміцнення внутрішніх і зовнішніх ресурсів стійкості.

Методологічно програма спирається на принципи травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії низької інтенсивності та поєднує елементи психоедукації, когнітивно-поведінкових, тілесно орієнтованих, образних та арттерапевтичних практик. Важливою особливістю є їх не механічне поєднання, а послідовна інтеграція відповідно до завдань конкретного етапу психологічної роботи.

Організаційно програма передбачає чотири взаємопов’язані рівні підтримки: групову роботу з дітьми, індивідуальний психологічний супровід, терапевтично організоване середовище та дозвілля, а також роботу з батьками й піклувальниками.

Групова психологічна робота. Групові заняття є основним форматом реалізації програми та забезпечують послідовне проходження дітьми основних етапів психологічного відновлення. Вони створюють спільний простір, у якому учасники можуть розпізнавати й виражати власні переживання, отримувати досвід прийняття та взаємної підтримки, бачити, що їхні емоційні реакції не є унікальними чи незрозумілими для інших. Такий досвід може сприяти зменшенню відчуття ізольованості та поступовому відновленню довіри до міжособистісних стосунків.

Зміст групової роботи вибудовується відповідно до логіки психологічного відновлення: від формування відчуття безпеки й первинної стабілізації – до дбайливого опрацювання складних переживань, пов'язаних із втратою, страхом, гнівом та іншими наслідками травматичного досвіду, а далі – до актуалізації ресурсів, відновлення життєвих перспектив і формування образу майбутнього. У роботі використовуються психоедукаційні вправи, практики розпізнавання емоцій, когнітивні техніки, образні методи, творчі завдання та групові ритуали.

Важливо, що групова взаємодія не передбачає обов'язкового розкриття особистого травматичного досвіду. Дитина самостійно визначає міру своєї відкритості та має право не брати участі в окремій вправі або не ділитися переживаннями з іншими учасниками.

Індивідуальний психологічний супровід. Індивідуальна робота є невіддільною складовою частиною програми та здійснюється паралельно з груповими заняттями. Вона дає можливість враховувати особливості життєвої історії, характеру втрати, актуального психоемоційного стану й індивідуального темпу відновлення кожної дитини.

Під час індивідуальних зустрічей психолог працює з переживаннями та питаннями, які дитині складно або недоцільно виносити в груповий простір, поглиблює опрацювання тем групових занять і допомагає закріплювати навички саморегуляції та подолання стресу. Індивідуальна робота також передбачає використання спеціально розробленого робочого зошита, який забезпечує зв'язок між груповими заняттями, індивідуальними сесіями та самостійною роботою дитини.

Отже, індивідуальний супровід забезпечує персоналізацію психологічної допомоги: спільна логіка програми поєднується з можливістю проходити її відповідно до власних потреб і готовності до опрацювання складного досвіду.

Терапевтично організоване середовище та дозвілля. Важливим принципом програми є інтеграція психологічної підтримки в повсякденне життя табору. Відновлювальний потенціал має не лише безпосередня робота з психологом, а й загальна організація простору, режиму та взаємодії дітей із дорослими.

Передбачуваний розпорядок дня, повторювані ритуали, стабільність правил, доброзичлива взаємодія з вихователями й тьюторами, можливість відпочивати, грати, рухатися та долучатися до творчих активностей створюють додаткові умови для емоційної стабілізації. Серед супровідних практик передбачені ранкова руханка з елементами саморегуляції, спільне читання, творчі майстер-класи, рухові та інші активності.

Окреме значення мають практики, що дозволяють дитині виражати переживання не лише вербально. Малювання, ліплення, робота з образами, творчі завдання та тілесні вправи розширюють можливості самовираження, допомагають встановлювати контакт із власними емоціями й ресурсами та створюють альтернативні способи роботи зі складними темами. Ці методи інтегруються в різні форми психологічної роботи, а не обмежуються окремими заняттями.

У такий спосіб повсякденне середовище табору стає продовженням психологічної підтримки: дитина отримує досвід передбачуваності, прийняття, позитивної взаємодії та можливості бути активним учасником спільного життя.

Робота з батьками та піклувальниками. Програма розглядає родинне оточення як важливий чинник продовження психологічного відновлення дитини після завершення таборової зміни. Тому окремим напрямом є підвищення компетентності батьків і піклувальників щодо особливостей дитячого горювання, травматичних реакцій та способів підтримки дитини в повсякденному житті.

Робота з дорослими передбачає психоедукаційні зустрічі, спрямовані на краще розуміння емоційних і поведінкових реакцій дитини, формування навичок чуйного реагування на її потреби, уникнення знецінення переживань або надмірного обмеження самостійності. Важливим завданням є також усвідомлення власних емоційних станів дорослих та їхнього впливу на взаємодію з дитиною.

Такий напрям має особливе значення для забезпечення безперервності психологічної підтримки: навички й досвід, отримані дитиною під час програми, мають знаходити продовження в її родинному середовищі. Водночас робота з піклувальниками передбачає не лише надання рекомендацій щодо підтримки дитини, а й визнання власних потреб дорослих у психологічній допомозі.

Усі чотири рівні роботи об'єднані спільною методичною логікою та принципами реалізації програми: безпекою, поступовістю, добровільністю, нормалізацією емоційних реакцій, опорою на ресурси та конфіденційністю. Це означає, що робота з травматичним досвідом не розпочинається до формування достатнього відчуття безпеки й базових навичок саморегуляції. Темп і глибина опрацювання складних переживань визначаються індивідуальними можливостями та готовністю дитини, а не лише запланованою послідовністю занять.

Важливою складовою частиною програми є також первинне та повторне оцінювання психоемоційного стану дітей із використанням стандартизованих скринінгових інструментів і психологічного спостереження. Це дає змогу враховувати індивідуальні потреби учасників, відстежувати динаміку їхнього стану та визначати необхідність подальшого психологічного супроводу або залучення спеціалізованої допомоги. Реалізація програми передбачає дотримання професійних вимог до фахівців, супервізійний супровід і чітке розуміння меж компетентності психологів.

Отже, програма «Захищені любов'ю» розглядає психологічну підтримку як цілісний процес, у якому поєднуються цілеспрямована робота психологів, індивідуальна увага до потреб дитини, досвід взаємної підтримки в групі, повсякденне життя в передбачуваному середовищі та залучення значущих дорослих. Її особливість полягає в тому, що відновлення не зводиться до опрацювання травматичних переживань, а охоплює також відновлення довіри, відчуття власної спроможності, зв'язку з іншими людьми та можливості бачити перспективу майбутнього.

Детальний опис методологічних засад, структури занять, практичних інструментів і умов упровадження програми представлено в окремому навчально-методичному посібнику «Захищені любов’ю».

Кількісні результати дослідження

Динаміка посттравматичних симптомів

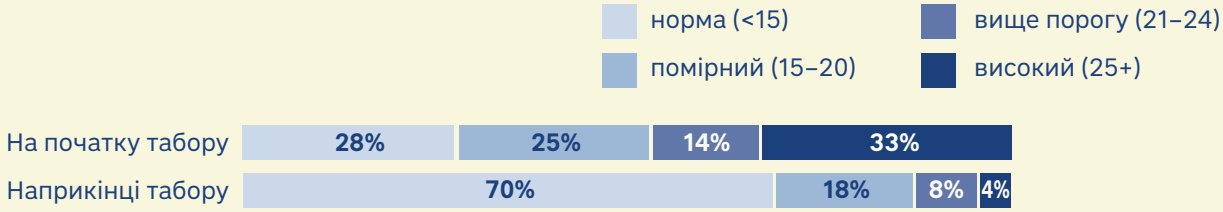
Головне питання для будь-якої програми допомоги — чи стає учасникам краще. Ми порівняли відповіді 138 дітей, які заповнили опитувальник CATS-2 і на початку, і наприкінці табору.

За час табору середній бал вираженості симптомів ПТСР знизився з 20,5 до 11,8, тобто на 8,8 бала, або на 43%. Показники знизилися у 122 дітей (88%), не змінилися в 6 і зросли в 10.

Це статистично значуща і суттєва зміна. Статистично значуща означає, що таке зниження дуже малоймовірно пояснити випадковими коливаннями відповідей. Наскільки зміна суттєва, показує розмір ефекту — стандартизований показник, який дає змогу оцінити величину зміни незалежно від шкали інструмента і зіставити її з результатами інших досліджень. У психологічних дослідженнях ефект від 0,8 і вище вважають великим (Cohen, 1988). У **Gen.Camp** розмір ефекту становить 1,17: середнє зниження симптомів перевищує типову різницю між тим, наскільки змінилися окремі діти. Тобто зниження не лише велике, а й спостерігається в більшості дітей, а не завдяки невеликій групі з різким покращенням.

Рисунок 10. Рівень травматичного стресу на початку і наприкінці табору

Розподіл 138 дітей за рівнями CATS-2



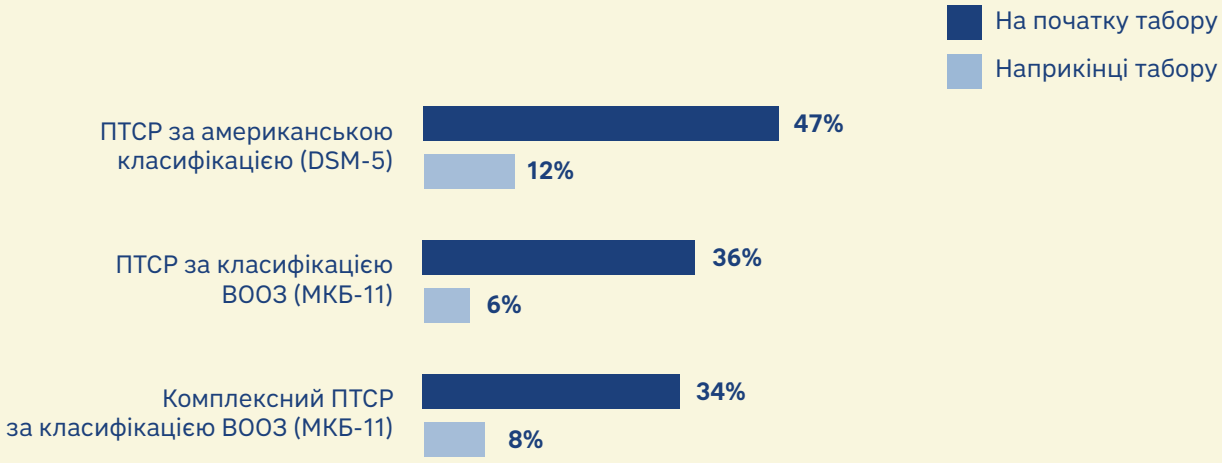
Частка дітей у нормі зросла з 28% до **70%.** Дітей із високим рівнем стресу (25 балів і більше) стало у 8 разів менше: 45 на початку і 6 наприкінці табору.

Скільки дітей перейшли нижче порогового значення

Частка дітей із симптомами вище скринінгового порогу ризику ПТСР (21 бал і більше за критеріями американської класифікації психічних розладів DSM-5) знизилася з **47%** до **12%.** З 65 дітей, які приїхали з рівнем вище порогу, 52 (**80%**) наприкінці табору опинилися нижче нього. Подібне зниження видно, якщо оцінювати результати тестування й за критеріями Міжнародної класифікації хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я (МКБ-11): частка дітей вище порогу ризику для ПТСР знизилася з 36% до 6%, для симптомів комплексного ПТСР — з 34% до 8%. Тобто, зниження видно незалежно від того, за якою класифікацією оцінювати симптоми.

Рисунок 11. Частка дітей з симптомами вище порогу ризику ПТСР

Частка дітей вище порогу ризику за трьома шкалами CATS-2, n = 138

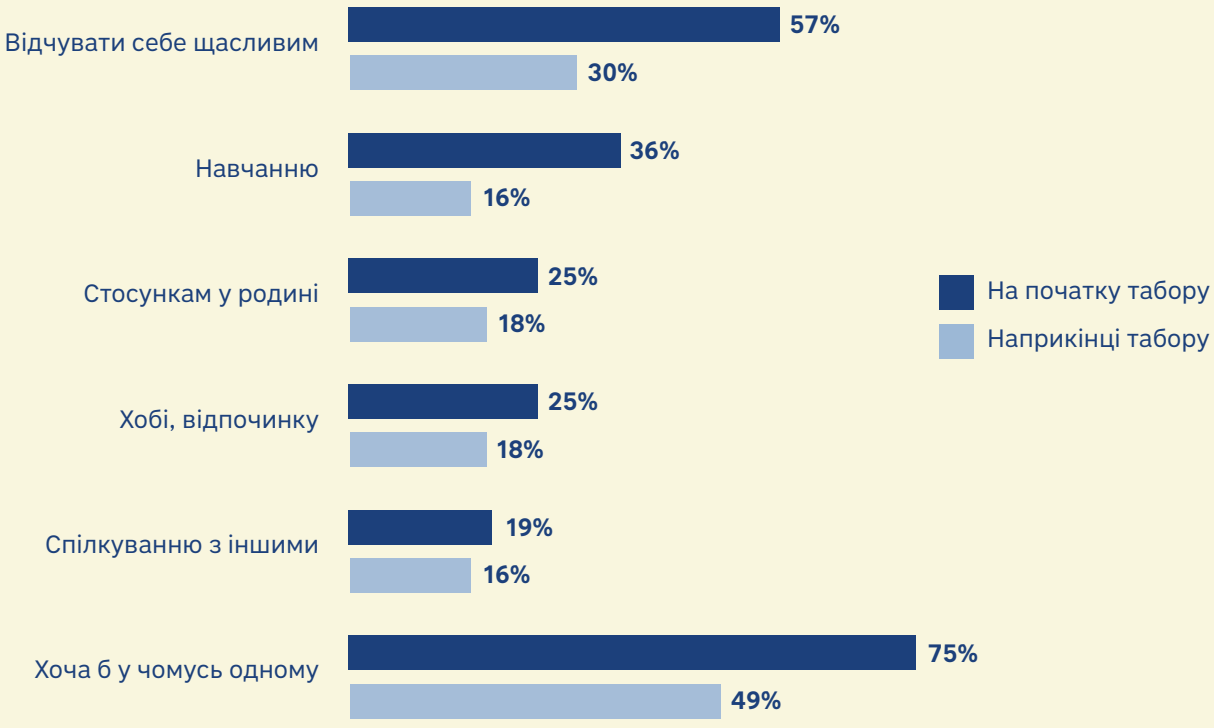


Вплив пережитого досвіду на повсякденне життя

Частка дітей, яким досвід втрати, який вони переживають заважає хоча б в одній сфері життя, знизилася з **75%** до **49%.** Найбільше змінилися дві сфери. Удвічі менше дітей кажуть, що пережите заважає їм бути щасливими (з 57% до 30%). Удвічі менше скаржаться на труднощі з навчанням (з 36% до 16%), хоча навчання під час табору не відбувалося, тож ця відповідь, найімовірніше, відображає загальне самопочуття дитини. У стосунках у родині, спілкуванні та хобі частки теж зменшилися, але ця зміна невелика і статистично не підтверджена.

Рисунок 12. Чи заважає пережите жити звичайним життям

% дітей, які відповіли «так», n = 138



У всіх чотирьох таборах, включених до парного аналізу, які проходили в різний час і з різними дітьми, спостерігалося зниження середнього показника симптомів CATS-2 приблизно на 9 балів. Статистично значущих відмінностей у величині змін між таборами не виявлено (p = .82). Це свідчить про подібну динаміку в досліджуваних групах, тобто результат *повторюється для різних дітей у різний час, а не залежить від одного вдалого табору*. Хоча для підтвердження відтворюваності результату необхідне подальше накопичення даних.

Таблиця 4.1. Зміни за таборами

Бал CATS-2 (0–60) і частка дітей вище порогу ризику (21+)

Табір	Дітей	Середній бал: початок табору	Середній бал: наприкінці табору	Вище порогу: початок табору	Вище порогу: наприкінці табору
7	34	19.9	11.3	53%	12%
8	31	19.7	11.1	39%	10%
11	25	19.6	10.9	40%	16%
13	48	22.0	13.0	52%	12%
Усі	**138**	**20.5**	**11.8**	**47%**	**12%**

Особливості досвіду дітей та контексту їхнього життя

Чи однаково змінюється стан різних дітей? Ми порівняли прикінцеві показники у групах дітей з однаковими початковими балами. Жодна характеристика не пов'язана з величиною зміни. Показники знижуються однаково в дівчат і хлопців (різниця, якщо вона є, не перевищує 2 балів за середнього зниження на 8,8 бала), а також у дітей загиблих військових і цивільних.

На перший погляд, підлітки від 13 років знижують показники більше, ніж молодші діти: у середньому на 10,9 бала проти 6,9. Проте підлітки й приходять у табір із вищими показниками, а що вищий початковий рівень симптомів, то більше простору для зниження (див. 4.4). Тому ми додатково порівняли дітей різного віку, які мали однаковий рівень симптомів на початку табору. За такого порівняння від віку дитини зниження симптомів значуще не залежить.

Досвід вимушеного переселення, психологічна допомога до табору чи додаткові травматичні події не пов'язані зі значущою різницею в тому, наскільки знизилися показники.

Одне спостереження варто відзначити. Серед дітей, які на початку табору мали симптоми вище порогу ризику ПТСР (21 бал і більше), наприкінці табору опустилися нижче цього порогу 89% підлітків від 13 років (33 із 37) і 68% молодших дітей (19 із 28). Це узгоджується з міжнародними даними, де у контрольованих дослідженнях групових психосоціальних програм старші діти отримували від участі у таких програмах більше (Purgato et al., 2018). Це перспективний на-

прям для подальшого дослідження. Дані наступних таборів дадуть змогу перевірити, чи справді старші діти отримують від програми більше, як показує міжнародний досвід.

За час табору стан більшості дітей помітно покращився: показники симптомів знизилися майже в дев'яти дітей із десяти, а 80% тих, хто приїхав із високим рівнем стресу, наприкінці табору опинилися нижче порогу ризику розвитку ПТСР. Діти стали рідше відчувати, що пережите заважає їм бути щасливими. Цей результат повторюється в кожному таборі й однаковий для дівчат і хлопців, молодших і старших дітей, дітей загиблих військових і цивільних.

Досвід дітей, які переживають невизначену втрату: результати напівструктурованих інтерв'ю

Якісний компонент дослідження був спрямований на вивчення досвіду дітей, які переживають невизначену втрату, а також професійних спостережень психологів, які безпосередньо працювали з ними під час таборів.

На першому етапі було проведено напівструктуровані інтерв'ю з 17 учасниками табору **Gen.Camp** (2026) віком від 8 до 17 років, які мали досвід невизначеної втрати у зв'язку зі зникненням одного з батьків безвісти або його перебуванням у полоні. Тривалість очікування: від кількох місяців до понад 4 роки. Частоти подано на рівні учасника (n=17). Матеріали інтерв'ю опрацьовано методом спрямованого контент-аналізу з використанням кодувальної рамки, побудованої на основі моделі невизначеної втрати П. Босс (Boss, 2006). Аналіз дав змогу виокремити чотири тематичні напрями: переживання дітьми тривалої невизначеності; особливості сімейної комунікації та взаємної підтримки; досвід взаємодії з однолітками й табірним середовищем; бачення дітьми власного майбутнього.

1. Батько фізично відсутній, але психологічно присутній

У 15 з 17 учасників батько залишається внутрішнім орієнтиром і співрозмовником. Діти згадують, чого він навчив, вибирають заняття, пов'язані з ним, і хочуть, щоб він ними пишався. Надія на повернення або звістку є домінуючою надією дітей (15 з 17), проте у 8 учасників вона співіснує з усвідомленням ризику загибелі.

«Зараз мені, можна сказати, як трохи і радісно, ну і сумно. Типу, одразу дві сторони. Мені сумно, що він зараз не близько. Ну і радісно за ті моменти, які були.»

«Я знаю, що, мабуть, мій тато не повернеться, але мене дуже дратує...(частину цитати було прибрано з етичних міркувань)... Ні, я прийняв...але репатріація, це дуже боляче.»

«Я це прийняв, може, десь... Ну років два тому, може, півтора. Те, що він вже пропав безвісті.. від міста (в якому був батько) нічого не залишилося, їх теж все одно немає. І не зрозуміло, що з ним, жив він чи ні. Звісно, надія є, що він хоча б в полоні. Мені здається, за чотири роки в полоні і не обміняти, чи одного там, може, листа якогось... Але не було, це все одно якось дивно.»

П. Босс описує цей тип невизначеної втрати як фізичну відсутність за психологічної присутності (Boss, 1999). Відсутність підтвердження смерті унеможливлює звичне горювання, тож здоровою стратегією є не «закриття», а мислення в логіці «і те, і інше»: він може повернутися, і він може не повернутися (Королович, 2025; Boss, 2006). Виловлена в цитатах амбівалентність є саме таким адаптивним рішенням.

2. Мовчання про невизначену втрату в родині та оберігання мами

Понад половина учасників (9 з 17) уникають розмов про втрату в родині. 7 свідомо не діляться своїм болем з матір'ю, щоб не завдавати їй додаткового страждання, а 6 демонструють оточенню вигляд, що «все добре». Водночас мати є головним джерелом підтримки (14 з 17). 12 учасників описують прийняття нових ролей (турботу про маму та молодших братів або сестер) і прискорене дорослішання.

«З мамою складні теми не порушую... Бачу, що їй і так дуже важко, не хочу її додатково засмучувати.»

«В мене були панічні атаки і все таке... Два роки... Я сам з цим справлявся. Я не хотів, щоб це хтось знав. Типу, ну... Отак от». – Інтерв'юєр: «Ну, мама знала про це?» – Учасник: «Про панічні атаки? Ні.»

Невизначена втрата породжує розмитість сімейних меж: родина не знає, хто в ній «є», і часто заморожує розмови про відсутнього (Boss, 2006). Реконструкція ідентичності та ролей є одним з центральних напрямів резильєнтності в цій моделі. Приховування власних переживань з метою вберегти близьку людину в літературі описується як захисне буферування, яке підвищує дистрес того, хто їх приховує (Coyne & Smith, 1991). Цей самий патерн фіксують дослідження дітей, які втратили батька чи матір (Butsykin et al., 2026; Wray et al., 2026). Тому стабільна зовнішня рутина (про яку говорять 11 з 17 дітей) не свідчить про відсутність дистресу. Це також обґрунтовує необхідність додаткової підтримки та психоедукації матерів.

3. «Я не один такий»: спільність досвіду як ключовий чинник табору

14 з 17 учасників називають серед головного в таборі те, що оточення розуміє їхній стан і його не треба пояснювати. Вони протиставляють це шкільному середовищу, де їхній досвід знецінюють. 15 з 17 швидко знайшли нових друзів, 13 описують зростання впевненості та відкритості.

«У нас, ну, схожа ситуація, одна проблема, і я розумію, що якщо, наприклад, мені буде важко, якщо я заплачу, то всі спокійно відреагують, можливо, навіть підтримають, і ніхто не буде дивитися косо на мене, наче щось зі мною не так. Тут відчуття такої спорідненості є.»

«Коли я сказав це своїм однокласникам, вони не зрозуміли про що я і сказали: «Ну і що, Боже, вже станеться щось хороше в тебе... «Ну і злився на них, бо вони просто сиділи в телефоні і навіть не почули про мою проблему.»

Невизначена втрата не має суспільно визнаних ритуалів і часто не сприймається оточенням як втрата. Це робить її прикладом позбавленого права горювання (Doka, 2002; Boss, 1999, Butsykin et al., 2026). Реакція однокласників узгоджується з даними про те, що в школі горе дитини часто залишається невидимим або знеціненим (Dopp & Cain, 2012; Lynam & Mc Guckin, 2025). У таборі сформувалася спільна групова ідентичність, яка стає джерелом підтримки та відновлення. Це збігається з темою 3 фокус-групи з психологами.

4. Життя між надією та плануванням: часова перспектива

14 з 17 учасників формують власні цілі та мрії (навчання, спорт, професія) незалежно від того, коли проясниться доля батька. 11 розрізняють те, на що можуть вплинути, і те, що поза їхнім контролем. Водночас лише 7 мають відкриту часову перспективу. У решти вона умовна («якщо тато повернеться...»), звужена до «тут і зараз» або заморожена.

«Ну, я хочу багато тренуватися, добре вчитися, написати ще одну роботу на Малу Академію Наук...У мене було третє місце. Ну і на наступний рік я також хочу, і там в різних конкурсах, у олімпіадах різних. І на змагання дуже хочу поїздити.»

«Є ситуації, на які я можу вплинути, якось щось змінити. А є ситуації, в яких я нічого не можу зробити. Мені лишається або чекати, або прийняти те, що вже сталось. Ну якщо є ситуація, в якій я можу змінити щось, я спробую знайти якійсь варіант, щоб вийти на кращий ісход. Якщо мені немає чого міняти, то спробую якось це прийняти і все.»

«Як у всіх – це віра в себе. За цим моє майбутнє, мені потрібно це робити. Це буде краще, ніж я буду лежати на дивані. Це мій розвиток, гірше він мені точно не зробить. Я маю таку позицію: краще щось зробити, ніж не робити взагалі нічого.»

«Думаю, що знайду собі хороших друзів. Що тато повернеться додому. Та що буде, то буде, знаєте.»

У моделі Босс помірність контролю та віднайдення надії є окремими напрямами резильєнтності (Boss, 2006). Надія витворює здорову адаптацію, коли вона спрямована не лише на повернення батька, а й на нові, власні цілі. Умовна, звужена чи заморожена часова перспектива в частини учасників ілюструє описане Босс «заморожене горе»: життя ставиться на паузу до прояснення ситуації (Boss, 1999).

Погляд психологів на процеси відновлення дітей

Методологія фокус-групового дослідження

Для поглибленого вивчення досвіду реалізації психологічної програми та особливостей психологічної підтримки дітей було проведено дві фокус-групові дискусії з психологами, які працювали у двох таборах **Gen.Camp**. У кожній фокус-групі взяли участь відповідно 6 і 7 психологів (загалом 13 учасників).

Дискусії проводилися в онлайн-форматі через тиждень після завершення таборів і тривали до 1,5 години кожна. Такий часовий інтервал дав змогу учасникам дещо дистанціюватися від безпосереднього досвіду роботи, осмислити його та водночас зберегти в пам'яті важливі спостереження, події й деталі взаємодії з дітьми. Модерацію здійснював один із дослідників.

Участь у фокус-групах була добровільною. Дискусії записувалися з подальшим транскрибуванням. Отримані текстові матеріали стали основою для якісного аналізу досвіду психологів, виокремлення повторюваних тем, значущих спостережень та відмінностей у сприйнятті окремих аспектів роботи. Для забезпечення конфіденційності всі дані, що могли б ідентифікувати учасників, було анонімізовано.

Методологічною основою обробки результатів став якісний контент-аналіз фокус-групи з психологами, які працювали з дітьми з визначеною втратою під час табору.

Обробку даних фокус-групи здійснено в підході якісного контент-аналізу, що поєднує елементи спрямованого та підсумкового підходів (Hsieh & Shannon, 2005). Первинна система кодів була визначена гайдом і дедуктивно застосовувалася до тексту обговорення, тоді як неочікувані теми виокремлювалися індуктивно, через відкрите кодування, групування й абстрагування категорій (Elo & Kyngäs, 2008). Результати структуровано не за порядком запитань, а за темами та зв'язками між ними, що відповідає принципам тематичного аналізу (Braun & Clarke, 2006).

Підрахунок частоти порушення тем використано як допоміжний індикатор того, наскільки наполегливо учасники поверталися до певного змісту в динаміці групової дискусії (Krueger & Casey, 2015). Водночас частота згадок не тотожна значущості теми: рідкісні, але клінічно вагомі спостереження можуть мати не менше значення, ніж ті, що повторювалися (Morgan, 1993). Тому частотний розподіл у звіті інтерпретується як показник акцентів дискусії, а не як ранжування тем за важливістю.

Аналіз базується на таких принципах:

• структура підсумкових результатів будується не за порядком запитань дослідника, а за виявленими темами та концептуальними зв'язками;

• первинне кодування (очікувані теми) фіксується поряд з важливими несподіваними темами, що виникли безпосередньо під час обговорення психологів, які брали участь у фокус-групі;

• поряд з якісним аналізом проведено кількісний підрахунок частоти порушення кожної з 6 ключових тем.

У результаті тематичного аналізу виокремлено сім взаємопов'язаних тем, які відображають спостереження психологів щодо емоційних змін дітей, ролі групової взаємодії, особливостей переживання втрати, ресурсів програми, особливих випадків та тривоги під час завершення табору.

Найчастіше в дискусії обговорювались специфіка та відмінності досвіду втрати (7 разів) та групи як ресурс відновлення (6 разів). Спільне коло та легалізація болю і додаткові засоби відновлення порушувалися по 5 разів, а трансформація емоційного стану дітей та особливі випадки і тривога під час завершення табору – по 4 рази.

Результати тематичного аналізу

Тематичний аналіз представлено відповідно до результатів кодування смислових одиниць та їх частотного розподілу.

Тема 1. Трансформація емоційного стану

Тема охоплює початковий стан дітей на момент прибуття до табору (закритість, тривогу, захисні механізми) та процес формування безпечного простору, який став передумовою подальшої терапевтичної роботи.

1.1. Змістовий опис за результатами контент-аналізу

Психологи фіксують у дітей на початку табору високий рівень тривожності, закритості та скутості, страх перед осудом та сформовані захисні бар'єри. Значна частина дітей відчувала виражену напругу, страх говорити про втрату й травматичні переживання та тривогу щодо відкриття власного горя.

Помітною була захисна та очікувальна поведінка: діти поводилися так, ніби очікували покарання або нападу з боку оточення, транслюючи стереотипи поведінки, вироблені у шкільних чи інших колективах, де вони зазнавали булінгу або відчували відчуження через свій статус дитини, яка втратила батьків. ***Тема булінгу також стала одним з неочікуваних відкриттів для психологів проєкту та дослідників. Вона потребує подальшого вивчення та впровадження блоків по роботі з досвідом булінгу у психологічну програму табору.***

Поведінка дітей на початку табору часом набувала провокативного характеру і ставала перешкодою в груповій терапії. Для психологів найскладнішим у перші дні було ввести всіх дітей у єдине спільне поле табору, присвяченого втраті, переконати в безпеці середовища, у відсутності загрози та подолати сильний опір і провокативну поведінку. Формування атмосфери вимагало значних зусиль протягом перших трьох зустрічей з психологами. Після подолання опору атмосфера вирівнялася та стала безпечною завдяки комплексній, злагодженій роботі психологів, тьюторів, структурі програми та безпечному простору.

1.2. Тематична інтерпретація

Що відбувалося? Діти прибували до табору у стані глибокої психоемоційної напруги, тривожності та відчуження. Більшість не мала чіткого розуміння спільної мети перебування.

Як це проявлялося? У поведінці спостерігалися дві протилежні, але однаково захисні реакції: пасивне самоізолювання з фізичними ознаками психологічної напруги («ком у горлі», сльози під час спроби сказати слово) або провокативна поведінка та «захисні напади», сформовані минулим досвідом булінгу у школі.

Як пояснювали психологи? Важливим для подальшої практичної роботи є встановлення орієнтовного часового проміжку формування відчуття безпечного простору – 3 зустрічі з психологами (7 днів табору). Цей період вимагав від команди табору значних зусиль і може бути визначений як період адаптації в таборі. Лише після зняття загрози засудження діти змогли трансформувати захисну поведінку та емоції, які супроводжували цей етап, на готовність до продуктивної взаємодії з психологами та однолітками і саморозкриття.

Теоретичне обґрунтування. Початковий стан дітей (закритість, тривожність, «ком у горлі» або, навпаки, провокативні «захисні напади») узгоджується з полівагальною теорією С. Порджеса, згідно з якою нервова система неусвідомлено оцінює середовище на наявність загрози (нейроцепція) і в небезпечному режимі активує або мобілізаційні (боротьба), або імобілізаційні (завмирання) реакції (Porges, 2011). Обидва типи поведінки, описані психологами, можна розглядати як варіанти цих захисних стратегій. Соціальна взаємодія та саморозкриття стають можливими лише тоді, коли дитина отримує стабільні сигнали безпеки. Це пояснює, чому групова робота стала продуктивною лише після періоду адаптації.

Визначений у дослідженні період формування безпечного простору (3 зустрічі, 7 днів табору) відповідає першому етапу відновлення за Дж. Герман. У її моделі встановлення безпеки є необхідною умовою для переходу до роботи зі спогадами та жалобою (Herman, 2015). З погляду групової динаміки, труднощі перших днів (нерозуміння спільної мети, опір і провокації) є закономірними ознаками початкової стадії групи.

Особливу увагу варто приділити страху засудження за статус дитини, яка втратила батька чи матір. За даними досліджень, саме стигма, а не лише факт втрати, опосередковує гірший психічний стан підлітків-сиріт (Cluver et al., 2008). Втрата батька чи матері також підвищує ризик стати жертвою шкільного булінгу, особливо для дівчат і підлітків 13–17 років (Ran et al., 2025). Навіть без відкритого цькування школа часто стає простором, де горе залишається «невидимим», а дитина почувається інакшою та виключеною (Lynam & Mc Guckin, 2026; Wray et al., 2026). Взаємини з однолітками можуть як підтримувати адаптацію дитини, так і ускладнювати її (Dopp & Cain, 2012). Тому «захисна» поведінка, яку психологи помітили в таборі, цілком може бути перенесенням стратегій, сформованих у стигматизуючому шкільному середовищі. Це підтверджує потребу включити в програму табору окремий блок роботи з досвідом булінгу.

1.3. Цитати до теми

«На початку діти були, здебільшого, закриті і тривожні.»

«Відчували (побоювання) засудження іншими. Багато хто мав до цього досвід якогось булінгу в інших просторах, саме щодо втрати і те, що нема батька або мами, і тому переживали щодо того, щоб це взагалі озвучувати як факт того, що вони це мають.»

«Так, була закритість, дуже важко було говорити. І так, ще (було) небезпечно, були такі моменти, коли певні діти, вони не висловлювали себе.»

«Деякі з дітей захищалися. От поведінка така була захисна. Можливо, моє припущення, що це відбиток досвіду перебування в якомусь колективі, де потрібно було захищатися від когось... Немов боялися, що тут їх покарають чи тут на них нападають.»

«А от у інших дітей я помітила в індивідуальній практиці, що таке враження було, ніби дитина довгий час мовчить і щось не могла проговорювати. І тут починає говорити, і ніби їй заважає ком в горлі...сльози на очах. Тобто, скоріш за все, не було такої можливості, де проговорювати якісь такі моменти особисті.»

«Для мене було найскладніше, напевно, саме ввести ніби в одне поле всіх, що цей табір, він має свою направленість про втрату... І оце ввести в поле, що ми тут всі пережили втрати... не змусити повірити, що тут безпечно, перестати захищатися, бо це іноді було так прямо сильно провокативна поведінка, яка заважала йти далі.»

«Насправді ми багато часу витратили, щоб вся група, особливо на груповій терапії, почувалась безпечно і не заважала собі, не заважала іншим, і нарешті почала ділитися своїм досвідом.»

«(що допомогло) Оця вся атмосфера ставлення до них, програма, активності, які були включені, тьютори. Оця спільна злагоджена робота плюс саме місце, вони зробили свою роботу комплексно...»

Дослідник: «Ця довіра всередині колективу, коли вона починає проявлятися в такій груповій динаміці? Сьомий день? Чи це сьомий день цей вечір пам'яті» – Психолог: «Ні, воно скоріше проявилося. Там три дні адаптації, четвертий – вечір пам'яті він став таким якраз переломним моментом, і далі вони вже всі були вирівняні, адаптовані, і там вже робота йшла набагато легше.»

Тема 2. Спільне коло та легалізація болю

Тема описує центральну подію програми «Вечір пам'яті», та механізми відкритого вираження емоцій, які запустив спільний ритуал. Також ця тема фактично представляє колективний копінг – як спосіб впоратись з обставинами разом з іншими та/або з використанням їхнього досвіду.

2.1. Змістовий опис за результатами контент-аналізу

Центральною подією всієї програми та головним переломним моментом психологи називають «Вечір пам'яті», що проводився на 4-й день терапевтичної

роботи (7-й день табору, після теми жалоби). У спільному колі майже кожен учасник табору поділився своєю втратою. Ключовим чинником для легалізації власних сліз дітей став прояв щирих емоцій дорослим: один із тьюторів заплакав під час розповіді про власну історію втрати. Це створило прецедент легалізації болю, зняло заборону на сльози й публічний прояв емоцій, суму, створило безпечне середовище та дало дітям «дозвіл» публічно поділитися своїм горем.

Неочікуваними виявилися варіації ефекту та інтенсивності «Вечора пам'яті». Для дітей, які сумували й говорили про втрату ще до нього, чий сум уже був «на поверхні», цей захід спричинив тимчасове поглиблення суму. Натомість для «заморожених» дітей, які не проявляли свої емоції до того, він став можливістю розблокувати емоції і заговорити.

2.2. Тематична інтерпретація

Що відбувалося? Центральним переломним моментом всієї 21-денної програми став «Вечір пам'яті» (проведений на 4-ту терапевтичну зустріч / 7-й день табору після опрацювання теми жалоби).

Як це проявлялося? Розпочалося відкритіше вираження переживань та зняття заборони з суму. Діти вперше змогли відкрито й публічно плакати, не соромлячись своїх сліз перед однолітками.

Як пояснювали психологи? Ключовим чинником виступила емоційна щирість дорослого: один із тьюторів, ділячись власною історією втрати, заплакав перед колом. Це спрацювало як легалізація сліз для дітей.

Теоретичне обґрунтування. Ефект «Вечора пам'яті», який психологи описують як «легалізацію» болю, доцільно інтерпретувати через концепцію позбавленого права на горювання, згідно з якою, горе, яке не визнається або не має соціально схвалених форм вираження, залишається прихованим і ускладнює адаптацію (Doka, 1989, 2002). Для багатьох дітей спільне коло стало першим простором, де їхня втрата отримала публічне визнання. Ключову роль тут відіграв тьютор, що заплакав. Відповідно до теорії соціального навчання, значущий дорослий виступив моделлю допустимої поведінки, що зняла неписану заборону на сльози (Bandura, 1977).

Розповіді про втрату в колі є формою соціального розділення емоцій (social sharing of emotion). За Б. Ріме, воно не стільки прибирає емоційне навантаження, скільки зближує того, хто ділиться, і тих, хто слухає (Rimé, 2009). Саме це зближення психологи фіксують після вечора. Ритуальна форма події посилює ефект, згідно з результатами досліджень, ритуали зменшують горе завдяки відновленню відчуття контролю (Norton & Gino, 2014), а також регулюють емоції та зміцнюють соціальні зв'язки (Hobson et al., 2018). У цьому сенсі вечір пам'яті є прикладом колективного копінгу – подолання складних обставин разом із іншими та з опорою на їхній досвід (Kuo, 2013). Від втрати тут не «відмовляються»: пам'ять про загиблого стає джерелом продовженого зв'язку з ним (Klass et al., 1996).

Водночас варто застерегти, що відсутність відкритого вираження горя не обов'язково свідчить про його блокування. Уявлення про те, що кожен мусить

«пропрацювати» втрату через інтенсивне вираження емоцій, дослідники вважають одним із міфів про горе (Wortman & Silver, 1989).

2.3. Цитати до теми

«Дуже таким гарним моментом був оцей «Вечір пам'яті», де всі в спільному колі поділилися кожен своєю втратою, і відносно того вони вже розпакувалися. Це їх розпакувало, легалізувало їхнє почуття, їхні біль, сльози...»

«На «Вечорі пам'яті» один з важливих моментів... один з тьюторів, коли розповідав про свою історію втрати, він плакав і це «легалізувало» емоції для всіх інших дітей. І вони після цього... змогли розказати про свою втрату і показати свої сльози вже публічно.»

«Там три дні адаптації, четвертий – «Вечір пам'яті». Він став таким якраз переломним моментом, і далі вони вже всі були вирівняні, адаптовані...»

«Це таке коло, де всі, весь табір, майже кожен ділиться про свою втрату, і воно якось розблокувало. Як легалізували те, що можна про це говорити.»

«В дітей, в яких вона була «на поверхні», які вже до цього вечора говорили про втрату і сумували, то він ніби поглибив переживання. Я помітила, що вони стали сумніші і, як ніби, навпаки, занурилися в цю втрату ще більше. На відміну від дітей, які навпаки не говорили про це, для них цей вечір став ніби як випірнанням навпаки.»

Тема 3. Група як ресурс відновлення

Тема розкриває соціально-психологічні процеси в групі: зміну взаємодії між дітьми, формування належності до групи, взаємної підтримки та дружніх зв'язків, а також загальні зміни стану дітей протягом табору.

3.1. Змістовий опис за результатами контент-аналізу

Протягом табору відбулася кардинальна якісна трансформація дітей: від скутості, замкненості, настороженості, пасивної чи зверхньої поведінки до спокою, відкритості, емпатії, зближення та відновлення здатності радіти життю. Діти усвідомили потребу жити далі, цінувати себе та момент, сформувалася емоційна прив'язаність до команди. Зміни проявлялися у знятті емоційної напруги, появі емпатії, щирих обіймах, подяці команді під час розставання, здатності виражати сльози публічно та відновленні соціальних контактів.

Перебування в колі однолітків зі схожим травматичним досвідом забезпечило ефект нормалізації цього досвіду. Діти пройшли шлях від настороженості, самоізоляції чи захисної поведінки до згуртування та продемонстрували високий рівень взаємодопомоги, емпатії, турботи та тактильної підтримки: обіймали, гладили, приносили водичку чи серветки тим, хто плакав. Діти, чиї історії втрати були складними, проявляли більше співчуття одне до одного і після того, як почули історії інших, зближувалися.

Діти активно гуртувалися за віком, спільними інтересами та регіоном походження. Брати та сестри наприкінці табору змогли меншою мірою концентруватись одне

на одному й більше спілкуватися з однолітками. Взаємодія розвивалась від відчуження до формування стійкої соціальної мережі підтримки: сформувались дружні зв'язки, які діти продовжують підтримувати після завершення табору, вони продовжують спілкуватись перебуваючи в різних містах.

Прийняттю та відчуттю «не самотності» у власному досвіді сприяли нормалізація переживань, щирість і щира позиція дорослих, відсутність оцінювання чи засудження, спільні ритуали (читання), розуміння, що інші також проживають біль, та формування дружніх зв'язків за віком і регіоном походження.

3.2. Тематична інтерпретація

Що відбувалося? Перебування в середовищі рівних сприяло «нормалізації» травматичного досвіду: усвідомлення «я не один у своєму болю» знизило самостигматизацію.

Як це проявлялося? Високий рівень спонтанної емпатії: діти носили серветки, воду, пригортали тих, хто плакав під час зачитання складних історій. Також сформувалися дружні зв'язки між дітьми, які перебувають у містах, що розташовані відносно неподалік.

Як пояснювали психологи? Психологи відзначили вивільнення суб'єктності: діти, які вдома не виходили з кімнати, у таборі демонстрували високу соціальну активність. Брати та сестри наприкінці табору змогли послабити опіку одне над одним та повернутися до нормальної дитячої ролі.

Теоретичне обґрунтування. Трансформацію від самоізоляції до згуртованості пояснює соціально-ідентичний підхід до наслідків травми, згідно з яким травмівна подія може руйнувати попередні соціальні ідентичності. Однак спільний досвід може стати основою нової групової ідентичності, яка дає доступ до соціальної підтримки, відчуття контролю та сприяє посттравматичному зростанню (Muldoon et al., 2019). У таборі такою ідентичністю стало «ми всі пережили втрату». У шкільному середовищі цей досвід міг певною мірою ізолювати дитину, викликати почуття «інакшості», а тут став основою належності. Це пояснює зниження самостигматизації, спонтанну взаємодопомогу та формування стійких дружніх зв'язків, які діти підтримують після табору. Дослідження підтверджують, що підтримка рівних є важливим чинником адаптації дитини після смерті батька чи матері (Dopp & Cain, 2012).

Спостереження щодо сиблінгів (піклування старшими дітьми про молодших братів та сестер) можна інтерпретувати через концепцію парентифікації. Після втрати дитина нерідко бере на себе дорослі функції турботи про родину, що обмежує її власні вікові потреби (Jurkovic, 1997). Сучасні якісні дослідження дітей, які втратили батька чи матір, також описують «вихід на дорослу роль» у родині та приховування власних емоцій, щоб не обтяжувати близьких (Wray et al., 2026). Структура табору, де дорослі свідомо стежили, щоб «діти були дітьми», дозволила тимчасово зняти це навантаження.

Отримані результати узгоджуються з міжнародними даними про ефективність табірних програм для дітей, що пережили втрату. У контрольованому дослідженні інтервенція в форматі табору знижувала симптоми травматичного горя

(McClatchey et al., 2009). Пілотне дослідження Lionheart Camp показало зменшення проблем у стосунках з однолітками (Griffiths et al., 2019).

Систематичний огляд програм підтримки додатково наголошує на важливості залучення опікунів для стійкості ефектів (Bergman et al., 2017).

3.3. Цитати до теми

«Це була видна кардинальна зміна дітей, коли вони приїхали, коли вони були наскільки скуті, зажаті, їм було важко говорити... Ті діти, які були в мене і на групі, і на індивідуальній роботі, вони проговорили, що ми стали спокійнішими, нам стало легше з тим, з чим ми стикнулися, що потрібно жити далі, цінувати себе, цінувати моменти.»

«І оце, коли вже був там останній день, коли ми прощалися... підходили обніматися, і вони вечором казали... я не шкодую, що я поїхав, дякую вам за все. І зовсім інший був настрій дітей...»

«Вони продовжують спілкуватися далі. І це їх здружило, і вони так навіть гуртуються по містах.»

«Але вони були більш один до одного співчутливі. І почувши ці складні історії, вони зближувалися. І я помічала багато підтримки.»

«Після цієї історії багато хто ділився своїми... І інші діти прям так виражено підтримували, носили водичку, приносили серветочку, обіймали. Тобто хотіли якось підтримати, показати співпереживання.»

«Старші опікувались з меншими, але наприкінці табору вони вже більше комунікували по групах, по віку. Бо ми за цим завжди спостерігали, щоб діти відпочивали, були дітьми в таборі.»

«Групова терапія, вік, спільні інтереси якісь, може бути там теж спільне походження...От вони більше по цьому (групувались).»

Тема 4. Додаткові засоби відновлення

Тема присвячена елементам програми, які психологи визначили як найбільш значущі: тілесному відреагуванню агресії, арттерапії, ритуалу читання та цифровому детоксу як захисній рамці.

4.1. Змістовий опис за результатами контент-аналізу

Найбільший вплив на дітей, за оцінками психологів, мали «Вечір пам'яті», групова терапія, вечірній ритуал читання книжок, тілесне відреагування агресії та арттерапія. Серед компонентів програми, які психологи відзначали як важливі для емоційного розвантаження та взаємодії дітей, були тілесні практики, арттерапевтичні заняття, спільні ритуали та обмеження доступу до новин і цифрових пристроїв. Найбільш ефективними інструментами програми, на думку фахівців, виявилися тілесно-орієнтовані, фізичні методики виплеску агресії (барабанити паличками по відрах, бої софт-батаками), що дозволяли безпечно позбутись накопиченої напруги. Важливими були й інші тілесні та творчі практики, такі як басейн і танці.

Важливим фактором терапевтичного успіху психологи вважають 21-денний ізоляційний період від новин про війну та суворе обмеження використання смартфонів (лише 1 година на день). Високу цінність мали також вечірні ритуальні читання, які згуртовували дітей, та регулярні арттерапевтичні сесії.

4.2. Тематична інтерпретація

Що відбувалося? Вивільнення заблокованих емоцій відбувалося не лише через вербалізацію/проговорення, а й через фізичне тілесне відреагування та рамку безпеки.

Як це проявлялося? Ритмічна гра паличками на відрах, «двобої» софт-батаками для вивільнення агресії, арттерапевтичні сесії, щовечірній ритуал читання книжок перед сном.

Як пояснювали психологи? Психологи відзначали як важливу умову 21-денну ізоляцію від новин про війну та обмеження використання смартфонів до 1 години на добу.

Теоретичне обґрунтування. Висока ефективність тілесно-орієнтованих практик узгоджується з уявленням про те, що травматичний досвід закарбовується не лише в наративній, але й у тілесній пам'яті, тому терапевтична робота потребує звернення до тіла, руху та ритму (van der Kolk, 2014). Тілесне відреагування дає змогу завершити незавершені захисні реакції та розрядити накопичене збудження, для дітей особливо цінними є ігрові форми такої роботи (Levine & Kline, 2007).

Арттерапія відкривала доступ до переживань в обхід вербальних захистів. Експресивні мистецькі практики поєднують сенсорний, тілесний і образний рівні переробки травми і тому особливо доречні в роботі з дітьми (Malchiodi, 2020). Вечірні читання поєднували дві функції. Як ритуал вони гуртували групу та створювали передбачуваний завершальний момент дня. Як бібліотерапія вони давали змогу розпізнати власний досвід у історіях інших із безпечної дистанції (Berns, 2004).

Обмеження користування смартфонами (1 година на добу) психологи вважають одним із вирішальних чинників успіху. Дані систематичного огляду щодо ефектів цифрового детоксу є змішаними: ефект залежить від тривалості, формату та контексту обмеження (Lemahieu et al, 2025; Marciano et al, 2024; Radtke et al., 2022). Тому в цьому випадку цифровий детокс доцільно розглядати не як самостійний терапевтичний чинник, а як захисну рамку, яка зменшувала надходження тривожної інформації про війну та сприяла залученості дітей наживо у взаємодію з групою.

4.3. Цитати до теми

«Мені здається, гарно на них дуже повпливав такий наш формат, що ми 21 день майже відірвані від світу, від новин, від війни... Те, що були без телефонів. Це дуже гарно вплинуло на динаміку їхню.»

«Басейн або майстер-клас по танцям, ну, звісно, арт-терапія, де вони це все «випускали» на папір...»

«Мені здається, що день, коли ми про агресію говоримо... Це вони на відрах як на барабанах грають паличками. І бій батаками, коли ці м'які палиці, вони можуть викликати на двобій того, хто їх за ці півтора чи два тижні в таборі, хто найбільше нервів надав... вирішити всі свої справи на полі бою.»

«Читання вони дуже згадували теж. Що це їх згруповувало, як ритуал такий.»

Тема 5. Варіативність проживання втрати

Тема описує відмінності у проживанні втрати залежно від сімейного контексту, часу, що минув після втрати, та її характеру. Це найчастіше обговорювана тема фокус-групи.

5.1. Змістовий опис за результатами контент-аналізу

Процес горювання суттєво відрізнявся залежно від сімейного контексту, часу, який минув від втрати, та її характеру. Різниця визначалася кількома чинниками:

• **Культура розмов у родині:** якщо про втрату вдома не говорили (або померли обоє батьків і дитині не було з ким поділитися), навіть давня втрата сприймалася як «гостра» та нова, замовчування створювало ефект «нової» втрати навіть через роки. Якщо ж родина мала досвід відкритого проговорення та ритуалів (діти були на похоронах), дитина легше адаптувалася та просувалася далі в проживанні горювання.

• **Свіжість втрати:** діти зі свіжою втратою (2–3 місяці, менше ніж 3 місяці) реагували гостро, постійно плакали, а діагностика з ними проходила в 2–3 етапи; терапія з ними спочатку вимагала кризового консультування та кризового втручання.

• **Применшення власного болю:** діти, чиї батьки загинули не в боях, не безпосередньо на фронті, применшували значимість своєї втрати, порівнюючи з тими, у кого батьки мали звання героїв.

• **Складні та специфічні випадки:** спостерігалось ускладнене горювання у дітей з невизначеною втратою або після зміни статусу втрати з невизначеної на визначену. Дітей, які пережили невизначену втрату та пройшли процес визнання і зміни статусу, психологи назвали найскладнішими.

Програма вимагала специфічної адаптації для дітей зі свіжою втратою (потреба в кризовій підтримці).

5.2. Тематична інтерпретація

Аналітичний висновок. Переживання втрати не є однорідним і суттєво варіюється залежно від трьох чинників:

• **Культура проговорення в родині:** замовчування вдома створює ефект «новітньої» втрати навіть через роки. Натомість участь у похоронних ритуалах та відкритість сприяють проходженню процесу горювання.

• **Свіжість втрати (менше 3 місяців):** потребує переходу від класичної терапії до кризового консультування через постійні сльози та неможливість пройти первинну діагностику за один раз.

• **Обставини загибелі:** діти, чиї батьки загинули не безпосередньо у боях, схильні применшувати значущість власної втрати, порівнюючи з дітьми у кого батьки мали звання героїв.

Теоретичне обґрунтування. Виявлені відмінності у проживанні втрати залежно від культури розмов у родині узгоджується з результатами Гарвардського дослідження дитячого горювання. Воно показало, що функціонування живого батька/матері чи опікуна та відкритість сімейної комунікації є одними з найсильніших предикторів адаптації дитини (Worden, 1996). У моделі задач горювання Дж. Вордена першою задачею є прийняття реальності втрати (Worden, 2018). Замовчування в родині унеможливлює або відкладає саме цю задачу. Це пояснює, чому навіть давня втрата в таборі переживалася як «нова». Участь дітей у похоронних ритуалах, за даними якісних досліджень, дає їм відчуття належності до родини та полегшує прийняття смерті (Søfting et al., 2016; Dyregrov, 2008).

Діти зі свіжою втратою (менше 3 місяців) потребували переходу до кризового консультування. Це узгоджується з концепцією дитячого травматичного горя: коли смерть сприймається як травматична, травматичні симптоми блокують нормативний процес горювання. Тому спершу потрібні стабілізація та робота з травмою, і лише потім робота з горюванням (Cohen & Mannarino, 2004; Cohen et al., 2017).

Застосування багатовимірної теорії горя до військових родин показує, що зміст дитячого горя залежить від обставин смерті, також виокремлюється дистрес через обставини смерті (Kaplow et al., 2013). Суспільна наративна ієрархія смертей (певне протиставлення «героїчної» та «звичайної») визначає, чиє горе вважається соціально визнаним (Doka, 2002). З цієї перспективи применшення своєї втрати дітьми, чиї батьки загинули не в бою, є формою позбавлення права горювання.

5.3. Цитати до теми

«Це залежить від того, наскільки в сім'ї про це говорять. Бувало таке, що діти, в кого навіть давно сталася втрата, але, наприклад, померли і мама, і тато, і нема з ким поділитися цим... І тоді в них відчувається ніби як нова (втрата), хоча була вже давно... А деякі діти навпаки. От у нас були там дівчата, в яких нещодавно втрата, але дуже така освічена сім'я саме щодо того, як говорити. Вони були на похоронах, в них були різні ритуали. І діти просунулися набагато далі...»

«В мене були дуже свіжі втрати в однієї дитини...ми беремо в терапію після трьох місяців. А у цієї дитини було менше... Три-два місяці, здається... дитина весь час плакала, і ми навіть не могли пройти діагностику за перший раз... І це складний процес, і тому що, ну, ясно, що є терапія, а є кризове консультування. Тому це виходить більше кризове, а терапія включається десь наприкінці.»

«Діти, в яких історії якісь інакші від того, що батько загинув на війні... Діти, в яких, наприклад, їм просто повідомили, що батько загинув... вони порівнювали себе з цими історіями... применшували значущість своєї власної втрати.»

«Діти, які пережили невизначену втрату і пройшли процес визнання, зміни статусу... це були найскладніші діти. Тобто цей досвід, він такий, як ускладнене горювання.»

Тема 6. Особливі випадки та тривога під час завершення табору (важлива несподівана тема)

Тема виникла безпосередньо з дискурсу психологів і не була закладена в гайді як окрема категорія. Вона об'єднує виклики та ризики, які фахівці помітили під час роботи.

6.1. Змістовий опис за результатами контент-аналізу

Основні ризики пов'язані з роботою з дітьми, які мали досвід булінгу, самопошкоджувальної поведінки (селфхарм) або суїцидальних думок. Емоційно складним табір міг бути для нейровідмінних дітей та для дітей із патологічним/ускладненим горюванням (зокрема у разі невизначеної втрати).

Виокремлено ключові чинники ризику:

• **Нейровідмінність.** Для нейровідмінних дітей (аутистичний спектр, сенсорна чутливість) програма потребувала більше часу на адаптацію та захисту від сенсорного перевантаження через чутливість до гучних звуків (дискотеки).

• **Завершення табору.** Наприкінці табору фіксувалося підвищення рівня тривожності дітей перед поверненням додому у прифронтові регіони. Психологи запропонували посилити психоедукацію батьків/опікунів.

6.2. Тематична інтерпретація

Сенсорне перевантаження нейровідмінних дітей. Діти з розладами аутистичного спектру або високою сенсорною чутливістю потребують більше часу на адаптацію та захисту від гучних активностей.

Тривога повернення на прифронтові території. В останні дні табору у дітей фіксувалося підвищення рівня тривоги через усвідомлення повернення у небезпечні регіони. Підкреслено потребу в посиленні психоедукації опікунів.

Теоретичне обґрунтування. Зростання тривоги в останні дні табору, коли діти усвідомлювали повернення в прифронтові регіони, є закономірним, адже табір тимчасово знімав загрозу, але не змінював умов життя, до яких дитина повертається. У теорії розвитку дитини в умовах війни та катастроф ключовим захисним чинником є якість стосунків із дорослими та їхній власний психічний стан (Masten & Narayan, 2012). У реляційній моделі дитячої травми дистрес батьків або опікунів розглядається як чинник, що підсилює чи послаблює реакцію дитини на загрозу (Scheeringa & Zeanah, 2001).

Це теоретично обґрунтовує пропозицію психологів посилити психоедукацію батьків і опікунів. Збереження ефектів табору після повернення додому залежатиме не лише від набутих дитиною навичок саморегуляції, а й від того, чи дорослі вдома здатні виконувати функцію стабілізуючої опори.

Теми булінгу та особливостей горювання у нейровідмінних дітей потребують подальшого вивчення.

6.3. Цитати до теми

«Виклик був – це займатися дітьми, які мали досвід булінгу раніше, або цькування в школі або в таборі. Потім діти, які мали самопошкоджуючу поведінку або досі її мають, або суїцидальні думки.»

«Я можу сказати про нейровідмінних дітей, у мене були (діти) з розладами аутистичного спектра... сенсорно чутливі... коли звичайній дитині треба менше часу, то такій дитині треба більше часу приділяти.»

«Гучні звуки на дискотеці, на них (нейровідмінних дітей) впливають сильно, їм не підходять такі активності.»

«Але вже наприкінці, коли вони розуміли, куди вони їдуть... вони вже знову починали там тривожитись щось... наприкінці табору в них, як на мене, збільшувався рівень тривоги.»

«Батькам більше рекомендації про те, що якщо вони не в ресурсі, або якщо вони постійно в тривозі, то це передається дітям. Я би тут більше з батьками говорила або скеровувала їх.»

Обмеження дослідження

Результати дослідження слід інтерпретувати з урахуванням кількох обмежень.

По-перше, учасники **Gen.Camp** не становлять репрезентативної вибірки всіх дітей, які пережили втрату внаслідок війни. Це діти, які долучилися до спеціалізованої програми підтримки, тому отримані результати характеризують передусім цю групу.

По-друге, аналіз змін ґрунтується на порівнянні показників до та після участі в програмі без контрольної групи. Відтак зафіксована позитивна динаміка не дає змоги однозначно встановити причинний внесок саме програми та відокремити його від інших можливих чинників.

По-третє, доступність окремих характеристик учасників була нерівномірною між таборами, тому деякі порівняння проводилися на менших підвибірках. Це обмежує точність висновків щодо відмінностей між окремими групами дітей.

По-четверте, оцінювання проводилося безпосередньо під час табору. Даних для висновків про збереження змін після повернення дітей до звичного середовища поки недостатньо. Водночас заплановані лонгітюдні вимірювання через пів року і кілька років після табору.

По-п'яте, якісні результати ґрунтуються на матеріалах фокус-груп із психологами та напівструктурованих інтерв'ю з дітьми. Водночас обмежений обсяг

якісної вибірки не дає підстав розглядати виявлені теми як вичерпне відображення всього різноманіття досвіду дітей, які переживають невизначену втрату.

Подальші дослідження мають передбачати залучення груп порівняння, віддалене оцінювання стану дітей, систематичне збирання даних про сімейний контекст і доступ до допомоги, а також безпосереднє вивчення досвіду дітей та їхніх близьких дорослих.

Висновки

Результати дослідження засвідчують високу потребу дітей, які пережили загибель одного з батьків унаслідок війни, у систематичній психологічній підтримці. Діти приїжджають до **Gen.Camp** із різним досвідом втрати, але часто – зі значним рівнем посттравматичних стресових симптомів, які впливають на повсякденне функціонування, зокрема навчання, стосунки з іншими та загальне відчуття добробуту. Водночас наявність виражених симптомів не завжди помітна найближчим дорослим. Для значної частини учасників табір стає першим досвідом отримання психологічної допомоги після втрати. Це вказує на важливість не лише доступності спеціалізованих програм, а й підвищення обізнаності дорослих щодо психологічних реакцій дітей на втрату та способів своєчасного розпізнавання їхніх потреб.

Кількісні результати демонструють виразну позитивну динаміку психоемоційного стану дітей упродовж участі в **Gen.Camp**. У підвибірці зі 138 дітей, які пройшли оцінювання на початку та наприкінці табору, середній показник посттравматичних стресових симптомів знизився на 43%, а позитивна динаміка спостерігалася майже у дев'яти з десяти учасників. Частка дітей із показниками вище скринінгового порогу ризику ПТСР зменшилася з 47% до 12%. Паралельно знизилася частка дітей, які відчували, що пережитий досвід заважає їм у повсякденному житті. Найпомітніші зміни стосувалися загального відчуття щастя та навчання. Подібна позитивна динаміка спостерігалася в різних таборах і не мала суттєвих відмінностей залежно від статі, віку та низки характеристик пережитого досвіду.

Якісні дані, отримані під час обговорень із психологами, дають змогу краще зрозуміти можливі механізми цих змін. Важливим ресурсом для дітей став досвід перебування в безпечному середовищі, де їхні переживання приймали без осуду, а досвід втрати не вирізняв їх негативно серед інших. Поступове формування довіри, можливість говорити про втрату у власному темпі, зустріч з однолітками зі схожим досвідом і виникнення взаємної підтримки сприяли зменшенню відчуття ізольованості. Особливе значення психологи відзначали у спільних ритуалах пам'яті та визнання втрати, а також у тілесних і творчих практиках, які давали дітям різні способи вираження й регуляції переживань. Отже, важливим ресурсом програми є не лише безпосередня психологічна робота, а й організація цілісного середовища, у якому взаємодія, дозвілля та повсякденні практики підтримки стають частиною відновлювального досвіду.

Водночас дослідження показало, що переживання втрати та перебіг адаптації є індивідуальними й залежать від поєднання різних чинників: часу, що минув після втрати, обставин загибелі, сімейного контексту, можливості говорити про втрату з близькими, попереднього досвіду травматичних подій і доступу до психологічної допомоги. Особливої уваги потребують діти з досвідом невизначеної втрати, діти зі свіжою втратою, нейровідмінні діти, а також діти, які мають додаткові ризики для психологічної безпеки. Це підкреслює необхідність гнучкого підходу до реалізації програми, який поєднує спільне методичне ядро з можливістю індивідуального супроводу та адаптації до потреб конкретної дитини.

Окремим викликом виявляється завершення табору та повернення дітей до звичного середовища. Для дітей, які повертаються до прифронтових регіонів або складних сімейних обставин, завершення перебування в безпечному просторі може супроводжуватися повторним посиленням тривоги. Це актуалізує значення роботи з батьками й опікунами, підготовки дитини до повернення та забезпечення наступності психологічної підтримки після завершення програми. Психологічна допомога не має обмежуватися періодом перебування дитини в таборі: важливо, щоб набуті ресурси й досвід підтримки могли бути інтегровані в її повсякденне життя.

Отримані результати є вагомим свідченням позитивної динаміки психоемоційного стану дітей упродовж участі в **Gen.Camp** та практичної значущості комплексного підходу, який поєднує групову й індивідуальну психологічну роботу, безпечне середовище, взаємодію з однолітками та увагу до сімейного контексту. Водночас відсутність групи порівняння не дає змоги однозначно встановити причинний внесок програми в зафіксовані зміни, а оцінювання безпосередньо під час табору не дозволяє робити висновки про їхню стійкість після повернення додому. Тому важливими напрямами подальшої роботи залишаються віддалене оцінювання стану дітей, вивчення досвіду самих дітей та їхніх близьких дорослих, а також дослідження особливостей підтримки дітей із досвідом невизначеної втрати.

Практичні рекомендації

На підставі результатів дослідження можна сформулювати такі рекомендації щодо подальшого розвитку та реалізації програм психологічної підтримки дітей із досвідом втрати внаслідок війни.

1. Забезпечувати наступність психологічної підтримки після завершення табору.

Передбачати завершальний етап програми, спрямований на підготовку дитини до повернення додому та інтеграцію отриманого досвіду в повсякденне життя. За можливості варто визначати доступні для дитини джерела подальшої під-

тримки, узгоджувати з батьками або опікунами потреби дитини та забезпечувати перенаправлення до фахівців або відповідних служб у випадках, коли це необхідно. Особливої уваги потребують діти, які повертаються до прифронтових територій або складного сімейного середовища.

2. Посилювати компонент роботи з батьками та опікунами.

Розвивати психоедукаційний супровід дорослих, спрямований на розуміння особливостей дитячого переживання втрати, розпізнавання не завжди очевидних проявів психологічного дистресу та підтримувальну комунікацію з дитиною. Доцільно надавати батькам і опікунам практичні рекомендації щодо того, як говорити з дитиною про втрату, реагувати на складні емоції, підтримувати відчуття безпеки та звертатися по додаткову допомогу за потреби.

3. Передбачати індивідуалізацію психологічного супроводу дітей із підвищеними потребами.

Зберігаючи спільну методичну основу програми, забезпечувати можливість адаптації інтенсивності, темпу та змісту роботи відповідно до досвіду й актуального стану дитини. Особливої уваги потребують діти зі свіжою втратою, досвідом невизначеної втрати, нейровідмінністю, попереднім досвідом булінгу, додатковими травматичними подіями або іншими чинниками ризику. Важливо передбачати достатній час для адаптації, індивідуальний супровід і, за необхідності, перенаправлення до спеціалізованої допомоги.

4. Посилити процедури забезпечення психологічної безпеки під час зовнішніх дослідницьких та медійних активностей.

Участь дітей у журналістських інтерв'ю, дослідженнях та інших зовнішніх активностях має відбуватися з урахуванням принципів добровільності, інформованої згоди, вікової відповідності та принципу «не нашкодь». Доцільно узгоджувати такі активності з психологічною командою, уникати надмірного емоційного навантаження наприкінці табору та передбачати можливість відмови дитини без негативних наслідків. Після емоційно складних розмов варто забезпечувати психологічний супровід і практики стабілізації та заземлення.

5. Розвивати інклюзивність і сенсорну адаптацію табірного середовища.

Під час планування активностей враховувати різні сенсорні та комунікативні потреби дітей. Передбачати можливість поступового включення в групові заходи, доступ до спокійного простору для відпочинку та альтернативи активностям із високим рівнем сенсорного навантаження. Це особливо важливо для нейровідмінних дітей і дітей із підвищеною сенсорною чутливістю.

6. Підтримувати професійну спроможність і психологічний добробут фахівців.

Забезпечувати регулярну супервізію, професійне обговорення складних випадків і належні умови для відновлення психологів, які працюють із дітьми з досвідом втрати та травматичних подій. Важливо враховувати емоційне навантаження фахівців, передбачати достатні ресурси команди та можливості для взаємної підтримки. Це є необхідною умовою якості й безперервності психологічного супроводу дітей.

7. Продовжувати систематичне оцінювання результатів програми та її довгострокових ефектів.

Розвивати систему моніторингу, яка поєднує стандартизоване оцінювання психоемоційного стану дітей до та після участі в програмі з віддаленим оцінюванням через визначений час після повернення додому. У подальших дослідженнях доцільно передбачати групи порівняння, систематичніше збирати інформацію про сімейний контекст і доступ до психологічної допомоги, а також безпосередньо вивчати досвід дітей, батьків та опікунів. Окремим напрямом має стати поглиблене дослідження потреб дітей із досвідом невизначеної втрати.

Реалізація цих рекомендацій дасть змогу посилити не лише безпосередню психологічну підтримку дітей під час табору, а й умови для збереження та розвитку позитивних змін після його завершення.

Діти приходять у табір з важким досвідом і вираженими симптомами. Основний кількісний аналіз досвіду визначеної втрати охопив 162 дітей, які пережили загибель батька або матері. Оцінювання змін за час участі в програмі проведено на підвибірці з 138 дітей, які заповнили CATS-2 на початку та наприкінці табору. Для більшості з них загиблими батьком чи матір'ю були військові. Кожна третя дитина, крім втрати, пережила ще й переселення. Серед дітей, які заповнили опитувальник на початку і наприкінці табору, майже половина (47%) на початку мала симптоми ПТСР вище порогу ризику. У трьох із чотирьох дітей (75%) ці симптоми заважали щонайменше в одній сфері життя: у навчанні, стосунках, відпочинку чи загальному відчутті щастя.

Багато хто з цих дітей до табору не отримував допомоги. Лише третина дітей мала будь-яку психологічну підтримку до табору. Водночас рівень симптомів не завжди помітний навіть найближчим дорослим: серед дітей, у яких батьки не помічали змін у поведінці, симптоми вище порогу мала кожна друга дитина. Для багатьох родин табір стає першим контактом із фахівцем після втрати.

За час табору стан дітей суттєво покращився. Середній бал вираженості симптомів ПТСР знизився на 43%, і показники знизилися майже в дев'яти з десяти дітей. Частка дітей із симптомами вище порогу ризику скоротилася вчетверо, з 47% до 12%. З тих, хто приїхав із показниками вище порогу ризику наявності ПТСР, вісім із десяти завершили табір нижче нього. Кількість дітей із високим рівнем симптомів зменшилася з 45 до 6. Розмір ефекту великий за прийнятими в психологічних дослідженнях критеріями.

Зміни відчутні в повсякденному житті. Частка дітей, яким симптоми заважають хоча б в одній сфері життя, зменшилася з 75% до 49%. Найбільше покращилися загальне відчуття щастя і навчання: кількість дітей із труднощами в цих сферах скоротилася майже вдвічі.

Що стоїть за цими змінами. Психологи, які працювали з дітьми, описують, як це відбувалося. Більшість дітей приїжджали замкнутими й з настороженістю очікували осуду. Частина мала досвід булінгу через те, що втратили батька чи матір. Щоб діти відчули себе в безпеці, знадобився приблизно тиждень. Переломним моментом психологи називають «Вечір пам'яті»: у спільному колі майже кожна дитина розповіла про свою втрату, і для багатьох це був перший

раз, коли вони змогли відкрито плакати серед інших. Серед однолітків зі схожим досвідом діти відчули, що вони не самотні у своєму болю. Між ними виникли дружба й взаємна підтримка, які тривають і після табору. Психологи також відзначили роль тілесних і творчих практик і те, що на час табору діти були відгороджені від новин про війну, а користування смартфонами було обмежене.

Результат стабільний. Табори проводилися в різний час і з різними учасниками, але в кожному з таборів показники знизилися майже однаково, приблизно на 9 балів. Зниження було подібним у дівчат і хлопців, у дітей різного віку, у дітей загиблих військових і цивільних. Також не виявлено значущої різниці за досвідом переселення, допомогою до табору чи додатковими травматичними подіями. *Тобто це не випадковий успіх одного табору чи окремої групи дітей, а відтворюваний результат.*

Як розуміти ці результати. Ми можемо стверджувати, що симптоми знизилися за час участі в програмі, але не можемо відокремити внесок табору від інших чинників, зокрема плину часу після втрати. Для цього в наступних таборах планується залучити групу порівняння: дітей, які пережили схожу втрату й очікують на участь у програмі. Важлива відкрита відповідь: наскільки стійкі ці зміни після повернення дітей додому. Психологи помітили, що наприкінці табору в частини дітей зростала тривога перед поверненням, особливо в прифронтові регіони. Самі вони, як і дослідження, наведені у звіті, наголошують на ролі родини: стан батька чи матері, які залишилися, і відкритість розмов про втрату вдома значною мірою визначають, як дитина впорається далі. Ми продовжуємо досліджувати довгострокові ефекти участі дітей та сімей у таборі.

Окремої уваги потребують діти, чиї батьки зникли безвісти. Їхній досвід має свою специфіку, і дослідження цієї групи також триває.

Список використаних джерел

Королович, О. (2025). **Феномен психології горювання. Назустріч Силі**. Видавництво Ростислава Бурлаки.

Лебедєва, О., Мартиросян, В., Буцикін, Є., Солонський, А., & Палій, В. (2025). **Дослідження психоемоційного стану дітей із досвідом втрати внаслідок війни: переживання визначеної та невизначеної втрат [Біла книга].** Gen.Ukrainian; Київська школа економіки.

Міністерство закордонних справ України. (2026, 30 серпня). **Заява МЗС з нагоди Міжнародного дня жертв насильницьких зникнень.** https://mfa.gov.ua/news/zayava-mzs-z-nagodi-mizhnarodnogo-dnya-zhertv-nasilnickih-zniknen

Поя, А. (2023, 26 вересня). **Більшість дітей, які внаслідок війни втратили батьків, виховують родичі — Мінсоцполітики. Українська правда. Життя**. https://life.pravda.com.ua/society/2023/09/26/256761/

Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). **Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis.** The British Journal of Psychiatry, 204(5), 335–340. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227

Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle, F., Jr., & Mills, E. (2009). **Prevalence of mental disorders among children exposed to war: A systematic review of 7,920 children.** Medicine, Conflict and Survival, 25(1), 4–19. https://doi.org/10.1080/13623690802568913

Avramchuk, O., Balahurak, R., Shved, H., & Prigerson, H. (2026). **Validation of the Ukrainian Prolonged Grief Assessment for Children (PGA-C) in a wartime context [Preprint].** Research Square. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-10008196/v1

Bandura, A. (1977). **Social learning theory.** Prentice-Hall.

Bergman, A.-S., Axberg, U., & Hanson, E. (2017). **When a parent dies: A systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers.** BMC Palliative Care, 16, Article 39. https://doi.org/10.1186/s12904-017-0223-y

Berns, C. F. (2004). **Bibliotherapy: Using books to help bereaved children.** OMEGA—Journal of Death and Dying, 48(4), 321–336. https://doi.org/10.2190/361D-JHD8-RNJT-RYJV

Boss, P. (1999). **Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief.** Harvard University Press.

Boss, P. (2006). **Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss.** W. W. Norton.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). **Using thematic analysis in psychology.** Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Butsykin, Y., Palii, V., Solonskyi, A., & Dvornyk-Kozachinska, M. (2026). **What is it like to be a child experiencing ambiguous loss during Russia's war against Ukraine?** European Psychologist. Advance online publication. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000600

Clute, M. A., & Kobayashi, A. (2013). **Exploring the use of a grief camp with children and adolescents.** Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 9(3), 234–246. https://doi.org/10.1080/15524256.2013.758927

Cluver, L., Gardner, F., & Operario, D. (2008). **Effects of stigma on the mental health of adolescents orphaned by AIDS.** Journal of Adolescent Health, 42(4), 410–417. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.09.022

Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.).** Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2004). **Treatment of childhood traumatic grief.** Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 33(4), 819–831. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_17

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). **Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents (2nd ed.).** Guilford Press.

Coyne, J. C., & Smith, D. A. F. (1991). **Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress.** Journal of Personality and Social Psychology, 61(3), 404–412. https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.3.404

Doka, K. J. (Ed.). (1989). **Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow.** Lexington Books.

Doka, K. J. (Ed.). (2002). **Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice.** Research Press.

Dopp, A. R., & Cain, A. C. (2012). **The role of peer relationships in parental bereavement during childhood and adolescence.** Death Studies, 36(1), 41–60. https://doi.org/10.1080/07481187.2011.573175

Dyregrov, A. (2008). **Grief in children: A handbook for adults (2nd ed.).** Jessica Kingsley Publishers.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). **The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing**, 62(1), 107–115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Goto, R., Pinchuk, I., Kolodezhny, O., Pimenova, N., Kano, Y., & Skokauskas, N. (2024). **Mental health of adolescents exposed to the war in Ukraine.** JAMA Pediatrics, 178(5), 480–488. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.0295

Griffiths, N., Mazzucchelli, T. G., Skinner, S., Kane, R. T., & Breen, L. J. (2022). **A pilot study of a new bereavement program for children: Lionheart Camp for Kids.** Death Studies, 46(4), 780–790. https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1702121

Herman, J. L. (2015). **Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror (Rev. ed.).** Basic Books.

Hobson, N. M., Schroeder, J., Risen, J. L., Xygalatas, D., & Inzlicht, M. (2018). **The psychology of rituals: An integrative review and process-based framework.** Personality and Social Psychology Review, 22(3), 260–284. https://doi.org/10.1177/1088868317734944

Holmes, A. K., Rauch, P. K., & Cozza, S. J. (2013). **When a parent is injured or killed in combat.** The Future of Children, 23(2), 143–162. https://doi.org/10.1353/foc.2013.0017

Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). **Three approaches to qualitative content analysis.** Qualitative Health Research, 15(9), 1277–1288. https://doi.org/10.1177/1049732305276687

Jurkovic, G. J. (1997). **Lost childhoods: The plight of the parentified child.** Brunner/Mazel.

Kaplow, J. B., Layne, C. M., Saltzman, W. R., Cozza, S. J., & Pynoos, R. S. (2013). **Using multidimensional grief theory to explore the effects of early childhood loss.** Clinical Child and Family Psychology Review, 16, 312–324. https://doi.org/10.1007/s10567-013-0143-1

Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (Eds.). (1996). **Continuing bonds: New understandings of grief.** Taylor & Francis.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). **Focus groups: A practical guide for applied research (5th ed.).** SAGE Publications.

Kuo, B. C. H. (2013). **Collectivism and coping: Current theories, evidence, and measurements of coping in cultural context.** International Journal of Psychology, 48(3), 374–388. https://doi.org/10.1080/00207594.2011.640681

Lenferink, L. I. M., de Keijser, J., Wessel, I., de Vries, D., & Boelen, P. A. (2019). **Toward a better understanding of psychological symptoms in people confronted with the disappearance of a loved one: A systematic review.** Trauma, Violence, & Abuse, 20(3), 287–302. https://doi.org/10.1177/1524838017699602

Levine, P. A., & Kline, M. (2007). **Trauma through a child's eyes: Awakening the ordinary miracle of healing.** North Atlantic Books.

Lynam, A. M., & Mc Guckin, C. (2026). *"People ignore you because they are afraid …"*: **Retrospective school and life experiences of individuals who were bereaved in childhood.** Pastoral Care in Education, 44(1), 4–22. https://doi.org/10.1080/02643944.2025.2464532

Malchiodi, C. A. (2020). **Trauma and expressive arts therapy: Brain, body, and imagination in the healing process.** Guilford Press.

Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). **Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience.** Annual Review of Psychology, 63, 227–257. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100356

McClatchey, I. S., Vonk, M. E., & Palardy, G. (2009). **Efficacy of a camp-based intervention for childhood traumatic grief.** Research on Social Work Practice, 19(1), 19–30. https://doi.org/10.1177/1049731508314276

Morgan, D. L. (1993). Future directions for focus groups. In D. L. Morgan (Ed.), **Successful focus groups: Advancing the state of the art** (pp. 225–244). SAGE Publications.

Norton, M. I., & Gino, F. (2014). **Rituals alleviate grieving for loved ones, lovers, and lotteries.** Journal of Experimental Psychology: General, 143(1), 266–272. https://doi.org/10.1037/a0031772

Nurmi, J.-E. (1991). **How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning.** Developmental Review, 11(1), 1–59. https://doi.org/10.1016/0273-2297(91)90002-6

Pfeiffer, E., Garbade, M., & Sachser, C. (2024). **Traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a treatment-seeking sample of Ukrainian children during the war.** Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 18, Article 25. https://doi.org/10.1186/s13034-024-00715-1

Pham, S., Porta, G., Biernesser, C., Walker Payne, M., Iyengar, S., Melhem, N., & Brent, D. A. (2018). **The burden of bereavement: Early-onset depression and impairment in youths bereaved by sudden parental death in a 7-year prospective study.** American Journal of Psychiatry, 175(9), 887–896. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17070792

Porges, S. W. (2011). **The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation.** W. W. Norton.

Purgato, M., Gross, A. L., Betancourt, T., Bolton, P., Bonetto, C., Gastaldon, C., Gordon, J., O'Callaghan, P., Papola, D., Peltonen, K., Punamäki, R.-L., Richards, J., Staples, J. K., Unterhitzenberger, J., van Ommeren, M., de Jong, J., Jordans, M. J. D., Tol, W. A., & Barbui, C. (2018). **Focused psychosocial interventions for children in low-resource humanitarian settings: A systematic review and individual participant data meta-analysis.** The Lancet Global Health, 6(4), e390–e400. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30046-9

Ran, H., Lu, J., Li, Q., Shi, Y., Zheng, G., He, Y., Liu, S., Xiang, Y., Xuan, W. Y., Xiao, Y., & Xuan, Z. (2025). **Exposure to childhood parental bereavement and risk of school bullying victimization.** Journal of Affective Disorders, 380, 87–93. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.105

Rimé, B. (2009). **Emotion elicits the social sharing of emotion: Theory and empirical review.** Emotion Review, 1(1), 60–85. https://doi.org/10.1177/1754073908097189

Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., Hafstad, G. S., Pfeiffer, E., Plener, P. L., & Jensen, T. K. (2022). **The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2): Validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents.** European Journal of Psychotraumatology, 13(2), Article 2105580. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2105580

Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). **A relational perspective on PTSD in early childhood.** Journal of Traumatic Stress, 14(4), 799–815. https://doi.org/10.1023/A:1013002507972

Silwal, S., Westerlund, M., Osokina, O., Ivnyev, B., Ahramo, K., Ortin-Peralta, A., & Sourander, A. (2026). **Mental health of Ukrainian children and youth during the Russian-Ukrainian war**: A scoping review. BMJ Global Health, 11(3), Article e020506. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-020506

Snyder, C. R. (2002). **Hope theory: Rainbows in the mind.** Psychological Inquiry, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01

Søfting, G. H., Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2016). **Because I knew he was a soldier: Bereaved parents' experiences following the loss of a child in military service.** OMEGA—Journal of Death and Dying, 74(1), 45–64. https://doi.org/10.1177/0030222815575898

Sourander, A., Silwal, S., Osokina, O., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Hodes, M., & Skokauskas, N. (2024). **Suicidality and self-harm behavior of adolescents during the early phase of the war in Ukraine.** Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 63(12), 1204–1214. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.03.015

Sourander, A., Silwal, S., Westerlund, M., Hodes, M., Heinonen, E., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Yaschchyshyna, Y., Putyatin, G., Scott, J., Skokauskas, N., & Osokina, O. (2026). **Mental health of Ukrainian adolescents after Russian invasions.** JAMA Pediatrics, 180(2), 187–193. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.5094

van der Kolk, B. A. (2014). **The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.** Viking.

Worden, J. W. (1996). **Children and grief: When a parent dies.** Guilford Press.

Worden, J. W. (2018). **Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (5th ed.).** Springer Publishing Company.

Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). **The myths of coping with loss.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(3), 349–357. https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.3.349

Wray, A., Whitfield, C., Murtagh, F. E., & Boland, J. W. (2026). *"You feel alone in the world":* **Support experiences of parentally bereaved children—A constructivist grounded theory.** Death Studies. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/07481187.2026.2628740

Yelizarova, O., Stankevych, T., Parats, A., Yelizarov, V., Puzanova, O., Lebedynets, N., & Hozak, S. (2026). **Psychosocial support for schoolchildren in wartime Ukraine: Community-based access and parent-reported perceived helpfulness.** Conflict and Health, 20, Article 25. https://doi.org/10.1186/s13031-026-00762-9

Zvizdic, S., & Butollo, W. (2001). **War-related loss of one's father and persistent depressive reactions in early adolescents.** European Psychologist, 6(3), 204–214. https://doi.org/10.1027/1016-9040.6.3.204

GEN Hope