

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТЕХНОЛОГІЙ

ННІ/факультет	Навчально-науковий юридичний інститут
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Спеціальність	053 Психологія
Форма навчання	Заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

Орлової Ольги Ігорівни

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)

на тему **Особливості психологічного реагування та подолання
травматичного стресу дітьми і підлітками в умовах
воєнної реальності**

(повна назва теми)

за матеріалами

(повна назва бази дослідження)

Науковий
керівник:

PhD в газузі
Психологія

*(наук. ступінь,
вчене звання)*

Маєр Ю. В.

(ініціал, прізвище)

(підпис)

Робота допущена до захисту в ЕК

Протокол засідання кафедри

від 16 січня 2026 р. № 6

Завідувач кафедри

(підпис)

к.е.н., доцент

Г. ПУРІЙ

Наук. ступінь, вчене звання

Ініціал, прізвище

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТЕХНОЛОГІЙ

ННІ/факультет	Навчально-науковий юридичний інститут
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Спеціальність	053 Психологія
Форма здобуття вищої освіти	Заочна

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач
кафедри

Г.ПУРІЙ

(підпис)

(ініціал, прізвище)

«19» січня 2026 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ**

1. Тема роботи **Особливості психологічного реагування та подолання травматичного стресу дітьми і підлітками в умовах воєнної реальності**

Керівник роботи **Маєр Юлія Володимирівна**

затверджено наказом закладу вищої освіти від «___» _____ 202__ р. № _____

2. Строк подання здобувачем роботи до «___» _____ 202__ р.

3. Зміст кваліфікаційної магістерської роботи, об'єкт, предмет та мета дослідження:

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПЕРЕЖИВАННЯ
ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ**

1.1 Огляд науково-психологічної літератури з проблеми травматичного стресу

1.2 Особливості переживання травматичного стресу дітьми та підлітками

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ

ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

2.1. Організація дослідження з проблеми впливу травматичного стресу на дітей шкільного та підліткового віку

2.2 Аналіз результатів дослідження

2.3 Рекомендації батькам для допомоги дітям та підліткам, які пережили травматичний стрес

**РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА РОЗВИВАЛЬНО-
КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО
СТРЕСУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВОЄННОЇ
РЕАЛЬНОСТІ**

3.1. Теоретико-методологічні засади розробки розвивально-корекційної програми

3.2. Зміст і методичне забезпечення розвивально-корекційної програми

3.3. Оцінка ефективності розвивально-корекційної програми

Об'єкт дослідження: психологічне реагування та психоемоційний стан дітей і підлітків в умовах переживання травматичного стресу воєнного характеру.

Предмет дослідження: вікові та психологічні особливості проявів, переживання і подолання травматичного стресу у дітей молодшого шкільного віку та підлітків.

Мета кваліфікаційної магістерської роботи полягає в аналізі впливу травматичного стресу на дітей та підлітків, а також у вивченні їх особливостей прояву цього стресу.

5. Дата видачі 15 жовтня 2025 р.
завдання

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної магістерської роботи	Строк виконання етапів роботи	Відмітка керівника про виконання етапів (дата, підпис)
1	Підготовка розділу 1	15.11.2025	15.11.2025
2	Підготовка розділу 2	08.12.2025	08.12.2025
3	Підготовка розділу 3	29.12.2026	29.12.2026
4	Перевірка кваліфікаційної магістерської роботи на наявність ознак академічного плагіату за допомогою програм UNICHECK / StrikePlagiarism	05.01.2026 – 06.01.2026	05.01.2026 – 06.01.2026
5	Отримання відгуку від наукового керівника	до 16.01.2026	16.01.2026
6	Подання кваліфікаційної роботи на перегляд завідувачу кафедри	до 16.01.2026	16.01.2026
7	Реєстрація завершеної кваліфікаційної роботи	до 16.01.2026	16.01.2026
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи на кафедрі	до 17.01.2026	17.01.2026
9	Підготовка до захисту в ЕК	20.01.2026 – 22.01.2026	20.01.2026 – 22.01.2026

Завдання підготував науковий керівник

(підпис) Ю. МАСР
(прізвище та ініціали)

Завдання одержав

(підпис) О. ОРЛОВА
(прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ
кваліфікаційної магістерської роботи

здобувачки спеціальності 053 «Психологія» Орлової О. І. «Особливості психологічного реагування та подолання травматичного стресу дітьми і підлітками в умовах воєнної реальності». – Державний університет економіки і технологій, 2026 р.

Кваліфікаційна магістерська робота містить 84 сторінок друкованого тексту, 6 таблиць та 8 рисунків. При підготовці роботи використано 48 наукових джерел.

Завдання дослідження: проаналізувати психологічну літературу з проблеми травматичного стресу у дітей та підлітків; провести емпіричне дослідження з метою оцінки впливу травматичного стресу в цій віковій групі та здійснити якісний і кількісний аналіз отриманих результатів; розробити психологічні рекомендації для батьків щодо надання підтримки та допомоги дітям і підліткам, які переживають травматичний стрес.

Об'єкт дослідження: психологічне реагування та психоемоційний стан дітей і підлітків в умовах переживання травматичного стресу воєнного характеру.

Предмет дослідження: вікові та психологічні особливості проявів, переживання і подолання травматичного стресу у дітей молодшого шкільного віку та підлітків.

Одержані результати (практичне значення): результати дослідження можуть бути корисними для психологів та викладачів навчальних закладів для покращення організації навчального процесу, а також для студентів, які готуються до занять з психології. Висновки роботи можуть допомогти батькам і вихователям краще розуміти поведінкові та емоційні реакції дітей, що пережили травматичні події, та відповідно коригувати свої підходи до виховання і спілкування. Курсова може стати основою для подальших наукових досліджень у галузі дитячої психології, зокрема щодо впливу травматичних подій на психічний розвиток дітей і підлітків, а також для розробки стратегій попередження негативних наслідків травматичного стресу.

Ключові слова: травматичний стрес, воєнна реальність, діти, підлітки, психологічне реагування, тривожність, депресивні прояви, психологічна допомога, розвивально-корекційна програма.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ.....	10
1.1 Огляд науково-психологічної літератури з проблеми травматичного стресу.....	10
1.2 Особливості переживання травматичного стресу дітьми та підлітками	19
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.....	32
2.1 Організація дослідження з проблеми впливу травматичного стресу на дітей шкільного та підліткового віку.....	32
2.2 Аналіз результатів дослідження.....	34
2.3 Рекомендації батькам для допомоги дітям та підліткам, які пережили травматичний стрес.....	46
Висновки до другого розділу.....	50
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА РОЗВИВАЛЬНО- КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВОЄННОЇ РЕАЛЬНОСТІ.....	52
3.1. Теоретико-методологічні засади розробки розвивально-корекційної програми.....	52
3.2. Зміст і методичне забезпечення розвивально-корекційної програми...	55
3.3..... Оцінка ефективності розвивально-корекційної програми	65
Висновки до третього розділу.....	69
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77
ДОДАТКИ.....	83

ВСТУП

Актуальність теми. Розгортання військових дій в Україні та супутня суспільно-політична нестабільність мають дуже негативний вплив на різні аспекти життя особи. В умовах воєнного конфлікту людина постійно переживає стрес та травми через потік новин, постійні тривоги та загрозу ракетних обстрілів. Особливо вразливими до цього є діти та підлітки, оскільки їхня психіка перебуває на етапі активних внутрішніх змін.

Діти, що переживають війну, відчують вплив травматичних та стресових факторів, які негативно впливають на їхній психологічний розвиток і порушують процеси формування особистості. Травматичний досвід дитинства може мати вплив на емоційну, соціальну та сімейну сфери життя людини, її особисті інтереси, рівень активності, самостійності та спонтанності протягом усього життя. Як наслідок, обмежується свобода, порушується соціальна та психологічна безпека, підривається емоційна стабільність.

Травматичний стрес - це реакція психіки на зовнішні події, які призводять до розриву внутрішніх стосунків у людини та її неспроможності усвідомити та осмислити ці події. Це випадки, коли особа стикається з обставинами, що не піддаються контролю, і відчуває глибокі емоційні переживання. Проблематика травматичного стресу була предметом уваги багатьох науковців, серед яких - Г. Сельє, Е. Кандел, Р. Сапольський, Н. Крістель, Г. Ю. Подольська, Д. Д. Романовська, О. В. Тімченко, С. Хобфолл та інші дослідники. Вони доводили, що переживання травматичних подій може спричинити глибокий психологічний шок і стан безсилля, коли людина втрачає здатність діяти адекватно в критичних обставинах.

З позицій сучасної науки травматичний стрес розглядається як комплекс змін у психічній сфері особистості, що впливає на всі сторони життя дитини. Тому надання своєчасної та кваліфікованої психологічної допомоги дітям, які зазнали травматичного впливу, має особливе значення. Для цього необхідно

з'ясувати рівень психологічних ушкоджень, викликаних травмуючими подіями, а також дослідити специфіку переживання стресу в дитячому віці.

Для практичних психологів знання механізмів формування та проявів травматичного стресу у дітей і підлітків, а також способів подолання його наслідків є надзвичайно важливим. Саме тому проведення дослідження в цьому напрямі можна вважати своєчасним і суспільно значущим.

Мета дослідження полягає в аналізі впливу травматичного стресу на дітей та підлітків, а також у вивченні їх особливостей прояву цього стресу.

Для досягнення мети необхідно розв'язати такі **завдання**:

1) проаналізувати психологічну літературу з проблеми травматичного стресу у дітей та підлітків;

2) провести емпіричне дослідження з метою оцінки впливу травматичного стресу в цій віковій групі та здійснити якісний і кількісний аналіз отриманих результатів;

3) розробити психологічні рекомендації для батьків щодо надання підтримки та допомоги дітям і підліткам, які переживають травматичний стрес.

Об'єкт дослідження: психологічне реагування та психоемоційний стан дітей і підлітків в умовах переживання травматичного стресу воєнного характеру.

Предмет дослідження: вікові та психологічні особливості проявів, переживання і подолання травматичного стресу у дітей молодшого шкільного віку та підлітків.

Методи дослідження: для досягнення поставленої мети та вирішення визначених завдань застосовано комплекс загальнонаукових і психолого-педагогічних методів:

- теоретичні методи: проведено аналіз наукових джерел, що висвітлюють стан вивченості проблеми, здійснено систематизацію, порівняння та узагальнення наукових даних, що дало змогу визначити теоретичні основи дослідження травматичного стресу в дитячому віці;

- емпіричні методи: для оцінки рівня загальної тривожності застосовано шкалу дитячої тривожності з «Багатофакторного опитувальника дитячої тривожності» (БОДТ);

- практичні методи: для визначення ознак агресивності, замкненості та почуття самотності у дітей використано проєктивну методику «Кактус» (за М. А. Панфіловою); для виявлення ступеня депресивних проявів у підлітків застосовано Методику діагностики депресивного стану В. Зунга (у модифікації Т. Н. Балашової); для визначення показників тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності використано методику «Самооцінка психічного стану» Г. Айзенка; з метою оцінки психологічного впливу травматичних подій на дітей і підлітків застосовано «Модифіковану шкалу оцінки впливу травматичних подій для дітей (CRIES-8).

Практичне значення одержаних результатів. Результати цього дослідження можуть бути корисними для психологів та викладачів навчальних закладів для покращення організації навчального процесу, а також для студентів, які готуються до занять з психології. Висновки роботи можуть допомогти батькам і вихователям краще розуміти поведінкові та емоційні реакції дітей, що пережили травматичні події, та відповідно коригувати свої підходи до виховання і спілкування. Курсова може стати основою для подальших наукових досліджень у галузі дитячої психології, зокрема щодо впливу травматичних подій на психічний розвиток дітей і підлітків, а також для розробки стратегій попередження негативних наслідків травматичного стресу.

Експериментальна база дослідження була реалізована за допомогою використання Google Forms для можливості охопити респондентів з усієї України. Для забезпечення надійності та валідності дослідження була використана репрезентативна вибірка, яка включала 40 респондентів: 20 дітей молодшого шкільного віку та 20 підлітків. Дослідження включало поєднання кількісних та якісних аналізів, а також використання комп'ютерних методів обробки експериментальних результатів.

Апробація результатів дослідження. Основні положення і результати дослідження обговорювалися і набули схвалення на таких конференціях: Congress proceedings - VII INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONGRESS SOCIETY OF AMBIENT INTELLIGENCE 2024, Praha, OKTAN PRINT; Всеукраїнська науково-практична конференція «Публічні політики і сталий розвиток суспільства: виклики та перспективи». м. Кривий Ріг, 2 грудня 2025 р.

Публікації. Основні теоретичні положення магістерської роботи, результати дослідження, висновки відображені у публікації: Maryna Kucher, Olga Orlova. The impact of social networks on psychological trauma and self-department in adolescents. *VII international scientific congress society of ambient intelligence 2024 (student sections), Praha, Oktan print, 2024, P. 552-562*; Орлова О. Розвиток англомовної компетентності публічних службовців: соціологічний підхід. *Всеукраїнська науково-практична конференція «Публічні політики і сталий розвиток суспільства: виклики та перспективи»*. м. Кривий Ріг, 2 грудня 2025 р., С. 80-85.

Структура роботи складається з вступу, трьох розділів, восьми підрозділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел. Робота містить 5 додатків, 48 джерел, 6 таблиць та 8 рисунків, розміщених на 84 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ

1.1 Огляд науково-психологічної літератури з проблеми травматичного стресу

У сучасній психологічній науці існує широкий спектр теоретичних підходів до осмислення явища стресу, травматичного та посттравматичного стресу. Дослідники розглядають їх у взаємозв'язку, але водночас наголошують на специфічних відмінностях кожного з цих понять.

У зарубіжних наукових працях терміни «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР), «травматичний стресовий розлад» та «посттравматичний стрес» часто використовуються як взаємозамінні, за винятком окремих емпіричних досліджень, де їхнє розмежування має діагностичне значення. У вітчизняній психологічній літературі термін «посттравматичний стресовий розлад» поступово набуває поширення, тоді як поняття «стрес», «травматичний стрес» або «посттравматичний стрес» залишаються більш уживаними у загальнонауковому контексті [34].

У межах психологічного підходу стрес розглядається як стан психофізіологічного напруження, що виникає під впливом стресогенних факторів і спонукає організм до мобілізації внутрішніх ресурсів з метою подолання складної чи небезпечної ситуації. Основи сучасного розуміння цього явища були закладені у працях Г. Сельє, Р. Лазаруса та С. Фолькмана, які досліджували механізми адаптації до впливу зовнішніх подразників.

Як зазначає О. Басенко, найуніверсальнішою концепцією стресу вважається теорія Г. Сельє, який визначав стрес не лише як нервові напруження, а як загальну неспецифічну реакцію організму на будь-які зміни

середовища, що потребують адаптації для відновлення рівноваги. Учений підкреслював, що наслідки стресу залежать не лише від самого факту його виникнення, а й від інтенсивності, тривалості та характеру переживань [1].

У своїй праці С. Уварова, аналізуючи наукові підходи до проблеми стресу, посилається на ідеї Г. Сельє, який виділяв дві основні форми цього явища.

Перша - еустрес, що трактується як позитивна, адаптивна реакція організму, спрямована на мобілізацію ресурсів для подолання труднощів, конфліктів чи раптових змін у життєдіяльності.

Друга форма - дистрес, який розглядається як негативна відповідь на кризову ситуацію, що порушує фізіологічну рівновагу людини та може спричиняти психосоматичні порушення [35].

У дослідженнях О. Басенка здійснено аналіз концепцій Р. Лазаруса та С. Фолькмана, які розглядали стрес як багаторівневу адаптивну реакцію - фізіологічну, емоційну, когнітивну та поведінкову. На думку цих учених, стрес є не лише реакцією на зовнішні подразники, а й результатом специфіки взаємодії особистості з навколишнім середовищем. Тобто, реакція людини на стресову ситуацію залежить від її інтерпретації події, особистісних ресурсів та здатності до адаптації.

Як зазначено у навчальному посібнику «Психологія стресу», поняття стресу має щонайменше три основні трактування:

У широкому значенні - це будь-який зовнішній чинник або подія, що викликає внутрішню напругу, емоційне збудження чи тривогу. У цьому контексті частіше використовуються терміни «стресор» або «стресовий фактор».

У психологічному сенсі стрес описується як суб'єктивний стан напруження, що відображає внутрішній психічний процес реагування людини на вплив зовнішніх подразників. Цей стан включає емоційні переживання, захисні реакції, механізми подолання та фізіологічні зміни, які можуть мати як позитивний, так і деструктивний характер.

З фізіологічної точки зору стрес розглядається як природна адаптаційна реакція організму на складні або загрозливі обставини, спрямована на підтримання оптимального рівня функціонування та поведінкової стійкості [21].

Науковиця Т. Титаренко визначає три основні етапи розвитку стресового стану:

- перша стадія - фаза тривоги та мобілізації, яка супроводжується первинною реакцією організму на стресовий подразник і триває від кількох годин до кількох днів.

- друга стадія - фаза опору (стійкості), коли активізуються процеси адаптації, стабілізується діяльність організму і поступово відновлюються внутрішні ресурси.

- третя стадія - фаза виснаження або руйнування, що характеризується вичерпанням енергетичних запасів та втратою здатності ефективно протидіяти стресу [31].

Якщо розглянути першу фазу детальніше, то в момент зіткнення з небезпекою чи загрозою організм миттєво активує адаптивні механізми виживання. Виникає потужний фізіологічний відгук - збільшується рівень енергії, частішає серцебиття, активізуються м'язи. Людина відчуває підвищене збудження, загострення слухових і зорових реакцій, пришвидшення мислення та рухових процесів. Емоційні реакції можуть коливатися від страху, гніву й паніки до рішучості чи обережності. Вся увага спрямовується на джерело небезпеки, що дозволяє швидко оцінити ситуацію й вибрати спосіб дії. Після первинного шоку відбувається стадія контршоку - внутрішня напруга поступово спадає, і починається адаптаційна перебудова організму.

Якщо на цьому етапі людині не вдається повністю подолати вплив стресу, процес переходить у другу фазу - фазу опору. У цей період психіка та тіло намагаються пристосуватися до підвищеного навантаження, формуючи нові стратегії поведінки. Адаптаційні ресурси використовуються раціональніше, ніж на початку, що дозволяє довше зберігати працездатність.

Високий рівень життєстійкості допомагає людині витримувати напруження, залишатися гнучкою та відновлювати рівновагу. На цьому етапі ключовим чинником подолання стресу стає усвідомлення власної ролі у ситуації та прийняття активної позиції.

Більшість стресових ситуацій завершується саме на другій стадії, однак у випадках, коли психічні й фізичні ресурси виснажуються, може настати третя стадія - фаза виснаження. Вона супроводжується відчуттям повної втоми, занепадом сил, порушенням роботи організму. Якщо такі стани повторюються без достатнього періоду відновлення, це може призвести до серйозних соматичних хвороб, емоційного вигорання або навіть летальних наслідків.

З погляду сучасної науки, стрес набуває характеру травматичного тоді, коли його наслідки спричиняють порушення як у психічній, так і у фізичній сфері людини. Вважається, що за таких умов зазнають ушкодження базові структури Я-образу, руйнуються звичні когнітивні схеми світорозуміння, відбуваються зміни в емоційному стані та порушується функціонування нейрофізіологічних систем, відповідальних за процеси навчання, пам'ять і засвоєння емоційного досвіду [15].

На думку С. Уварової, травматичний стрес є особливою формою переживання, яка виникає внаслідок специфічної взаємодії людини з довкіллям. У психологічній літературі до стресорів, що виходять за межі звичайного життєвого досвіду, зазвичай відносять події, здатні травмувати практично будь-кого. Йдеться про природні катаклізми, техногенні аварії, теракти, серйозні дорожні пригоди, акти масового насильства, війни, ситуації захоплення заручників, тортури, а також руйнування або втрата житла [35].

Травматичний стрес можна також розглядати як відповідь психіки на зовнішню подію, що порушує внутрішню рівновагу особистості та її систему зв'язків із світом, але не піддається повному усвідомленню. Це зіткнення з обставинами, сила яких перевищує адаптивні можливості людини, провокуючи глибокі емоційні потрясіння. Подібні події здатні викликати шоківі реакції,

змінювати стан свідомості та викликати почуття безсилля, оскільки людина не може знайти адекватну відповідь на ситуацію.

Вважається, що травматичний стрес становить загрозу найціннішим внутрішнім ресурсам і призводить до їх стрімкого виснаження. Це пов'язано з тим, що травматичні стресори:

- 1) часто зачіпають фундаментальні життєві цінності;
- 2) зазвичай виникають раптово;
- 3) ставлять перед особистістю надмірні вимоги;
- 4) виходять за межі звичних стратегій подолання;
- 5) легко активуються будь-якими нагадуваннями про подію, формуючи яскраві й нав'язливі образи [46].

Як зазначає Т. Титаренко, головна небезпека травматичного стресу полягає в емоційному дисбалансі, що сприяє втраті довіри, впевненості та загальному погіршенню психологічного стану [31].

Отже, травматичний стрес можна визначити як реакцію організму на ситуації, які створюють реальну або суб'єктивну загрозу життю. У подібних випадках часто спостерігаються шоківі стани, відчай та інтенсивні емоційні переживання [28].

У своїй праці О. Христюк підкреслює, що сучасні теорії травматичного стресу здебільшого спираються на результати психологічних і біологічних досліджень. Він встановив, що у випадках, коли травматичні реакції мають надмірну силу, виходять з-під контролю і супроводжуються підвищеним психоемоційним напруженням, посилюється взаємозв'язок між страхом та відтворенням травматичного епізоду. Це, у свою чергу, провокує унікальну поведінку й нав'язливе повернення спогадів про подію, що з часом може трансформуватися у посттравматичний стресовий розлад [36].

О. Тимченко у своїй монографії зазначає, що інтенсивність травматичного стресу прямо пропорційна загальному емоційному досвіду людини до моменту події. Через це травма стає своєрідною межею, яка розділяє життя на «до» та «після». Подібні події трансформують не лише минуле й

теперішнє, але й змінюють перспективу майбутнього. Люди, які пережили травму, часто відзначають відчуття глибокої внутрішньої зміни, ніби вони різко подорослішали і набули більшого життєвого досвіду порівняно зі своїми ровесниками [32].

І. Марціновська, аналізуючи співвідношення понять «стрес» і «травматичний стрес», звертається до концепції С. Хобфолла (1988), який запропонував підхід, що об'єднує ці категорії в єдину систему [15]. Згідно з цією моделлю, типова реакція на звичайний стрес спрямована на збереження ресурсів і може проявлятися у формі «емоційного завмирання». У межах психоаналітичної парадигми Крістель наголошував, що психічний колапс, емоційне оніміння, втрата здатності до емоційної регуляції та розвиток алекситимії є ключовими ознаками відповіді психіки на екстремальні обставини.

Таким чином, термін «стрес» зазвичай асоціюється з адаптивними процесами й умовною «нормою», тоді як «травматичний стрес» - із патологічними відхиленнями, розладами та психотичними реакціями.

Західні наукові джерела свідчать про те, що поняття «посттравматичний стрес» і «посттравматичний стресовий розлад» можуть розглядатися як відмінні категорії, однак у клінічних описах їх часто вживають як синоніми.

С. Уварова виділяє кілька послідовних стадій розвитку травматичного стресу. Початкова фаза - це психологічний шок, для якого характерні пригнічення активності, порушення орієнтації у просторі, розлад дій та заперечення факту події. Наступна стадія - експозиційна, що супроводжується інтенсивною емоційною відповіддю та поступовим переходом до почуттів провини, критичного осмислення події й усвідомлення власної вразливості. Далі може настати фаза одужання, коли людина адаптується до нової реальності. Водночас деякі індивіди залишаються «закріпленими» у травматичному досвіді, що веде до хронічного ПТСР.

Варто підкреслити, що перебіг цих фаз не є універсальним і може значно відрізнятися залежно від індивідуальних особливостей, умов переживання події

та наявності зовнішньої підтримки. На здатність до адаптації впливають соціальне оточення, особистісні ресурси для стримування емоційного болю та доступ до фахової допомоги.

Н. Лозінська зазначає, що більшість учених схиляється до єдиної думки щодо етіології травматичного стресу: він є наслідком психологічної травми. Через багатогранність механізмів, які лежать в основі формування травматичної реакції, було запропоновано різноманітні підходи до пояснення впливу стресорів на людину [35].

Отже, ключовою передумовою розвитку травматичного стресу є надмірна емоційна напруга, здатна заблокувати задоволення базових потреб. Водночас важливу роль відіграє індивідуальне сприйняття події, оскільки різні люди реагують на подібні обставини по-різному - залежно від психотипу, виховання та попереднього життєвого досвіду.

Д. Романовська вказує, що дослідники виділили чотири характеристики травми, які спричиняють травматичний стрес:

- ~ усвідомлення того, що сталося (людина розуміє, що з нею сталося і чому її психологічний стан погіршився);
- ~ існують зовнішні причини такого стану;
- ~ ситуація, що сталася, порушує нормальне життя;
- ~ подія викликала страх і слабкість [29].

Враховуючи вище зазначене, ми склали фактори, які впливають на рівень впливу травматичного стресу на людину, і представили їх у таблиці 1.1.

Загальні передумови виникнення травматичного стресу включають:

- ситуація сприймається людиною як така, що виходить за межі реальності;
- відсутність можливості активно діяти або уникнути небезпеки (неможливість «боротися чи тікати»);
- блокування емоційної реакції, що проявляється у стані заціпеніння;
- тривале існування невирішеного травматичного конфлікту в житті [29].

Таблиця 1.1.

Фактори, що впливають на ступінь травматичного стресу у людей

Фактори, що можуть збільшувати вплив травматичного стресу:	Фактори, що можуть зменшувати вплив травматичного стресу:
Вважати ситуацію, яка трапилася, надзвичайно несправедливою.	Сприйняття події, що трапилася, як можливої
Неможливість та/або нездатність впоратися з ситуацією.	Взяття на себе часткової відповідальності за ситуацію
Присутність неуцілених травм та прояв пасивності у поведінці.	Активне реагування та наявність позитивного досвіду вирішення складних життєвих ситуацій
Відсутність підтримки зі сторони соціального оточення.	Підтримка з боку родини, друзів та колег, яка може надати психологічну підтримку
Виснаження.	Підтримка психічного благополуччя

Досліджуючи феномен травматичного стресу, Т. С. Остряко підкреслює, що кожна особистість переживає його індивідуально. Це багатовимірний процес, у якому поєднуються різні чинники та реакції. Серед ключових характеристик визначаються критерії, які впливають на силу переживань та формують реакцію на травматичні події. Одним із таких чинників є раптовість, адже неочікуваність ситуації посилює її емоційну вагу. Відсутність аналогічного досвіду в минулому також підвищує вразливість, оскільки людина не має сформованих механізмів подолання. Додатково впливають тривалість впливу, втрата контролю, життєві зміни та втрати, що здатні значно підсилити напруження. Реакція на ці фактори завжди унікальна та проявляється через поведінку і внутрішній стан людини [24].

Психологічними проявами травматичного стресу можуть бути: шок, заперечення, невіра, гнів, дратівливість, пригніченість, почуття провини чи сорому, самозвинувачення, смуток, безнадійність, труднощі з концентрацією, тривога, страх, соціальна ізоляція.

Серед фізичних симптомів найчастіше спостерігаються: порушення сну та нічні жахи, ірраціональні побоювання, прискорене серцебиття, біль, виснаження, напруження тіла, збудження, м'язові спазми [27].

Як негативний психоемоційний стан, травматичний стрес проявляється комплексно: уповільнюється інтелектуальна діяльність, виникає тривога, внутрішнє напруження, посилюється страх, з'являється почуття безсилля та втрати контролю. Фізіологічно це виявляється у розладах уваги, пам'яті, емоційної регуляції, а також у підвищеній збудливості. Такі зміни можуть суттєво ускладнити соціальну взаємодію та професійну діяльність.

Г. Подольська, аналізуючи природу травматичного стресу, зазначає, що він формується у кризових умовах, коли людина стикається з досвідом, радикально відмінним від звичайного плину життя. Подібні ситуації змушують переосмислювати цінності, ставлять перед екзистенційними питаннями та змінюють цілісність світовідчуття. Такий стрес має двоїстий характер: з одного боку - він руйнує відчуття безпеки, а з іншого - може стати поштовхом до внутрішнього зростання. Він розділяє життя на «до» та «після», спричиняючи перебудову ідентичності та ускладнюючи прогнозування майбутнього. Водночас постає завдання вирішення «тріади» - розлад, адаптація, розвиток [27].

У статті Т. Дзюби, заснованій на поглядах Р. Зачевицького, наголошується, що люди, які переживають травматичний стрес, активно задіюють механізми психологічного захисту для збереження внутрішньої стабільності. Проте ці захисні реакції інколи трансформуються у патологічне уникнення реальності, що перешкоджає відновленню. Це свідчить про те, що не кожен здатний самотійно подолати наслідки психотравми, тому значна частина осіб потребує фахової психологічної або психіатричної підтримки [5].

Після переживання потужного стресового впливу у розвитку психологічного стану особистості можливі два основні сценарії:

1. Усвідомлене прийняття травматичного досвіду. У цьому випадку людина визнає значущість пережитої події та поступово формує конструктивні механізми подолання. Вона свідомо вибудовує нові стратегії поведінки та способи життя, які допомагають адаптуватися до змін і зменшити негативний вплив стресу.

2. Ігнорування або заперечення травми. Інший шлях полягає в тому, що особа намагається не визнавати важливість пережитої події, знецінює її або намагається витіснити зі свідомості. Для цього можуть використовуватися неефективні або деструктивні методи саморегуляції. Таке уникання нерідко призводить до уповільненої психологічної реакції, що проявляється зниженням емоційної активності та появою стресових симптомів у відтермінованій формі.

Відкладене переживання травми може бути як частиною природного процесу адаптації, так і свідченням неможливості самотійного подолання. Проте в обох ситуаціях інтенсивні емоційні переживання та внутрішні страждання залишаються невід'ємною складовою.

Т. Остряк виділяє два типи копінг-стратегій - активні та пасивні.

Активні стратегії застосовуються тоді, коли людина має можливість впливати на джерело стресу й прагне вирішити проблему.

Пасивні стратегії використовуються у випадках, коли неможливо змінити ситуацію, і основні зусилля спрямовуються на зниження емоційного напруження.

При травматичному стресі найчастіше домінують саме пасивні механізми реагування. У таких випадках важливо навчитися по-новому осмислювати власний досвід, переглянути ставлення до події, змінити уявлення про себе і свої життєві орієнтири в умовах, коли зовнішні обставини залишаються незмінними [24].

1.2 Особливості переживання травматичного стресу дітьми та підлітками

Період переходу від дитинства до дорослості розглядається як найкоротший етап онтогенезу, однак його значення для становлення людини є винятково важливим та багатограним. На цьому етапі особа проходить суттєві

трансформації, які охоплюють не тільки тілесні зміни, але й психічне переструктурування та переоцінку самосприйняття.

Н. Токарев у своїх дослідженнях розглядає чинники суспільного оточення, які визначають психічний розвиток молодих людей, спираючись на наукові погляди Ф. Райса. Основні впливові сфери включають:

Соціальне середовище містить низку чинників, що опосередковано позначаються на формуванні психіки молоді. Ключові з них охоплюють:

- ~ модернізаційні та соціальні процеси, пов'язані з прискореним розвитком інформаційних технологій;
- ~ невизначеність щодо перспектив розвитку; відмінності між попередніми парадигмами та сучасною реальністю;
- ~ зменшення ролі сімейної структури;
- ~ трансформація морально-ціннісних орієнтирів та норм поведінки суспільства;
- ~ посилення залежності молодого покоління від опікунів;
- ~ процеси урбанізації та субурбанізації, які призводять до ускладнення взаємодії між людьми та послаблення сімейних зв'язків;
- ~ інтенсифікація споживацької культури (витіснення духовних цінностей матеріальними благами);
- ~ інформаційний простір: конструювання медійного ландшафту, що сприяє пасивному засвоєнню контенту молоддю;
- ~ соціально-емоційна дестабілізація, викликана загрозами особистій цілісності через дію екстремальних факторів (збройні конфлікти, теракти, техногенні лиха);
- ~ проблемні взаємини у родинах, що генерують психологічну напругу молоді через родинні конфлікти, розпади шлюбів, створення нових сім'й, насильницькі дії членів сім'ї;
- ~ критичні життєві обставини та пов'язаний з ними психологічний тиск: прогули навчання, залежність від психоактивних речовин та цифрових ігор, змін місця проживання тощо [33].

Психотравма у дітей проявляється як комплексне явище, що спричиняє не лише органічні ушкодження, але й глибокі порушення душевного здоров'я. Установи, що займаються надання допомоги дітям з посттравматичним синдромом у нашій країні, визначають психотравматичну подію як такий вплив, який викликає інтенсивний страх або наносить істотну шкоду фізичному та психічному самопочуттю дитини. Внутрішні переживання дитини часто маніфестуються через поведінкові реакції. Це пояснюється незрілістю дитячої психіки в усіх аспектах та неповною здатністю усвідомлювати відбутися зміни. У зв'язку з цим дорослим необхідно сприймати поведінкові трансформації як специфічний вияв психологічного дистресу, якого пережила дитина [3].

Психологи О. Напрієнко, Д. Марценковський, О. Хоустова, О. Чабан та Л. Трачук провели дослідження, присвячене вивченню посттравматичних психічних розладів у молодих людей, які перебували у зоні військових дій та прилеглих мікрорайонах східної частини України. Опрацьовані дані дозволяють зробити низку висновків. За матеріалами анкетування молоді з міст Дніпро, Харків, Донецьк, Запоріжжя та Луганськ, дослідники зафіксували широку поширеність (досягаючи 83%) психічних та поведінкових аномалій серед молодих людей з територій конфлікту. Старші представники групи виявляли більшу кількість психологічних складностей у порівнянні з молодшими. Отримані дані демонструють, що опікуни цих молодих людей рідко звертались до фахівців для подолання психоемоційних криз. На постраждалих територіях діяли безпечні пропозиції психосоціальної допомоги громадськими організаціями, проте у недостатньому обсязі. Більшість сімей набували підтримку у близькому колі й виявляли скептицизм щодо послуг психологічної допомоги, які пропонували громадські структури [20].

І. Марціновська у своїх розробках акцентує на тому, що екстремальні психотравматичні ситуації спричиняють суттєві порушення у функціонуванні дитини. На першому етапі організм використовує накопичені адаптаційні резерви у відповідь на дію стресогенних чинників та гормональні коливання. Але з часом ці можливості виснажуються, що провокує розвиток астено-

невротичних станів, посилення нервово-психічної напруги та емоційної лабільності. Якщо факторів негативного впливу не усунуться, розвивається невроз стресового генезу, а при тривалості такого впливу - розлад адаптації та посттравматична стресова реакція. Цей висновок корелює з науковими розробками фахівців у сфері психічного здоров'я, які аналізували наслідки озброєних протистоянь для молодих людей у зоні військових операцій та периферійних районах, зокрема у східних регіонах України. Висновки досліджень засвідчують значну поширеність емоційно-поведінкових дисфункцій у дітей та підлітків в умовах воєнних дій, що вказує на критичну необхідність забезпечення кваліфікованої психосоціальної підтримки та підготовки опікунів до ефективного подолання емоційних криз їх вихованців [19].

На фоні травматичних впливів у молодих людей виникають різноманітні негативні прояви, які окреслюються такими характеристиками:

- ~ інтенсивна тривога щодо розлучення з опікунами як знакова реакція психіки;
- ~ втрата раніше опанованих компетенцій внаслідок емоційної дестабілізації та внутрішньої хвилювання;
- ~ порушення сновидіння та нічні жахи як ознака психоемоційного дисбалансу та занепокоєння;
- ~ пригнічені та циклічні ігрові сценарії, що містять мотиви або елементи пережитої кризи, як прояв спроби дитини переосмислити та адаптуватися до досвіду;
- ~ неочікувані фобічні реакції та паніка, що не мають видимого зв'язку з конкретною кризовою ситуацією, проте виникають як наслідок загальної атмосфери страху та душевного неспокою;
- ~ актуалізація травматичного досвіду через образотворче мистецтво, оповідання або графічну творчість як механізм переробки та інтеграції емоцій та пережитого;

~ немотивована фізична біль як соматичний еквівалент психологічного напруження та дискомфорту;

~ емоційна дратівливість та враждебні прояви як спосіб артикуляції негативних почуттів та стресової реакції.

Молоді люди можуть стикатися з академічними та соціальними ускладненнями, що проявляються спектром поведінкових девіацій, від насиченої дисфорії до агресивних прояву. Для дітей у школярському розвитку характерні стійкі емоційно-поведінкові розлади у формі фобічної невротизації, депресивних станів, істеричних симптомів, вегетативних дисфункцій та інших соматичних порушень, що трапляються в 1,5 разу частіше, ніж у молодшої дівчоти.

Наукові розробки І. П. Марціновської стосуються аналізу психічних особливостей та адаптаційних механізмів молодих людей, які зазнали травматичних впливів. Дослідниця виявила, що такі особи переживають почуття вразливості та втрати контролю, що спонукає їх до занепокоєння щодо наслідків та очікування песимістичних сценаріїв. Крім того, спостерігаються такі прояви, як стид, зниження Я-концепції та почуття відповідальності. Фіксуються також вияви ворожості та деструктивності, відстороненість від оточення та суб'єктивна ізолюваність, а також інтенсивні переживання втрати. Такі молоді люди транслують пережитий дисфункціональний досвід у власну поведінку та світорозуміння, мають складнощі з концентрацією та меморизацією інформації, звернені до розмаїтих форм страхів, страшних сновидінь та дисфункцій сону, а також мають психовегетативні прояви [18].

Деталізуючи кожен із названих психологічних станів, варто відзначити:

~ почуття вразливості та втрати керування: молоді люди можуть пережити дезорієнтацію у контролюванні подій, що генерує психологічне безсилля та страх перед загрозами;

~ передчуття негативних змін: занепокоєння перед невизначеністю та постійне чекання неприємних сценаріїв може викликати емоційну неустійчивість та складність у взаємодії з навколишніми;

~ стид, зниження автентичної самооцінки та почуття провини: переживання кризових ситуацій може сформувати внутрішні конфлікти, як-то: негативна Я-концепція, недооцінка особистісної цінності та самозвинувачення за неспроможність запобігти або уникнути подій;

~ артикуляція конфліктної емоційності та деструктивного імпульсу: деякі молоді люди трансформують свої внутрішні конфлікти через ворожість та фізичну агресію, особливо якщо відчують психологічне безсилля;

~ самоізоляція та почуття відсторонення: у постпсихотравматичному періоді деякі молоді люди переживають дезадаптацію та розрив соціальних зв'язків;

~ депресивна симптоматика: зустріч зі втратою або смертельною небезпекою генерує глибокий мірлос та апатію;

~ когнітивні ускладнення: травматичний досвід інтерферує з вищими психічними функціями, порушуючи увагу, пам'ять та засвоєння нового матеріалу, що загрожує навчальній успішності;

~ діапазон фобічних реакцій та невротичної тривоги: психотравма генерує поліморфні страхи та паніку у вигляді фобій або гіпервентиляційних криз;

~ нічні жахи та сомніологічні дисфункції: частина молодих людей переживає безспокійні сни або інсомнію після психотравмування;

~ психовегетативні порушення: кризова ситуація спричиняє соматичні симптоми, як-то: цефалгія, диспепсія та інші вегетативні розлади;

~ травматичні ігрові сценарії та ритуалізована поведінка: молоді люди можуть використовувати образну творчість та поведінкові сценарії для того, щоб когнітивно опрацювати та емоційно інтегрувати пережитий досвід.

Травматичні ігрові конструкти, що відбивають або символізують пережиту кризу, мають особливі ознаки: така творчість зазвичай характеризується консервативністю та монотонністю одного чи кількох сюжетних сценаріїв, що безперервно повторюються без змін чи творчих доповнень; мов людина залишається прив'язаною до конкретного наративу чи

сюжету, де елементи залишаються незмінними та безпосередньо пов'язаними з кризовою подією; в такій творчості переважно відсутні позитивні афективні забарвлення та енергія, що характеризує звичайну гру; дитина або підліток могла керувати грою як засобом екстеріоризації своїх негативних емоцій та душевних переживань, асоційованих з психотравмою; такі ігри позбавлені рольових варіацій та можливостей набути соціальної компетентності; творчий процес може тривати надзвичайно тривалий час, й дитина прагне постійно повертатися до однакових сюжетів.

Наведені ознаки дозволяють припустити, що травматичні ігри - це форма копінгу, однак вони також консоліднують та закріплюють емоційне неблагополуччя та дисфору.

Залежно від вікової категорії постпсихотравматичні симптоми маніфестуються по-різному. Дошкільники, наприклад, можуть демонструвати страх чи невротичну тривогу, непохитне небажання відсторонюватися від своєї опори у вигляді батьків або замінювачів. Їхня обмежена здатність до осмислення довгострокових наслідків та низька сприйнятливність до ризиків впливають на їх стресову реактивність. Крім того, мала дітвора, для якої мова не є основним засобом експресії, матеріалізує свої страхи через поведінку та тому потребує активної дорослої підтримки у подоланні труднощів [22].

Дошкільники часто осмислюють нещасні події як наслідок своїх дій. Це утворює так зване «магічне світоосмислення». Приклад: дитина припускає: «Якби я був більш послушним, це не сталося б», що провокує почуття провини. Молоді люди цього періоду можуть виражати психічну реакцію на кризу через розлади сну та нічні кошмари.

Дітям у шкільному розвитку притаманно переживати пережиті події у уяві, переставляючи послідовність та розмірковуючи про альтернативні дії чи порятунок постраждалих. Арсенал адаптаційних механізмів розширюється, оскільки дитина усвідомлює себе як агента власних дій чи бездіяльності під час кризи. Прикладом може бути ситуація, коли дитина усвідомлювала, але не

втрутилась у батьківський конфлікт. Школярам надзвичайно важливо атрибутувати відповідальність та оцінити справедливість подій.

Матурація когнітивних процесів робить дітей більш рефлексивними, вони глибше розуміють причинно-наслідкові зв'язки. Розвиток образного та абстрактного мислення може призвести до посилення обурення та превентивної тривоги щодо гіпотетичних ризиків.

Трансформація взаємин з ровесниками впливає на вербалізацію емоцій та артикуляцію думок. Дітям властиво утримуватись у висловленні своїх почуттів та переконань, оскільки вони бояться видатися „непохожими" для своєї референтної групи.

Дітям цього віку можуть бути притаманні регресивні поведінкові патерни, як-то: нічне недержання, пальцесмоктання, дитячий лепет та посилена тяга до іграшок. Ці явища вказують на психоемоційний дискомфорт та невротичну тривогу.

До того ж, такі діти можуть скаржитись на анорексію, гастралгію, цефалгію та запаморочення, що є наслідком психологічного неблагополуччя чи занепокоєння.

У шкільному контексті можуть виникати академ проблеми, включаючи дефіцит концентрації, шкільофобію та агресивну поведінку. Це може виявляти намагання дитини компенсувати психологічний дискомфорт, спричинений психотравмою чи шкільним стресом.

Підліткам, які пережили психотравматичні впливи, часто властиві академічні та когнітивні ускладнення. Вони можуть демонструвати дефіцит сконцентрованості та фокусації, що перешкоджає навчальній успішності та засвоєнню знань.

Вони також можуть мати складність у відтворенні спогадів про психотравму, особливо коли це стосується особливо інтенсивних або больових аспектів. Нерідко підлітки відтворюють лише фрагментарні деталі травматичних narratives, або намагаються витіснити спогади як захисний механізм від болю.

Розлади фокусації, гіпервігильність та песимістичне сприйняття небезпеки також можуть походити від психотравми. Такі порушення ускладнюють повсякденну адаптацію та соціальну взаємодію підлітка.

Підліткам притаманний вищий рівень самосвідомості, що дозволяє їм краще осмислювати пережите. Вони можуть рефлексувати як про позитивні, так і про негативні аспекти своєї поведінки, визначати власні помилки та шукати виправлення.

Тим не менше, підліткам властиві інтенсивні емоції, як-то: гнівливість, тривога чи меланхолія, які вони часто не розкривають або стримують. Вони часто утримують емоції як захисту від виявлення вразливості чи можливого засудження.

Попри те, що емоційна напруженість у підлітків залишається на дитячому рівні, їхнє мислення вже матирує та логізується. Це створює парадокс: підліткам складно примиритися з психотравмою, оскільки вони здатні прогнозувати наслідки та розуміти їх життєвий вплив, однак вони все ще мають обмежений контроль над своїми потужними емоціями.

Деякі молоді люди можуть скорочувати час у сімейному колі та збільшувати комунікацію з третіми особами, особливо якщо вони відчують турботу чи страх. Вони можуть бачити в активності та соціальній взаємодії засіб долання їхніх емоційних криз. Проте, такі підлітки можуть потрапити під вплив антисоціальних груп, включаючи озброєні угруповання. Це може бути спробою отримати підтримку та захист від внутрішніх конфліктів, але такі шляхи несуть ризики та можуть привести до подальших психосоціальних проблем.

Молоді люди, які пережили озброєні конфлікти чи інші критичні ситуації, типово зазнають психологічних труднощів, що перешкоджають їх пізнавальній та комунікативній компетентності. Вони можуть виявляти різноманітні поведінкові дисфункції, від гнітючої дисфорії до деструктивної агресії. Крім того, у підлітків можуть виникати статичні скарги без біологічного підґрунтя. Розлади настрою, емоційна апатія та обмеженість соціальної залученості часто

спостерігаються у молодих людей, розлучених з батьками на тривалий період під час збройних операцій.

Техногенні катаклізми, ініційовані людською діяльністю, мають найбільш деморалізуючий вплив. Техногенні лиха, спричинені недбалістю, також викликають серйозні труднощі. Ці кризи морально еквівалентні природним катаклізмам, однак супроводжуються більшими психологічними складнощами. Також слід враховувати, що критичні соматичні захворювання в дитячому віці можуть спровокувати розвиток посттравматичної стресової реакції.

Таким чином, аналіз психологічної наукової літератури дозволяє систематизувати ключові прояви постпсихотравматичного стресу у різних вікових етапах:

1. Ранній розвиток (до шкільного віку). Молода дитина може демонструвати множинні постстресові прояви, як-то: посилена сльозивість та голосність, гнітюча атмосфера або невротична тривога, нові фобічні реакції, включаючи страх розлучення з батьками чи їх заміниками, нічні кошмари, енуретичні прояви, деформації харчової поведінки, відновлення дитячого мовлення, відтворення психотравматичного досвіду у гравітній активності, інквізиторні питання щодо смерті, уповільнення розвитку та повернення до поведінки, що передувала психотравмі;

2. Шкільний період розвитку. Дітям у цьому віці властиві різноманітні постстресові прояви. Це охоплює почуття стидливості чи самозвинувачення, фобічну тривогу, надмірну емоційну прив'язаність до значущих дорослих, як-то: батьки чи педагоги. Дисомнія та когнітивні розлади, гіпервічильність щодо безпеки, стартл-реакції, постійна актуалізація травматичного досвіду та песимізм щодо рецидиву також можуть бути наявні. Діти можуть перебільшувати важкість невеликих травм, що впливає на їх академічну успішність та мотивацію.

3. Пубертатний період. Постстресові ознаки у підлітків можуть охоплювати депресивну симптоматику, суб'єктивну самотність чи відстороненість, уникнення місць, асоційованих з психотравмою, дисомнію,

залучення у ризиковану поведінку та розлади харчування, аутоагресію, детальне розповідання про психотравматичний досвід, експериментування з психоактивними речовинами та алкоголем, атипову сексуальну поведінку та ствердження про емоційну анестезію [43].

У частини молодих людей прояви постпсихотравматичної реакції виявляються одразу після кризи, тоді як в інших вони можуть маніфестуватися через тижні чи місяці. Такі особи потребують термінової кваліфікованої психологічної допомоги.

Висновки до першого розділу

У сучасній літературі термін «стрес» використовується у мінімум трьох значеннях: по-перше, як зовнішній стимул або подія, що викликає напругу в людини; по-друге, як стан напруги та хвилювання, що виникає внаслідок стресу і відображає внутрішній психічний стан людини; і по-третє, стрес може виникнути як природна реакція організму на негативні вимоги чи впливи. У сучасному розумінні, коли стрес призводить до психічного розладу, його наслідки вважаються травматичними. Травматичний стрес - це специфічне переживання, яке є результатом особливої взаємодії людини з навколишнім світом. Травма, яка викликає травматичний стрес, має чотири характеристики: усвідомлення того, що сталося, наявність зовнішньої причини, переживання ситуації, яка порушує нормальний спосіб життя, і подія, яка викликає страх або відчуття слабкості. Психологічні симптоми травматичного стресу включають шок, заперечення, невіру, гнів, роздратування, пригнічений настрій, провину, сором, самозвинувачення, смуток, безнадію, труднощі з концентрацією уваги, тривогу і страх, ізоляцію від інших. Фізичні симптоми травматичного стресу включають безсоння, нічні кошмари, ірраціональні страхи, прискорене серцебиття, біль, втому, напругу, збудження і м'язову напругу.

Вивченням стресу займалися видатні вчені, такі як Г. Сельє, Р. Лазарус, С. Фолкман, В. Кеннон. Дослідження проблеми травматичного стресу здійснювали такі вчені, як Р. Зачеписький, Т. Остряко, Г. Подольська, Д. Романовська, Т. Титаренко, С. Уварова, С. Хобфолл тощо.

У дошкільному віці діти можуть частіше плакати або кричати, відчувати себе пригніченими або боязкими, виникати нові страхи та кошмари, мати проблеми з контролем сечі та навчатися неприйнятних їдальних звичок, повертатися до дитячого лепету, відтворювати травматичні сценарії у грі, ставити запитання про смерть, відзначати затримку у розвитку та повертатися до раніше проявленої поведінки.

У шкільному віці діти можуть відчувати сором або провину, страх та тривогу, демонструвати надмірну прив'язаність до дорослих, мати проблеми зі сном та увагою, бути надто турботливими про свою та інших безпеку, здригатися за найменшого подразника, постійно розповідати про травмуючий досвід, боятися його повторення, реагувати на незначні травми та відчувати зниження успішності в навчанні.

У підлітковому віці можуть виявлятися ознаки депресії, почуття самотності, уникання місць, що нагадують про травму, проблеми зі сном, ризикована поведінка, розлади харчової поведінки, самопошкодження, деталізоване розповідання про травмуючий досвід, вживання наркотиків та алкоголю, нестандартна сексуальна активність та нерозбірливість, а також відмова від власних почуттів.

Отже, у дошкільному, шкільному та підлітковому віці діти можуть проявляти різноманітні ознаки травматичного стресу. У кожному віковому періоді ці ознаки проявляються по-різному, відповідно до особливостей розвитку та взаємодії зі світом. Дослідження показують, що вік важливо враховувати при аналізі та розумінні травматичного стресу у дітей та підлітків.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

2.1 Організація дослідження з проблеми впливу травматичного стресу на дітей шкільного та підліткового віку

Для виконання поставлених цілей було організовано емпіричне дослідження серед молодших школярів та підлітків, які перебували на території України в умовах збройного конфлікту. Опитування реалізовано через платформу Google Forms. Загалом долучилися 40 респондентів: 20 дітей молодшого шкільного віку та 20 підлітків. Такий розподіл забезпечив репрезентативність вибірки для порівняння вікових особливостей.

Дослідницький процес структуровано у п'ять послідовних етапів. Перший етап містив первинну діагностику тривожності, агресивності, замкнутості та почуття ізоляції у молодших школярів. Другий етап був спрямований на аналіз депресивних проявів та загального психічного благополуччя підлітків. Третій етап охоплював вивчення наслідків травматичного досвіду для обох вікових груп. Четвертий етап передбачав зіставлення емпіричних даних для виявлення специфіки посттравматичного впливу на різні вікові категорії. Завершальний п'ятий етап включав формулювання практичних психолого-педагогічних порад для батьків щодо супроводу дітей та підлітків з травматичним досвідом.

Для аналізу посттравматичного стресу у молодших школярів залучено низку стандартизованих інструментів: шкалу «Загальна тривожність» з Багатошкалового опитувальника дитячої тривожності (БОДТ) (Додаток А); проєктивний тест Панфілової М. А. «Кактус» (Додаток Б), призначений для оцінки емоційного профілю, зокрема виявлення агресивності, закритості та самотності.

Для дослідження психоемоційних станів та депресивних тенденцій у підлітків використано: шкалу «Діагностика депресивного стану» В. Зунга (у адаптації Т. Н. Балашової) (Додаток В); опитувальник Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів» (Додаток Г).

Далі подано характеристику кожної діагностичної процедури та її релевантність для поставлених завдань дослідження.

БОДТ забезпечує комплексну оцінку тривожного стану у осіб віком від 7 до 18 років. Інструментарій включає 10 тверджень щодо типових переживань дитини. Відповіді фіксуються у бінарному форматі «так/ні», з відповідними оцінками 0 або 1 бал. Діапазон суми балів становить від 0 до 10. За отриманим показником класифікують рівень тривоги як низький, помірний, високий чи патологічно виражений. Шкала охоплює самооцінку, внутрішню впевненість, прогностичні настановлення та реакції на стресові впливи.

Проективна методика «Кактус» розрахована на дітей від трьох років і старше. Вона дозволяє виявляти ключові психологічні риси: агресивні тенденції, тривожність, ізоляцію, захисні потреби, імпульсивність, інтровертованість, розважливість та комунікативну відкритість. Процедура передбачає надання аркуша А4, простого та кольорових олівців. Оцінка базується на стандартних проективних параметрах (просторове розміщення, якість ліній, тиск інструменту) та специфічних критеріях «Кактуса»: композиційні деталі, тип кактуса (дикий/ домашній /схематичний/ деталізований), параметри голок (кількість, позиціонування, габарити).

Шкала депресії В. Зунга в українській адаптації Т. Балашової (1995 р.) є надійним засобом для виявлення та градації депресивних станів. Адаптація зберігала автентичну структуру запитань та бальну систему, але враховувала національно-культурний контекст через лінгвістичні та семантичні коригування. Опитувальник містить 20 пунктів, що оцінюють емоційний стан за останній тиждень. Кожне твердження має чотири градації відповіді з оцінками від 1 до 4 балів. Загальний індекс розраховується сумарно: вищий показник корелює з інтенсивнішим депресивним синдромом.

Опитувальник Г. Айзенка для самооцінки психічних станів є універсальним інструментом аналізу психічного благополуччя. Він фіксує тривожність, фрустраційність, агресивність та ригідність. Складається з 40 позицій, де респонденти оцінюють частоту проявів: регулярні - 2 бали, епізодичні - 1 бал, відсутні - 0 балів. За сумами по шкалах визначають градацію параметрів як високу, середню чи низьку.

Для вимірювання впливу травми на психіку дітей та підлітків застосовували Модифіковану шкалу оцінки травматичного впливу для дітей (CRIES-8) (Додаток Д). Цей інструментарій розрахований на осіб 8-18 років і кількісно оцінює психологічні наслідки травми. Складається з восьми запитань із чотирма градаціями: «ніколи» - 0, «рідко» - 1, «іноді» - 3, «часто» - 5 балів. Максимум - 24 бали. Аналіз ведеться за субшкалами «втручання» та «уникнення», що диференціює поведінкові та емоційні наслідки травматичного досвіду.

2.2 Аналіз результатів дослідження

Головним пріоритетом дослідження стало вивчення впливу посттравматичного стресу на молодших школярів. Для вимірювання ступеня тривожності застосовувалася шкала загальної тривожності з Багатошкалового опитувальника дитячої тривожності (БОДТ). Учасникам пропонувалося оцінити ступінь згоди з 10 твердженнями, що дозволило точно встановити інтенсивність їхнього тривожного стану.

Результати аналізу за методикою оцінки тривожності розподілилися наступним чином: патологічно високий рівень тривоги не зафіксовано у жодного учасника, високий рівень тривожності виявлено у 30% молодших школярів (6 осіб), помірний рівень тривожності характерний для 55% респондентів (11 осіб), низький рівень тривожності спостерігається у 15%

учасників (3 особи). Для наочної демонстрації цих показників доцільно використати графічне зображення (Рис. 2.1).

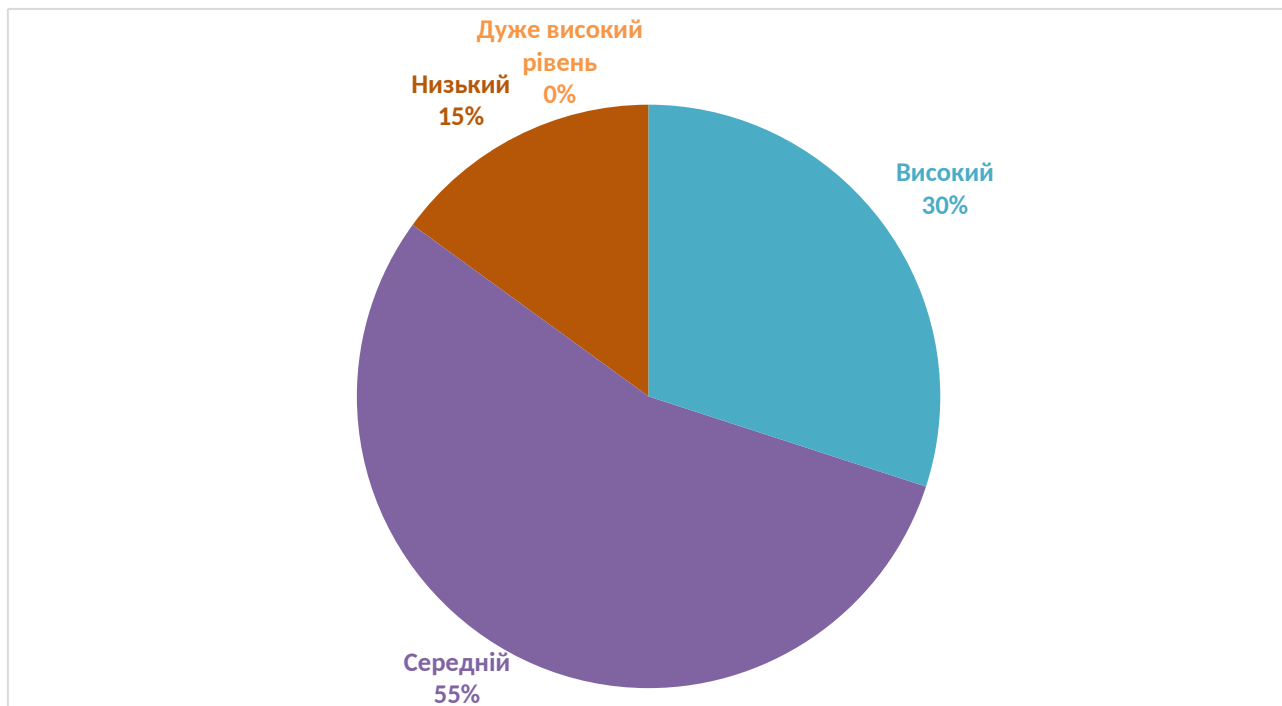


Рис. 2.1. Розподіл рівнів тривожності респондентів молодшого шкільного віку

За даними емпіричного дослідження високий рівень тривожності зафіксовано у 30% учасників. У молодших школярів з цією характеристикою спостерігається пригнічений настрій, посилена нервова чутливість та емоційна лабільність. Такі діти нерідко сумніваються у своїх можливостях і відчувають невпевненість у значущих обставинах. В знайомих та передбачуваних умовах їхній афект стає більш рівноважним. Однак при зіткненні з новизною або ускладненнями виникає тривожність, психоемоційний дискомфорт та дестабілізація почуттів.

Помірний рівень тривожності виявлений у 55% респондентів. Молодші школярі з такими показниками зазвичай зберігають спокій, довіряють власним ресурсами та здатні адекватно аналізувати виклики. Вони реагують на потенційні ризики логічно та можуть модулювати емоційну реактивність залежно від сили переживань. Їхні дії та комунікація з оточенням базуються на переконанні у здатності долати труднощі. У стресових або конфронтаційних

ситуаціях вони спокійно сприймають зауваження, адекватно оцінюють схвалення та подяку, а також рідше звинувачують інших у проблемах.

Низький рівень тривожності характерний для 15% учасників. Емоційне тло таких дітей відзначається підвищеним настроєм та внутрішньою впевненістю. Вони позитивно ставляться до своїх компетенцій, процесу навчання та взаємодії з однолітками і педагогами. Водночас важливо зазначити, що знижена тривожність може свідчити як про психологічну стійкість та оптимізм, так і про можливу поверхневу емоційність, що вимагає уваги до потенційних захисних механізмів.

Для аналізу емоційного профілю та виявлення агресивних тенденцій, закритості й ізоляції використано проєктивний тест «Кактус» М. Панфілової. Учасникам пропонувалося зобразити кактус на стандартному аркуші, що забезпечило можливість інтерпретації психологічних рис через особливості графічного виконання.

Емпіричні дані розподілилися таким чином:

- агресивні прояви виявлено у 45% молодших школярів;
- закритість характерна для 10% респондентів;
- ізоляційні переживання присутні у 25% учасників;
- відсутність зазначених ознак зафіксовано у 20% досліджуваних.

Для графічної демонстрації цих результатів доцільно використати Рисунок 2.2.

Отримані емпіричні показники демонструють спектр емоційних реакцій у молодших школярів та підкреслюють потребу в пильному моніторингу їхнього психоемоційного стану як під час дослідження, так і в процесі подальшого супроводу. Ці дані створюють підґрунтя для конструювання персоналізованих психологічних підходів до взаємодії з кожним учасником. Забезпечення психологічної допомоги та впровадження дієвих стратегій адаптації для респондентів сприяє покращенню їхнього душевного комфорту та загального рівня життєвої компетентності. Особливе значення має врахування

індивідуальних психологічних профілів кожної дитини та реагування на їхні специфічні запити з урахуванням аналітичних висновків дослідження.

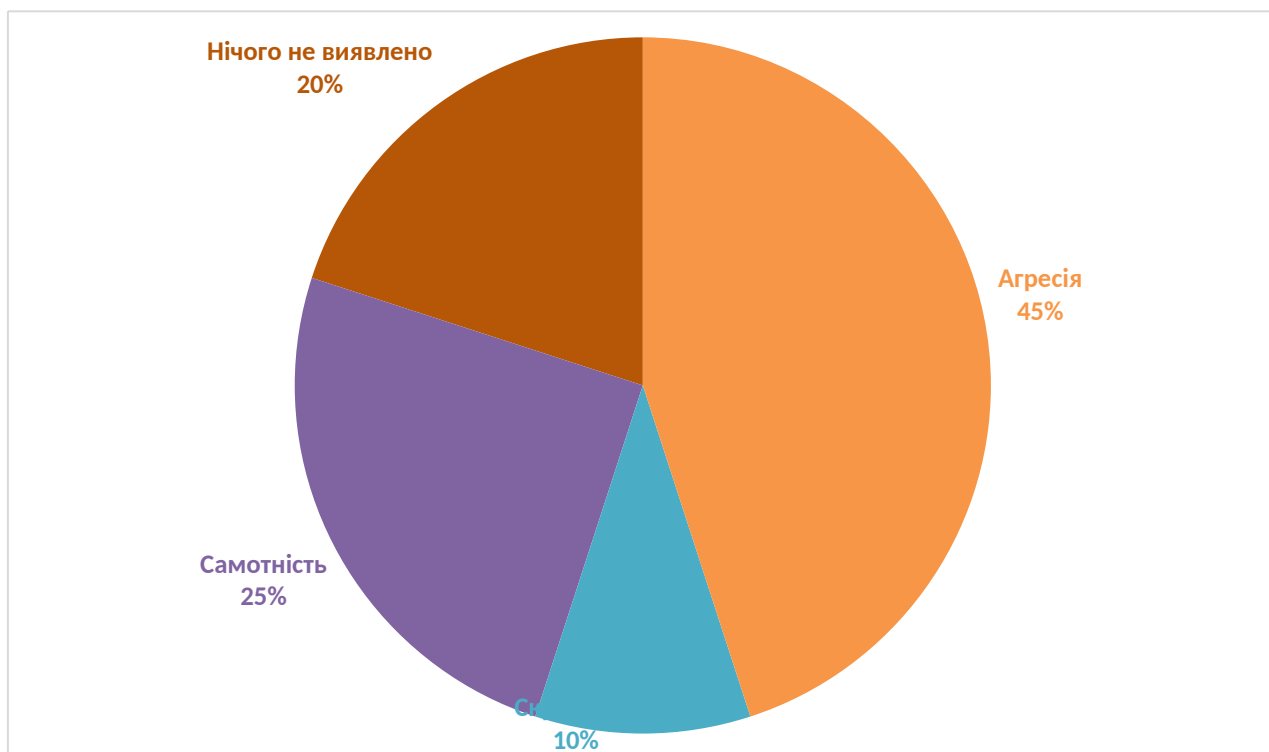


Рис. 2.2. Результати респондентів молодшого шкільного віку за проективною методикою «Кактус»

За допомогою адаптованої Т. Н. Балашовою шкали «Діагностика депресивного стану» В. Зунга проведено аналіз депресивних тенденцій у підлітковій групі. Кожному респонденту було запропоновано оцінити 20 параметрів, що відображають емоційний стан за останній період.

Результати розподілилися наступним чином:

- 20% підлітків не показали депресивних проявів (4 особи);
- легка ситуативна або реактивна депресія виявлена у 60% учасників (12 осіб);
- субдепресивний стан зафіксовано у 15% респондентів (3 особи);
- виражена депресія характерна для 5% досліджуваних (1 особа).

Для графічного представлення цих даних використано Рисунок 2.3:

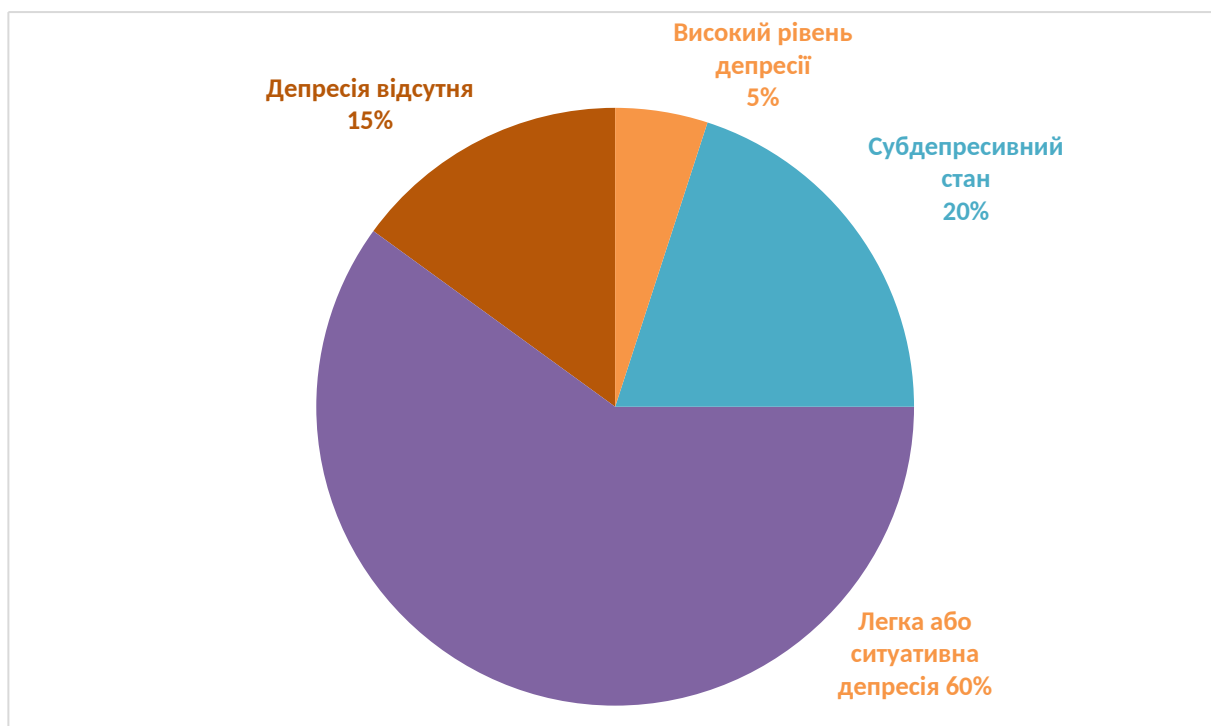


Рис. 2.3. Дані за методикою «Діагностики депресивного стану» В. Зунгу (адаптована Т. Балашової)

Результати психоемоційної діагностики розподілилися таким чином: 20% учасників демонструють нормальний психічний стан без ознак депресії, що оцінюється як прийнятний показник; у 60% респондентів виявлено легку форму депресії, яка проявляється втратою зацікавленості до життєвих сфер, зниженим настроєм, постійною тривожністю та труднощами з концентрацією уваги. Крім того, у 15% підлітків зафіксовано субдепресивний стан із нав'язливими думками, лабільністю настрою, емоційними сплесками та занепокоєнням щодо соціального оточення. Нарешті, 5% досліджуваних характеризуються високим рівнем депресії з потенційно серйозними психоемоційними ускладненнями, що вимагає детального аналізу етіологічних факторів та розробки персоналізованих програм психологічної підтримки для кожного учасника.

Учасникам було доручено виконати самооцінку психічного благополуччя за опитувальником Г. Айзенка з метою встановлення рівнів тривожності, фрустрації, агресії та ригідності. Аналіз включав перевірку внутрішньої консистентності відповідей, результати якої розподілилися наступним чином:

За шкалою «Тривожність»:

- ~ 35% учасників (7 осіб) показали низький рівень, що вказує на відсутність тривожних переживань;
- ~ 45% (9 осіб) демонструють середній рівень, який відповідає типовим показникам;
- ~ 20% (4 особи) мають високий рівень із потенційним ризиком емоційних криз.

За шкалою «Фрустрація»:

- ~ 30% респондентів (6 осіб) характеризуються низьким рівнем, що свідчить про задоволення базових потреб;
- ~ 50% (10 осіб) мають середній рівень із нормальними показниками адаптації;
- ~ 20% (4 особи) виявили високий рівень, асоційований із зниженою самооцінкою та страхом невдач.

За шкалою «Агресивність»:

- ~ 45% (9 осіб) показали низький рівень із рисами спокійного темпераменту;
- ~ 40% (8 осіб) демонструють середній рівень як норму;
- ~ 15% (3 особи) мають високий рівень із можливими комунікативними труднощами.

За шкалою «Ригідність»:

- ~ 30% (6 осіб) характеризуються низьким рівнем із гнучкою поведінкою;
- ~ 55% (11 осіб) мають середній рівень із типовою реакцією на новизну;
- ~ 15% (3 особи) виявили високий рівень із труднощами адаптації до змін.

Для наочної інтерпретації цих даних підготовлено графічне представлення на Рисунку 2.4:

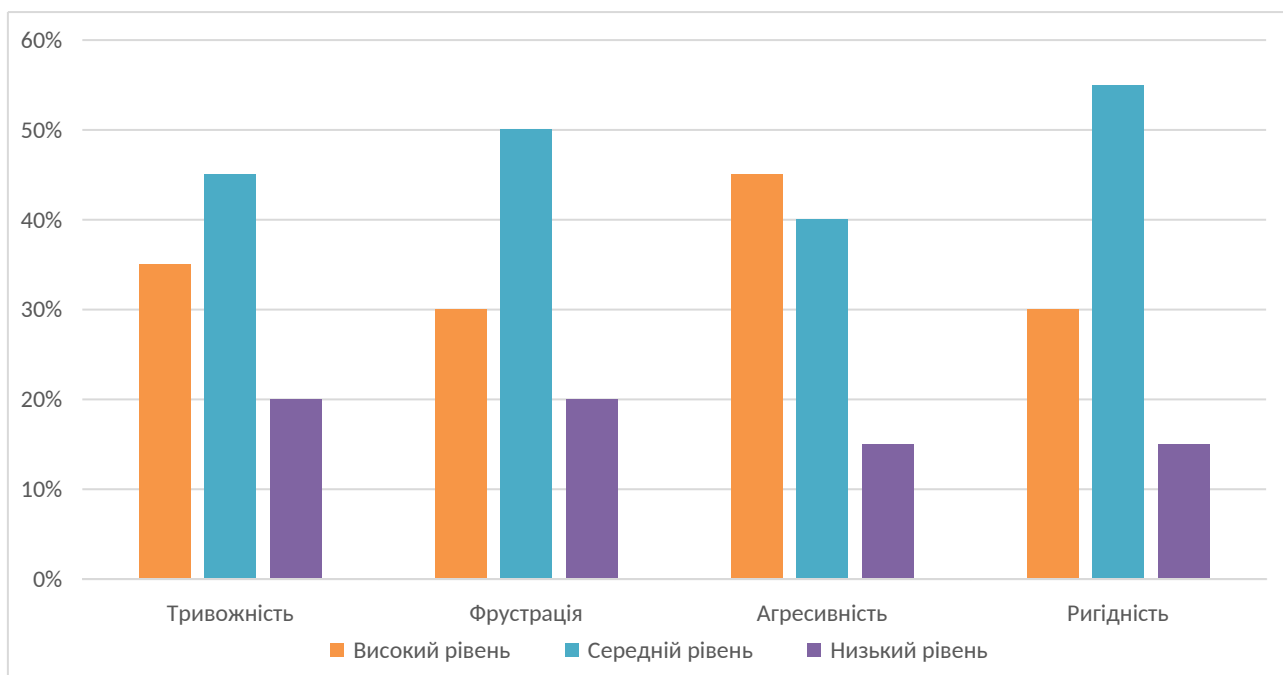


Рис. 2.4. Дані за методикою «Самооцінка психічного стану»
(автор Г. Айзенком)

Після завершення первинної діагностики посттравматичного впливу на молодших школярів та підлітків було задіяно інструментарій «Модифікована шкала оцінки травматичної реакції для дітей» (CRIES-8). Емпіричні показники розподілилися таким чином: серед молодших школярів високий рівень травматичної реактивності зафіксовано у 25% випадків, помірний - у 45%, низький - у 30%; у підлітковій групі високий рівень становить 35%, середній - 55%, мінімальний - 10% .

Низький рівень реакції свідчить про незначний психологічний вплив травматичного досвіду, що відповідає типовій адаптації. Додатковий супровід для таких дітей не потребується, оскільки вираженого емоційного дискомфорту не спостерігається.

Середній рівень вказує на помірний вплив кризової події з можливими проявами тривоги, депресивних тенденцій чи стресових реакцій. У таких обставинах доцільна профілактична підтримка для відновлення емоційної стабільності.

Високий рівень реактивності демонструє суттєвий психотравматичний вплив із тяжкими симптомами - від інтенсивної тривоги до ознак посттравматичного стресового розладу. Для цієї категорії необхідна систематична професійна допомога та активний психосоціальний супровід.

За субшкалою «Втручання» серед дітей високий рівень зафіксовано у 25%, помірний - у 35%, низький - у 40%. У підлітків високі показники складають 40%, середні - 35%, низькі - 25%.

Низькі значення «Втручання» характеризують здатність дитини самостійно справлятися зі стресогенними впливами без зовнішньої допомоги. Такі діти володіють розвиненими механізмами саморегуляції та проблемно-орієнтованою поведінкою.

Помірний рівень вказує на наявність тривожності, страху чи роздратування з потребою у підтримці дорослих - батьків, педагогів чи психологів. Дорослі забезпечують емоційну стабілізацію та коректне подолання труднощів.

Високий рівень «Втручання» сигналізує про потребу в терміновій професійній інтервенції. Діти демонструють інтенсивний страх чи гнів із дезадаптивною поведінкою, що вимагає створення безпечного середовища та спеціалізованої допомоги.

За субшкалою «Уникнення» серед молодших школярів високий рівень становить 50%, середній - 40%, низький - 20%. У підлітків високі показники - 55%, помірні - 25%, низькі - 20%.

Діти з низьким рівнем уникнення мінімально уникають травматично забарвлених ситуацій і здатні до відкритого обговорення чи конфронтації з нагадувачами без порушення щоденної активності.

Помірне уникнення характеризується епізодичними спробами дистанціюватися від травматичних тригерів без значного впливу на адаптацію чи соціально-навчальну компетентність.

Високий рівень уникнення відображає виражену схильність до ізоляції від будь-яких травматичних асоціацій. Такі діти уникають вербалізації, дій чи

контактів, пов'язаних із кризою, що корелює з гіпертривожністю та обмеженням життєдіяльності.

Для комплексного аналізу посттравматичного стресу виконано кореляційний зіставлення двох діагностичних інструментаріїв. Рисунок 2.5 ілюструє порівняння показників Шкали «Загальна тривожність» БОДТ з рівнем травматичної реактивності за CRIES-8.

Результати підтверджують пряму кореляцію: інтенсивніша реакція на травму асоціюється з вищим рівнем загальної тривожності, особливо виражено у молодших школярів. Діти з посиленою травматичною реактивністю демонструють статистично значущі показники тривожності.

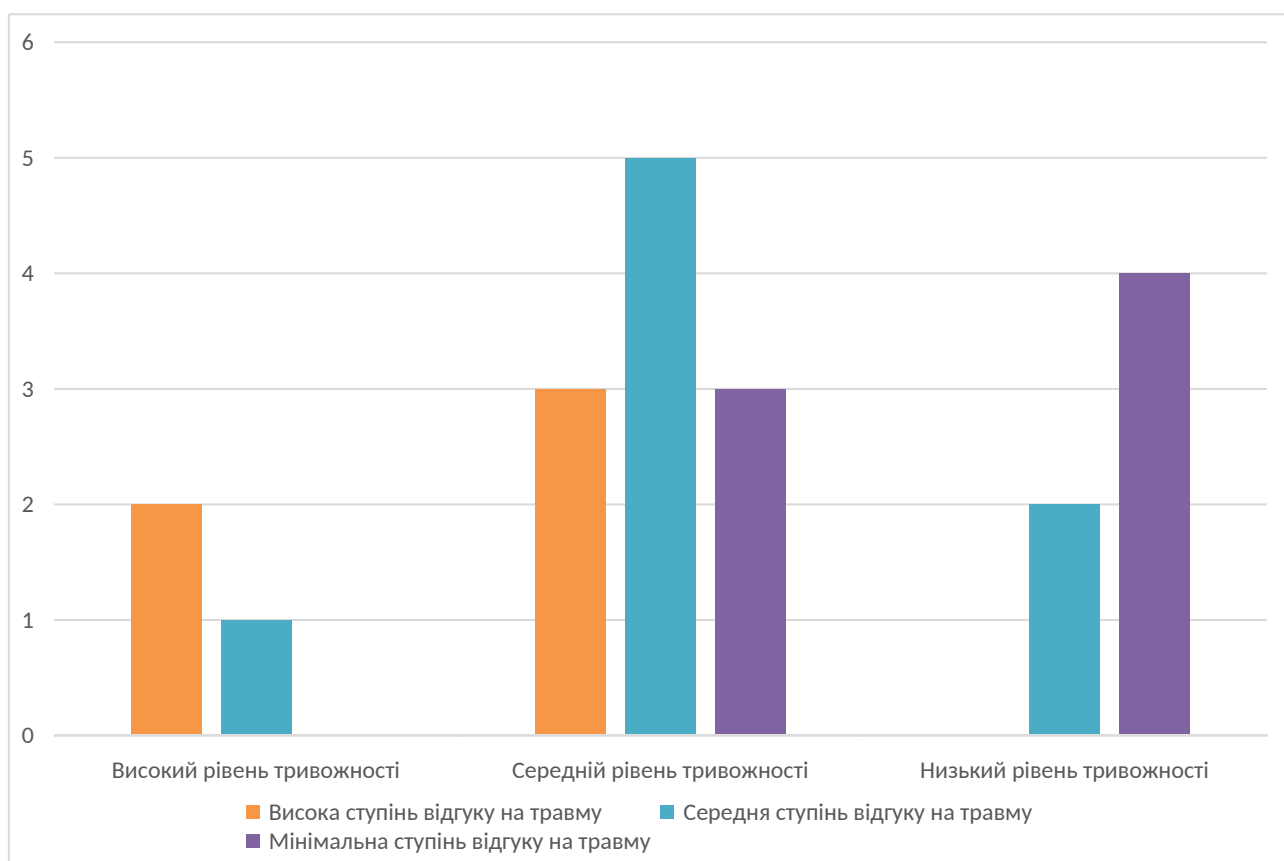


Рис. 2.5. Порівняння результатів за шкалою загальної тривожності БОДТ та ступінь відгуку на травму за методикою «CRIES-8»

Зіставлення результатів проєктивного тесту «Кактус» М. Панфілової з інтенсивністю травматичної реактивності за шкалою CRIES-8 (модифікована для оцінки посттравматичного впливу) представлено на Рисунку 2.6. Аналіз

даних засвідчує, що респонденти з високим та помірним рівнями реакції на травму частіше демонструють агресивні тенденції, замкнутість та ізоляційні переживання порівняно з групою мінімальної реактивності. Ця кореляція підкреслює потребу в поглибленому дослідженні психотравматичного впливу на душевний стан молодших школярів та підлітків, а також у конструюванні адресних програм психосоціальної підтримки для забезпечення їхнього емоційного комфорту та гармонійного розвитку.

Отримані емпіричні закономірності акцентують на критичній важливості систематичного аналізу наслідків травматичних криз для психічного здоров'я дитячої та підліткової аудиторії. Висновки дослідження аргументують нагальну потребу у формуванні дієвих стратегій психологічної інтервенції, спрямованих на нейтралізацію деструктивних проявів та оптимізацію загального психоемоційного благополуччя.

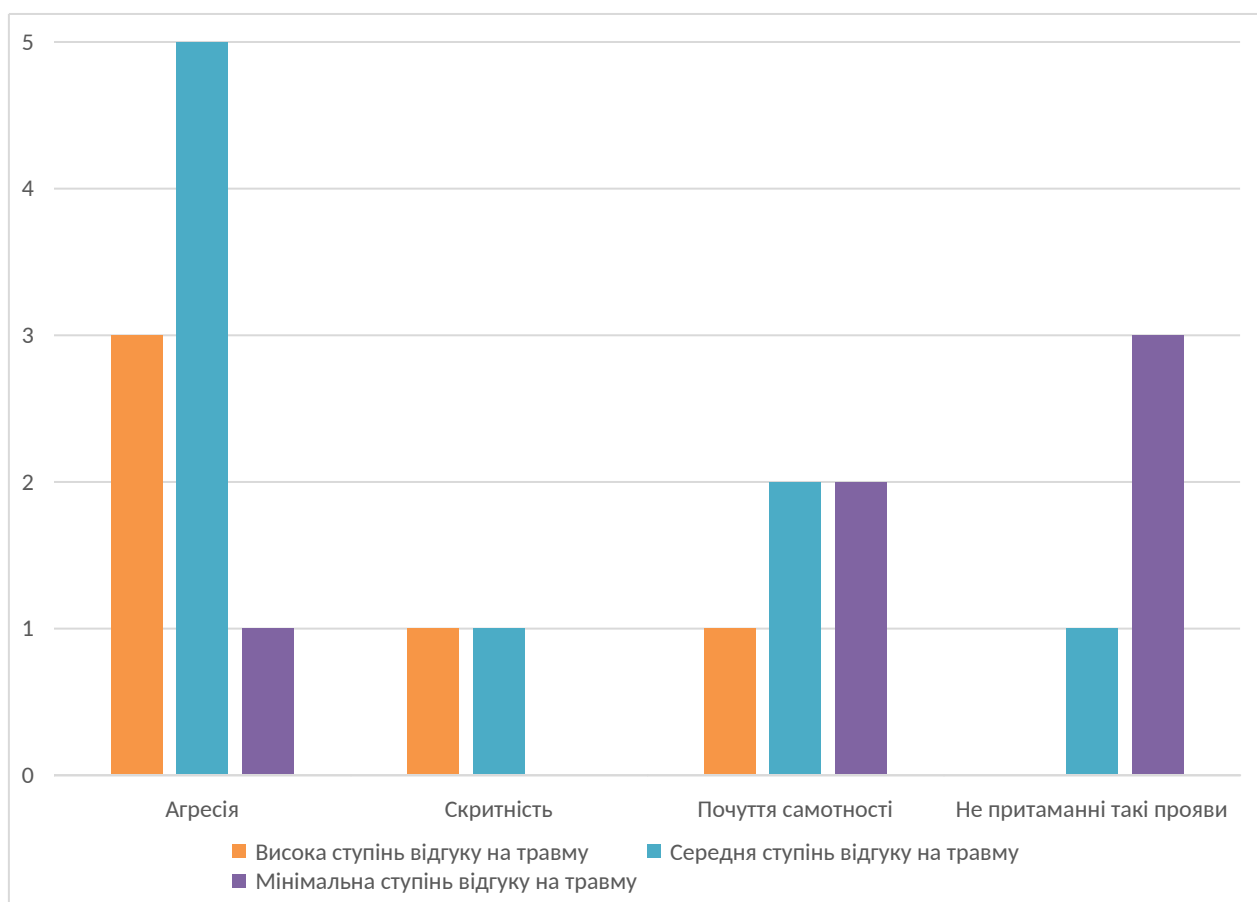


Рис. 2.6. Порівняння результатів проективної методики «Кактус» та ступінь відгуку на травму за методикою CRIES-8

Порівняння результатів за методикою «Діагностики депресивного стану» В. Зунгу (адаптація Т. Балашової) та ступеня відгуку на травму за методикою Модифікована шкала оцінки впливу травматичної події для дітей CRIES-8 представлені на рисунку 2.7. Ці результати свідчать про тісний взаємозв'язок між травматичним стресом і депресією у досліджуваних.

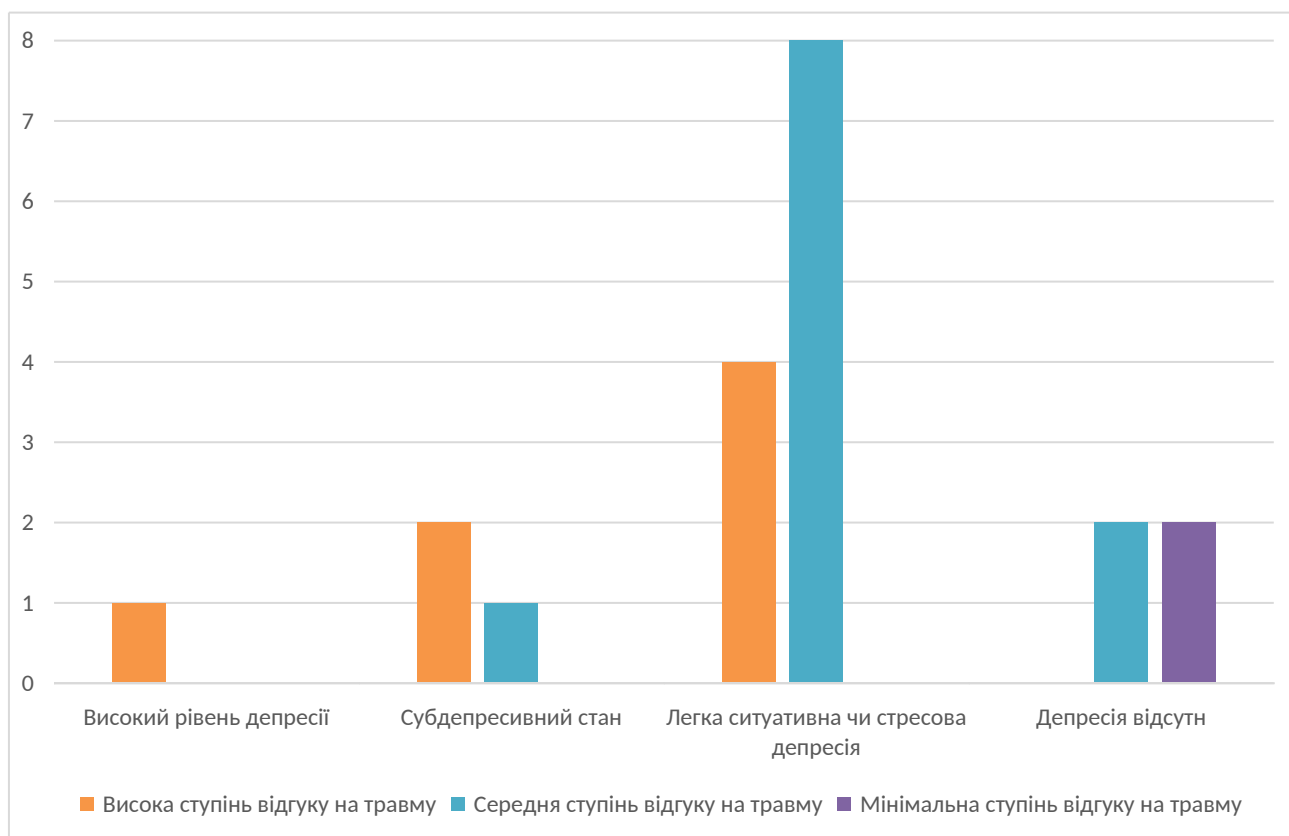


Рис. 2.7. Порівняння результатів за методикою «Діагностики депресивного стану» В. Зунг (адаптація Т. Н. Балашової) та ступінь відгуку на травму за методикою CRIES-8

Співставлення показників опитувальника «Самооцінка психічного стану» Г. Айзенка з інтенсивністю травматичної реактивності за Модифікованою шкалою CRIES-8 для дітей відображено на Рисунку 2.8. Отримані результати переконливо засвідчують наявність прямої кореляційної залежності між ступенем реакції на психотравму та загальним психоемоційним станом учасників дослідження.

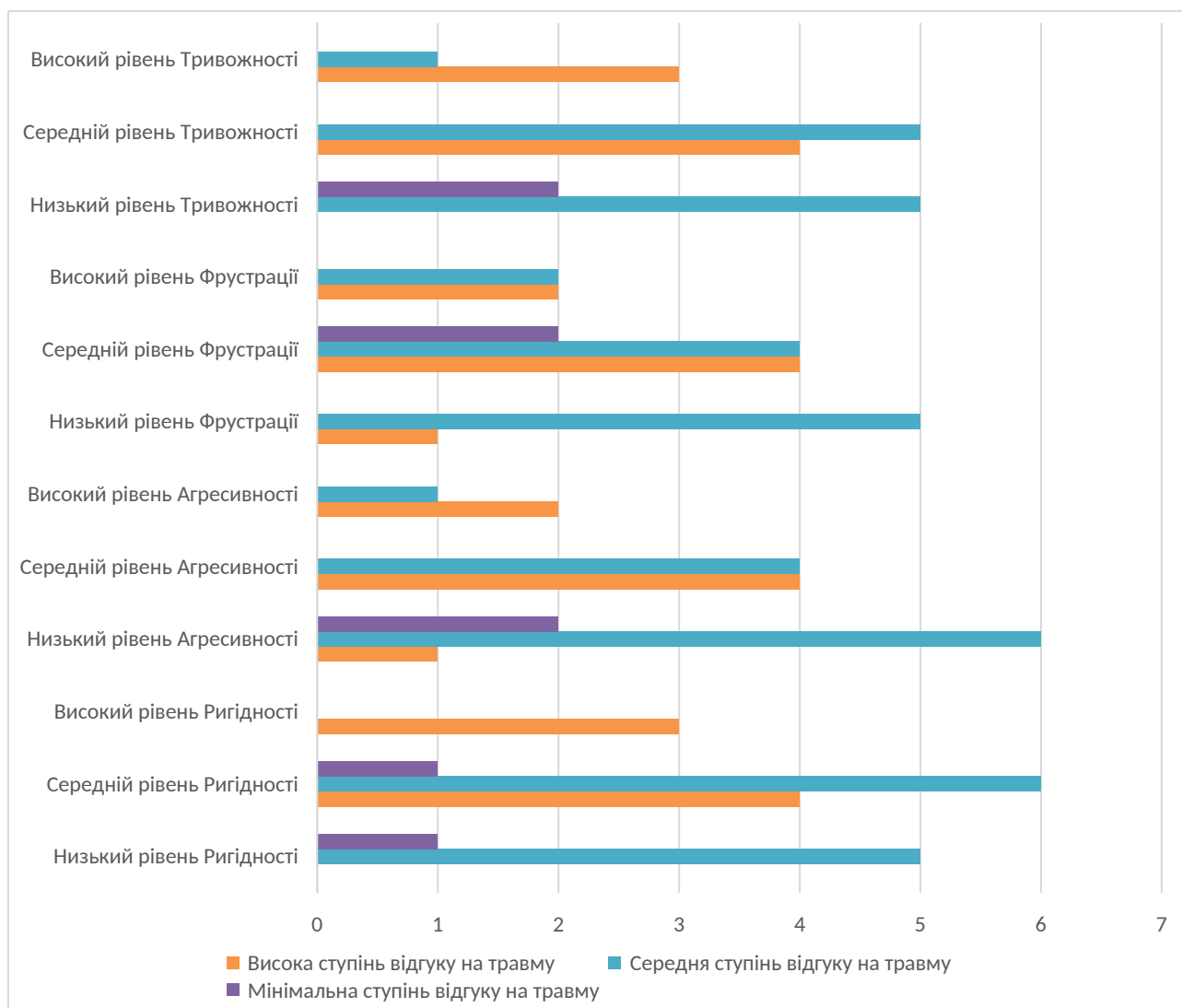


Рис. 2.8. Порівняння результатів за методикою «Самооцінка психічного стану» (автор Г. Айзенком) та ступінь відгуку на травму за методикою CRIES-8

Емпіричні дані засвідчують, що посилення травматичної реактивності у молодших школярів та підлітків корелює зі зростанням показників тривожності, агресивності, фрустраційності та ригідності. Ця закономірність підкреслює суттєвий психотравматичний вплив на душевне здоров'я молодого покоління.

Аналіз отриманих показників дозволяє констатувати значний вплив посттравматичного стресу на психоемоційну сферу дітей та підлітків. Молодші школярі з високою травматичною реактивністю частіше демонструють тривожні стани та агресивні прояви, тоді як у підлітковій групі це сприяє формуванню депресивних синдромів та інших психічних дисфункцій.

Таким чином, психотравматичний досвід чинить деструктивний вплив на психічне благополуччя молоді, що аргументує нагальну потребу в оперативному психосоціальному та психіатричному супроводі. Дослідження підтверджує: молодші діти реагують посиленою тривожністю та конфліктною поведінкою, підлітки ж схильні до депресивних реакцій та загального емоційного дискомфорту. Висновки підкреслюють критичну роль психологічної допомоги у відновленні адаптивності та емоційної гармонії.

Наслідки травматичного стресу для дитячої та підліткової аудиторії можуть мати тривалі негативні ефекти. Особи з посттравматичним досвідом часто переживають страх, гіпертривожність, безпорадність та емоційну ізоляцію. Це призводить до падіння академічної успішності, комунікативних бар'єрів, зниження Я-концепції та широкого спектра психоемоційних ускладнень. Своєчасна психологічна інтервенція стає ключовим фактором успішного подолання кризових наслідків та забезпечення безпечного психічного розвитку.

Практична цінність результатів полягає у можливості для психологів, педагогів та батьків проводити раннє виявлення осіб із зонами психічного ризику. Профілактична діагностика та адресні програми втручання сприяють розвитку стійкості до стресу, мінімізації загроз важких психопатологій та створенню умов для повноцінного емоційного благополуччя й самореалізації молоді.

2.3 Рекомендації батькам для допомоги дітям та підліткам, які пережили травматичний стрес

Емпіричні висновки дослідження засвідчують негативний вплив посттравматичного стресу на молодших школярів та підлітків, які перебували в Україні під час інтенсивних бойових операцій. Це ключове спостереження

аргументує потребу у формуванні практичних настанов для батьків щодо психосоціального супроводу постраждалих дітей у процесі подолання наслідків кризового досвіду.

Міжнародні фахівці з психічного здоров'я також систематично розробляють підходи до підтримки молоді, що зазнала воєнних та інших травм. Зокрема, на ресурсі Anxiety Canada автори Деніел Чорні, Лінн Міллер, Морін Вітталл та Кармен Маклін представили матеріал «Стратегії підтримки дітей, які постраждали від війни та інших травматичних подій» [45]. Такі напрацювання відображають глобальне визнання пріоритетності психологічної допомоги дітям у кризових умовах.

Перш ніж деталізувати рекомендації для батьків, сформовані на основі зазначених наукових розробок, коротко перелічимо ключові принципи: забезпечення фізичної безпеки; нормалізація емоційних реакцій дитини; розширення фокусу підтримки на всю родину; вербалізація травматичних реакцій; формування стратегій копіngu; позитивне підкріплення поведінки; створення умов для релаксації; градаційна десенсибілізація до тригерів; професійна консультація за потреби.

Деталізуємо кожен аспект. Безпека становить базову передумову ефективності подальших заходів. Поки базові потреби (житло, харчування, сон, захист) не задоволені, вони залишаються абсолютним пріоритетом. Створіть атмосферу фізичної та психологічної безпеки, де діти можуть вільно артикулювати переживання та думки.

Нормалізація реакцій. Допоможіть дитині усвідомити природність її емоцій - тривоги, горя, роздратування чи дезорієнтації - у контексті пережитого. Діти часто приховують афект через ілюзію унікальності страждань. Поділіться власним досвідом тривоги для демонстрації солідарності та підтримки. Підкреслюйте легітимність їхнього емоційного спектру як адекватної реакції на кризу.

Родинний контекст проблеми. Травматичний стрес торкається всієї сім'ї, тому супровід потребує комплексного підходу. Рекомендується обстеження

всіх членів родини, які прямо чи опосередковано зазнали впливу кризи - від безпосередніх учасників до тих, хто отримав інформацію від очевидців. Навіть непрямий контакт може провокувати вікарний травматичний досвід. Створіть культуру відкритості та взаємної підтримки для колективного подолання емоційних викликів.

Вербалізація травматичного досвіду. Спокійний діалог про емоційні реакції на кризу є фундаментом відновлення. Поясніть, що інтенсивні афекти при актуалізації травматичних спогадів становлять фізіологічно обґрунтовану реакцію на «погані події». Ці стани є етапом релаксації, а не ознакою слабкості. Введіть концепт «тригерів» - специфічних стимулів (звуки, запахи, локації), що активують посттравматичну реактивність. Усвідомлення тригерів сприяє формуванню стратегій самоконтролю.

Формування адаптивних копінг-стратегій. Допоможіть дитині ідентифікувати тригери та конструювати здорові відповіді. Підтримуйте вербалізацію афекту через розмову, образотворче мистецтво чи інші форми. Розвивайте альтернативні патерни реагування: замість уникнення чи придушення - відкрите обговорення з референтними дорослими. Впроваджуйте релаксаційні техніки - діафрагмальне дихання, прогресивну м'язову релаксацію, фізичну активність. Позитивно підкріплюйте будь-які кроки до саморегуляції.

Позитивне підкріплення. Встановлюйте з дитиною конструктивний контакт, акцентуючи на підтримці бажаних поведінкових патернів. Сеанси спільного дозвілля зміцнюють прив'язаність та сприяють емоційній стабілізації. Заохочуйте прояви кооперативності, самоконтролю, емпатії. Миттєво реагуйте схваленням на позитивні зміни, моделюючи здорові способи емоційної артикуляції замість конфронтаційних реакцій.

Релаксаційні практики. Забезпечте дитині релаксаційні ресурси. Навчіть сповільненого ритмічного дихання для нервової деактивації. Застосуйте прогресивну м'язову релаксацію - послідовне напруження/розслаблення м'язів від дистальних відділів до голови. Пропонуйте вибір активного (рух, вокалізація) чи пасивного (література, графіка) дозвілля залежно від

індивідуальних уподобань. Підтримуйте освоєння самостійного застосування технік для стресового менеджменту.

Градаційне наближення до тригерів. Поступова конфронтація з травматичними асоціаціями сприяє десенсибілізації. Спільно аналізуйте перебіг події (перед, під час, після) через наратив чи письмову фіксацію. Моделюйте власний травматичний наратив (наприклад, воєнний досвід) для демонстрації конструктивної обробки. Цей процес трансформує кризу з травматичного фрагмента в інтегрований життєвий досвід.

Професійна інтервенція. При персистенції симптомів (тривожність, депресія, сомнія, панічні атаки, загальна дезадаптація) звертайтеся до клінічних психологів чи психіатрів. Хоча спонтанна ремісія можлива, фахівець забезпечує системні стратегії для профілактики хронізації [45].

Власні розробки. З урахуванням емпіричних даних та воєнного контексту України сформовано комплексний перелік настанов:

1. Емоційна солідарність. Демонструйте безумовну готовність до супроводу, надавайте тактильний та афективний контакт. Легітимізуйте весь спектр переживань без цензури.
2. Адаптивна комунікація. Дозуйте вікову інформацію про кризу доступною мовою без перевантаження.
3. Структуризація буття. Відновлюйте передбачуваність через режим харчування, сну, активності для нейтралізації ентропії.
4. Соціальна реінтеграція. Сприяйте контактам з референтною групою для профілактики ізоляції.
5. Гедоністичний баланс. Забезпечуйте дозвілля за інтересами для актуалізації позитивного афекту.
6. Клінічна профілактика. Забезпечте доступ до кваліфікованої психотерапії за показаннями.
7. Соматична стабілізація. Фіксуйте щоденні ритуали фізичної активності, раціонального харчування, відпочинку.

8. Копінг-тренінг. Формуйте репертуар саморегуляційних технік - дихальні вправи, рефреймінг, сенсорне переключення.

9. Паралельний батьківський супровід. Контролюйте власну емоційну регуляцію як модель для наслідування.

10. Депатологізація. Нормалізуйте звернення по допомогу як адаптивну стратегію компетентності.

Реалізація рекомендацій нейтралізує тривожні, агресивні та депресивні прояви, одночасно консолідуючи інтрасімейні зв'язки. У воєнному контексті сімейний контингент стає стрижнем психічної резилієнтності молоді.

Висновки до другого розділу

Проведене дослідження та аналіз зарубіжного досвіду надали важливі висновки щодо впливу травматичного стресу на психічне здоров'я дітей та підлітків. Зокрема, результати психодіагностичного дослідження свідчать про те, що травматичний стрес має суттєвий вплив на психічне становище цієї категорії осіб. Діти молодшого шкільного віку, які пережили травматичний стрес, можуть виявляти збільшену тривожність, агресивність, скритність та відчуття самотності. У свою чергу, у підлітків спостерігається вища ймовірність розвитку депресивного стану, а також вияви тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, пов'язаних із переживанням травматичних подій. Отже, можна зробити висновок, що травматичний стрес впливає на психологічний стан дітей та підлітків і проявляється у вигляді низки негативних реакцій.

На підставі проведеного дослідження та аналізу світового досвіду допомоги дітям і підліткам, які пережили травматичні події, розроблено комплекс рекомендацій для батьків. Ці рекомендації включають підтримку емоційного та фізичного здоров'я, навчання стратегіям саморегуляції, увагу до власного емоційного стану батьків, сприяння соціальній взаємодії та

поширення свідомості про психологічні проблеми та ресурси для отримання допомоги.

Враховуючи особливості впливу травматичного стресу на дітей і підлітків, вказані рекомендації спрямовані на створення оптимальних умов для психологічного відновлення та розвитку в умовах воєнного конфлікту. Їх використання може допомогти зменшити негативні наслідки травматичних досвідів та сприяти збереженню емоційного благополуччя та стійкості дітей та підлітків у непростих умовах. На основі цих результатів були сформульовані рекомендації для батьків, які допоможуть їм надати ефективну підтримку дітям та підліткам, що пережили травматичний стрес під час воєнних подій на території України.

Надані рекомендації необхідно розглядати як складову частину комплексного підходу до допомоги дітям та підліткам у період травматичних подій. Вони мають сприяти не лише подоланню конкретних симптомів травматичного стресу, але й створенню підтримуючого середовища, що сприяє психологічній стійкості та розвитку дітей чи підлітків.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА РОЗВИВАЛЬНО-КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВОЄННОЇ РЕАЛЬНОСТІ

3.1 Теоретико-методологічні засади розробки розвивально-корекційної програми

Розробка розвивально-корекційної програми, спрямованої на подолання наслідків травматичного стресу у дітей та підлітків в умовах воєнної реальності, потребує ґрунтового теоретико-методологічного обґрунтування, яке забезпечує наукову виваженість, практичну ефективність та етичну коректність психологічного впливу. Складність і багатовимірність феномену травматичного стресу, особливо в дитячому та підлітковому віці, зумовлюють необхідність інтеграції різних наукових підходів і принципів психологічної допомоги, що дозволяють врахувати вікові, індивідуально-психологічні та соціокультурні особливості розвитку особистості в екстремальних умовах воєнного часу [10].

Теоретичною основою розробки програми є сучасні уявлення про психічну травму як порушення адаптаційних механізмів особистості, що виникає внаслідок впливу надмірних стресових чинників, які перевищують індивідуальні можливості психологічного опрацювання досвіду. У контексті воєнної реальності травматичний стрес набуває хронічного характеру, оскільки діти та підлітки тривалий час перебувають у ситуації загрози життю, невизначеності, втрати почуття безпеки, стабільності та прогнозованості майбутнього. Саме тому психологічна допомога в таких умовах не може обмежуватися лише симптоматичним зниженням напруження, а має бути спрямована на відновлення базових психологічних ресурсів, розвиток

адаптивних копінг-стратегій та формування здатності до психологічної стійкості [31, с.89].

Одним із ключових методологічних принципів розробки розвивально-корекційної програми є принцип гуманістичної спрямованості, який передбачає безумовне прийняття дитини чи підлітка, повагу до її внутрішнього досвіду та суб'єктивних переживань. У межах гуманістичної парадигми психолог розглядає особистість як активного суб'єкта власного розвитку, здатного до саморегуляції та відновлення за умови створення безпечного, підтримувального середовища. Особливої ваги цей принцип набуває у роботі з травматизованими дітьми, для яких досвід насильства, втрат або постійної загрози руйнує базову довіру до світу та дорослих.

Важливим методологічним підґрунтям програми є принцип вікової відповідності, що базується на положеннях вікової та педагогічної психології. Переживання травматичного стресу суттєво відрізняється залежно від етапу психічного розвитку: молодші діти схильні до соматизації переживань, регресивних форм поведінки та ігрового відтворення травматичного досвіду, тоді як підлітки частіше демонструють афективні реакції, протестну поведінку, підвищену тривожність, депресивні стани або ризиковані способи подолання стресу. З огляду на це розвивально-корекційна програма повинна бути гнучкою, диференційованою та адаптованою до когнітивних, емоційних і соціальних можливостей кожної вікової групи [2].

Центральне місце в теоретико-методологічному обґрунтуванні програми посідає травма-орієнтований підхід, який передбачає визнання впливу травматичного досвіду на всі сфери психічного функціонування дитини чи підлітка. У межах цього підходу травматичні реакції розглядаються не як патологічні прояви, а як природні відповіді психіки на надмірні стресові обставини. Такий погляд дозволяє знизити рівень стигматизації, уникнути вторинної травматизації та побудувати психологічну допомогу на засадах безпеки, передбачуваності та поступовості. Травма-орієнтований підхід акцентує увагу на стабілізації емоційного стану, відновленні контролю над

тілесними та емоційними реакціями, а також формуванні навичок саморегуляції як базового етапу подальшої психокорекційної роботи [7, с. 48-49].

Не менш важливим є ресурсний підхід, який орієнтує психологічну допомогу не лише на опрацювання травматичного досвіду, але й на виявлення та актуалізацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості. У контексті воєнної реальності ресурсами можуть виступати позитивні соціальні зв'язки, підтримка сім'ї, значущі дорослі, успішний досвід подолання труднощів, творчі здібності, тілесна активність, символічні та культурні форми осмислення пережитого. Залучення ресурсного підходу сприяє формуванню у дітей та підлітків відчуття власної спроможності, підвищенню самооцінки та відновленню суб'єктивного почуття контролю над життєвою ситуацією [30, с.56].

Особливу увагу в методології розробки програми приділено принципу системності, який передбачає розгляд дитини або підлітка в контексті взаємодії з найближчим соціальним оточенням. Травматичний стрес, спричинений воєнними подіями, впливає не лише на індивіда, але й на сімейну систему, шкільне середовище та міжособистісні стосунки. У зв'язку з цим розвивально-корекційна програма повинна передбачати елементи роботи з батьками, педагогами та іншими значущими дорослими, спрямовані на підвищення їх психологічної компетентності та здатності підтримувати дитину у процесі відновлення [10, с.124].

Специфіка воєнного контексту зумовлює також необхідність дотримання принципу екологічності психологічного впливу, який полягає у врахуванні реальних життєвих умов, обмежень і ризиків, з якими стикаються діти та підлітки. Психологічна робота має бути максимально адаптованою до умов нестабільності, можливих повторних травматичних подій, вимушеного переміщення та порушення звичних соціальних зв'язків. Це вимагає від психолога гнучкості, чутливості до поточного стану учасників програми та готовності коригувати зміст і темп роботи відповідно до актуальних потреб [17, с. 98-99].

Таким чином, теоретико-методологічні засади розробки розвивально-корекційної програми ґрунтуються на інтеграції гуманістичного, вікового, травма-орієнтованого та ресурсного підходів, що дозволяє забезпечити комплексний, науково обґрунтований та практично ефективний вплив. Урахування специфіки воєнної реальності, вікових особливостей та індивідуальних ресурсів дітей і підлітків створює підґрунтя для формування психологічної стійкості, відновлення адаптивних можливостей та підтримки гармонійного особистісного розвитку навіть у надзвичайно складних умовах сучасності.

3.2. Зміст і методичне забезпечення розвивально-корекційної програми

Зміст розвивально-корекційної програми, спрямованої на психологічну підтримку дітей і підлітків, які пережили травматичний стрес в умовах воєнної реальності, вибудовується з урахуванням поетапності психологічної допомоги, принципів безпеки, доступності та розвитку внутрішніх ресурсів особистості. Програма має комплексний характер і поєднує корекційні, розвивальні та профілактичні компоненти, що дозволяє не лише зменшити вираженість травматичних проявів, а й сприяти формуванню психологічної стійкості та адаптивних механізмів подолання стресу. Методичне забезпечення програми ґрунтується на інтеграції сучасних психокорекційних підходів, зокрема елементів когнітивно-поведінкової терапії, арттерапії, тілесно-орієнтованих технік, ігрової та групової психотерапії, адаптованих до вікових особливостей дітей і підлітків.

Структурно програма побудована за модульним принципом, що забезпечує її гнучкість і можливість адаптації до індивідуальних потреб учасників. Кожен модуль має чітко визначену мету, завдання, зміст та набір

методичних інструментів, а також логічно пов'язаний із попередніми та наступними етапами психологічної роботи.

Перший модуль розвивально-корекційної програми спрямований на стабілізацію емоційного стану дітей та підлітків і виступає базовим етапом усієї подальшої психологічної роботи. Його реалізація є необхідною умовою переходу до глибших етапів опрацювання травматичного досвіду, оскільки саме емоційна стабілізація забезпечує відчуття безпеки, знижує інтенсивність стресових реакцій і підвищує готовність учасників до подальшої взаємодії. Основною метою модуля є зменшення рівня емоційного напруження, тривожності, страху та психофізіологічного збудження, що виникають як наслідок пережитих травматичних подій, а також нормалізація емоційних реакцій як природної відповіді психіки на екстремальні умови.

Зміст модуля передбачає проведення серії стабілізаційних занять, спрямованих на формування у дітей та підлітків базових навичок емоційної рівноваги й самозаспокоєння. На початкових заняттях основна увага приділяється створенню безпечного психологічного простору, встановленню довірливих взаємин між учасниками програми та психологом, формуванню правил групової взаємодії, що забезпечують прийняття, підтримку та конфіденційність. Важливим завданням є зниження відчуття ізольованості та самотності, оскільки групова форма роботи дозволяє дітям і підліткам усвідомити спільність переживань і отримати емоційну підтримку від однолітків.

Суттєвим компонентом модуля є психоосвітні заняття, спрямовані на пояснення природи травматичного стресу та пов'язаних із ним емоційних і тілесних реакцій. У доступній для віку формі учасникам пояснюють, що підвищена тривожність, страх, дратівливість, труднощі зі сном або концентрацією уваги є нормальними реакціями на ненормальні обставини. Така інформація сприяє зниженню рівня самозвинувачення, формуванню більш прийняттого ставлення до власних емоцій і підвищує відчуття контролю над внутрішнім станом.

Практична частина модуля включає систему вправ на емоційне розпізнавання та вербалізацію почуттів, що дозволяє дітям і підліткам навчитися ідентифікувати власні емоційні стани та адекватно їх виражати. Використовуються вправи з емоційними картками, метафоричні завдання, ведення «щоденника настрою», а також обговорення переживань у безпечному форматі. Для зниження рівня психофізіологічного напруження активно застосовуються техніки емоційного «заземлення», спрямовані на повернення уваги до відчуттів тіла та теперішнього моменту, дихальні вправи з акцентом на повільне та усвідомлене дихання, а також релаксаційні практики, зокрема елементи прогресивної м'язової релаксації та візуалізації.

Для дітей молодшого шкільного віку основними методами роботи в межах модуля є ігрові та арттерапевтичні заняття, що забезпечують м'який і ненасильницький спосіб опрацювання емоційних переживань. Використовуються малювання, ліплення, казкотерапія, рольові ігри, тілесно-рухові вправи, які сприяють емоційному розвантаженню та відновленню відчуття контролю над власним тілом і поведінкою. У роботі з підлітками акцент робиться на групові обговорення, вправи на саморефлексію, усвідомлення власних реакцій і обмін досвідом подолання складних емоційних станів. Такий підхід дозволяє поєднати емоційну підтримку з розвитком критичного мислення та відповідальності за власний психологічний стан.

Другий модуль програми, спрямований на розвиток навичок саморегуляції, є логічним продовженням стабілізаційного етапу та відіграє ключову роль у відновленні адаптивного функціонування психіки дітей і підлітків, які зазнали травматичного стресу. Саморегуляція розглядається як здатність особистості усвідомлювати власні психоемоційні стани та свідомо впливати на них з метою зниження напруження, відновлення внутрішньої рівноваги й підтримання ефективної взаємодії з навколишнім середовищем. У контексті воєнної реальності формування цих навичок набуває особливої значущості, оскільки дозволяє дітям і підліткам відновлювати відчуття

контролю над власними реакціями в умовах постійної невизначеності та загрози.

Зміст модуля передбачає проведення серії навчально-практичних занять, у межах яких учасники навчаються усвідомлювати тілесні, емоційні та когнітивні сигнали стресу, розпізнавати ранні ознаки емоційного перенапруження та застосовувати відповідні регуляційні стратегії. На початкових заняттях основна увага приділяється розвитку навичок самоспостереження, зокрема усвідомлення дихання, серцебиття, м'язового напруження, думок і внутрішнього діалогу. Використовуються вправи, спрямовані на фіксацію уваги на тілесних відчуттях і поточному моменті, що сприяє зниженню рівня автоматичних тривожних реакцій.

Ключовими формами роботи є тілесно-орієнтовані заняття, під час яких учасники опановують техніки прогресивної м'язової релаксації, вправи на чергування напруження й розслаблення, а також дихальні практики, спрямовані на нормалізацію вегетативних реакцій. Окремі заняття присвячуються розвитку навичок керування увагою за допомогою вправ на концентрацію, переключення та усвідомлене спостереження за власними думками без їх оцінювання. Значне місце відводиться візуалізаційним технікам, зокрема створенню уявних образів «безпечного місця», які можуть використовуватися дітьми та підлітками як ресурс у ситуаціях підвищеного стресу.

У межах модуля також застосовуються елементи майндфулнес-підходу, адаптовані до вікових можливостей учасників. Для молодших дітей це короткі вправи на усвідомлене дихання, рухові та ігрові практики, що поєднують тілесну активність із фокусуванням уваги. Для підлітків - вправи на усвідомлення емоційних станів, робота з внутрішнім діалогом, формування навичок прийняття власних переживань без надмірного самозасудження. Важливим завданням є навчання дітей і підлітків використовувати набуті навички саморегуляції у повсякденному житті - під час навчання, спілкування з однолітками, у ситуаціях повітряних тривог або інших стресових подій. З цією

метою заняття доповнюються обговоренням реальних життєвих ситуацій та відпрацюванням регуляційних технік у змодельованих умовах.

Третій модуль програми спрямований на опрацювання травматичних переживань і реалізується лише після досягнення достатнього рівня емоційної стабілізації та сформованості навичок саморегуляції. Цей етап є найбільш чутливим і потребує індивідуального підходу, постійного моніторингу психоемоційного стану учасників і суворого дотримання принципів безпеки та добровільності. Основною метою модуля є зниження інтенсивності травматичних реакцій, інтеграція пережитого досвіду в особистісну історію та відновлення відчуття цілісності й смислової впорядкованості життєвого досвіду.

Зміст модуля включає серію занять, спрямованих на поступове, контрольоване й безпечне наближення до травматичного матеріалу. Одним із провідних методів є наративна робота, у межах якої діти та підлітки мають можливість у прийнятному для себе темпі вербалізувати власний досвід, осмислювати події та надавати їм особистісного значення. Для зниження емоційної інтенсивності активно застосовуються арттерапевтичні методи - малювання, створення символічних образів, робота з метафорами, що дозволяє виражати травматичні переживання непрямим і менш загрозливим способом.

Окремі заняття присвячуються формуванню навичок безпечного дистанціювання від травматичних спогадів, зокрема через техніки «контейнерування», уявного відокремлення події від теперішнього моменту, а також вправи на повернення до ресурсу після контакту з важким матеріалом. Для підлітків доцільним є використання елементів когнітивної реструктуризації, спрямованих на виявлення й корекцію дезадаптивних переконань, що виникли внаслідок травматичного досвіду (відчуття провини, безпорадності, тотальної небезпеки світу).

Важливою умовою реалізації третього модуля є гнучкість програми та можливість повернення до стабілізаційних або регуляційних вправ у разі посилення емоційного напруження. Такий підхід забезпечує поступовість і

безпечність процесу опрацювання травматичних переживань, сприяє відновленню психологічної рівноваги та створює умови для подальшого особистісного розвитку дітей і підлітків у складних умовах воєнної реальності.

Четвертий модуль програми спрямований на формування ефективних копінг-стратегій, що забезпечують адаптивне подолання стресових і кризових ситуацій у подальшому житті дітей та підлітків. У межах цього модуля психологічна робота орієнтована на розвиток здатності усвідомлено реагувати на труднощі, обирати конструктивні способи подолання стресу та знижувати ймовірність повернення до дезадаптивних форм поведінки. Особливого значення цей модуль набуває в умовах воєнної реальності, коли діти та підлітки стикаються з повторюваними стресогенними подіями й потребують інструментів довготривалої психологічної стійкості.

Зміст модуля передбачає проведення занять, спрямованих на аналіз індивідуальних стратегій реагування на складні життєві ситуації. На початковому етапі учасники вчать розпізнавати власні типові реакції на стрес, оцінювати їхню ефективність та усвідомлювати наслідки використання неадаптивних копінг-стратегій, таких як уникнення, заперечення, агресивні або імпульсивні реакції. Подальша робота зосереджується на опануванні конструктивних стратегій, зокрема проблемно-орієнтованого копінгу (аналіз ситуації, пошук рішень, планування дій) та емоційно-орієнтованого копінгу (регуляція емоцій, самопідтримка, звернення до ресурсів).

Методичне забезпечення модуля включає когнітивно-поведінкові техніки, спрямовані на виявлення та корекцію дисфункційних переконань, що знижують віру у власні можливості впливати на події. У процесі занять застосовуються рольові ігри та моделювання типових стресових ситуацій (конфлікти з однолітками, навчальні труднощі, ситуації загрози або невизначеності), що дозволяє учасникам відпрацьовувати нові способи реагування в безпечному середовищі. Значна увага приділяється груповим обговоренням, у межах яких діти та підлітки мають змогу обмінюватися досвідом, отримувати підтримку та зворотний зв'язок від однолітків.

Окремі заняття спрямовані на формування навичок звернення по соціальну підтримку та розвиток асертивної поведінки. Учасники вчаться чітко висловлювати власні потреби, просити про допомогу, встановлювати особистісні межі та конструктивно відстоювати свою позицію без агресії чи підпорядкування. Для підлітків додатково акцентується увага на розвитку відповідальності за власні рішення та усвідомленні власної ролі у подоланні життєвих труднощів. Таким чином, четвертий модуль сприяє формуванню стійких психологічних механізмів подолання стресу, що мають довготривалий адаптивний ефект.

П'ятий модуль програми спрямований на відновлення почуття безпеки як базової психологічної потреби та фундаментальної умови подальшого особистісного розвитку. В умовах воєнної реальності переживання небезпеки набуває хронічного характеру, що негативно впливає на емоційну стабільність, здатність до навчання та соціальної взаємодії. Тому ключовим завданням цього модуля є формування внутрішнього відчуття захищеності, передбачуваності та довіри до себе, інших людей і світу загалом.

Зміст модуля охоплює заняття, спрямовані на усвідомлення та відновлення тілесних, емоційних і когнітивних компонентів почуття безпеки. Значне місце відводиться вправам на створення та закріплення образу «безпечного місця», який може використовуватися як внутрішній ресурс у стресових ситуаціях. Робота з тілесними відчуттями безпеки включає вправи на відчуття опори, заспокоєння та розслаблення, що сприяють зниженню гіперзбудження нервової системи.

Окремі заняття спрямовані на розвиток позитивного бачення майбутнього та формування відчуття життєвої перспективи. Діти та підлітки працюють із уявленнями про власні цілі, мрії та бажання, що допомагає відновити відчуття смислу й надії. Для підлітків важливим компонентом модуля є обговорення питань автономії, відповідальності та особистісного контролю, що сприяє формуванню суб'єктивного відчуття впливу на власне життя навіть у складних зовнішніх умовах.

Важливою складовою п'ятого модуля є зміцнення соціальних зв'язків у групі, розвиток довіри та взаємної підтримки між учасниками. Через групові вправи, спільні обговорення та кооперативні завдання формується досвід безпечної взаємодії, що має коригувальний ефект і сприяє відновленню базової довіри до оточення. У такий спосіб п'ятий модуль завершує програму, закріплюючи результати попередніх етапів і створюючи психологічні умови для подальшої адаптації та розвитку дітей і підлітків.

Таким чином, зміст і методичне забезпечення розвивально-корекційної програми вибудовані відповідно до логіки поетапного психологічного відновлення та принципів травма-орієнтованого підходу. Комплексне поєднання стабілізаційних, корекційних і розвивальних модулів забезпечує цілісний вплив на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості, сприяє зниженню негативних наслідків травматичного стресу, формуванню ефективних копінг-стратегій і відновленню психологічного благополуччя дітей і підлітків в умовах воєнної реальності.

3.3 Оцінка ефективності розвивально-корекційної програми

Оцінка ефективності розвивально-корекційної програми здійснювалася з метою визначення змін у психоемоційному стані дітей молодшого шкільного віку та підлітків після проходження комплексу психологічних занять, спрямованих на подолання наслідків травматичного стресу. Аналіз результатів ґрунтувався на порівнянні показників первинної (констатувальної) та повторної (контрольної) діагностики із застосуванням тих самих психодіагностичних методик, що використовувалися на етапі емпіричного дослідження. Такий підхід дозволив об'єктивно простежити динаміку психоемоційних змін і визначити ступінь впливу програми на зниження проявів дезадаптації та відновлення психологічної рівноваги учасників. Отримані дані забезпечили

науково обґрунтовану оцінку результативності запропонованого психокорекційного впливу.

Для оцінки ефективності програми було повторно застосовано такі методики: Багатошкальний опитувальник дитячої тривожності (БОДТ); проективну методику «Кактус» М. Панфілової; методику «Діагностика депресивного стану» В. Зунга (адаптація Т. Балашової); методику «Самооцінка психічного стану» Г. Айзенка; модифіковану шкалу оцінки впливу травматичної події для дітей CRIES-8.

Порівняльний аналіз результатів за шкалою загальної тривожності БОДТ до та після реалізації програми засвідчив позитивну динаміку зниження рівня тривожності у більшості учасників:

Таблиця 3.1

Динаміка рівня тривожності дітей молодшого шкільного віку до і після програми (у %)

<i>Рівень тривожності</i>	<i>До програми</i>	<i>Після програми</i>
Високий	30%	10%
Середній	55%	50%
Низький	15%	40%

Як видно з табл. 3.1, після проходження розвивально-корекційної програми спостерігається виразна позитивна динаміка рівня тривожності у дітей молодшого шкільного віку. Кількість дітей з високим рівнем тривожності зменшилася утричі, що свідчить про зниження інтенсивності емоційного напруження, страхів та внутрішнього дискомфорту. Водночас частка дітей із низьким рівнем тривожності зросла майже втричі, що вказує на підвищення емоційної стабільності, відчуття безпеки та впевненості у власних можливостях. Отримані результати підтверджують ефективність стабілізаційних і саморегуляційних компонентів програми, спрямованих на нормалізацію психоемоційного стану, розвиток навичок емоційного усвідомлення та формування здатності до самоконтролю в умовах підвищеного

стресу. Ця позитивна динаміка також свідчить про успішну реалізацію психологічних стратегій підтримки та про те, що діти стали більш готовими до конструктивної взаємодії з оточенням і адаптації до умов навчання та соціального середовища. Отримані результати підтверджують ефективність стабілізаційних і саморегуляційних компонентів програми, спрямованих на нормалізацію психоемоційного стану, розвиток навичок емоційного усвідомлення та формування здатності до самоконтролю в умовах підвищеного стресу.

Повторне застосування методики «Кактус» дозволило виявити зменшення негативних емоційних проявів, зокрема агресивності, скритності та почуття самотності:

Таблиця 3.2

Порівняння емоційних проявів за методикою «Кактус» до і після програми (у %)

<i>Показник</i>	<i>До програми</i>	<i>Після програми</i>
Агресивність	45%	20%
Скритність	10%	5%
Почуття самотності	25%	10%
Відсутність проявів	20%	65%

Отримані дані, представлені в табл. 3.2, свідчать про істотне зниження рівня емоційної напруги, проявів внутрішньої ізоляції та дезадаптивних емоційних реакцій у дітей після проходження розвивально-корекційної програми. Така позитивна динаміка може бути зумовлена системним впливом арттерапевтичних та групових форм роботи, які створювали безпечний психологічний простір для вільного вираження почуттів, зниження рівня внутрішнього напруження та опрацювання травматичних переживань у символічній формі. Крім того, активне залучення дітей до спільної діяльності сприяло розвитку навичок соціальної взаємодії, формуванню відчуття приналежності до групи та зменшенню почуття самотності, що є особливо

значущим в умовах переживання травматичного стресу. Також така динаміка свідчить про підвищення рівня емоційної безпеки та впевненості дітей у власних можливостях, що створює основу для подальшого розвитку соціальних і комунікативних компетентностей. Загалом отримані результати підтверджують доцільність використання арттерапевтичних і групових методів як ефективного засобу психоемоційної стабілізації та соціальної адаптації дітей. Результати повторної діагностики за методикою В. Зунга засвідчили зниження інтенсивності депресивних проявів у підлітків:

Таблиця 3.3

Рівень депресивних проявів у підлітків до і після програми (у %)

<i>Рівень депресії</i>	<i>До програми</i>	<i>Після програми</i>
Відсутність депресії	20%	45%
Легка депресія	60%	45%
Субдепресивний стан	15%	10%
Високий рівень депресії	5%	0%

Дані, представлені в табл. 3.3, засвідчують повну відсутність випадків високого рівня депресивних проявів після проходження розвивально-корекційної програми, а також істотне збільшення частки підлітків, у яких не виявлено ознак депресії. Така позитивна динаміка свідчить про ефективність модулів програми, спрямованих на безпечне опрацювання травматичного досвіду, розвиток адаптивних копінг-стратегій та відновлення суб'єктивного почуття психологічної безпеки й контролю над власним життям. Застосування поетапного травма-орієнтованого підходу дозволило знизити інтенсивність негативних емоційних переживань, підвищити рівень емоційної стабільності та сформувати більш конструктивні способи реагування на стресові ситуації. Крім того, позитивні зміни в емоційному стані підлітків сприяють підвищенню їхньої мотивації до навчання, активному соціальному включенню та формуванню більш відповідального ставлення до власного життя. Загалом отримані результати підтверджують доцільність впровадження комплексних

розвивально-корекційних програм як ефективного інструменту профілактики та зниження депресивних проявів у підлітків, які зазнали впливу травматичного стресу в умовах воєнної реальності. Після проходження програми зафіксовано зниження рівнів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності:

Таблиця 3.4

Порівняльні показники психічного стану підлітків до і після програми, %

<i>Показник</i>	<i>Високий (до)</i>	<i>Високий (після)</i>
Тривожність	20%	5%
Фрустрація	20%	10%
Агресивність	15%	5%
Ригідність	15%	5%

Аналіз результатів, отриманих за методикою Г. Айзенка, засвідчив позитивну динаміку психічного стану підлітків після проходження програми. Зокрема, спостерігається істотне зниження частки учасників із високим рівнем тривожності, що свідчить про зменшення емоційного напруження та підвищення відчуття психологічної безпеки. Аналогічна тенденція простежується щодо показників фрустрації, рівень якої знизився, що вказує на зростання стресостійкості та здатності конструктивно реагувати на труднощі й перешкоди.

Значне зменшення показників агресивності та ригідності підтверджує позитивний вплив програми на формування емоційної саморегуляції, гнучкості мислення та поведінки. Зниження ригідності свідчить про розвиток здатності до адаптації, прийняття альтернативних точок зору та готовності до змін, що є важливими показниками психічної зрілості підлітків.

Отримані результати в цілому вказують на підвищення емоційної гнучкості учасників, зниження рівня внутрішньої напруги та формування більш адаптивних моделей емоційного й поведінкового реагування. Це створює

сприятливі умови для покращення міжособистісної взаємодії, зростання психологічного благополуччя та успішної соціальної адаптації підлітків.

Особливо показовими є результати повторної діагностики за шкалою CRIES-8:

Таблиця 3.5

Рівень реакції на травму у дітей та підлітків до і після програми, %

<i>Категорія</i>	<i>Високий (до)</i>	<i>Високий (після)</i>
Діти	25%	10%
Підлітки	35%	15%

Аналіз результатів повторної діагностики за методикою CRIES-8 засвідчив виразну позитивну динаміку в реакції дітей та підлітків на травматичні події після проходження програми. Зокрема, частка учасників із високим рівнем травматичної реакції серед дітей зменшилася. Такі зміни свідчать про суттєве зниження інтенсивності посттравматичних проявів і загального емоційного напруження, а також про зростання психологічної стійкості учасників.

Особливо показовим є зниження показників за шкалами «Втручання» та «Уникнення», які відображають частоту нав'язливих спогадів, повторних переживань травматичної події та тенденцію до уникання ситуацій або стимулів, пов'язаних із травмою. Зменшення цих проявів свідчить про поступове опрацювання травматичного досвіду, зниження його емоційної значущості та формування більш адаптивних стратегій подолання. Учасники стали менш схильними до унікальної поведінки та нав'язливих реакцій, що є важливим показником відновлення психологічної рівноваги.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що реалізована програма позитивно вплинула на процес психологічної адаптації дітей і підлітків, сприяла зниженню симптомів посттравматичного стресу та формуванню ефективніших механізмів емоційної саморегуляції. Це створює підґрунтя для подальшого особистісного розвитку учасників, покращення

їхнього емоційного стану та успішнішої соціальної взаємодії в умовах підвищеного стресу.

Таким чином, порівняльний аналіз показників психоемоційного стану учасників до та після реалізації розвивально-корекційної програми дає підстави зробити висновок про її високу результативність. У ході дослідження було зафіксовано статистично й психологічно значущі позитивні зміни, що проявилися у зниженні рівнів тривожності, депресивності, агресивності та фрустрації, а також у зменшенні інтенсивності та частоти реакцій на травматичні події. Це свідчить про зниження внутрішнього напруження, емоційної дезорганізації та дезадаптивних форм реагування на стресові стимули.

Водночас результати діагностики підтвердили зростання показників емоційної стабільності, психологічної гнучкості, адаптивності та загальної стресостійкості дітей і підлітків. Учасники програми продемонстрували підвищену здатність до усвідомлення та регуляції власних емоційних станів, більш конструктивне опрацювання травматичного досвіду, а також формування ефективніших копінг-стратегій у ситуаціях психоемоційного напруження. Це створює сприятливі умови для їхнього подальшого особистісного розвитку, соціальної адаптації та відновлення відчуття психологічної безпеки.

Отримані результати підтверджують доцільність застосування комплексних травма-орієнтованих розвивально-корекційних програм у роботі з дітьми та підлітками, які зазнали впливу травматичного стресу в умовах воєнної реальності. Запропонований підхід може бути ефективно інтегрований у практичну діяльність психологів закладів освіти, центрів психологічної допомоги та соціальних служб як інструмент підтримки психічного здоров'я, профілактики дезадаптації та сприяння психологічному відновленню підростаючого покоління.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі магістерської роботи було теоретично обґрунтовано, розроблено та емпірично перевірено ефективність розвивально-корекційної програми, спрямованої на подолання наслідків травматичного стресу у дітей та підлітків в умовах воєнної реальності. Зміст розділу дозволяє зробити низку узагальнених наукових висновків.

Теоретико-методологічний аналіз засвідчив, що психологічна допомога дітям і підліткам, які переживають травматичний стрес, має базуватися на інтеграції гуманістичного, вікового, травма-орієнтованого, ресурсного та системного підходів. Обґрунтовано, що в умовах воєнної реальності травматичний стрес набуває хронічного характеру, порушує адаптаційні механізми особистості та негативно впливає на емоційну, когнітивну й поведінкову сфери розвитку. Це зумовлює необхідність комплексних, поетапних і екологічно безпечних програм психологічного впливу, спрямованих не лише на зниження симптоматики, а й на відновлення психологічних ресурсів і формування стійкості.

Розроблена розвивально-корекційна програма має чітку модульну структуру та вибудована відповідно до логіки психологічного відновлення після травми. Послідовне поєднання модулів стабілізації, розвитку саморегуляції, опрацювання травматичного досвіду, формування ефективних копінг-стратегій і відновлення почуття безпеки забезпечує цілісний вплив на психоемоційний стан дітей і підлітків. Методичне наповнення програми ґрунтується на використанні науково обґрунтованих психокорекційних методів (когнітивно-поведінкових, арттерапевтичних, тілесно-орієнтованих, наративних і групових), адаптованих до вікових та індивідуальних особливостей учасників.

Емпірична перевірка ефективності програми підтвердила її результативність. Порівняльний аналіз даних первинної та повторної діагностики засвідчив статистично й психологічно значущі позитивні зміни у психоемоційному стані дітей і підлітків. Зокрема, було зафіксовано зниження

рівнів тривожності, депресивних проявів, агресивності, фрустрації та ригідності, а також істотне зменшення інтенсивності реакцій на травматичні події. Отримані результати свідчать про зниження внутрішнього напруження, нормалізацію емоційних реакцій і зменшення дезадаптивних форм поведінки.

Водночас результати дослідження вказують на зростання показників емоційної стабільності, психологічної гнучкості, адаптивності та загальної стресостійкості учасників програми. Діти й підлітки продемонстрували підвищену здатність до усвідомлення та регуляції власних емоційних станів, більш конструктивне опрацювання травматичного досвіду та формування ефективніших копінг-стратегій. Це створює сприятливі умови для їхньої подальшої соціальної адаптації, відновлення відчуття психологічної безпеки та гармонійного особистісного розвитку навіть у складних і нестабільних умовах воєнного часу.

Загалом результати третього розділу підтверджують доцільність і практичну значущість впровадження комплексних травма-орієнтованих розвивально-корекційних програм у систему психологічної допомоги дітям і підліткам, які переживають наслідки воєнного стресу. Запропонована програма може бути рекомендована для використання в діяльності практичних психологів закладів освіти, центрів психологічної допомоги та соціальних служб як ефективний інструмент підтримки психічного здоров'я, профілактики дезадаптації та сприяння психологічному відновленню підростаючого покоління.

ВИСНОВКИ

На підставі теоретичного аналізу наукових джерел і результатів проведеного емпіричного дослідження можна сформулювати узагальнені наукові висновки, які відображають цілісне, системне розуміння проблеми переживання та подолання травматичного стресу дітьми і підлітками в умовах воєнної реальності. Отримані результати дозволяють розглядати травматичний стрес не як поодиноке або ситуативне явище, а як комплексний психологічний процес, що глибоко пронизує емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості дитини, істотно впливаючи на її подальший психічний розвиток і соціальне функціонування.

Проведений аналіз науково-психологічної літератури засвідчив, що травматичний стрес є складним багатовимірним феноменом, який виникає внаслідок впливу екстремальних або тривалих за часом подій, що перевищують адаптаційні можливості особистості та порушують базові уявлення про безпеку, передбачуваність і контроль над власним життям. У межах сучасних психологічних концепцій травматичний стрес розглядається не лише як гостра реакція на травмувальну подію, а як пролонгований психоемоційний стан, що супроводжується дезорганізацією внутрішніх психічних структур. Його наслідками можуть бути трансформація Я-образу, зміна системи цінностей і життєвих смислів, порушення емоційної регуляції, формування неадаптивних поведінкових стратегій та зниження загального рівня психологічного благополуччя.

Особливої наукової уваги заслуговує той факт, що діти та підлітки є найбільш уразливою категорією щодо впливу травматичних чинників. Їхня психіка перебуває у фазі інтенсивного розвитку, коли механізми саморегуляції, когнітивного осмислення подій і конструктивного подолання стресу ще не набули достатньої зрілості. Внаслідок цього травматичний досвід у дитячому віці часто не інтегрується у цілісну картину життєвого досвіду, а залишається

фрагментованим, емоційно насиченим і схильним до повторної актуалізації у вигляді тривоги, страхів, агресивних або регресивних реакцій.

Теоретичний аналіз дозволив встановити, що специфіка переживання травматичного стресу в дитячому та підлітковому віці зумовлюється сукупністю вікових, когнітивних та емоційних особливостей розвитку. У дітей молодшого віку травматичні переживання рідко знаходять вербальне оформлення і найчастіше проявляються через поведінкові, ігрові та соматичні реакції, що відображають внутрішній стан напруження, страху або безпорадності. Такі прояви є своєрідною мовою психіки дитини, яка ще не володіє достатніми когнітивними ресурсами для усвідомленого опрацювання травматичного досвіду.

Підлітки, на відміну від молодших дітей, мають вищий рівень когнітивного розвитку та здатність до рефлексії, що дозволяє їм більш усвідомлено сприймати події, пов'язані з війною. Водночас саме цей рівень усвідомлення нерідко поєднується з гострими внутрішніми конфліктами, пов'язаними з процесом формування ідентичності, пошуком життєвих орієнтирів і смислів. Травматичний досвід у цьому віці може ускладнювати становлення особистісної цілісності, сприяти появі депресивних станів, відчуття екзистенційної тривоги, емоційної ізоляції та втрати віри у майбутнє.

Встановлено, що війна як хронічний стресогенний фактор створює умови постійної психоемоційної напруги, за яких відсутні чіткі часові межі між травматичною подією та процесом відновлення. У таких умовах психіка дитини або підлітка перебуває у стані тривалої мобілізації, що призводить до виснаження адаптаційних ресурсів. Це значно підвищує ризик того, що первинні стресові реакції набудуть затяжного характеру та трансформуються у стійкі психологічні порушення, зокрема тривожні й депресивні розлади, порушення поведінки та труднощі соціальної адаптації. Таким чином, проблема травматичного стресу в умовах воєнної реальності набуває не лише індивідуального, а й виразного соціально-психологічного значення, що потребує комплексного наукового осмислення та практичного реагування.

Результати проведеного емпіричного дослідження переконливо підтвердили положення теоретичного аналізу та засвідчили виражений і системний вплив травматичного стресу на психоемоційний стан дітей молодшого шкільного віку та підлітків, які перебувають в умовах воєнної реальності. Отримані дані свідчать про те, що переживання воєнних подій суттєво порушує внутрішню психологічну рівновагу дітей, знижує рівень суб'єктивного відчуття безпеки та ускладнює процеси адаптації до повсякденного життя.

У дітей молодшого шкільного віку було виявлено підвищений рівень загальної тривожності, що супроводжується стійким емоційним напруженням, замкненістю, проявами агресивних реакцій та вираженим відчуттям самотності. Такі симптоми вказують на внутрішній дискомфорт, переживання небезпеки та втрату базової довіри до навколишнього світу. Емоційна нестабільність у цій віковій групі часто поєднується з труднощами у міжособистісній взаємодії, зниженням навчальної мотивації та загальним погіршенням адаптації в освітньому середовищі. Отримані результати свідчать, що психіка дітей реагує на травматичний вплив війни шляхом мобілізації захисних ресурсів, які, однак, не завжди мають конструктивний характер.

Застосування проєктивних методик дозволило виявити, що значна частина дітей використовує несвідомі психологічні захисні механізми, спрямовані на уникнення, витіснення або пригнічення травматичних переживань. Хоча такі механізми тимчасово знижують інтенсивність емоційного болю, вони не забезпечують повноцінного опрацювання травматичного досвіду та можуть сприяти його фіксації у психіці. У довготривалій перспективі це підвищує ризик формування хронічної тривожності, емоційної закритості та повторної актуалізації травматичних реакцій у відповідь на будь-які стресогенні стимули.

У підлітковій групі результати дослідження засвідчили наявність депресивних проявів різного ступеня вираженості, підвищеного рівня тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності психічних процесів. Такі

показники свідчать про суттєві труднощі психологічної адаптації до умов воєнної нестабільності, а також про внутрішню напруженість, що поєднується з обмеженою здатністю до гнучкого реагування на зміни. Підлітки гостро переживають втрату відчуття стабільності та передбачуваності майбутнього, що є особливо значущим у період формування життєвих планів, цінностей та особистісної ідентичності.

Отримані емпіричні дані вказують на те, що підлітки сприймають воєнні події не лише як зовнішню загрозу, а і як чинник, що безпосередньо впливає на їхнє уявлення про власні можливості, життєві перспективи та сенс майбутнього. Усвідомлення обмеженості впливу на події, що відбуваються, сприяє посиленню почуття безсилля, емоційного виснаження та внутрішньої напруги, які можуть трансформуватися у стійкі депресивні або тривожно-депресивні стани.

Порівняльний аналіз результатів дітей молодшого шкільного віку та підлітків дозволив дійти висновку, що, попри відмінності у формах прояву травматичного стресу, його психологічна сутність у цих вікових групах є спільною та полягає у порушенні базових механізмів емоційної регуляції, адаптації та почуття психологічної безпеки. Молодші діти частіше демонструють регресивні та поведінкові реакції, які відображають їхню нездатність вербально опрацювати пережитий досвід. У підлітків, натомість, переважають внутрішні переживання, депресивні стани та використання дезадаптивних копінг-стратегій, що ускладнює процес емоційного відновлення.

Такі відмінності підтверджують необхідність диференційованого підходу до психологічної допомоги, який має враховувати вікові, когнітивні та емоційні особливості розвитку. Психологічна підтримка дітей повинна бути спрямована на створення безпечного простору для емоційного вираження та поступове опрацювання травматичного досвіду, тоді як робота з підлітками має включати елементи рефлексії, формування адаптивних копінг-стратегій і відновлення відчуття суб'єктності та контролю над власним життям.

Доповнюючи узагальнені висновки, доцільно відзначити значущість розробленої та апробованої у межах магістерського дослідження розвивально-корекційної програми, спрямованої на зниження негативних наслідків травматичного стресу та відновлення психоемоційної рівноваги дітей і підлітків. Запропонована програма ґрунтувалася на положеннях вікової та кризової психології, теоріях психологічної травми й сучасних підходах до психологічної допомоги в умовах воєнної реальності, що забезпечило її наукову обґрунтованість та практичну доцільність.

Розвивально-корекційна програма була спрямована на формування у дітей і підлітків навичок емоційної саморегуляції, зниження рівня тривожності та внутрішньої напруги, опрацювання травматичних переживань у безпечному психологічному просторі, а також на розвиток адаптивних копінг-стратегій. Особлива увага приділялася відновленню відчуття психологічної безпеки, стабільності та контролю над власними емоційними станами. Зміст програми включав елементи арттерапії, ігрових і проєктивних методів, тілесно-орієнтованих вправ, технік релаксації та психоосвіти, що дозволяло врахувати вікові особливості учасників і забезпечити м'який, ненасильницький характер психологічного впливу.

Результати впровадження розвивально-корекційної програми засвідчили позитивну динаміку психоемоційного стану дітей і підлітків. Учасники продемонстрували зниження рівня тривожності, зменшення проявів емоційної напруги, агресивності та замкненості, а також підвищення здатності до усвідомлення і вербалізації власних почуттів. У дітей молодшого шкільного віку спостерігалось зменшення регресивних і поведінкових реакцій, покращення емоційного контакту з дорослими та однолітками, підвищення впевненості й відчуття захищеності. У підлітків відзначалася тенденція до зниження депресивних проявів, підвищення гнучкості психічних процесів і формування більш конструктивних способів подолання стресових ситуацій.

Отримані результати свідчать, що цілеспрямована розвивально-корекційна робота є ефективним засобом психологічної допомоги дітям і

підліткам, які переживають травматичний стрес в умовах війни. Впровадження такої програми сприяє не лише зменшенню симптомів психоемоційного неблагополуччя, а й активізації внутрішніх ресурсів особистості, розвитку резильєнтності та відновленню здатності до адаптації в умовах тривалої нестабільності.

Таким чином, результати магістерського дослідження дозволяють стверджувати, що поєднання діагностичної, розвивальної та корекційної складових психологічної роботи є необхідною умовою ефективного подолання наслідків травматичного стресу у дітей і підлітків. Розроблена розвивально-корекційна програма може бути рекомендована до використання у практиці шкільних психологів, фахівців психологічних служб, а також у межах програм психосоціальної підтримки сімей, які постраждали внаслідок воєнних подій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Басенко О. М. Психологічні особливості прояву стресу та життєстійкості у дітей і підлітків в умовах воєнного конфлікту. Теорія і практика сучасної психології. 2019. Т. 2, № 5, 14-19. URL: http://www.tpspjjournal.kpu.zp.ua/archive/5_2019/part_2/5.pdf.
2. Бріер Д., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 432 с
3. Вааранен-Валконен Н., Заварова Н. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події. Навчально-методичний посібник / Автори-упоряд. : Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова, за заг. ред. О. Калашник. - К.: 2022
4. . Гордовська Т. І. «Конструкт моральної травми та його концептуальний зміст.» Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки» 4, 2021. 7-16 с. URL: <http://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/1228/1185>
5. Дзюба Т. М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: особливості і наслідки. Особистість, суспільство, закон: психологічні проблеми та шляхи їх розв'язання: зб. тез доп. міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. пам'яті проф. С.П. Бочарової. Харків: ХНУВС, 2017. 27-29 с. URL: http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/7666/1/Dzuba_Travm_situasio.pdf.
6. Діти та війна: навчання технік зцілення / Сміт П., Дирегров Е., Юле У.; співавт.: Гупта Л., Перрен Ш., Г'єстад Р. Львів : Інститут психічного здоров'я УКУ, 2014. 70 с.
7. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. та ін. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник Київ : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. С. 46-60.
8. Климчук В. «Особливості корекції психотравмуючого досвіду особистості підлітка» Редакційна колегія: Головний редактор, 2022. 46 с.

9. Козігора М.А. Концептуальні межі понять «стрес», «тривалий травматичний стрес», «посттравматичний стресовий розлад». Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. 2021.No 97. С.56-58.
10. Корекційно-розвиткова програма формування стійкості до стресу в дітей дошкільного віку та школярів «Безпечний простір» : навч.-метод. посіб. / Заг. ред. Богданов С. О., Панок В. Г. Київ : НаУКМА, ГЛІФ Медіа, 2017. 208 с
11. Коширець В. В. Особливості надання психологічної допомоги особам з ПТСР. Психологія: реальність і перспективи. 2017. Вип. 8. С. 128-133.
12. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції. Суми : Університетська книга, 2006. 384 с.
13. Ліса Г. Джейкокс, Одра К. Ленглі, Крістін Л. Дін. Підтримка учнів, які зазнали травм: програма SSET. Навчальний посібник для керівників груп. Львів, 2015. 216 с.
14. Лозінська. Н. «Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології.» Вісник Національного Університету Оборони України, 2018. 65-73 с. URL: <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/157864/157159>
15. Ломакін, Г. І. «Стрес та бойовий стрес: поняття, симптоми, прояви.» Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 12. Частина І.-Х.: НУЦЗУ, 2012. 208 с. URL:http://www.edumns.org.ua/nmc/124/EKP_12-1.pdf#page=186.
16. Марціновська І. П. Психотравмуюча ситуація та її наслідки. Педагогіка та психологія сьогодні: постулати минулого і сучасні теорії. Збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (21-22 жовтня 2016 р. м. Одеса). Одеса : ГО «Південна фундація педагогіки», 2016. С. 52-56.
17. Марціновська І. П. Корекція посттравматичного стресового розладу у дітей із зони військового конфлікту, які мають психофізичні порушення / Марціновська Ірина Петрівна. 2020, 311 с. URL: https://npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/dicer/Д_26.053.23/Martsinovska.pdf

18. Марціновська І. П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна» № 14, 2017. 223-227 с. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist_2017_14_53.

19. Марціновська І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. Педагогічні науки: зб. наук. пр. / за ред. проф. Т. Степанової. 2018, №2(61). С. 178-184.

20. Напрєєнко, О. К., Марценковський Д. І. «Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків.». 2019. URL: http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/317/1/nn19_2_20-28_be5f7f69f2ad3e09ff7b39187e3c7d7e.pdf

21. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. / Л. Б. Наугольник. - Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с. URL: https://pedagogy.lnu.edu.ua/wpcontent/uploads/2016/10/Наугольник_психологія_стресу.pdf

22. Олійник О. В. Особливості переживання психічної травми у дитячому та підлітковому віці. Інноваційні наукові дослідження: теорія, методологія, практика, 2022. 35 с. URL: <https://novaosvita.com/wpcontent/uploads/2022/03/InnTheoryMethPract-Kyiv-Mar2022.pdf#page=35>.

23. Омельченко Яніна, Кісарчук Зоя. Психологічна допомога дітям з тривожними станами. Київ : Шк. світ, 2008. 112 с.

24. Острянюк Т. С. «Травматичний стрес та його особливості. The 6th International scientific and practical conference «Multidisciplinary scientific notes. Theory, history and practice» (November 01-04, 2022) Edmonton, Canada. International Science Group. 2022. 712 с.. URL: https://web.archive.org/web/20221105231634id_/https://isgkonf.com/wp-

content/uploads/2022/10/MULTIDISCIPLINARY-SCIENTIFIC-NOTES.-THEORY-HISTORY-ANDPRACTICE.pdf#page=620

25. Павелків, Р. Вікова специфіка переживання дітьми переселенців психотравмуючих подій. Психологія: реальність і перспективи, (19), 2022. 105-110 с. URL: https://www.prap.rv.ua/index.php/prap_rv/article/view/312/279.

26. Пагава О. В., Гарькавець С. О., Харченко В. Є., Рачок О. Л. Стратегія подолання стресових станів учасниками навчально-виховного процесу : науковометодичний посібник. Сєвєродонецьк : СПД Рєзніков В. С., 2015. 124 с.

27. Подольська, Г. Ю. Символи стабілізації стану особистості в роботі з травматичним стресом в методі глинотерапія. Редакційна колегія: Головний редактор, 2022. 54 с. URL: https://www.researchgate.net/profile/Dmytro-ostenko2/publication/362057620_Formatioin_of_resilience_of_personality_in_the_context_of_war/links/62d3a60fa6abd57c6aebff65/Formatioin-of-resilienceof-personality-in-the-context-of-war.pdf#page=55.

28. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. та ін. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 264 с

29. Романовська Д.Д. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти Навчальний посібник. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с. URL: http://epidruchniki.com/book/14_Profilaktika_posttravmatichnih_stresovih_rozladiv_psihologichni_aspekti.html

30. Титаренко Т. М. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. 80 с.

31. Титаренко Т. М., Дворник М. С., Климчук В. О. Соціальнопсихологічні технології відновлення особистості після травматичних

подій: практичний посібник / ред. Т. М. Титаренко. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

32. Тімченко, О. В. «Кризова психологія:[навчальний посібник]/За заг. ред. проф. ОВ Тімченка.» Х.: НУЦЗУ, 2010.-401 с(2010).

33. Токарева Н. М. Сучасний підліток у системі психолого-педагогічного супроводу : монографія. Кривий Ріг, 2014. 312 с.

34. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. Київ :ДП «ВД “Персонал”», 2017. 160 с. URL: https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/psiholog_travm.pdf

35. Уварова С.Г. «Особливості й динаміка психічних станів особистості в кризових умовах.» Psychological Prospects Journal 27, 2016. 257-268 с. URL: <https://www.psychoproprospects.vnu.edu.ua/index.php/psychoproprospects/article/view/61/37>.

36. Христук, О. Л. «Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності.» 2017. URL: <https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/871/1/22.pdf>.

37. Царенко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 2. Київ : 2018. 240 с.

38. Чекстере, О. Ю. Застосування методу арт-терапії при наданні психологічної допомоги дітям, що пережили травматичні події. Психологічні проблеми творчості, 2022. 267 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/732852/1/Матеріали%20XXII%20Міжнародної%20науково-практичної%20конференції%2023.07.2022.pdf#page=267>.

39. Шафрановський В.В., Дудник С.В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення // Україна. Здоров'я нації. - 2016. - № 3(39). - С.12-18.

40. Яміль А. та ін. Діти і війна: навчання технік зцілення. Видавнича серія «Психологія, психіатрія, психотерапія». Український переклад - Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету. 2012. - 84с.

41. Barnes, H. A., Hurley, R. A., Taber, K. H. Moral injury and PTSD: often co-occurring yet mechanistically different. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2019. Vol. 31(2). Pp. 98-103.
42. Coady, A., Carney J. R., Frankfurt, S., Litz, B.T. Development of the moral injury construct. In Kelle, B. E. (Ed.) *Moral Injury: A Guidebook for Understanding and Engagement*. 2020. Pp. 21-32.
43. Childhood trauma: Helping your child heal and thrive. SOS Children's Villages. URL: <https://www.sos-usa.org/who-we-are/how-wecare/childhood-trauma-parents>.
44. Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., Nieuwsma, J. A., Walser, R. B., & Currier, J. M. The role of moral emotions in military trauma: Implications for the study and treatment of moral injury. *Review of General Psychology*. 2014. Vol. 18(4). Pp. 249-262.
45. Hobfoll, Stevan E. «Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources.» *Anxiety Research* 4.3, 1991. 187-197.
46. Jarczak, Joanna, Henryk Noga, and Zbigniew Małodobry. «Stres jako zagrożenie psychospołeczne w pracy policjanta.» *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Technika, Informatyka, Inżynieria Bezpieczeństwa* 6, 2018. URL: <https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztechd5155022-929d-42e8-9139-7b1c226fdf70>
47. Lahad M., Avalon O. *The «Basic Ph» Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-cultural Application*. 2013. 288 c.
48. Meichenbaum D. *Understanding resilience in Children and Adults: implications for prevention and interventions*. 2015. URL: <https://bit.ly/2GkZXxW>

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала «Загальна тривожність» Багатошкального опитувальника дитячої тривожності (БОДТ)

Процедура дослідження.

Перед початком роботи досліджуваному видається текст опитувальника, після чого - інструкція:

«Запропоновані вам питання мають відношення до того, як ви себе зазвичай відчуваєте. На кожне запитання необхідно однозначно відповісти «так» або «ні». Намагайтеся відповісти щиро і правдиво, тут нема правильних або неправильних, «гарних» або «поганих» відповідей. Над питаннями довго не задумуйтеся. Якщо ви визначилися з відповіддю на конкретне запитання, то навпроти відповідного номера необхідно поставити знак «+», якщо відповідь «так», і знак «-», якщо ваша відповідь на дане запитання - «ні».

Якщо вам важко вибрати однозначну відповідь, то вибирайте рішення у відповідності з тим, що буває частіше. Якщо ваша відповідь на дане запитання може бути неоднаковою в різні періоди вашого життя, вибирайте рішення так, як це правильно в даний час. Будь-яку, відповідь, яку ви не можете сформулювати як «так», необхідно вважати негативною (тобто «ні»).

Потім досліджуваному надається реєстраційний бланк для заповнення.

Після того як дитина (або дорослий, який їй допомагає) заповнила бланк, за кожним параметром підраховується арифметична сума «сирих» балів. Такий підрахунок здійснюється з використанням ключа, де за кожний збіг з ключем нараховується 1 бал на користь відповідної шкали.

Текстовий матеріал

1. Чи часто ти відчуваєшся занепокоєним і схвильованим?
11. Коли ти ввечері лягаєш у ліжко, чи часто ти відчуваєш неспокій з приводу того, що буде завтра?
21. Чи часто тебе щось мучить, а що - не можеш зрозуміти?

ПРОДОВЖЕННЯ ДОДАТКУ А

31. Чи часто ти хвилюєшся через те, що, як виявляється пізніше, не має ніякого значення?

41. Чи часто ти відчуваєш невпевненість у собі?

51. Чи важко тобі зосередитися на чомусь одному?

61. Чи часто тобі сняться страшні сни?

71. Чи часто ти відчуваєш страх у тих ситуаціях, коли точно знаєш, що тобі ніщо не загрожує?

81. Чи боїшся ти залишатися вдома сам?

91. Чи страшно тобі залишатися одному в темній кімнаті?

Ключ до методики

Шкала 1. Відповідь «так» - 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91.

Методика оцінювання: Підсумковим балом за будь-якою шкалою завжди є сума десяти чисел, кожне з яких рівно нулю або одиниці. Тому мінімальне значення будь-якого показника - нуль, а максимальне - 10.

Таблиця А.1.

Оцінка рівня тривожності (дівчата віком 7-10 років)

Шкала	Рівень тривожності			
	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
1	0-2	3-7	8-9	10
2	0-2	3-6	7-8	9-10
3	0-3	4-8	9	10
4	0-3	4-7	8	9-10
5	0-2	3-6	7-8	9-10
6	0-2	3-7	8	9-10
7	0-3	4-8	9	10
8	0-3	4-8	9	10
9	0-2	3-7	8	9-10
10	0-2	3-7	8	9-10

Таблиця А.2.

Оцінка рівня тривожності (дівчата віком 11-12 років)

Шкала	Рівень тривожності			
	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
1	0-1	2-6	7-8	9-10
2	0-1	2-6	7	8-10
3	0-2	3-6	7-8	9-10
4	0-1	2-6	7-8	9-10
5	0-1	2-6	7	8-10
6	0-1	2-5	6-7	8-10
7	0-2	3-6	7-8	9-10
8	0-2	3-7	8-9	10
9	0-1	2-6	7	8-10
10	0-1	2-6	7	8-10

Таблиця А.3.

Оцінка рівня тривожності (хлопчики віком 7-10 років)

Шкала	Рівень тривожності			
	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
1	0-1	2-6	7-8	9-10
2	0-1	2-6	7-8	9-10
3	0-2	3-6	7-8	9-10
4	0-2	3-6	7-8	9-10
5	0-2	3-6	7	8-10
6	0-2	3-6	7	8-10
7	0-2	3-6	7-8	9-10
8	0-2	3-7	8-9	10
9	0-2	3-6	7-8	9-10
10	0-1	2-6	7-8	9-10

Оцінка рівня тривожності (хлопчики віком 11-12 років)

Шкала	Рівень тривожності			
	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
1	0-1	2-5	6-7	8-10
2	0-1	2-5	6-7	8-10
3	0-1	2-6	7-8	9-10
4	0-1	2-6	7-8	9-10
5	0-1	2-5	6-7	8-10
6	0-2	2-5	6-7	8-10
7	0-1	2-6	7-8	9-10
8	0-1	2-6	7-8	9-10
9	0-1	2-5	6-7	8-10
10	0-1	2-5	6-7	8-10

Проективна методика «Кактус» автор Панфілова М. А.

Процедура. При проведенні діагностики видається аркуш паперу форматом А4, простий олівець, кольорові олівці.

Інструкція: «На аркуші паперу намалюй кактус - таким, яким ти його собі уявляєш».

При обробці результатів приймаються в уваги дані, властиві усім графічним методам: просторове розташування і розмір малюнка, характеристики ліній, натиск олівця. Крім того, враховуються показники, специфічні саме для цієї методики, характеристика «образу кактуса» (дикий, домашній, примітивний, такий, що детально промальовував і ін.), характеристика голок (розмір, розташування, кількість).

У малюнку можуть проявитися наступні якості випробовуваних :

- ~ агресія - наявність голок. Що сильно стирчать, довгі, близько розташовані один від одного голки показують високу міру агресивності;
- ~ егоцентризм, прагнення до лідерства - великий малюнок, центр листа;
- ~ невпевненість в собі, залежність - маленький малюнок, розташування внизу листа;
- ~ демонстративність, відкритість - наявність виступаючих відростків в кактусі, химерність форм;
- ~ скритність, обережність - розташування зигзагів по контуру або усередині кактуса;
- ~ оптимізм - використання яскравих кольорів, «радісні» кактуси;
- ~ тривога - використання темних кольорів (варіант з кольоровими олівцями), переважання внутрішнього штрихування переривчастими лініями;
- ~ жіночність - наявність прикрас, кольорів, м'яких ліній і форм;
- ~ екстравертованість - наявність на малюнку інших кактусів або кольорів;

ПРОДОВЖЕННЯ ДОДАТКУ Б

- ~ інтровертованість - на малюнку зображений один кактус;
- ~ прагнення до домашнього захисту, наявність почуття сімейної спільності - наявність квіткового горщика на малюнку, зображення кімнатної рослини;
- ~ відсутність прагнення до домашнього захисту, наявність почуття самотності - дикорослі, «пустинні кактуси».

Додаток В

Методика «Діагностики депресивного стану» В. Зунг (адаптація Т. Н. Балашової)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень (див. бланк для відповідей) і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви почуваетесь останнім часом. Над запитаннями довго не задумуйтеся, тільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Таблиця В.1.

Твердження	Ніколи або рідко	Іноді	Часто	Майже завжди або постійно
1	2	3	4	5
1. Я маю поганий настрій	1	2	3	4
2. Вранці я відчуваю краще за все	1	2	3	4
3. У мене трапляються періоди плачу або близькості сліз	1	2	3	4
4. Вночі я погано сплю	1	2	3	4
5. Апетит у мене не гірший, ніж зазвичай	1	2	3	4
6. Мені приємно дивитися на привабливих дівчат (хлопців), розмовляти з ними, знаходитися з ними поруч	1	2	3	4
7. Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8. Мене турбує шлунок	1	2	3	4
9. Серце б'ється швидше, ніж звичайно	1	2	3	4
10. Я втомлююся без причини	1	2	3	4

ПРОДОВЖЕННЯ ДОДАТКУ В

1	2	3	4	5
11. Я мислю так само ясно, як і завжди	1	2	3	4
12. Мені легко робити те, що я вмію	1	2	3	4
13. Я відчуваю тривогу і мені важко всидіти на місці	1	2	3	4
14. У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15. Я більш роздратований, ніж зазвичай	1	2	3	4
16. Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17. Я відчуваю, що потрібен і приношу користь оточуючим	1	2	3	4
18. Я живу достатньо повним життям	1	2	3	4
19. Я відчуваю, що іншим людям стане краще, коли я помру	1	2	3	4
20. Мене на сьогоднішній день радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів

Рівень депресії (РД) визначається сумою «прямого» і «зворотного» підрахунку. Приклад зворотного підрахунку: у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо 4 бали; у твердженні № 5 закреслена відповідь 2 - ставимо 3 бали; у № 6 - відповідь 3 - ставимо 2 бали; у № 11 - відповідь 4 - ставимо 1 бал тощо. «Прямий» підрахунок - твердження 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19.

«Зворотний» підрахунок - твердження 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

ПРОДОВЖЕННЯ ДОДАТКУ В

У сумі одержуємо рівень депресії, що коливається в діапазоні 20-80 балів:

- ~ 20-50 балів - депресія відсутня;
- ~ 50-59 балів - легка ситуативна чи стресова депресія;
- ~ 60-69 балів - субдепресивний стан;
- ~ 70-80 балів - високий рівень депресії.

Методика «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком)

Тест дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність).

Інструкція. Уважно прочитайте опис різних психічних станів. Якщо цей опис збігається з Вашим станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали. Якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться один бал. Якщо не збігається з Вашим станом - 0 балів.

Опис станів. I. Шкала тривожності:

1. Не почуваю впевненості в собі.
2. Часто через дрібниці червонію.
3. Мій сон неспокійний.
4. Легко впадаю в зневіру.
5. Турбуюся тільки про уявлювані неприємності.
6. Мене лякають труднощі.
7. Люблю копатися у своїх недоліках.
8. Мене легко переконати.
9. Я недовірливий.
10. Я важко переносю час очікування.

II. Шкала фрустрації:

1. Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, з яких усе-таки можна знайти вихід.
2. Неприємності мене сильно розстроюють, я падаю духом.
3. Під час великих неприємностей я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.
4. Нещастя і невдачі нічому мене не вчать.
5. Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною.
6. Я нерідко почуваюся беззахисним.

7. Іноді в мене буває стан розпачу.
8. Я почуваю розгубленість перед труднощами.
9. У важкі хвилини життя іноді поводжуся по дитячому, хочу, щоб пожаліли.
10. Вважаю недоліки свого характеру непоправними.

ІІІ. Шкала агресивності:

1. Залишаю за собою останнє слово.
2. Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.
3. Мене легко розсердити.
4. Люблю робити зауваження іншим.
5. Хочу бути авторитетом для інших.
6. Не задовольняюся малим, хочу найбільшого.
7. Коли розгніваюся, погано себе стримую.
8. Волю краще керувати, ніж підкорятися.
9. У мене різка, грубувата жестикуляція.
10. Я мстивий.

ІV. Шкала ригідності:

1. Мені важко змінювати звички.
2. Нелегко переключати увагу.
3. Дуже насторожено ставлюся до всього нового.
4. Мене важко переконати.
5. Нерідко в мене не виходить з голови думка, якої слід було б позбутися.
6. Нелегко зближуюся з людьми.
7. Мене засмучують навіть незначні порушення плану.
8. Нерідко я виявляю впертість.
9. Неохоче йду на ризик.
10. Різко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.

Інтерпретація результатів:

0 - 7 балів - низький рівень;

ПРОДОВЖЕННЯ ДОДАТКУ Г

8 - 14 балів - середній рівень;

15 - 20 балів - високий рівень

Модифікована шкала оцінки впливу травматичної події для дітей

«CRIES-8»

Інструкція. Нижче наведено перелік коментарів людей після стресових життєвих подій. Будь-ласка, відмітьте у кожному пункті, як часто ці коментарі мали місце у вашому випадку протягом семи останніх днів.

Якщо цього не було за цей період, будь-ласка, відмітьте квадратик «ніколи».

Таблиця Д.1.

	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1. Чи думаєте ви про це мимоволі?				
2. Чи намагаєтеся ви стерти це зі своєї пам'яті?				
3. Чи захоплюють вас через це сильні почуття?				
4. Чи уникаєте ви того, що нагадує вам про цю подію (наприклад, місць чи ситуацій)?				
5. Чи намагаєтеся ви не говорити про це?				
6. Чи спливають у вашій свідомості картини цього?				
7. Чи наштовхують вас інші речі на думки про це?				
8. Чи намагаєтеся ви не думати про це?				

Шкала «CRIES-8» передбачає самозаповнення, а тому її можна застосовувати у групах.

Підрахунок балів

Шкала складається із 8 пунктів, що оцінюються за чотирибальною шкалою: «ніколи» - 0; «рідко» - 1; «іноді» - 3; «часто» - 5.

Ці пункти групуються у дві субшкали: «Втручання» й «Уникнення».

«Втручання» - сума пунктів 1, 3, 6, 7.

«Уникнення» - сума пунктів 2, 4, 5, 8.

ЗГОДА здобувача(чки) освіти Державного університету економіки і технологій
про перевірку кваліфікаційної роботи на прояви академічного плагіату
та розміщення в Репозитарії ДУЕТ

Я, Орлова Ольга Ігорівна, підтримую політику Державного університету економіки і технологій з академічної доброчесності і відкритого доступу. Стверджую, що кваліфікаційна магістерська (бакалаврська) робота (назва роботи повністю) виконана самостійно та не містить академічного плагіату. Я не надавав(ла) і не одержував(ла) недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Державного університету економіки і технологій ознайомлений(а). Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення норм академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Також я поінформований(на), що відповідно до пункту 5.8 «Положення про Репозитарій (електронну базу даних) Державного університету економіки і технологій» згадана робота буде розміщена в Електронному архіві Університету (Репозитарії ДУЕТ) та ознайомлений(на) з умовами такого розміщення.


(підпис)

О.ОРЛОВА
(Ініціал, ПРІЗВИЩЕ)


(дата)

Декларація
про дотримання академічної доброчесності під час написання
кваліфікаційної магістерської роботи
здобувачем вищої освіти
Державного університету економіки і технологій

Я, Орлова Ольга Ігорівна, студентка II курсу, групи ЗПС-24м Державного університету економіки і технологій розумію і підтримую політику закладу із академічної доброчесності. Я не надавала і не одержувала заборонену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.



(підпис)



(дата)

О.ОРЛОВА

(Ініціал, ПРІЗВИЩЕ)