

СУЧАСНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МОДЕЛІ РОБОТИ ЗІ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ПСИХОТРАВМУЮЧІ ПОДІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

Мітлош Антоніна Василівна,

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри педагогіки, психології
та методики початкової освіти

Комунального закладу вищої освіти "Луцький педагогічний інститут"
Волинської обласної ради

<https://orcid.org/0000-0002-4436-985X>

Наукова публікація присвячена теоретичному обґрунтуванню та розгляду моделей психотерапії посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків в умовах російської військової агресії в Україні. У роботі здійснено теоретичний аналіз наукової літератури, присвяченої проблемі психотравми. Встановлено, що у сучасній практиці лікування ПТСР у дітей та підлітків, застосовують три моделі психотерапевтичного втручання. Усі три моделі – різновиди когнітивно-поведінкового підходу: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ), пролонгована експозиція для підлітків (ПЕ-П) та когнітивно-поведінкове втручання для роботи з травмою в школах (КПВТШ). Зазначається, що кожна з цих моделей терапії вважається науково обґрунтованою і надійною та рекомендується для застосування Американською психіатричною асоціацією. Найбільша емпірична база представлена у травмофокусованій моделі (ТФ КПТ), розробленій Дж. Коен, Е. Маннаріно та Е. Деблінджер. У публікації відзначено, що модель травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, сімейної терапії та технік релаксації. Основною метою ТФ-СВТ є допомога дітям у подоланні симптомів ПТСР, тривожності, депресії та інших проблем, пов'язаних із травмою. Встановлено, що протокол лікування, який запропонували Дж. Коен, Е. Маннаріно та Е. Деблінджер став стандартом у лікуванні дитячої психотравми. Охарактеризовано дослідження науковців, які підтверджують ефективність протоколу ТФ КПТ навіть у випадках важкої травми, коли діти отримували значне полегшення симптомів і відновлювали емоційний баланс. З'ясовано, що цей протокол призводить до більш значної редукції симптомів ПТСР, аніж інші види психотерапії (клієнт-центрована, підтримуюча терапія). У публікації охарактеризовано ефективність протоколу в довгостроковій перспективі, коли результати терапії лишались стійкими навіть через 12 місяців після завершення лікування. Відзначено, що позитивний вплив було зафіксовано навіть у тих клієнтів, які вибули з терапії та не пройшли повний курс. А у дошкільників (3–6 років), які пройшли психотерапію, спостерігалось значна редукція симптомів ПТСР.

Ключові слова: моделі психотерапії, психотравма, стресові розлади у дітей та підлітків, ПТСР, травмофокусована терапія.

Mitlosh Antonina. Modern Psychotherapeutic Models for Treating Stress Disorders Among Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events in the Context of Armed Conflict

The present study is devoted to the theoretical substantiation and analysis of psychotherapeutic models for the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) in children and adolescents in the context of the Russian military aggression against Ukraine. The paper provides a theoretical analysis of contemporary scientific literature addressing the problem of psychological trauma.



The findings indicate that three main models of psychotherapeutic intervention are currently applied in the treatment of PTSD in children and adolescents. All three approaches represent variations of the cognitive-behavioral paradigm: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT), Prolonged Exposure Therapy for Adolescents (PE-A), and the Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS). Each of these therapeutic models is considered evidence-based and reliable and is recommended for clinical practice by the American Psychiatric Association.

The most extensive empirical evidence base is associated with the trauma-focused model (TF-CBT) developed by J. Cohen, A. Mannarino, and E. Deblinger. TF-CBT is currently recognized as an international evidence-based protocol for the treatment of PTSD in children and adolescents. According to international clinical guidelines for the treatment of post-traumatic stress disorder in children, adolescents, and youth, Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy is regarded as the first-line intervention (as recommended by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry).

TF-CBT demonstrates the strongest empirical support and is the most widely implemented treatment approach for PTSD in children aged 3 to 17 years. The model integrates elements of cognitive-behavioral therapy, family therapy, and relaxation techniques. The primary objective of TF-CBT is to assist children in overcoming symptoms of PTSD, anxiety, depression, and other trauma-related psychological difficulties.

The treatment protocol developed by J. Cohen, A. Mannarino, and E. Deblinger has become a recognized standard in the treatment of childhood psychological trauma. Empirical studies reviewed in the paper confirm the effectiveness of the TF-CBT protocol even in cases of severe trauma, demonstrating significant reductions in PTSD symptoms and improvements in children's emotional well-being. Furthermore, the protocol has been shown to produce greater reductions in PTSD symptoms compared to other psychotherapeutic approaches, including client-centered therapy and supportive therapy.

The study also highlights the long-term effectiveness of TF-CBT, with therapeutic outcomes remaining stable even 12 months after the completion of treatment. Positive therapeutic effects have also been observed among clients who discontinued therapy before completing the full course. In addition, preschool children aged 3–6 years who underwent psychotherapy demonstrated a significant reduction in PTSD symptoms.

Key words: *psychotherapeutic models, psychological trauma, stress disorders in children and adolescents, PTSD, trauma-focused therapy.*

Постановка проблеми. Досвід роботи з психологічною травмою у дітей та підлітків є в психоаналітиків, когнітивно-поведінкових терапевтів, діалектико-поведінкових терапевтів, EMDR-терапевтів, арт-терапевтів. Психотерапевти цих напрямків використовують різноманітні інтервенції: індивідуальну психотерапію, психологічний дебрифінг, групову терапію та сімейну терапію для посттравматичного відновлення дітей та підлітків.

У сучасній практиці лікування ПТСР у дітей та підлітків, застосовують три моделі психотерапевтичного втручання. Усі три моделі – різновиди когнітивно-поведінкового підходу: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ), прологована експозиція для підлітків (ПЕ-П) та когнітивно-поведінкове втручання для роботи з травмою в школах (КПВТШ). Кожна з цих моделей терапії вважається науково обґрун-

тованою і надійною та рекомендується для застосування Американською психіатричною асоціацією.

Найбільша емпірична база представлена у травмофокусованій моделі (ТФ КПТ), розробленій Дж. Коен, Е. Маннаріно та Е. Деблінджер. Ефективність терапії показала високу стійкість її результатів, адже позитивні зміни були зафіксовані навіть через 12 місяців після завершення дітьми психотерапії. ТФ КПТ – це сучасний Міжнародний протокол лікування ПТСР у дітей та підлітків.

Згідно з міжнародним науково обґрунтованим протоколом лікування посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків та молоді, травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) є методом першого вибору (за рекомендацією Американської академії дитячої та підліткової психіатрії) [1].

Український психотерапевт О. Романчук зазначає, що психотравматологія –

це наука, яка досліджує вплив психотравмуючих подій на психічний стан людини, спільноти, суспільства, а також способи коупінгу з цим досвідом [2, с. 7].

Докторка медицини, Джудіт Коен (Judith A. Cohen) разом з Ентоні Маннаріно (Anthony Mannarino) та Естер Деблінджер (Esther Deblinger) розробили і упродовж трьох останніх десятиліть практикують травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію для лікування ПТСР у дітей, підлітків та молоді. Дослідники протягом цих років займаються вивченням проблеми травми у дітей. Їхній протокол лікування рекомендований ВООЗ як перший вибір у лікуванні [1, с. 19–21].

ТФ КПТ (TF-CBT, Cohen, Mannarino, Deblinger) має найбільшу емпіричну підтримку і є найпоширенішим лікуванням ПТСР у дітей з 3 до 17 років.

Посттравматичний стресовий розлад у дітей та підлітків має такі ж критерії, як і в дорослих, проте симптоми мають певні особливості, які проявляються у поведінці дітей. До симптомів ПТСР належать: повторне переживання травми (флешбеки, інтрузії, гнітючі сновидіння); поведінка уникання (усього, що нагадує про травму); негативні думки, пригнічений настрій і емоційне оніміння; підвищена збудливість. Встановлено, що ПТСР викликає певні психобіологічні зміни у роботі мозку дітей та підлітків. Ступінь важкості цих проявів залежить від тривалості знущань [3; 4].

На виникнення ПТСР у дітей, підлітків та молоді впливає кілька факторів: інтенсивність та тип травматичної події (найвищий відсоток розладів виникає після тих подій, які спричинила інша людина), наявність або відсутність соціальної підтримки зі сторони рідних та близьких, суб'єктивне тлумачення події дитиною (надання їй певного значення), реагування значимих дорослих на травматичні події, вік дитини, попередній життєвий досвід, психічні розлади на ранніх етапах життя [5; 6]. Протягом останніх чотирьох років українські діти та підлітки переживають травматичні події, пов'язані з війною, яку веде росія на території України. Тож проблема доказових психотерапевтичних моделей для роботи зі стресовими розладами набуває високої актуальності.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати сучасні психотерапевтичні моделі роботи зі стресовими розладами у дітей та підлітків, які пережили психотравмуючі події в умовах воєнного конфлікту.

Результати дослідження. Посттравматичний стресовий розлад у сучасній класифікації діагностичних критеріїв належить до групи розладів, пов'язаних з травмою та стресом [7, с. 177]. Цей клас є новим і він об'єднує ті розлади, які виникають внаслідок стресових, травматичних ситуацій, насильства. Це розлади, які мають прямий причинно-наслідковий зв'язок [8; с. 209].

У людей, які зазнали експозиції до смерті, серйозних фізичних ушкоджень та травм, медичного насилля, зґвалтування, може виникнути ПТСР. Подія, яка викликає цей розлад, виходить за межі нормального людського досвіду. Серед подій, які можуть викликати ПТСР, можуть бути катастрофи (землетруси, пожежі), події війни, фізичний напад на людину. Проте не в усіх людей розвивається посттравматичний стресовий розлад. Тож вчені відзначають ряд факторів, які впливають на ймовірність виникнення ПТСР. Дональд В. Блек та Ненсі К. Андреасен зазначають, що такі фактори як вік, попередні психічні розлади, рівень соціальної підтримки та близькість до стресогенного чинника, впливають на розвиток ПТСР [8, с. 213].

Модель травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, сімейної терапії та технік релаксації. Основною метою TF-CBT є допомога дітям у подоланні симптомів ПТСР, тривожності, депресії та інших проблем, пов'язаних із травмою. Протокол лікування, який запропонували Дж. Коен, Е. Маннаріно та Е. Деблінджер, став стандартом у лікуванні дитячої психотравми. Дослідження науковців продемонстрували, що навіть у випадках важкої травми діти можуть отримати значне полегшення симптомів і відновити емоційний баланс за допомогою ТФ КПТ. Цей протокол призводить до значнішого зменшення редуції симптомів ПТСР, аніж інші види психотерапії (клієнт-центрована, підтримуюча терапія). Емпіричні дані свід-

чать про ефективність протоколу в довгостроковій перспективі (результати терапії лишались стійкими навіть через 12 місяців після завершення лікування). Позитивний вплив було зафіксовано навіть у тих клієнтів, які вибули з терапії та не пройшли повний курс [9, с. 357].

Рандомізовані контрольовані дослідження показали, що травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія ефективна для лікування дуже маленьких дітей від 3 до 6 років. У дошкільників, які пройшли психотерапію, спостерігалось значна редукція симптомів ПТСР [9].

К. Флесснер та Дж. П'янченіні зазначають, що найбільшу емпіричну підтримку у лікуванні дитячого ПТСР сьогодні отримали три КППТ-підходи (ТФ КППТ, ПЕ-П, КПВТШ). Дослідники наголошують на тому, що кілька основних компонентів сьогодні вважають ефективними у КППТ-лікуванні дітей та підлітків: експозиція, когнітивна робота (рефреймінг думок та переконань), навчання батьківським навичкам [9, с. 367].

Аналіз результатів дослідження. Перейдемо до більше детального розгляду моделі ТФ КППТ, адже сьогодні міжнародними психотерапевтичними організаціями рекомендовано застосовувати саме цей протокол втручання для терапії дітей та підлітків, в яких розвинувся ПТСР у зв'язку з російською військовою агресією в Україні.

Розробники моделі ТФ КППТ наголошують на тому, що ефективність терапії багато в чому залежить від довіри та встановлення комфортних взаємин між психотерапевтом та пацієнтом. Психологи часто скаржаться на те, що КППТ формалізоване та негнучке, проте коли проходять навчання і починають працювати з клієнтами, то визнають, що процес доволі творчий та гнучкий. Дж. Коен зазначає, що серцевиною КППТ-терапії є увага, емпатія, здатність до інсайту, творчість, гнучкість і щире ставлення до пацієнта [1, с. 70].

Люди, які мають психотравму, часто втрачають довіру до інших, припиняють сприймати світ як справедливий та безпечний. Відновлення довіри ґрунтується на встановленні відкритих, надійних і турботливих стосунків. У випадку

роботи з дітьми, терапевтам часто доводиться скеровувати і батьків за терапевтичною допомогою, адже вони опосередковано зазнають травми. Окрім того, щоб не засмучувати батьків та не залежати від них, діти часто приховують травму від них і одним із завдань терапевта буде налагодження довірливих стосунків між батьками та дитиною. Важливо також спостерігати за поведінкою батьків та дитини на сесії, за проявами гніву, невербаликою [1, с. 71].

Психотерапія кожного клієнта залежить від контексту та конкретної ситуації. В ідеалі лікування має відповідати моделі ТФ КППТ. До прикладу, коли мова йде про самоушкоджуючу поведінку, то важливо визначити емоційні стани та думки, які передують такій поведінці. Проте терапевт, зважаючи на випадок, приймає рішення про залучення додаткових інструментів для вирішення проблеми. Також терапевту важливо тримати баланс між кризами клієнтів та терапією, адже часто клієнти приносять на сесію поточну кризову ситуацію і так може повторювати щоразу. І якщо втратити цей баланс, то успіху в терапії не буде. Натомість процес перетвориться виключно на кризове консультування [1, с. 72–73].

Дж. Коен, Е. Маннаріно та Е. Деблінджер наголошують на тому, що психотерапевти повинні пройти сертифіковане навчання і супервізії для роботи з пацієнтами (а для роботи з дітьми додаткове навчання вікової психології та психотерапії з дітьми). Психотерапевтам потрібно мати доступ до супервізорів, які пройшли інтенсивне навчання і мають багатий досвід впровадження моделі ТФ КППТ [1, с. 74].

Коен та Маннаріно зазначають, що важливо дотримуватись певних умов під час роботи з травмою. Важливо забезпечити відносну безпеку, відносну емоційну стабілізацію, відносний доступ до ресурсів. Зі сторони клієнта важливими є відкритість, готовність працювати та розуміння необхідності в роботі з психологом [1].

Розробники методу також наголошують на протипоказах психотерапевтичного втручання. Не можна проводити психотерапію, коли зовнішня небезпека є гострою (адже має бути резилієнтна відповідь). Також коли людина емоційно дестабілі-

зована, коли виражені симптоми депресії (відсутність ресурсу не дасть змогу опрацювати травму). Також не варто затосувати протокол ТФ КПТ, коли в клієнта психотичний розлад. Коли в людини виражене емоційне виснаження, а також клієнту первинно необхідна стабілізація.

Етапи (фази) травмофокусованої КПТ з дітьми та підлітками за Джудіт Коен (Judith A. Cohen), Ентоні Маннаріно (Anthony Mannarino) та Естер Деблінджер (Esther Deblinger) [1]:

1 фаза – стабілізація. Цей етап включає кілька сесій, під час яких відбувається психоедукація про травму, розвиток навичок батьківства, релаксацію та зменшення дистресу, модуляцію емоцій (тренінг емоційної регуляції) та когнітивні інтервенції (рефреймінг думок, робота з когнітивними спотвореннями).

2 фаза – експозиція (пригадування травматичної події): нарративна експозиція та переосмислення проблемних інтерпретацій.

Техніки експозиції у КПТ часто застосовують під час роботи з тривожними розладами. Для терапії ПТСР у дорослих також застосовується експозиція, яка отримала велику емпіричну підтримку та доказовість. Основними техніками експозиції є робота в уяві та *in vivo*. Техніка роботи в уяві передбачає опис випадку (його пригадування в уяві) у присутності психолога. А техніка *in vivo* передбачає роботу з реальними ситуаціями, які є безпечними, але дитина чи підліток їх уникає

через нагадування про травму. У ТФ КПТ пропонується написати про травму (створити наратив) [9, с. 367–368].

3 фаза – відновлення свого життя, покращення міжособистісного функціонування, складання плану безпеки [1].

Дослідження показують, що у дітей та підлітків, які пройшли психотерапію за протоколом ТФ КПТ, значно зменшились симптоми ПТСР порівняно з тими, хто отримував лікування як зазвичай або не отримував лікування [9].

Наразі вважається, що чим швидше дитина отримає допомогу для мінімізації впливу, пов'язаного зі стресами війни, тим краще вона буде почуватись і зменшиться ризик виникнення проблем у майбутньому. Але не менш важливим є необхідна підготовка фахівців, які зможуть «достукатися до поранених сердець», щоб залишатися емпатичними, не боятися та не дистанціюватись від афектів дітей і підлітків з ПТСР [10].

Висновки. Було з'ясовано, що в сучасній психотерапевтичній практиці переважають три КПТ-моделі, які мають високу емпіричну доказову базу у лікуванні ПТСР у дітей та підлітків. Застосування цих моделей сприяло значній тривалій редукції симптомів посттравматичного розладу (понад 12 місяців). Найбільш ефективним Міжнародним протоколом лікування ПТСР у дітей та молоді є травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ), яка рекомендована як перший вибір у лікуванні.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Коен Дж., Маннаріно Е., Деблінджер Е. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережити травму та втрату. Львів: Свічадо, 2016. 264 с.
2. Бріер Дж., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Компанія «Манускрипт», 2023. 440 с.
3. Danielson C. K., McCart M. R., Walsh K., de Arellano M. A., White D., Resnick H. S. Reducing substance use risk and mental health problems among sexually assaulted adolescents: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*, 2012. 26(4), 628–635. <https://doi.org/10.1037/a0028862>
4. Rosner R., Konig H., Neuner F., Schmidt U., Steil R. Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents and young adults with PTSD symptoms after physical and sexual abuse: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2014. Vol. 15, 195. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-195>
5. O'Callaghan P., McMullen J., Shannon C., Rafferty H., Black A. A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2013. 52(4), 359–369. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.013>

6. O'Callaghan P., Branham L., Shannon C., Betancourt T. S., Dempster M., McMullen J. A. Pilot study of a family focused, psychosocial intervention with war-exposed youth at risk of attack and abduction in north-eastern Democratic Republic of Congo. *Child Abuse & Neglect*, 2014. 38(7), 1197–1207. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.004>

7. Довідник діагностичних критеріїв. DSM-5 – TR / Американська психіатрична асоціація; пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович, О. Антонишин. Львів : Компанія «Манускрипт», 2024. 592 с.

8. Блек Д. В., Ненсі К. А. Вступ до психіатрії / пер. 7-го вид. ; наук. ред. пер. Г. Кожина. Київ : ВСВ «Медицина», 2024. 597 с.

9. Флесснер К., П'ячентіні Д. Клінічний посібник із психічних розладів у дітей та підлітків. Покрокове керівництво з лікування. Львів : УІКПТ, УКУ, Галицька видавнича спілка, 2021. 750 с.

10. Tol W., Komproe I., Jordans M., Ndayisaba A., Ntamutumba P., Sipsma H. et al. School-based mental health intervention for children in war-affected Burundi: a cluster randomized trial. *BMC Medicine*, 2014. Vol. 12, no. 1. P. 56. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-56>

REFERENCES:

1. Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2016). Psykhoterapiia z ditmy ta pidlitkamy, yaki perezhlyly travmu ta vtratu [Psychotherapy for children and adolescents who experienced trauma and loss]. Svichado [in Ukrainian].

2. Brier, J., & Scott, K. (2023). *Osnovy travmofokusovanoi psykhoterapii* [Foundations of trauma-focused therapy]. Manuskrpt [in Ukrainian].

3. Danielson, C. K., McCart, M. R., Walsh, K., de Arellano, M. A., White, D., & Resnick, H. S. (2012). Reducing substance use risk and mental health problems among sexually assaulted adolescents: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*, 26(4). <https://doi.org/10.1037/a0028862> [in English].

4. Rosner, R., König, H., Neuner, F., Schmidt, U., & Steil, R. (2014). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents and young adults with PTSD symptoms after physical and sexual abuse: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, Article 195. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-195> [in English].

5. O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(4). <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.013> [in English].

6. O'Callaghan, P., Branham, L., Shannon, C., Betancourt, T. S., Dempster, M., & McMullen, J. A. (2014). Pilot study of a family focused, psychosocial intervention with war-exposed youth at risk of attack and abduction in north-eastern Democratic Republic of Congo. *Child Abuse & Neglect*, 38(7). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.004>

7. American Psychiatric Association (2024). Dovidnyk diahnostychnykh kryteriiv. DSM-5-TR [Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5-TR] (Ukrainian ed.). Publisher [in Ukrainian].

8. Blek, D. V., & Andreasen, N. K. (2024). Vstup do psykhiiatrii [Introductory textbook of psychiatry] (H. Kozhyna, Ed. & Trans.; 7th ed.). Medytsyna. [in Ukrainian].

9. Flessner, C., & Piacentini, J. (2021). *Klinichniy posibnyk iz psykhiiatrychnykh rozladiv u ditei ta pidlitkiv. Pokrokovе kerivnytstvo z likuvannia* [Clinical guide to psychiatric disorders in children and adolescents: A step-by-step treatment manual]. Ukrainskyi Instytut Kognityvno-Povedinkovoi Terapii (UIKPT); Ukrainian Catholic University; Halytska Vydavnycha Spilka. [in Ukrainian].

10. Tol, W. A., Komproe, I. H., Jordans, M. J., Ndayisaba, A., Ntamutumba, P., Sipsma, H., Smallegange, E. S., Macy, R. D., & de Jong, J. T. (2014). School-based mental health intervention for children in war-affected Burundi: A cluster randomized trial. *BMC Medicine*, 12, Article 56. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-56> [in English]

Дата першого надходження статті до видання: 26.02.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 24.03.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 04.05.2026