

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

Факультет психології

Кафедра загальної психології

ДИПЛОМНА РОБОТА

на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

на тему:

**«Психологічні особливості переживання травми у дітей, які постраждали
від війни»**

Виконав:

студентка 4 курсу, ПС-41 групи

спеціальності С4 «Психологія»

ОП «Психологія»

Марчук Софія Василівна

Керівник :

к.психол.н., доц. **Іванцев Н.І.**

Рецензент:

к.психол.н., доц. **Шкраб'юк В. С.**

Івано-Франківськ – 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ.....	5
1.1Психологічна травма: визначення, механізми виникнення та класифікація.....	5
1.2Особливості психічного розвитку дітей у кризових ситуаціях.....	10
1.3Наслідки війни для психічного здоров'я дітей: теоретичний аналіз.....	16
Висновок до 1 розділу	35
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ.....	38
2.1Організація та методи дослідження.....	38
2.2Аналіз результатів дослідження	45
2.3Психологічні шляхи допомоги дітям у подоланні травматичних наслідків.....	54
Висновок до розділу 2	61
Висновок.....	63
Список використаних джерел	65
Додатки.....	69

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних умовах війна є однією з найбільших загроз для психічного здоров'я дітей. Вона супроводжується втратою близьких, руйнуванням життєвих планів, почуттям небезпеки та хронічним стресом. Діти, які пережили воєнні дії, можуть зазнавати серйозних психологічних травм, що впливають на їхню емоційну стійкість, соціальну адаптацію та подальший розвиток.

Дослідження психологічних особливостей переживання травми у дітей, які постраждали від війни, є надзвичайно важливим як для розуміння механізмів впливу травматичних подій на дитячу психіку, так і для розробки ефективних методів психологічної допомоги. Науковий інтерес до цієї проблематики підтверджується працями таких дослідників, як Б. ван дер Колк (Bessel van der Kolk), Дж. Пінес (J. Pynoos), Дж. Гарбаріно (J. Garbarino), О. В. Тихомирова, О. М. Микитюк, І. Д. Бех, Т. С. Яценко, які аналізували вплив травматичних подій на психіку дітей, розвиток посттравматичного стресового розладу та особливості реабілітаційної допомоги.

Незважаючи на значну кількість досліджень у галузі психологічної травми, специфіка переживань дітей, які зазнали впливу війни, залишається недостатньо вивченою, особливо в контексті сучасних воєнних конфліктів. Відповідно, аналіз психоемоційного стану таких дітей, визначення особливостей їхніх переживань та пошук ефективних способів психологічної підтримки є актуальними завданнями сучасної психології.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості переживання травматичного досвіду у дітей, які зазнали впливу воєнних дій та окреслити основні напрями психологічної підтримки.

Об'єкт дослідження - психологічний стан дітей, які постраждали від війни.

Предмет дослідження - особливості переживання психотравмувальних подій воєнного характеру у дітей.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення психотравми у дітей та її впливу на психічний розвиток.
2. Виявити основні психологічні особливості переживання травматичного досвіду у дітей, які постраждали від війни.
3. Провести емпіричне дослідження переживання травми у дітей, які зазнали впливу воєнних дій.
4. Окреслити напрями психологічної підтримки та допомоги дітям, які пережили травмувальні події, пов'язані з війною.

База дослідження: Дослідження проводилося на базі Дитячого спеціалізованого санаторію “Прикарпатський”, що спеціалізується на оздоровленні та психологічній підтримці дітей, які постраждали внаслідок військових дій в Україні.

Вибірка дослідження: У дослідженні взяли участь 30 дітей віком від 8 до 14 років (середній вік — 11 років), які перебували на реабілітації у вказаному закладі. До вибірки входили діти обох статей, які безпосередньо або опосередковано зазнали впливу воєнних подій, зокрема втратили рідних, були змушені покинути домівку, стали свідками насильства або проживали в зонах бойових дій. Формування вибірки відбувалося за принципом добровільної участі з урахуванням інформованої згоди батьків або опікунів.

Методи дослідження:

- Теоретичні методи: аналіз наукової літератури з проблематики дитячої психологічної травми; узагальнення наукових підходів до дослідження посттравматичних станів у дітей; систематизація отриманих знань для формування концептуальної бази дослідження.
- Емпіричні методи та методи обробки даних: якісний аналіз малюнкових і проєктивних методик; кількісний аналіз результатів тестування з

використанням статистичних методів: розрахунок середніх значень, відсоткове співвідношення, графічне представлення даних.

Практична значущість дослідження

Результати дослідження можуть бути використані у практичній діяльності дитячих психологів, педагогів, соціальних працівників та волонтерів, які працюють із дітьми, постраждалими від війни. Отримані дані можуть слугувати основою для розробки програм психологічної реабілітації, корекційних методик та профілактики посттравматичних розладів у дітей. Також результати дослідження можуть бути застосовані у навчальних курсах із дитячої психології та кризового консультування.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (найменування) та додатків. Робота містить таблиці, рисунків. Загальний обсяг роботи 70 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ

1.1 Психологічна травма: визначення, механізми виникнення та класифікація

Психологічна травма – це порушення психоемоційного стану внаслідок впливу стресового фактора, що перевищує адаптаційні можливості людини. Такий стан часто супроводжується глибоким емоційним болем, безсиллям, відчуттям небезпеки та постійним переживанням травматичного досвіду. Травма може впливати на мислення, поведінку та фізіологічні реакції людини, викликаючи симптоми, такі як тривожність, депресія, порушення сну, флешбеки та уникання ситуацій, які нагадують про травму. Вона виникає в результаті екстремальних подій, наприклад, насильства, аварій, воєнних дій або природних катастроф, коли звичні механізми захисту людини не спроможні адекватно впоратися з пережитим. Для подолання наслідків травми важливо отримати професійну психологічну підтримку та провести роботу над інтеграцією травматичного досвіду в загальний життєвий контекст.

Механізм виникнення психологічної травми є складним процесом, що включає взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів. Одним із ключових аспектів є характер травмуючої події. Її інтенсивність, раптовість і тривалість можуть визначати ступінь психологічного впливу. Найбільш травматичними є події, що безпосередньо загрожують життю або безпеці людини, оскільки вони викликають сильне почуття безпорадності, страху та втрати контролю над ситуацією.[1]

Сучасні дослідження, зокрема ті, що проводились після початку повномасштабної війни в Україні (2022), демонструють специфіку психологічного реагування дітей на бойові дії. Так, у роботах українських фахівців – І. Чорної (2022), Н. Шульги (2023), М. Боришкевича (2023) – зазначається, що у дітей спостерігається зниження базового відчуття безпеки,

зростання рівня тривожності, а також порушення сну і поведінкові регресії. Це узгоджується з теорією комплексної травматизації, яка враховує не лише моментальний, але й тривалий вплив травмуючих факторів.

Не менш важливим фактором є індивідуальні особливості особистості. Вік, рівень психологічної стійкості, попередній досвід пережитих кризових ситуацій та адаптаційні можливості впливають на сприйняття і реакцію на травматичну подію. Дослідження показують, що діти та особи з низьким рівнем стресостійкості більш схильні до тривалих негативних наслідків після травматичних переживань.

Соціальне оточення також відіграє важливу роль у формуванні травматичного досвіду. Наявність підтримки з боку сім'ї, друзів і суспільства може значно пом'якшити наслідки травми та сприяти швидшому психологічному відновленню. Водночас, ізоляція, нестача підтримки або перебування в середовищі, що сприяє повторному переживанню стресу, можуть поглиблювати негативні наслідки.

Фізіологічні процеси також є невід'ємною складовою механізму виникнення психологічної травми. У відповідь на загрозу організм активує захисну реакцію «бий або біжи», що супроводжується викидом гормонів стресу, прискореним серцебиттям, підвищенням рівня адреналіну. Якщо травмуючий фактор має тривалий вплив, нервова система може зазнавати надмірного навантаження, що призводить до виснаження психофізіологічних ресурсів організму.

Окрему роль у формуванні психологічної травми відіграють когнітивні процеси. Людина намагається осмислити травматичну ситуацію, адаптувати її у власний життєвий досвід. Якщо подія сприймається як така, що виходить за межі звичних уявлень, або не піддається логічному поясненню, це може спричинити порушення емоційного стану, втрату довіри до навколишнього світу та зміни у сприйнятті реальності.

Таким чином, психологічна травма є результатом взаємодії зовнішніх обставин та внутрішніх особливостей людини. Глибоке розуміння механізмів її

виникнення дозволяє розробляти ефективні стратегії психологічної допомоги, спрямовані на зменшення негативних наслідків та сприяння адаптації особистості після пережитого стресу.[35]

Механізми виникнення

Таблиця 1.1

Фактор	Опис
Характер події	Інтенсивність, несподіваність, тривалість впливу
Індивідуальні особливості	Вік, попередній досвід, стресостійкість
Соціальне оточення	Підтримка сім'ї та суспільства
Фізіологічна реакція	Активізація стресової відповіді («бий або біжи»)
Когнітивна обробка	Сприйняття ситуації, її осмислення

Психологічна травма може мати різний характер залежно від умов її виникнення, впливу на психіку та особливостей особистості, що її переживає. Одним із ключових критеріїв класифікації є характер виникнення травматичної події. Гостра травма виникає внаслідок одноразового, раптового стресового впливу, наприклад, аварії, нападу чи природної катастрофи. Вона зазвичай супроводжується шокowymi реакціями та сильним страхом. Хронічна травма, на відміну від гострої, формується внаслідок тривалого або повторюваного впливу стресових факторів, таких як війна, домашнє насильство або життя в умовах постійної загрози. Такий вид травми може призводити до серйозних змін особистості та соціальної дезадаптації. Комплексна травма є поєднанням кількох травматичних впливів, які взаємно підсилюють один одного, що особливо характерно для людей, які зростали в умовах насильства або пережили довготривалі бойові дії.[2]

Залежно від того, як саме травма впливає на людину, її можна розділити на фізичну, емоційну та когнітивну. Фізична травма супроводжується тілесними ушкодженнями, які спричиняють не лише фізичний біль, а й емоційний шок,

особливо якщо вони отримані внаслідок війни або нападу. Емоційна травма пов'язана з переживанням сильного страху, втрати чи болю, наприклад, у випадку смерті близької людини або жорстокого поводження. Когнітивна травма впливає на світогляд людини, змінюючи її уявлення про безпеку та справедливість. Людина може втратити довіру до оточення або розвинути депресивні переконання про власне майбутнє.

Вік також відіграє важливу роль у характері переживання травми. Дитяча психіка є більш вразливою, оскільки ще не має достатніх механізмів захисту від стресу. Діти, які пережили травматичні події, можуть розвивати тривожні розлади, страхи, соціальну ізоляцію або проблеми з самооцінкою, які можуть проявитися навіть у дорослому житті. Підлітки також схильні до глибоких емоційних реакцій на травму, особливо якщо вона пов'язана з соціальними факторами, такими як булінг чи насильство. В цьому віці травма може стати тригером для розвитку депресії, агресивної поведінки або навіть суїцидальних думок. Дорослі, хоча й мають більш сформовану психіку, також можуть зазнати серйозних наслідків після травматичних подій, особливо якщо вони пов'язані з війною, втратою близьких чи економічними труднощами.

Іншим важливим критерієм класифікації є джерело стресу. Природні катастрофи, такі як землетруси, повені чи пожежі, можуть руйнувати не лише матеріальні блага, а й почуття безпеки людини, викликаючи у неї страх і безпорадність. Соціальні катаклізми, як-от війни, терористичні атаки чи геноцид, залишають глибокий відбиток на психіці як окремих осіб, так і цілих суспільств. Особисті втрати, наприклад, смерть близької людини, розлучення чи втрата роботи, також можуть стати причиною психологічної травми, спричиняючи депресивні або тривожні стани.

Тривалість впливу також визначає тип психологічної травми. Короткотривала травма зазвичай має сильний, але відносно швидкоплинний ефект, як-от у випадку пережитої аварії чи нападу. Довготривала травма, пов'язана з постійним або повторюваним стресом, може суттєво змінити особистість

людини, спричиняючи хронічну тривогу, депресію або навіть посттравматичний стресовий розлад.[3]

Таким чином, класифікація психологічних травм є багатовимірною, адже враховує як зовнішні обставини, що спричиняють травму, так і внутрішні особливості її переживання. Глибоке розуміння цих категорій допомагає розробляти ефективні стратегії допомоги постраждалим, особливо якщо йдеться про дітей, які пережили травматичний досвід під час війни.

Психологічна травма є не лише психоемоційним, а й нейрофізіологічним явищем, що супроводжується значними змінами у функціонуванні головного мозку та всієї нервової системи. При впливі травматичної події активується гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова система, яка відповідає за вироблення гормонів стресу, зокрема кортизолу та адреналіну. Вони викликають фізіологічну реакцію «бий або біжи», що сприяє мобілізації енергетичних ресурсів організму. У момент небезпеки активізується мигдалеподібне тіло, яке відповідає за обробку страху та загрозливих сигналів. Якщо травматичний фактор є надто сильним або тривалим, цей механізм може зазнати порушень, що призводить до надмірної емоційної реактивності, підвищеної тривожності та схильності до формування посттравматичного стресового розладу.

Одночасно гіпокамп, що відповідає за пам'ять і обробку подій, під впливом високого рівня кортизолу може зазнавати змін, які ускладнюють когнітивну обробку травматичного досвіду. Це пояснює феномен фрагментарних або нав'язливих спогадів, що характерні для людей, які пережили травматичні події. Також порушується робота префронтальної кори, яка відіграє ключову роль у регуляції емоцій та ухваленні рішень, що може знижувати здатність людини раціонально оцінювати ситуацію та контролювати свої реакції.

Окрім нейрофізіологічних процесів, важливу роль у переживанні травми відіграють психологічні захисні механізми, які допомагають особистості адаптуватися до стресової ситуації та зменшити психоемоційне навантаження. Одним із найпоширеніших механізмів є витіснення, коли травматичний досвід не усвідомлюється та блокується зі свідомої пам'яті, що тимчасово полегшує

стан, але у довгостроковій перспективі може призвести до психосоматичних розладів. Заперечення також є поширеною реакцією, за якої людина відмовляється визнавати реальність події або її наслідки, що дозволяє зменшити рівень тривоги, але може ускладнити процес адаптації.[4]

Ще одним важливим механізмом є дисоціація, яка проявляється у вигляді відчуження від власних емоцій або навколишньої дійсності. У тяжких випадках це може супроводжуватися відчуттям нереальності того, що відбувається, або навіть порушеннями особистісної ідентичності. Раціоналізація допомагає людині знайти логічне пояснення травматичній події, що сприяє зниженню емоційного напруження, проте іноді може призводити до уникнення глибшого переживання та аналізу власного досвіду.

Таким чином, нейрофізіологічні механізми психологічної травми тісно взаємопов'язані з психологічними захисними реакціями, які виконують адаптаційну функцію. Вони можуть допомагати людині впоратися з пережитим стресом або, навпаки, сприяти формуванню тривалих негативних наслідків, якщо не відбувається ефективного психоемоційного опрацювання травматичного досвіду. Глибоке розуміння цих процесів є ключовим для розробки ефективних методів психологічної допомоги та підтримки осіб, які пережили травматичні події.

1.2 Особливості психічного розвитку дітей у кризових ситуаціях

Реакція дітей на кризові ситуації значною мірою залежить від їхнього віку, оскільки в різні періоди розвитку психіка має різний рівень зрілості та адаптаційні можливості. У ранньому дитинстві, коли когнітивні процеси ще не до кінця сформовані, дитина сприймає кризові події переважно через емоції дорослих і власні тілесні відчуття. Вона може не розуміти сутності того, що відбувається, але відчуває тривогу, страх або розгубленість, що виражається в порушенні сну, змінах у поведінці, підвищеній плаксивості або навпаки – у надмірній пасивності.

У дошкільному віці діти вже здатні усвідомлювати зміни в оточенні, проте їхнє мислення залишається образним, тому вони часто пояснюють події через

фантазії або казкові сюжети. Вони можуть демонструвати регресивну поведінку, тобто повертатися до ранніх форм самовираження, таких як смоктання пальця, страх залишатися наодинці або порушення мови. У грі такі діти нерідко відтворюють травматичні ситуації, намагаючись опрацювати свій досвід.[5]

Молодші школярі вже мають більш розвинені когнітивні здібності та можуть вербально виражати свої переживання, але їм часто бракує емоційної зрілості для ефективного подолання стресу. Вони можуть ставити багато запитань про кризову ситуацію, намагатися знайти раціональні пояснення, проте залишатися вразливими до страху та почуття безпорадності. Частими проявами в цій віковій групі є тривожність, зниження успішності в навчанні, проблеми з концентрацією уваги та психосоматичні реакції, такі як головний біль, болі в животі, порушення апетиту.

Підлітки реагують на кризові ситуації більш усвідомлено, але їхня емоційна нестабільність та особливості перехідного віку можуть ускладнювати адаптацію. Вони можуть переживати сильний гнів, почуття несправедливості, внутрішній протест або, навпаки, глибоку апатію. Деякі підлітки стають замкнутими, уникають розмов на важкі теми, інші ж виявляють ризиковану поведінку, намагаючись впоратися з емоційною напругою через агресію, самопошкодження чи навіть втечу від реальності. У кризових умовах підлітки особливо потребують підтримки, проте часто відмовляються від неї, намагаючись самотійно впоратися з переживаннями, що може призводити до тривалих психологічних наслідків.

Кризові ситуації чинять значний вплив на психічний розвиток дитини, оскільки вони створюють умови тривалого або раптового стресу, який перевищує її адаптаційні можливості. Реакція на стресові обставини залежить від віку, рівня психологічної зрілості, індивідуальних особливостей та соціального оточення. У ранньому віці, коли психіка ще не сформована, сильний стрес може уповільнити емоційний розвиток, спричиняючи тривожність, порушення прив'язаності та труднощі у взаємодії з дорослими. Діти, які стикаються з кризовими ситуаціями, такими як війна, розлука з

батьками чи насильство, можуть розвинути страхи, що перешкоджають їхньому подальшому психоемоційному зростанню.

У період дошкільного та молодшого шкільного віку вплив кризових ситуацій проявляється у змінах поведінки, емоційних реакціях і когнітивних процесах. Діти можуть стати більш замкненими, демонструвати підвищену тривожність, уникати соціальних контактів або, навпаки, виявляти агресію. Часто спостерігаються труднощі з концентрацією уваги, порушення пам'яті та сприйняття нової інформації. В умовах стресу можуть виникати порушення сну, нічні кошмари, нав'язливі думки або повторювані спогади про травматичну подію.

Для підліткового віку характерним є глибше усвідомлення кризових ситуацій, що може призводити до сильних емоційних коливань, почуття несправедливості або втрати сенсу. У деяких випадках це може викликати депресивні стани, соціальну ізоляцію, ризиковану поведінку або навіть розвиток суїцидальних думок. Підлітки, які стикаються з важкими життєвими обставинами, можуть мати труднощі з формуванням самооцінки та довіри до світу, що впливає на їхні майбутні соціальні та міжособистісні стосунки.[6]

Тривалий вплив кризових ситуацій може також сприяти розвитку посттравматичних розладів, які супроводжуються емоційною нестабільністю, труднощами в адаптації та порушеннями в роботі нервової системи. Окрім психологічних змін, у таких дітей можуть з'являтися психосоматичні симптоми, включаючи головний біль, розлади шлунково-кишкового тракту, м'язову напругу та порушення сну.

Формування психологічних захисних механізмів у дітей є ключовим процесом, що сприяє їхній здатності долати стресові та кризові обставини, знижуючи їхній негативний вплив на емоційний стан. Ці механізми діють на несвідомому рівні, виконуючи роль своєрідного щита, який запобігає надмірному психічному навантаженню. У складних ситуаціях діти застосовують різні стратегії захисту, які можуть змінюватися залежно від їхнього віку, емоційного стану та особливостей пережитого стресу.

Одним із найпоширеніших механізмів є **витіснення**, коли дитина підсвідомо забуває або ігнорує неприємні спогади, щоб уникнути сильних переживань. Це дозволяє їй тимчасово зменшити рівень тривоги, однак невирішені емоції можуть проявитися у вигляді психосоматичних розладів або повторюваних кошмарів. **Заперечення** є ще одним типовим захистом, коли дитина відмовляється визнавати реальність травматичної події або применшує її значення. Це допомагає їй уникати негативних переживань, але в майбутньому може ускладнити адаптацію до реальних змін.

Діти часто використовують **регресію**, повертаючись до більш ранніх етапів розвитку, наприклад, починають говорити дитячим голосом, потребують більше уваги або бояться залишатися самі. Це відбувається тому, що у ранньому віці вони почувалися в безпеці, і, повертаючись до цих моделей поведінки, намагаються відновити відчуття захищеності. Іншим важливим механізмом є **дисоціація**, яка дозволяє дитині відсторонитися від реальності, створюючи власний уявний світ або ігноруючи те, що відбувається навколо. Це допомагає тимчасово знизити рівень стресу, але при частому використанні може призводити до проблем з емоційною регуляцією та соціальною взаємодією.

Одним із найздоровіших механізмів захисту є **сублімація**, коли дитина трансформує свої негативні емоції у творчість, гру або спортивну активність. Малювання, музика, рухова діяльність допомагають їй символічно виразити свої почуття та впоратися з емоційною напругою. **Раціоналізація** дозволяє дитині пояснити кризову ситуацію логічними аргументами, шукаючи виправдання тому, що сталося, або знаходячи в ньому позитивні аспекти.[7]

Формування психологічних захисних механізмів залежить від рівня підтримки, яку дитина отримує від батьків, учителів та інших значущих дорослих. Якщо її оточення створює безпечні умови та допомагає опрацьовувати переживання через розмови, гру та терапевтичні методи, дитина має більше шансів успішно адаптуватися до складних обставин. У разі відсутності підтримки або постійного впливу травматичних подій, захисні механізми можуть стати

деструктивними, призводячи до розвитку тривожних розладів, емоційного відчуження або агресивної поведінки.

Соціальні фактори, що впливають на психічний розвиток дітей під час війни, охоплюють кілька важливих аспектів. Одним із найважливіших є сімейне середовище, яке виступає першою лінією підтримки для дітей. Під час війни родина може переживати значні труднощі, і наявність або відсутність емоційної стабільності та підтримки з боку батьків суттєво впливає на здатність дитини адаптуватися до ситуації. Якщо в сім'ї є високий рівень стресу або конфлікти, це може посилити травматичні переживання дитини.

Шкільне середовище також відіграє важливу роль у психічному розвитку дітей, оскільки школа є основним місцем соціалізації. Під час війни багато дітей стикаються з труднощами через закриття шкіл або недостатній рівень психологічної підтримки. Проте, коли школа залишається відкритою і може забезпечити емоційну підтримку з боку вчителів та однокласників, вона стає важливим фактором стабільності для дитини в умовах війни.

Соціальна підтримка з боку громади, волонтерських організацій та програм психологічної адаптації також є важливими чинниками, що можуть допомогти дітям, які пережили травму. Ці програми створюють можливості для дітей отримати необхідну психологічну допомогу та підтримку, що сприяє їхній адаптації до нових умов.

Не менш важливим є вплив медіа та інформаційного середовища. Війна часто супроводжується інтенсивним висвітленням подій у новинах, що може мати травматичний ефект на дітей. Інформація про насильство, руйнування і смерть може викликати сильні емоційні переживання. Тому, наскільки контролюється інформація, яку отримує дитина, а також як вона інтерпретується дорослими, має величезне значення для її психічного стану.

Фізіологічні реакції на кризові ситуації є складним комплексом змін, які виникають в організмі у відповідь на стресові події, зокрема травматичні переживання, пов'язані з війною. Коли дитина стикається з кризовою ситуацією, її організм реагує на це через активацію симпатичної нервової системи, що є

частиною механізму адаптації до небезпеки. Ця система запускає реакцію «боротьба чи втеча», що підвищує готовність організму до швидкої фізичної реакції. Однією з найбільш помітних фізіологічних змін є прискорення серцебиття, підвищення кров'яного тиску та прискорене дихання. Це дозволяє організму мобілізувати ресурси для реагування на стресову ситуацію.

У випадку тривалого стресу, який супроводжує дітей, що переживають війну, фізіологічна реакція може ставати хронічною. Тривале підвищення рівня стресових гормонів, зокрема кортизолу, може призводити до зниження імунної системи, що робить дитину більш вразливою до інфекцій та захворювань. Вплив кортизолу на організм у довгостроковій перспективі може спричинити зміни в мозку, що призводить до порушень у когнітивних функціях, таких як пам'ять, концентрація уваги та здатність до навчання.

Також в організмі дитини можуть спостерігатися інші фізіологічні реакції, такі як напруження м'язів, потовиділення, порушення сну або зміни в апетиті.

Тривала напруга в м'язах може спричинити біль у спині, шиї та інших частинах тіла. Проблеми зі сном, як-то безсоння або нічні кошмари, є характерними для дітей, що переживають стресові ситуації, і можуть бути наслідком постійної напруги та тривоги.[8]

Крім того, дитина може відчувати порушення в роботі шлунково-кишкового тракту, що може проявлятися через болі в животі, нудоту, втрату апетиту або, навпаки, надмірне споживання їжі як спосіб заспокоїтися. Стрес може також викликати або посилювати хронічні захворювання, такі як астма, алергії або шкірні проблеми.

Фізіологічні зміни, пов'язані з постійним стресом, можуть мати серйозні наслідки для розвитку дитини. Страх і тривога, спричинені війною, можуть змінити нейрофізіологічні процеси в мозку. Протягом першої фази стресу мозок активно виробляє адреналін і норадреналін, що стимулюють швидкі реакції на небезпеку. Однак коли стрес триває довго, ці гормони можуть порушити нормальну діяльність нейротрансмітерів, що відповідають за емоційний баланс і когнітивні функції.

Такі зміни можуть спричиняти в дитині депресивні або тривожні стани, порушення в емоційній сфері та соціальній взаємодії. Водночас, деякі діти можуть мати знижений рівень стресової реакції через емоційну загартованість або наявність підтримки з боку сім'ї чи соціальних структур. Проте навіть у таких випадках відсутність належної підтримки та ресурсів для подолання стресу може призвести до розвитку психологічних розладів у майбутньому.

Усвідомлення того, як фізіологічні реакції на стрес впливають на організм дітей, дозволяє краще зрозуміти, чому така підтримка, як психологічна реабілітація, психотерапія або соціальна підтримка, має важливе значення для їхнього одужання. Важливо створити умови для зниження стресового навантаження, забезпечити стабільність та безпеку, щоб допомогти дитині зберегти її психічне та фізичне здоров'я в умовах війни.[9]

1.3 Наслідки війни для психічного здоров'я дітей: теоретичний аналіз

Теоретичні моделі стресу та травми відіграють важливу роль у розумінні того, як люди, зокрема діти, переживають кризові ситуації, такі як війна. Різні підходи дозволяють зрозуміти, як стресові події впливають на психічний стан людини та на її здатність до адаптації, а також на довгострокові наслідки для психічного і фізичного здоров'я.

Один із найбільш відомих теоретичних підходів до розуміння стресу був запропонований Лазарусом і Фолкменом у їхній моделі стресу, яка акцентує увагу на тому, як індивіди оцінюють ситуацію як загрозливу або непереборну, а також на здатності реагувати на неї за допомогою механізмів копінгу. За цією моделлю, стрес є не тільки результатом зовнішнього впливу, але й результатом інтерпретації цих впливів особистістю. Стрес виникає тоді, коли людина оцінює ситуацію як таку, що перевищує її можливості чи ресурси для подолання. Війна, як екстремальна стресова подія, часто сприймається як катастрофічна ситуація, де відсутня можливість контролю, що веде до глибоких психологічних наслідків.[11]

Дослідження, проведені в Україні протягом 2022–2024 років (зокрема, проєкти Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії), свідчать про

необхідність адаптації класичних моделей до нових реалій. Наприклад, модель подолання стресу доповнюється компонентами колективної підтримки, досвідом внутрішньо переміщених осіб та ресурсами психологічної першої допомоги. За результатами опитувань UNICEF (2023), основними факторами зменшення травматичного впливу є стабільність оточення, доступ до освіти та емоційна підтримка дорослих.

Ще одна важлива модель стресу була розроблена Сел'є, який ввів поняття "генеральної адаптаційної реакції". Згідно з цією моделлю, організм реагує на стрес через три етапи: тривогу, опір і виснаження. Під час першої фази, організм мобілізується для боротьби з загрозою, вивільняючи гормони стресу, зокрема адреналін і кортизол. Якщо стрес триває, організм переходить до фази опору, намагаючись зберегти рівновагу і адаптуватися до умов. Проте, якщо стресова ситуація не зникає, організм вступає у фазу виснаження, що призводить до ослаблення імунної системи, розвитку депресії, тривожних розладів і фізичних проблем.

Модель стресу Петьо додає важливий аспект у розуміння травми, пов'язуючи стрес із індивідуальними реакціями на екстремальні ситуації. Вона наголошує на тому, що травма є не тільки результатом інтенсивного стресу, а й результатом того, як людина адаптується до ситуації. Діти, які переживають насильство або війни, можуть розвивати не тільки короткочасні, але й довготривалі психічні проблеми, залежно від того, як вони сприймають загрозу і які психологічні механізми активуються у відповідь на неї.[13]

Також варто згадати про модель ПТСР (посттравматичний стресовий розлад), яка стала основною для вивчення травми. ПТСР виникає у людей, які пережили катастрофічні події, такі як війна, природні катастрофи або насильство. Симптоми ПТСР можуть включати постійне переживання спогадів про травму, кошмари, емоційну відчуженість, гіперреактивність, труднощі з концентрацією уваги. Ця модель допомагає зрозуміти, чому після пережитої травми у дитини можуть виникати поведінкові та емоційні проблеми, і як ці проблеми можна коригувати за допомогою психологічної допомоги.

Моделі когнітивної травми також важливі для розуміння, як війна або інші стресові події змінюють сприйняття реальності у дітей. Згідно з цими моделями, травматичний досвід призводить до розвитку негативних переконань про себе, інших людей і світ загалом. Діти, які пережили війну, можуть почати вірити, що світ є небезпечним місцем, і що вони самі є безпомічними. Це може викликати глибокі емоційні порушення і тривогу.

Також важливо звернути увагу на модель "резилієнсу", або стійкості до стресу, яка вказує на здатність людей, зокрема дітей, адаптуватися до травматичних подій і відновлюватися після них. Резилієнс залежить від багатьох факторів, таких як підтримка з боку сім'ї, наявність соціальних зв'язків, рівень розвитку емоційної регуляції та особистісні ресурси. У дітей, які переживають війну, підтримка з боку батьків або інших дорослих може бути критично важливою для формування стійкості до стресу і розвитку здатності долати важкі ситуації.

Когнітивно-психологічний вплив війни на дітей є ключовим аспектом у розумінні того, як важкі стресові ситуації можуть змінити мислення, сприйняття та емоційну регуляцію у молодших людей. Війна, з її численними травматичними подіями, може мати довгостроковий вплив на когнітивні та психологічні процеси дітей, спричиняючи зміни в їхній здатності осмислювати навколишній світ, взаємодіяти з оточенням і регулювати свої емоції.

Одним із основних наслідків війни є зміна сприйняття реальності. Діти, які пережили війну, часто стикаються з катастрофічними і непередбачуваними подіями, що порушують їхню здатність бачити світ як безпечне місце. Вони можуть почати сприймати світ як ворожий і небезпечний, що зменшує рівень довіри до інших людей та до майбутнього. Це може призвести до розвитку негативних когнітивних схем, таких як переконання, що "світ є небезпечним", "люди не можуть бути надійними", або "я сам не в змозі змінити ситуацію". Ці переконання можуть стати основою для тривожних і депресивних розладів, оскільки дитина починає бачити себе безпомічною у світі, який вона сприймає як ворожий.[12]

Крім того, війна може змінити когнітивні процеси, такі як пам'ять, увага та здатність до навчання. Стрес, викликаний травматичними подіями, впливає на роботу мозку, зокрема на ті його частини, які відповідають за пам'ять і навчання. Діти, які пережили війну, можуть відчувати труднощі з концентрацією уваги, погіршенням пам'яті, а також зниженою здатністю зосереджуватися на навчальних завданнях. Це може стати причиною проблем у школі, адже дитина буде витратити більше енергії на боротьбу з внутрішнім стресом, ніж на засвоєння нової інформації.

Травматичні переживання, пов'язані з війною, можуть також вплинути на здатність дитини розуміти і виражати свої емоції. Діти можуть почати переживати сильну тривогу, депресію або гнів, і не мати можливості адекватно виразити ці емоції або зрозуміти, як з ними впоратися. Вони можуть спостерігати за небезпечними ситуаціями, що створює у них постійну готовність до стресу та реакцію на потенційну загрозу, навіть у відсутності реальної небезпеки. Це може проявлятися у вигляді безперервної тривоги, труднощів у соціальних взаємодіях, а також в емоційних проблемах, таких як депресія або страхи.[14]

Одним із найгірших наслідків когнітивно-психологічного впливу війни є розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це порушення виникає у відповідь на переживання надмірного стресу та травми, і є характерним для дітей, які пережили бойові дії. Симптоми ПТСР можуть включати нав'язливі спогади про пережите, кошмари, відчуження від інших, зниження рівня активності, труднощі з концентрацією уваги та емоційну відчуженість. ПТСР може також проявлятися в агресивних або самознищувальних вчинках, які є проявами намагання дитини впоратися зі своїми внутрішніми переживаннями.

Когнітивний вплив війни може також бути пов'язаний з порушеннями у розвитку соціальних навичок. Діти, які переживають війну, часто стають ізольованими, тримаються подалі від своїх однолітків або проявляють агресію як відповідь на стрес. Це може бути результатом порушення у сприйнятті інших

людей та відчуженості, що розвивається через постійну тривогу і страх перед потенційною загрозою. Багато дітей, що пережили війну, можуть відчувати труднощі з формуванням здорових соціальних зв'язків, оскільки вони не можуть довіряти іншим або боятися, що близькі люди можуть їх залишити.

Зміни в когнітивному сприйнятті себе та оточуючих, викликані війною, можуть залишити довгострокові наслідки для психічного розвитку дитини. Наприклад, дитина може втратити впевненість у собі і своїх силах, розвинути відчуття безпомічності і зниження самооцінки. Вона може також почати уникати ситуацій, які нагадують їй про травму, що веде до ще більшої ізоляції та депресії.

Психологічна підтримка і терапія є критично важливими для дітей, які пережили війни, щоб допомогти їм зрозуміти і впоратися з негативними когнітивними схемами та емоційними порушеннями. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), арт-терапія, ігрова терапія та інші методи допомоги можуть допомогти дітям відновити здатність до здорового сприйняття світу, управління емоціями та розвитку здорових соціальних зв'язків. Окрім того, важливою є також підтримка з боку сім'ї та громади, оскільки від цього залежить рівень стійкості дитини до стресу та її здатність адаптуватися до змін.[15]

Емоційні та поведінкові наслідки війни для дітей є важливим аспектом психічного здоров'я, оскільки пережиті травми можуть значно змінити емоційний стан і поведінкові реакції. Війна — це крайній стресовий фактор, який здатний викликати серйозні емоційні порушення, а також привести до розвитку різноманітних поведінкових проблем. Діти, які пережили насильство або стали свідками жахливих подій, можуть проявляти широкий спектр емоційних реакцій, таких як тривога, депресія, гнів або страх, а також розвивати певні поведінкові розлади.

Одним із найпоширеніших емоційних наслідків є **тривога**. Діти, які пережили війни або конфлікти, часто відчують постійну тривогу через страх за своє життя, життя близьких, відчуття невизначеності майбутнього та переживання

втрата. Ця тривога може набувати хронічного характеру і впливати на загальний емоційний фон, що знижує здатність дитини насолоджуватися життям і справлятися з повсякденними труднощами. Часто така тривога проявляється у вигляді фобій або панічних атак, коли дитина відчуває безпричинний страх або страх перед певними ситуаціями.

Крім того, діти можуть проявляти **депресивні симптоми**, зокрема апатію, відчуття безнадійності, зниження інтересу до звичних діяльностей. Втрата близьких, руйнування звичних умов життя, переміщення та відсутність стабільності можуть сприяти розвитку депресії. Це може супроводжуватися відчуттям безсилля, відчаю, зниженням самооцінки, погіршенням апетиту і проблемами зі сном. У дітей депресія може проявлятися також у вигляді агресивної поведінки, оскільки вони можуть не вміти виражати свої емоції словами, а агресія стає способом вираження болю і розчарування.

Гнів є ще одним важливим емоційним наслідком війни. Діти, які пережили насильство, можуть відчувати сильний гнів на навколишній світ, на людей, які причетні до конфлікту, або навіть на себе за те, що вони не змогли уникнути травми. Такий гнів може призвести до розвитку агресивної поведінки, як внутрішньої, так і зовнішньої. Вони можуть проявляти агресію до своїх однолітків, батьків або навіть до себе через почуття безпорадності та розчарування. Агресивні прояви можуть бути спричинені як гнівом, так і глибоким страхом і бажанням захиститися від того, що вони сприймають як загрозу.

Ще одним важливим емоційним наслідком є **страх**. Діти, які пережили війну, часто стають дуже чутливими до загроз, навіть якщо ці загрози не є реальними. Страх може стати постійним супутником, який виявляється в надмірній настороженості, страхах перед майбутнім, перед знову можливими насильницькими діями або перед новими травмами. Такий страх може обмежувати соціальну активність дитини і призводити до ізоляції, адже вона може уникати будь-яких ситуацій, які нагадують їй про пережиті жахи.

З поведінкової точки зору діти, які пережили війну, можуть проявляти **поведінкові розлади**, зокрема порушення сну, що часто є результатом постійної тривоги і страху. Безсоння, кошмари, нічні страхи — це симптоми, що вказують на те, що дитина переживає внутрішню напругу і не може відновити емоційну рівновагу навіть під час сну. Інколи діти можуть проявляти поведінкову агресію або тривожність під час сну, що також є індикатором емоційної перевантаженості.

Також може розвинутися **ізоляція** — діти можуть уникати спілкування з іншими дітьми або дорослими через страх або через відчуття, що ніхто не може їх зрозуміти. Вони можуть замикатися в собі, намагаючись захиститися від емоційних болів і переживань, але це призводить до ще більшої ізоляції і погіршення соціальних навичок.[16]

У деяких випадках діти можуть реагувати **регресією** в поведінці, коли вони починають вести себе, як менші за віком, наприклад, починають смоктати палець, розмовляти в дитячому стилі або проявляти інші дитячі риси, що були характерні для них на ранніх етапах розвитку. Така поведінка є своєрідною спробою знайти безпеку і комфорт у знайомих формах поведінки, що були до пережитої травми.

Нарешті, важливим аспектом є **зниження академічних досягнень**. Діти, які переживають війну, часто відчувають труднощі в навчанні через стрес, погіршення концентрації уваги, проблеми з пам'яттю і зниження інтересу до навчальних завдань. Вони можуть мати проблеми з виконанням домашніх завдань, участю в класних заняттях, а також в адаптації до нових навчальних умов після переміщення або зміни школи.

Соціальна ізоляція та порушення соціальних зв'язків є одними з найбільш руйнівних наслідків для психічного здоров'я дітей, які пережили війну. Війна не лише зруйнує фізичну інфраструктуру, але й спричиняє серйозні порушення в соціальній сфері, де сім'ї втрачають свої звичні зв'язки та підтримку. Діти, які стали свідками насильства або пережили втрату близьких, змушені

адаптуватися до нових, часто ворожих умов, що неминуче впливає на їхнє соціальне функціонування.

Одним із основних аспектів соціальної ізоляції є **втрата підтримки родини та громади**. Війна може призвести до переміщення великої кількості людей, що означає втрату соціальних мереж, які раніше забезпечували емоційну підтримку та стабільність. Переміщені діти можуть залишити свої будинки, школи та друзів, потрапивши в нові умови, де вони не знайомі з людьми та не мають підтримки. У таких умовах соціальна ізоляція стає майже неминучою, оскільки дитина може відчувати себе чужою серед незнайомих людей.

Крім того, **травматичні події війни**, такі як втрата близьких, насильство, або навіть спостереження за насильством, можуть призвести до **глибокої емоційної травми**, що впливає на здатність дитини будувати і підтримувати здорові соціальні зв'язки. Діти, які пережили такі події, можуть відчувати страх або недовіру до інших, що створює бар'єри для встановлення дружніх відносин. Вони можуть ставати замкнутими, уникаючи спілкування з однолітками або дорослими через страх знову пережити травму чи бути покинутими.[17]

Порушення нормального соціального розвитку є ще однією важливою проблемою для дітей, які пережили війну. Війна може вплинути на те, як дитина взаємодіє з іншими людьми, що має важливе значення для її розвитку. Діти, які пережили війну, можуть проявляти соціальну відчуженість, замкнутість або навіть агресивну поведінку по відношенню до інших. Вони можуть втратити здатність до здорових соціальних взаємодій, оскільки їхній досвід змушує їх бачити світ як небезпечне і ворожнє середовище.

Це порушення соціальних зв'язків часто призводить до **дезадаптації в нових соціальних умовах**, таких як нові школи чи нові колективи. Діти можуть мати труднощі з адаптацією до нових умов, уникаючи контактів з іншими дітьми через невпевненість у собі чи страх бути відкинутими або неправильно зрозумілими. Це може призвести до соціальної ізоляції, яка посилюється відсутністю здатності дитини інтегруватися в нову соціальну середу.[18]

Війна також часто призводить до **втрачених або порушених батьківських зв'язків**. У періоди конфліктів багато дітей можуть бути вимушені жити в умовах, де їхні батьки або опікуни зазнають фізичних або емоційних травм, або навіть гинуть. Втрата батьківської підтримки та емоційної стабільності створює велику емоційну порожнечу, яку дитина не може заповнити без зовнішньої підтримки. Це негативно позначається на здатності дитини встановлювати довірливі стосунки в майбутньому, а також може призвести до проблем із самооцінкою та відчуттям безпомічності.

Соціальні мережі та інтернет в умовах війни можуть також виступати як засіб втечі від реальності, однак вони не завжди компенсують відсутність фізичної взаємодії з іншими людьми. Діти, які пережили війну, можуть вдаватися до соціальних мереж, щоб шукати емоційну підтримку або навіть для того, щоб відволіктися від своїх переживань, але це може посилити їхню ізоляцію від реального світу і соціальних зв'язків.

На фоні цієї соціальної ізоляції часто виникають **психологічні труднощі**, такі як тривога, депресія, відчуття самотності і відчуженості. Діти можуть відчувати себе покинутими та невидимими для світу, що ще більше загострює їхній емоційний стан. У випадку, коли немає підтримки з боку сім'ї або соціальних служб, такі діти можуть почати проявляти **поведінкові проблеми**, включаючи агресію, відмову від навчання чи навіть самоушкодження.[19]

Відновлення соціальних зв'язків після війни є критичним для психічного здоров'я дитини. Психологічна підтримка, яка включає не лише терапевтичні методи, але й заходи, спрямовані на відновлення соціальних зв'язків (наприклад, через групову терапію, участь у різноманітних освітніх або творчих активностях), може допомогти дитині відновити відчуття соціальної приналежності і зменшити рівень ізоляції. Створення безпечного середовища, де дитина може вільно виражати свої почуття і переживання, а також розвиток нових довірливих відносин, є необхідними кроками на шляху до відновлення емоційної стабільності та розвитку здорових соціальних навичок.

Зміни в розвитку дітей, які пережили війну або інші травматичні події, можуть значною мірою залежати від віку, оскільки на кожному етапі розвитку дитина має різні можливості для розуміння і переживання стресових ситуацій. Вікові особливості визначають, як дитина сприймає події, як вона реагує на стрес, які механізми адаптації вона використовує і як ці переживання впливають на її подальший розвиток.

Діти раннього віку (0–3 роки): У цьому віці діти ще не здатні усвідомлювати або вербально виражати свої переживання, але вони надзвичайно чутливі до змін у навколишньому середовищі. Вони сприймають ситуацію через емоції своїх батьків або опікунів, тому стрес і тривога, які відчувають дорослі, можуть прямо впливати на емоційний стан малюка. Погіршення емоційного фону у батьків може спричинити занепокоєння, гнів або відчуття небезпеки у дітей. Війна може порушити звичний режим, зруйнувати фізичні та емоційні зв'язки, що часто призводить до проблем із сном, апетитом, а також до підвищеного рівня стресу. У деяких випадках можуть виникати проблеми з розвитком мовлення або моторних навичок через стрес, відсутність стабільності або належної уваги.

Діти дошкільного віку (3–6 років): На цьому етапі розвитку діти починають краще усвідомлювати свою реальність, однак їхнє розуміння світу ще обмежене. Вони можуть мати складнощі в усвідомленні того, що відбувається навколо них, і часто не можуть правильно інтерпретувати свої переживання. Стрес може проявлятися у вигляді нічних кошмарів, енурезу (нетримання сечі), порушень апетиту або надмірної прив'язаності до батьків. Вони можуть почати повторювати травматичні події через гру або розповіді, що свідчить про їхню спробу осмислити і переробити пережите. Це також може проявлятися в агресивній поведінці, наприклад, через удари або крики. Через обмежене розуміння дитина може плутати реальність з фантазією і не розуміти, чому сталося те, що сталося, що підвищує її тривогу.

Молодший шкільний вік (6–10 років): У цьому віці діти стають більш здатними до усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків і можуть краще розуміти, що відбувається в навколишньому світі. Однак їхня реакція на стрес усе ще залежить від підтримки, яку вони отримують від батьків, вчителів і інших значущих дорослих. Війна може викликати у дітей страх за власне життя, життя родини та майбутнє, що проявляється у тривожних думках, нервозності, а також у фізичних симптомах, таких як головний біль, біль у животі або порушення сну. Вони можуть ставати більш замкнутими або ж навпаки, проявляти агресивну поведінку в школі або вдома. Крім того, ці діти можуть почати відчувати почуття провини або відповідальності за те, що сталося, навіть якщо вони не були причетними до подій.

Підлітки (10–18 років): Для підлітків війна може стати серйозним випробуванням, оскільки в цей період формується ідентичність та соціальні зв'язки. Вони більш усвідомлено переживають ситуацію, мають змогу рефлексувати і навіть осмислювати пережите. Водночас підлітки часто мають складнощі у вираженні своїх емоцій і можуть використовувати соціальні зв'язки та взаємодії для того, щоб впоратися з болем і тривогою. Вони можуть ставати більш ізольованими, проявляти депресивні або агресивні тенденції, а також захоплюватися протестними або деструктивними поведінковими моделями. Травма війни може погіршити вже існуючі проблеми з самооцінкою, соціальною адаптацією і розвитком. Підлітки можуть мати більші труднощі у встановленні емоційного зв'язку з батьками або іншими дорослими, що лише посилює їхнє відчуття самотності та безпорадності.

Молоді люди (після 18 років): Для молодих людей, які пережили війну, емоційні та психічні наслідки можуть мати довготривалі ефекти, оскільки цей період є важливим для формування стабільної ідентичності та особистісних переконань. Вони можуть відчувати себе відокремленими від своїх однолітків, що не пережили таких подій, і це може вплинути на їхню здатність до соціалізації та побудови здорових стосунків. Психологічні наслідки можуть включати депресію, тривожність, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР),

а також труднощі з адаптацією до нових умов, змін у навчанні, кар'єрі та особистих відносинах. У цей період молоді люди можуть бути схильні до ризикованих поведінкових моделей, таких як зловживання наркотиками або алкоголем, що може бути способом уникнути болю і стресу.[20]

Вплив війни на родину є надзвичайно великим і глибоким, оскільки вона кардинально змінює не лише матеріальне становище сім'ї, але й емоційний клімат, настрій, способи взаємодії між членами родини. Порушення звичних умов життя, невизначеність і стрес, пов'язані з війною, можуть мати тривалий вплив на психічне здоров'я не тільки дорослих, але й дітей. Війна змушує родину адаптуватися до нових обставин, часто в умовах обмежених ресурсів, що веде до збільшення стресу та тривоги, які можуть впливати на всіх членів родини. Родина є основним джерелом емоційної підтримки для дитини, і в таких умовах її здатність забезпечити стабільність і захист є критично важливою для психічного здоров'я дітей.

Війна може мати значний вплив на здатність батьків виконувати свої функції, оскільки травматичні переживання можуть призводити до змін у психологічному стані. Батьки, які пережили втрату домівки, близьких або стали свідками насильства, часто мають труднощі з подоланням стресу і можуть страждати від симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії чи тривоги. Ці переживання можуть знижувати їх здатність надавати емоційну підтримку своїм дітям, що в свою чергу посилює тривогу у дітей і погіршує їх психічне здоров'я. Діти, особливо в молодшому віці, дуже чутливі до емоційних станів своїх батьків, і коли вони бачать, що батьки страждають або не можуть ефективно справлятися з ситуацією, це створює відчуття небезпеки і нестабільності, яке важко компенсувати в умовах війни.[21]

Таблиця 1.2

Вік дитини	Психологічні особливості та зміни під впливом війни	Поведінкові та емоційні прояви	Можливі наслідки
До 3 років в	<ul style="list-style-type: none"> - Обмежена здатність до усвідомлення та розуміння ситуації. - Висока емоційна чутливість до змін у середовищі. 	<ul style="list-style-type: none"> - Підвищена тривожність і страх перед незнайомими людьми та ситуаціями. - Проблеми зі сном і годуванням. - Агресивні реакції (особливо в поведінці, що пов'язано з необхідністю адаптації). 	<ul style="list-style-type: none"> - Можливі порушення розвитку прив'язаності. - Схильність до психосоматичних розладів.
3-6 років в	<ul style="list-style-type: none"> - Формування уявлень про світ, сильна залежність від дорослих для почуття безпеки. - Створення базових механізмів адаптації. 	<ul style="list-style-type: none"> - Часте переживання страхів, нічні кошмари. - Ігрові стратегії, які можуть включати повторення травматичних подій. - Зниження інтересу до гри або навчання. 	<ul style="list-style-type: none"> - Формування травматичних уявлень про реальність. - Можливе затримання мовного розвитку.
6-12 років в	<ul style="list-style-type: none"> - Розвиток розуміння причинно-наслідкових зв'язків і емоцій. - Спостереження за поведінкою оточуючих для моделювання власної. 	<ul style="list-style-type: none"> - Зміни в поведінці (ізоляція, агресивність). - Підвищена тривожність, уникання певних ситуацій. 	<ul style="list-style-type: none"> - Зниження самооцінки. - Ризик розвитку тривожних розладів, депресії.

12-18 роки в	<ul style="list-style-type: none"> - Формування ідентичності, розвинута здатність осмислювати життєві ситуації. - Сильний вплив соціального оточення та однолітків. 	<ul style="list-style-type: none"> - Агресія, емоційні вибухи, відчуженість. - Проблеми з концентрацією, відчуття хаосу. - Труднощі з довірливістю до дорослих. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). - Потенційне порушення соціальних зв'язків.
18+ роки в	<ul style="list-style-type: none"> - Підвищена здатність до самоаналізу і рефлексії. - Пошук сенсу у пережитому досвіді. 	<ul style="list-style-type: none"> - Тривалі наслідки травми (ПТСР, депресія). - Соціальна ізоляція або інтеграція через допомогу професіоналів. 	<ul style="list-style-type: none"> - Довготривала психологічна реабілітація, можливі порушення в соціальній адаптації.

Нерідко у батьків, які пережили війни, виникають проблеми з емоційним зв'язком з дітьми. Вони можуть бути занадто втомленими, емоційно виснаженими або знервованими, щоб забезпечити дітям відчуття безпеки і підтримки, що критично важливо для нормального розвитку дитини. У такій ситуації відсутність емоційної підтримки з боку батьків може призвести до того, що дитина почне відчувати себе ізольованою, покинутою або незахищеною. Це може спричинити емоційну дезадаптацію, проблеми з поведінкою, розвиток тривожних чи депресивних симптомів, а також порушення соціальних зв'язків з однолітками та дорослими.

Також важливо зазначити, що травма батьків, особливо у випадку втрати близьких або пережитих насильницьких подій, може мати більш глобальний ефект на родину. Батьки, що переживають сильний стрес, можуть не бути в змозі надавати дітям належну підтримку, що є основою для їхнього психічного благополуччя. Відсутність стабільності в родині, зміна місця проживання, економічні труднощі, а також переживання горя та втрати можуть створювати

атмосферу невизначеності і страху, що посилює відчуття тривоги у дітей. В таких умовах діти часто шукають емоційну підтримку в поза сімейних зв'язках, що може призводити до порушень соціальної адаптації.[22]

У цей період батьки мають надзвичайно важливу роль в підтримці психічного здоров'я своїх дітей. Навіть у найскладніших обставинах важливо намагатися зберегти звичні ритуали і зв'язки в родині, що допомагає дитині відчувати себе в безпеці і контролювати ситуацію, яка здається їй безнадійною. Батьки, навіть якщо вони самі переживають травму, повинні намагатися бути чуйними до потреб своїх дітей, допомагати їм вербалізувати свої страхи та переживання. Відкритість і підтримка з боку батьків може допомогти дитині впоратися з емоційними труднощами і відновити відчуття стабільності. Важливо, щоб батьки звертали увагу на поведінкові зміни у своїх дітях і, при необхідності, шукали професійну допомогу для них.

Крім того, підтримка родинної мережі і громади в умовах війни є дуже важливою. Якщо батьки можуть знайти підтримку у своїх родичів, друзів або професіоналів, це знижує рівень стресу і тривоги, допомагаючи створити стабільні умови для розвитку дитини. Також допомога соціальних служб і психологів може бути необхідною для того, щоб родина могла отримати консультації і ресурси, необхідні для подолання кризи і підтримки психічного здоров'я дітей.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психічним станом, який може розвинути у дітей після переживання травматичних подій, таких як війна, насильство, природні катастрофи або інші екстремальні ситуації. У дітей, які стали свідками або безпосередніми учасниками війни, ймовірність розвитку ПТСР є високою, оскільки вони схильні до сильних емоційних потрясінь, які можуть глибоко вплинути на їх психічне здоров'я. Травма, викликана війною, може стати основним фактором у розвитку цього розладу, що веде до довготривалих емоційних і поведінкових порушень.

У дітей ПТСР часто проявляється через цілу низку симптомів, які можуть сильно варіюватися залежно від віку, ступеня травми та соціальної підтримки, яку вони отримують після пережитого. Зазвичай симптоми ПТСР у дітей включають часті спогади або флешбеки травматичних подій, нічні кошмари, панічні атаки, надмірну настороженість і збудження. Діти можуть переживати те, що вони знову переживають травматичний досвід, навіть якщо фізично це вже не відбувається. Ці флешбеки можуть бути настільки яскравими, що дитина втрачає відчуття реальності та не може відрізнити минуле від теперішнього.

Іншим характерним симптомом ПТСР у дітей є уникання ситуацій, які нагадують їм про пережитий стрес. Діти можуть уникати місць, людей або навіть розмов, які асоціюються з травматичними подіями. Вони також можуть ізолюватися від інших людей, бути менш активними в соціальних ситуаціях і проявляти апатію або байдужість до раніше улюблених занять.[25]

Фізіологічні прояви ПТСР у дітей можуть включати порушення сну, зниження апетиту, головний біль або болі в животі, а також інші соматичні симптоми, які можуть бути виражені через тілесні реакції на стрес. Часто діти не в змозі чітко висловити свої переживання і можуть демонструвати тривогу або злість через труднощі, пов'язані з емоційним вираженням.

Емоційні наслідки ПТСР у дітей включають депресивні симптоми, відчуття безнадії, безпорадності і невпевненості в майбутньому. Діти можуть втратити інтерес до навчання, ігор та інших соціальних активностей, що раніше приносили їм радість. Вони можуть ставати дратівливими або замкнутими, мати проблеми з концентрацією уваги та виконанням завдань, що сильно впливає на їх соціальну і академічну адаптацію.

У дітей може розвиватися надмірна залежність від батьків або, навпаки, сильна відчуженість від сім'ї. Це може призвести до порушення зв'язків з однолітками і впливати на їх взаємовідносини з іншими людьми. Діти можуть ставати більш агресивними або проявляти неадекватні реакції на звичайні стресові ситуації, що робить їх більш вразливими до соціальних проблем.

Також важливо враховувати, що діти не завжди можуть чітко усвідомлювати свої переживання і вербально виразити їх. Замість цього вони можуть проявляти симптоми через гру, де вони повторюють травматичні події, чи через поведінкові зміни, такі як агресивність, депресія, підвищена тривожність або навіть зловживання алкоголем і наркотиками у підлітковому віці.

Наслідки ПТСР можуть мати тривалий характер, якщо дитина не отримує належної психологічної допомоги. Відсутність своєчасної допомоги може призвести до того, що дитина не здатна розвинути здорові механізми адаптації і продовжує жити з наслідками травми впродовж багатьох років. ПТСР може залишити свій слід на всіх етапах розвитку дитини, впливаючи на її емоційне, соціальне і когнітивне зростання.

Найбільше дитина потребує підтримки з боку родини, шкільних педагогів і психологів. Своєчасне звернення до професіоналів, створення стабільного і безпечного середовища вдома та в школі, а також використання методик психологічної підтримки, таких як психотерапія, можуть значно допомогти дитині в процесі реабілітації та зцілення від травматичних переживань.

Загалом, ПТСР у дітей є серйозною проблемою, яка вимагає комплексного підходу до лікування. Адекватна підтримка, увага до емоційних і фізичних потреб дитини, а також спеціалізована терапія можуть допомогти дитині поступово відновлювати психічне здоров'я і адаптуватися до нормального життя після пережитих травм.[23]

Психологічні механізми адаптації до війни

Один з основних механізмів адаптації — це **копінг-стратегії**, або способи подолання стресу, які допомагають дитині впоратися з відчуттям загрози. Копінг-стратегії можуть бути як здоровими, так і деструктивними. Здорові стратегії включають адаптаційні механізми, такі як пошук підтримки від родини чи друзів, розвиток позитивного ставлення до ситуації, спроби знайти сенс у пережитому або фокусування на майбутньому. Діти, які вчаться використовувати ці стратегії, мають більше шансів зберегти своє психічне

здоров'я. Наприклад, спілкування з батьками чи іншими близькими людьми допомагає дітям зберегти емоційну стабільність, а також дає можливість висловити свої переживання.[24]

Проте не всі діти здатні адаптуватися до війни через позитивні копінг-стратегії, особливо коли вони стикаються з високим рівнем стресу або не отримують необхідної підтримки. У таких випадках може виникнути використання **нездорових механізмів адаптації**, таких як уникання ситуацій, що нагадують про травму, або зниження емоційної реакції, щоб захистити себе від болючих спогадів. Ці стратегії можуть тимчасово полегшити стрес, але у довгостроковій перспективі вони можуть призвести до розвитку психологічних розладів, таких як тривога, депресія чи ПТСР.

Іншим важливим механізмом є **психологічна резиліентність** — здатність адаптуватися та відновлюватися після пережитих травм. У дітей, які мають високу резиліентність, спостерігається швидше відновлення після пережитих труднощів. Це може бути обумовлено як індивідуальними факторами, такими як вроджена стійкість до стресу, так і соціальними факторами, такими як підтримка родини, школярів, друзів та психологів. Діти з високим рівнем резиліентності часто демонструють кращі соціальні навички, меншу схильність до депресивних та тривожних розладів і більшу здатність адаптуватися до нових умов.

Іншими важливими факторами адаптації є **підтримка дорослих** та **створення стабільного середовища**. Коли діти мають можливість отримувати емоційну підтримку від своїх батьків або інших близьких людей, це значно підвищує їх шанси на успішну адаптацію. Підтримка дорослих включає не тільки емоційну підтримку, але й практичну, таку як забезпечення стабільності в побутових умовах, допомога в організації шкільного навчання або медичному обслуговуванні.[26]

Ще одним важливим аспектом є **створення "сфери безпеки"** для дітей. Це може бути забезпечення стабільності в повсякденному житті, наприклад,

збереження шкільних рутин чи спільне проведення часу з родиною. Такі елементи допомагають зменшити рівень тривоги та створити відчуття, що дитина може контролювати хоча б деякі аспекти свого життя, навіть у період війни.

Крім того, механізм **переробки травматичного досвіду** також є важливим елементом адаптації. Це процес, під час якого дитина осмислює пережите і знаходить спосіб «переосмислити» негативний досвід, зменшуючи його емоційну вагу. Цей процес може відбуватися через діалог з психологом або через творчі методи, такі як малювання, письмо чи арт-терапія.

У результаті, адаптація дітей до умов війни включає не лише індивідуальні фактори, а й соціальні та культурні умови, в яких вони перебувають. Психологічні механізми адаптації — це складний процес, який залежить від багатьох факторів, серед яких основну роль відіграють сім'я, соціальне оточення, рівень підтримки та здатність дитини до психологічної адаптації.

Висновок до 1 розділу

У першому розділі було здійснено теоретичний аналіз психологічних особливостей переживання травми у дітей, які постраждали від війни. Дослідження підтвердило, що війна є одним із найсильніших стресогенних чинників, які можуть кардинально вплинути на психіку дитини, її емоційний стан, поведінкові прояви та загальний психічний розвиток. Психологічна травма, спричинена військовими діями, може призвести до порушень адаптації, розвитку стійких психоемоційних порушень, а також серйозних труднощів у соціалізації.

Одним із ключових аспектів, розглянутих у розділі, є механізми виникнення та класифікація травматичних переживань у дітей. Було виявлено, що рівень сприйняття та переживання травми залежить від вікових, індивідуальних та соціальних факторів. Діти раннього віку особливо вразливі до впливу стресу, оскільки їхня психіка ще не сформована, а механізми подолання кризи є недостатньо розвиненими. У дошкільному та молодшому шкільному віці травма може проявлятися через страхи, нічні кошмари, емоційну нестабільність, регрес у поведінці та проблеми з концентрацією уваги. У підлітковому віці наслідки війни можуть бути пов'язані із зниженням рівня довіри до світу, агресивною поведінкою, підвищеною тривожністю, соціальним відчуженням та депресивними станами.

Особливу увагу приділено аналізу когнітивно-психологічного впливу війни на дітей. Доведено, що травматичні події можуть викликати порушення когнітивних процесів, зокрема зниження концентрації уваги, труднощі у засвоєнні нової інформації, розлади пам'яті та логічного мислення. В умовах війни діти часто стикаються з почуттям постійної небезпеки, що призводить до формування гіпервігідності та емоційного виснаження. Внаслідок цього знижується їхня здатність до навчання, що негативно позначається на їхньому подальшому інтелектуальному розвитку.

Не менш важливим аспектом, висвітленим у розділі, є емоційні та поведінкові наслідки пережитих травматичних подій. Зазначено, що у дітей, які стали

жертвами чи свідками війни, значно зростає ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресивних розладів, тривожності та інших психічних порушень. Втрата домовки, розлука з рідними, смерть близьких чи перебування у стані постійної загрози можуть спричиняти емоційне оціпеніння, агресивну поведінку, імпульсивність або, навпаки, надмірну замкнутість та соціальну ізоляцію.

Розглянуто також соціальні фактори, які впливають на психічний розвиток дитини під час війни. Було встановлено, що наявність або відсутність підтримки з боку родини, суспільства та освітніх установ відіграє вирішальну роль у тому, як дитина адаптується до пережитого досвіду. Діти, які мають міцну соціальну підтримку, швидше відновлюються, тоді як ті, хто відчуває нестачу уваги та турботи, можуть розвивати деструктивні моделі поведінки та мати серйозні труднощі у подальшому житті.

Важливою складовою теоретичного аналізу стала оцінка змін у психічному розвитку дітей залежно від віку. Доведено, що психічні наслідки війни мають вікові особливості, що пояснюється етапами дозрівання нервової системи та когнітивних функцій. Маленькі діти мають схильність до регресивних реакцій, тоді як підлітки частіше демонструють симптоми протестної поведінки, депресії або соціальної ізоляції.[27]

Також було проаналізовано роль сім'ї у психічному здоров'ї дітей під час війни. Доведено, що поведінка батьків, їхній емоційний стан та здатність до адаптації значно впливають на дитину. Психоемоційна підтримка з боку батьків, стабільність у відносинах та наявність безпечного середовища є критичними факторами для психологічного благополуччя дітей, які пережили травматичні події.

Загалом, у першому розділі було виявлено, що війна залишає глибокий відбиток на психічному здоров'ї дітей, змінюючи їхню емоційну сферу, когнітивний розвиток та соціальні взаємозв'язки. Важливу роль у подоланні наслідків травми відіграє система соціальної підтримки, психологічна допомога та сприятливі умови для адаптації дитини. Результати теоретичного аналізу

підкреслюють необхідність подальшого дослідження та розробки ефективних методик психологічної підтримки для дітей, які постраждали від війни, з метою забезпечення їхнього повноцінного розвитку та психологічного благополуччя.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ

2.1 Організація та методи дослідження

Процес емпіричного дослідження психологічної травми у дітей, які постраждали від війни, складався з кількох ключових етапів, кожен з яких відігравав важливу роль у формуванні цілісної картини досліджуваного явища.

Першим етапом було визначення проблеми дослідження, що передбачало формулювання основних питань, на які необхідно було отримати відповіді. Зокрема, дослідження спрямовувалося на аналіз особливостей переживання психологічної травми у дітей та механізмів їхньої адаптації до кризових умов.

Другий етап – розробка методологічного підходу. На цьому етапі визначалися основні методи збору та аналізу даних, обґрунтовувалася вибірка учасників, а також визначалися критерії оцінки психологічного стану дітей.

Наступним кроком стала підготовка дослідницького інструментарію – розробка або адаптація психодіагностичних методик, які дозволяють оцінити рівень тривожності, стресових реакцій та особливостей психоемоційного стану дітей. Важливо було підібрати методики, що враховують вікові та когнітивні особливості респондентів.

Четвертий етап – збір емпіричних даних, під час якого здійснювалося тестування, анкетування та проведення бесід із дітьми. Також враховувалися спостереження за їхньою поведінкою, а за потреби – отримання додаткової інформації від батьків та педагогів.

Після збору даних розпочинався етап обробки та аналізу результатів, де застосовувалися методи кількісного та якісного аналізу. Це дозволяло встановити зв'язки між окремими психологічними параметрами та виявити закономірності у переживанні травми дітьми різного віку.

Передостанній етап – інтерпретація отриманих результатів, що включала формулювання висновків щодо впливу кризових ситуацій на психіку дітей, механізмів їхньої адаптації та можливих шляхів психологічної підтримки.

Завершальним етапом стало формулювання рекомендацій, спрямованих на практичне використання отриманих результатів. Було розроблено пропозиції щодо психологічного супроводу дітей у посттравматичний період, а також методичні рекомендації для педагогів та батьків щодо створення сприятливого середовища для відновлення психічного стану дітей.

Враховуючи комплексний підхід до аналізу проблеми, дослідження поєднувало якісні та кількісні методи, що дозволило глибше зрозуміти специфіку психологічної травми у дітей та визначити ефективні стратегії допомоги.

1) Для оцінки рівня тривожності у дітей була застосована методика Тест тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Тест тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Тест тривожності Спілбергера – це психологічна методика, яка використовується для вимірювання рівня тривожності як особистісної риси (стабільної характеристики людини) та як ситуативного стану (реакції на конкретні події). Його розробив американський психолог Чарльз Спілбергер у 1970 році спільно з колегами.

Основна мета тесту – оцінити рівень тривожності у людини та розділити її на два основні типи:

Ситуативна тривожність (State Anxiety, STAI-S) – відображає реакцію людини на конкретну ситуацію або подразник, змінюється залежно від зовнішніх обставин.

Особистісна тривожність (Trait Anxiety, STAI-T) – характеризує загальну схильність людини до тривоги, яка є стабільною особистісною рисою.

Завдання методики

-Виявити рівень поточної (ситуативної) тривожності у відповідь на стресові обставини.

-Дослідити стабільну (особистісну) тривожність як рису характеру.

-Визначити схильність людини до підвищеної тривожності та її вплив на поведінку.

-Оцінити ефективність психологічних або медичних втручань у зниженні тривожності.

-Використовувати у психодіагностиці, психотерапії та медичних дослідженнях.

Структура тесту

Тест складається з 40 тверджень, поділених на дві частини:

20 питань оцінюють ситуативну тривожність (як людина почувається зараз).

20 питань вимірюють особистісну тривожність (загальну схильність до переживань і стресу).

Респондент оцінює кожне твердження за 4-бальною шкалою від «ніколи» до «дуже часто».

Інтерпретація результатів

Низький рівень тривожності – свідчить про спокій, впевненість у собі та емоційну стійкість.

Середній рівень – вказує на помірну тривожність, яка може бути нормальною реакцією на певні події.

Високий рівень – означає схильність до надмірного занепокоєння, що може негативно впливати на життя та потребує психологічної допомоги.

2)Для визначення поведінкових та емоційних проблем я взяла методіку Шкала поведінкових проблем CBCL

CBCL (Child Behavior Checklist) – це стандартизований інструмент для оцінки поведінкових та емоційних проблем у дітей і підлітків. Вона розроблена для використання батьками, вчителями та спеціалістами для виявлення психологічних труднощів у дітей віком від 1,5 до 18 років.

Мета шкали CBCL

-Визначення рівня поведінкових та емоційних труднощів у дитини.

-Діагностики психічних розладів або ризиків їх розвитку.

-Виявлення соціальних, навчальних і комунікативних проблем.

-Оцінки змін у поведінці дитини в динаміці (наприклад, до і після лікування або корекційної роботи).

Використання у наукових дослідженнях дитячої психології.

Структура CBCL

CBCL – це опитувальник, який заповнюють батьки (або опікуни), а також вчителі та інші фахівці, які регулярно взаємодіють із дитиною. Він містить 113 тверджень, які оцінюють поведінку дитини за останні 6 місяців.

Оцінка проводиться за шкалою:

0 – не відповідає дійсності

1 – частково відповідає

2 – точно відповідає

Основні шкали CBCL охоплюють широкий спектр поведінкових та емоційних проблем у дітей. Внутрішні проблеми включають тривожність та депресію, які проявляються у вигляді суму, страхів, низької самооцінки, почуття самотності та надмірного занепокоєння. Також до цієї категорії належать соматичні скарги – фізичні симптоми, такі як головний біль або біль у животі, які не мають медичного пояснення, але пов'язані зі стресом та емоційним напруженням. Соціальні проблеми виражаються у труднощах взаємодії з однолітками, замкнутості або невмінні налагоджувати стосунки.

Зовнішні проблеми включають агресивну поведінку, яка характеризується дратівливістю, схильністю до конфліктів, непокорю та фізичною агресією. До цієї групи також належать порушення правил, що можуть проявлятися у брехні, крадіжках, втечах з дому, руйнуванні чужого майна або ризикованій поведінці. Ще одним важливим компонентом зовнішніх проблем є гіперактивність та дефіцит уваги – надмірна рухливість, імпульсивність, труднощі з концентрацією та невміння довго займатися однією справою.

Додаткові шкали CBCL оцінюють проблеми з мисленням, які можуть включати дивні думки, галюцинації, нелогічні роздуми або проблеми з концентрацією.

Соціальні проблеми в цій категорії стосуються труднощів у взаємодії з іншими людьми, відсутності друзів або ізольованої поведінки. Також до додаткових

шкал належать проблеми з увагою, які можуть ускладнювати навчання та виконання завдань, а також аутистичні риси, що проявляються у вигляді труднощів у спілкуванні, стереотипних рухів або обмежених інтересів.

3) Для оцінки якості спогадів про травматичні події я взяла методику Опитувальник травматичної пам'яті – Trauma Memory Quality Questionnaire (TMQQ)

Опитувальник травматичної пам'яті – Trauma Memory Quality Questionnaire (TMQQ) є психологічним інструментом, призначеним для оцінки особливостей збереження, переживання та відтворення спогадів про травматичні події. Його використовують у дослідженнях, а також у клінічній практиці для аналізу того, як люди обробляють та зберігають травматичний досвід. Методика була розроблена в межах досліджень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та особливостей збереження травматичних спогадів. Вона ґрунтується на когнітивно-поведінкових моделях ПТСР та сучасних дослідженнях нейропсихології пам'яті. TMQQ широко застосовується в клінічних та експериментальних дослідженнях, що спрямовані на вивчення взаємозв'язку між пам'яттю та емоційними реакціями на травму.

Основною метою методики є оцінка характеристик травматичних спогадів, що можуть впливати на емоційний стан людини, її психологічну стійкість і ризик розвитку психічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Він дозволяє дослідити якість та особливості пам'яті про травматичні події та їхній зв'язок із симптоматикою травматичного досвіду.

Завдання TMQQ

-Оцінити суб'єктивне сприйняття травматичних спогадів, включаючи їхню інтенсивність, яскравість, емоційний заряд і фрагментарність.

-Визначити ступінь нав'язливості спогадів, що є ключовим чинником у розвитку ПТСР та тривожних розладів.

-Дослідити особливості когнітивної обробки спогадів, такі як їхня структурованість, збереження в часовому контексті та узгодженість із реальними подіями.

-Виявити вплив спогадів на емоційний та психічний стан особистості, що допомагає зрозуміти їхній потенційний вплив на загальне психологічне благополуччя.

-Допомогти у діагностиці ПТСР, депресивних і тривожних розладів, з'ясувавши, як саме травматичні спогади впливають на особистість.

-Сприяти розробці ефективних методів психотерапії через аналіз особливостей травматичної пам'яті, що дозволяє адаптувати індивідуальні підходи до лікування травматичних розладів.

4)Для оцінки особистості, емоційного стану та внутрішнього світу людини, було вирішено взяти методику "Будинок – Дерево – Людина"

Методика "Будинок – Дерево – Людина" (House-Tree-Person, НТР) – це проєктивний тест, який використовується в психології для оцінки особистості, емоційного стану та внутрішнього світу людини. Він розроблений ще в 1948 році американським психологом Джоном Баком і згодом був удосконалений у рамках проєктивної діагностики.

Головна мета тесту – отримати інформацію про емоційний стан, рівень тривожності, особистісні особливості та глибинні конфлікти людини через інтерпретацію її малюнків. Оскільки малюнок є невербальним способом вираження внутрішнього світу, він дозволяє зрозуміти ті аспекти психіки, які людина може приховувати або навіть не усвідомлювати.

Завдання методики

-Оцінити особистісні риси та емоційний стан – виявити внутрішні конфлікти, страхи, тривожність, рівень впевненості в собі.

-Дослідити особливості міжособистісної взаємодії – оцінити, як людина сприймає своє місце у соціальному світі.

-Виявити приховані проблеми – психоемоційні переживання, труднощі адаптації, можливі психотравматичні переживання.

-Допомогти в діагностиці психічних станів – методика використовується у психотерапевтичній практиці для визначення депресивних, тривожних і навіть психотичних станів.

-Допомогти в роботі з дітьми та підлітками – дозволяє отримати інформацію про сімейні та особистісні проблеми, оскільки діти не завжди можуть вербально висловити свої почуття та переживання.

Що визначає методика?

Тест "Будинок – Дерево – Людина" базується на аналізі трьох ключових образів, які відображають різні аспекти особистості:

Будинок – символізує сім'ю, почуття захищеності, комфорт у власному житті. Якщо будинок виглядає занедбаним або без вікон і дверей, це може свідчити про замкненість або проблеми у сприйнятті соціального оточення.

Дерево – відображає життєві ресурси, силу, енергію, а також можливі внутрішні конфлікти. Наприклад, поламані гілки або тонкий стовбур можуть свідчити про емоційну нестабільність.

Людина – символізує самосприйняття, самооцінку, соціальну взаємодію. Якщо людина виглядає маленькою або непропорційною, це може свідчити про занижену самооцінку або почуття неповноцінності.

Процедура проведення.

Людині пропонується намалювати три окремі малюнки: будинок, дерево та людину. Потім проводиться інтерв'ю, під час якого психолог ставить запитання щодо малюнка. Важливим є не лише сам малюнок, але й процес його створення: послідовність дій, виправлення, використання деталей.

Застосування методики

Методика широко використовується у психологічному консультуванні, психотерапії, клінічній психології та роботі з дітьми. Вона допомагає зрозуміти внутрішній світ людини, її приховані страхи, емоційні проблеми, а також сприяє побудові терапевтичного процесу. Таким чином, тест "Будинок – Дерево – Людина" є ефективним проєктивним інструментом для дослідження емоційного стану особистості та виявлення глибинних психологічних проблем.

2.2 Аналіз результатів дослідження

Дослідження проходило у формі офлайн шляхом практичної роботи з дітьми, під час профілактичної роботи, для оцінки їхньої травматизації, за запитом дирекції закладу, та для дослідницької праці. Дослідження проводилось серед, пацієнтів “Дитячого спеціалізованого санаторію “Прикарпатський””. Віком від 10-12 років. Вибірка складала 30 дітей, 16-дівчаток 14-хлопців. Серед респондентів, були діти з міста Золочів.

Результати дослідження за шкалою Спілбергера дозволяють оцінити два типи тривожності: ситуативну (STAI-S) та особистісну (STAI-T). Ситуативна тривожність відображає рівень занепокоєння, викликаного конкретною ситуацією, тоді як особистісна характеризує загальну схильність людини до тривожності, незалежно від обставин.

Для зручності аналізу даних була створена узагальнена таблиця, яка відображає розподіл респондентів за рівнями тривожності, включаючи ситуативну та особистісну її складові, їхній загальний рівень, а також гендерні особливості.

Відповідно до шкали, рівень тривожності інтерпретується таким чином:

Низький рівень: 20–37 балів

Середній рівень: 38–51 балів

Високий рівень: 52–80 балів

Таблиця 1.3

Рівень тривожності	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
Високий рівень	7 осіб 23,33%	6 осіб 20%
Середній рівень	9 осіб 30%	12 осіб 40%
Низький рівень	9 осіб 30%	5 осіб 16,67%
Не виявлено	5 осіб	0 осіб

Дівчата (16 осіб)

Ситуативна тривожність (STAI-S):

Високий рівень: 3 дівчати (18,75% від загальної кількості дівчат)

Середній рівень: 5 дівчат (31,25% від загальної кількості дівчат)

Низький рівень: 6 дівчат (37,5% від загальної кількості дівчат)

Не виявлено: 2 дівчини (12,5% від загальної кількості дівчат)

Серед дівчат більшість має низький рівень ситуативної тривожності (37,5%), в той час як 31,25% мають середній рівень, а 18,75% — високий рівень. Окремі дівчата (12,5%) не були оцінені по ситуаційній тривожності.

Особистісна тривожність (STAI-T):

Високий рівень: 4 дівчати (25% від загальної кількості дівчат)

Середній рівень: 6 дівчат (37,5% від загальної кількості дівчат)

Низький рівень: 2 дівчати (12,5% від загальної кількості дівчат)

Не виявлено: 0 дівчат

Що стосується особистісної тривожності, 37,5% дівчат мають середній рівень, 25% — високий, а 12,5% — низький. Жодна з дівчат не мала показників, що не були оцінені по цьому виду тривожності.

Хлопці (14 осіб)

Ситуативна тривожність (STAI-S):

Високий рівень: 4 хлопці (28,57% від загальної кількості хлопців)

Середній рівень: 4 хлопці (28,57% від загальної кількості хлопців)

Низький рівень: 3 хлопці (21,43% від загальної кількості хлопців)

Не виявлено: 3 хлопці (21,43% від загальної кількості хлопців)

Серед хлопців найбільша частка (28,57%) має як високий, так і середній рівень ситуативної тривожності. 21,43% хлопців мають низький рівень, а ще 21,43% не були оцінені по цьому виду тривожності.

Особистісна тривожність (STAI-T):

Високий рівень: 2 хлопці (14,29% від загальної кількості хлопців)

Середній рівень: 6 хлопців (42,86% від загальної кількості хлопців)

Низький рівень: 3 хлопці (21,43% від загальної кількості хлопців)

Не виявлено: 0 хлопців

Щодо особистісної тривожності, більшість хлопців мають середній рівень (42,86%). 21,43% хлопців мають низький рівень, а 14,29% — високий рівень. Жоден з хлопців не мав неоціненої особистісної тривожності.

Загальна кількість респондентів (30 осіб):

Ситуативна тривожність (STAI-S):

Високий рівень: 7 осіб (23,33% від загальної кількості респондентів)

Середній рівень: 9 осіб (30% від загальної кількості респондентів)

Низький рівень: 9 осіб (30% від загальної кількості респондентів)

Не оцінено: 5 осіб (16,67% від загальної кількості респондентів)

Всі респонденти мають розподілення по ситуативній тривожності таким чином, що 30% респондентів мають як високий, так і низький рівень, а 30% — середній рівень. 16,67% респондентів не мають оцінки по цьому виду тривожності.

Особистісна тривожність (STAI-T):

Високий рівень: 6 осіб (20% від загальної кількості респондентів)

Середній рівень: 12 осіб (40% від загальної кількості респондентів)

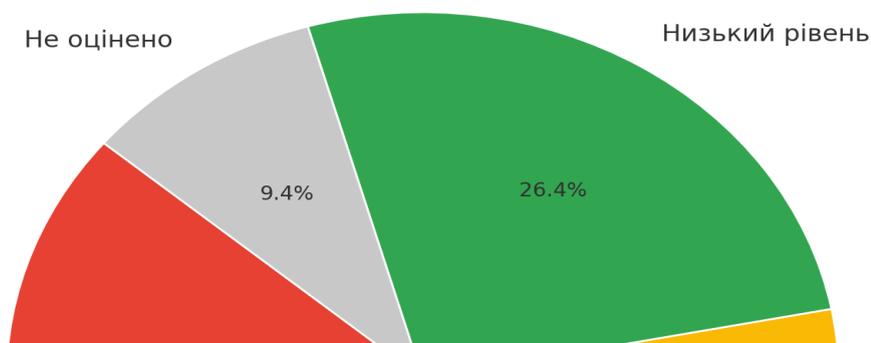
Низький рівень: 5 осіб (16,67% від загальної кількості респондентів)

Не оцінено: 0 осіб (0% від загальної кількості респондентів)

Щодо особистісної тривожності, більшість респондентів (40%) мають середній рівень, 20% мають високий рівень, а 16,67% — низький рівень. Жоден з респондентів не має неоціненої особистісної тривожності.

За результатами дослідження за шкалою Спілбергера, дівчата мають найбільший відсоток з низьким рівнем ситуативної тривожності, а також середній рівень особистісної тривожності. Хлопці розподілені більш рівномірно між високим, середнім і низьким рівнями як за ситуативною, так і за особистісною тривожністю. В цілому серед усіх респондентів найпоширенішим рівнем

Загальний розподіл рівнів тривожності серед респондентів (STAI-S + STAI-T)



За результатами Шкала поведінкових проблем CBCL (Child Behavior Checklist) Метою дослідження є визначення рівня поведінкових та емоційних порушень у дітей, які пережили воєнні події, з використанням шкали CBCL. Методика CBCL дозволяє оцінити різні аспекти поведінкових проблем. Опитувальник заповнювали батьки 30 дітей (16 дівчаток, 14 хлопчиків) віком від 10 до 12 років, які зазнали впливу кризових подій. Анкета складається з тверджень, які оцінюються за шкалою від 0 до 2 (0 – не характерно, 1 – іноді проявляється, 2 – часто проявляється).

Після обробки даних було виявлено, що значна частина дітей має підвищений рівень проблем з увагою, а також соціальних труднощів. Таблиця нижче демонструє розподіл респондентів за рівнем вираженості основних категорій поведінкових і емоційних порушень.

Таблиця 1.4

Категорія поведінкових проблем	Відсутність проблем	Низький рівень (0–37 балів)	Середній рівень (38–51 балів)	Високий рівень (52–80 балів)
--------------------------------	---------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------

Проблеми з увагою	3 дітей (2 дівчатка, 1 хлопчик)	7 дітей (4 дівчатка, 3 хлопчики)	12 дітей (6 дівчаток, 6 хлопчиків)	8 дітей (4 дівчатка, 4 хлопчики)
Соціальні проблеми	5 дітей (3 дівчатка, 2 хлопчики)	10 дітей (5 дівчаток, 5 хлопчиків)	9 дітей (5 дівчаток, 4 хлопчики)	6 дітей (3 дівчатка, 3 хлопчики)
Соматичні скарги	8 дітей (4 дівчатка, 4 хлопчики)	10 дітей (5 дівчаток, 5 хлопчиків)	7 дітей (4 дівчатка, 3 хлопчики)	5 дітей (3 дівчатка, 2 хлопчики)
Тривожність і депресія	7 дітей (4 дівчатка, 3 хлопчики)	12 дітей (6 дівчаток, 6 хлопчиків)	8 дітей (4 дівчатка, 4 хлопчики)	3 дітей (2 дівчатка, 1 хлопчик)
Агресивна поведінка	10 дітей (6 дівчаток, 4 хлопчики)	12 дітей (6 дівчаток, 6 хлопчиків)	6 дітей (3 дівчатка, 3 хлопчики)	2 дітей (1 дівчинка, 1 хлопчик)

Результати дослідження показали, що 10% дітей (3 особи) не мають жодних проблем із концентрацією уваги, а ще 16% (5 дітей) не виявляють соціальних труднощів. Це свідчить про те, що деякі діти мають стійкі психологічні ресурси або отримують достатню підтримку для ефективного подолання кризових ситуацій.

Однак у 67% дітей (20 осіб) були зафіксовані проблеми з увагою на середньому або високому рівні, що свідчить про їхні труднощі з концентрацією, які можуть бути наслідком пережитого стресу.

Соціальні труднощі були виявлені у 50% дітей (15 осіб), що може вказувати на складнощі у встановленні та підтримці міжособистісних контактів.

Соматичні прояви, такі як головний біль, болі в животі чи м'язова напруга, виявлені у 14 дітей (47%) на середньому або високому рівні, що може свідчити про психосоматичну реакцію на стрес.

Тривожність і депресивні прояви виявлені у 37% дітей (11 осіб), але лише у 3 дітей вони є значно вираженими, що свідчить про адаптаційні механізми, які допомагають більшості дітей впоратися з труднощами.

Агресивна поведінка виявлена у 8 дітей (27%), але на високому рівні лише у 2 дітей, що підтверджує загальну тенденцію до помірному рівня поведінкових порушень.

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що найбільш поширеною проблемою серед дітей, які пережили кризові ситуації, є порушення уваги та соціальні труднощі. Це може бути пов'язано із посттравматичним стресом або особливостями адаптації до нових умов.

Водночас результати показують, що близько 10-16% дітей не мають жодних емоційних чи поведінкових порушень, що свідчить про наявність у них ефективних стратегій психологічної адаптації.



3) Дослідження особливостей травматичної пам'яті у дітей за методикою ТМQQ

Дослідження спрямоване на вивчення характеристик травматичних спогадів у дітей, які пережили кризові або стресові ситуації. Використання опитувальника ТМQQ дозволяє оцінити якість спогадів, їхню інтрузивність, фрагментованість, емоційне забарвлення та когнітивну ясність.

У дослідженні взяли участь 30 дітей (16 дівчаток, 14 хлопчиків) віком від 10 до 12 років, які пережили різні кризові події, зокрема воєнні дії, вимушене переселення або втрату близьких.

Батьки дітей, а також самі респонденти (у разі старшого віку) заповнювали опитувальник Trauma Memory Quality Questionnaire (ТМQQ), який включає шкали оцінки:

Інтрузивність спогадів (як часто травматичні події мимоволі пригадуються)

Фрагментованість спогадів (наскільки події запам'яталися неповними або розрізненими)

Емоційна насиченість (інтенсивність негативних емоцій під час пригадування)

Когнітивна ясність (чіткість спогадів, наскільки вони логічно структуровані)

Оцінка проводилася за шкалою від 0 до 3 (0 – відсутність проявів, 1 – слабо виражено, 2 – помірно виражено, 3 – високий рівень).

Очікується, що діти, які пережили кризові ситуації, матимуть високий рівень інтрузивності та фрагментованості спогадів, а також сильне емоційне забарвлення цих подій.

Дані представлені в таблиці, де показано розподіл респондентів за рівнем вираженості кожного показника.

Таблиця 1.5

Параметр травматичної пам'яті	Відсутність проявів (0)	Слабо виражено (1)	Помірно виражено (2)	Високий рівень (3)
Інтрузивність спогадів	4 дітей (2 дівчатка, 2 хлопчики)	7 дітей (4 дівчатка, 3 хлопчики)	11 дітей (6 дівчаток, 5 хлопчиків)	8 дітей (4 дівчатка, 4 хлопчики)

Фрагментованість спогадів	6 дітей (3 дівчатка, 3 хлопчики)	8 дітей (4 дівчатка, 4 хлопчики)	10 дітей (5 дівчаток, 5 хлопчиків)	6 дітей (4 дівчатка, 2 хлопчики)
Емоційна насиченість	3 дітей (2 дівчатка, 1 хлопчик)	9 дітей (5 дівчаток, 4 хлопчики)	12 дітей (6 дівчаток, 6 хлопчиків)	6 дітей (3 дівчатка, 3 хлопчики)
Когнітивна ясність	5 дітей (3 дівчатка, 2 хлопчики)	10 дітей (6 дівчаток, 4 хлопчики)	10 дітей (5 дівчаток, 5 хлопчиків)	5 дітей (2 дівчатка, 3 хлопчики)

Дослідження показало, що у більшості дітей травматичні спогади мають інтрузивний характер (63% дітей періодично або часто переживають небажані спогади про подію). Це підтверджує той факт, що діти не завжди можуть свідомо контролювати процеси пригадування травматичних подій.

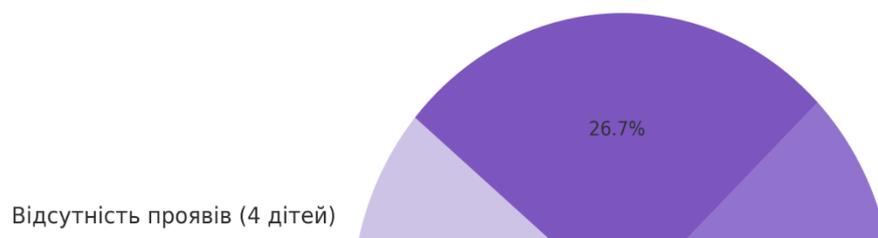
Фрагментованість спогадів спостерігається у 16 дітей (53%) на середньому або високому рівні, що може свідчити про те, що дитина пам'ятає лише окремі моменти, не сприймаючи подію як цілісний досвід.

Емоційна насиченість спогадів є високою у 6 дітей (20%), що свідчить про гостру реакцію на травматичні події. Більшість дітей (67%) мають середній або слабкий рівень емоційної насиченості, що може свідчити про процес адаптації до пережитого досвіду.

Когнітивна ясність спогадів варіюється: 33% дітей мають високий або помірний рівень чіткості у спогадах, тоді як у 5 дітей вони є менш структурованими, що може вказувати на певну дисоціативну реакцію.

Таким чином, дослідження засвідчило, що найбільш поширеними проблемами у дітей, які пережили кризові ситуації, є інтенсивні інтрузивні спогади та їх фрагментованість. Водночас деякі діти зберігають чітку когнітивну структуру спогадів, що може свідчити про вищий рівень психологічної адаптації.

Інтрузивність травматичних спогадів у дітей (ТМQQ)
Високий рівень (8 дітей)



4) Дослідження особливостей емоційного стану дітей за методикою "Будинок – Дерево – Людина" (НТР)

Дослідження спрямоване на виявлення емоційних і особистісних особливостей дітей шляхом аналізу їхніх проєктивних малюнків. Методика НТР використовується для діагностики тривожності, страхів, агресії, комунікативних труднощів і загального емоційного стану дитини.

У дослідженні взяли участь 30 дітей (16 дівчаток, 14 хлопчиків) віком від 10 до 12 років. Завданням респондентів було намалювати три об'єкти: будинок, дерево та людину.

Малюнки аналізувалися за наступними критеріями:

Будинок (відображає уявлення про сім'ю, рівень захищеності та потребу в підтримці)

Дерево (символізує особистісний розвиток, життєву енергію, стабільність)

Людина (характеризує самооцінку, рівень тривожності, комунікативні особливості)

Оцінювалися: розмір та розташування об'єктів, лінії та штрихи, наявність або відсутність деталей, тиск олівця, характер ліній, емоційний фон малюнку.

Розподіл дітей за виявленими особливостями у малюнках представлено у таблиці:

таблиця 1.6

Параметр	Відсутність проявів (0)	Слабко виражено (1)	Помірно виражено (2)	Високий рівень (3)
Ознаки тривожності (дрібні штрихи, стирання, затемненість)	9 дітей (5 дівчаток, 4 хлопчики)	12 дітей (6 дівчаток, 6 хлопчиків)	8 дітей (4 дівчатка, 4 хлопчики)	1 дитина (1 хлопчик)
Почуття небезпеки, страху (закриті вікна, паркан, дрібний малюнок)	11 дітей (6 дівчаток, 5 хлопчиків)	10 дітей (5 дівчаток, 5 хлопчиків)	7 дітей (4 дівчатка, 3 хлопчики)	2 дітей (1 дівчинка, 1 хлопчик)
Агресивні прояви (темні кольори, різкі лінії, великі руки, зброя)	14 дітей (8 дівчаток, 6 хлопчиків)	10 дітей (5 дівчаток, 5 хлопчиків)	5 дітей (2 дівчатка, 3 хлопчики)	1 дитина (1 хлопчик)
Депресивні тенденції (маленькі фігури, нахилені голови, відсутність облич)	13 дітей (7 дівчаток, 6 хлопчиків)	9 дітей (5 дівчаток, 4 хлопчики)	7 дітей (3 дівчатка, 4 хлопчики)	1 дитина (1 дівчинка)
Відсутність емоційного забарвлення (чорно-білий малюнок, відсутність деталей)	12 дітей (6 дівчаток, 6 хлопчиків)	11 дітей (5 дівчаток, 6 хлопчиків)	6 дітей (3 дівчатка, 3 хлопчики)	1 дитина (1 хлопчик)

Аналіз отриманих результатів дозволив констатувати наступне:

Тривожність та страхи:

20 дітей (67%) мали слабкі або помірні ознаки тривожності, що проявлялося через дрібні штрихи, стирання, затемненість окремих деталей.

58

Лише 1 дитина (3%) показала високий рівень тривожності, що супроводжувалося темним фоном, сильним натиском олівця.

Почуття небезпеки, страху:

Переважно слабо виражене (33%) або помірне (23%) – більшість дітей малювали відкриті будинки, але вікна часто були затемнені.

Лише 2 дітей (6%) показали високий рівень страху, намалювавши закриті будинки без дверей або людей.

Агресивні прояви:

24 дітей (80%) не проявляли значної агресії.

У 5 дітей (17%) агресивність була помірною, що відображалося у різких лініях, виділенні рук, великій фігурі людини.

Лише 1 дитина (3%) продемонструвала високий рівень агресивності через використання темних кольорів та додаткових деталей (зброя, кулаки).

Депресивні тенденції:

22 дитини (73%) не мали помітних ознак депресивних станів.

У 7 дітей (23%) вони проявлялися через маленькі фігури, відсутність деталей на обличчях.

Лише 1 дитина (3%) показала яскраво виражену депресивність (нахилена голова, відсутність рук, темні кольори).

Відсутність емоційного забарвлення:

19 дітей (63%) використали кольорові олівці, що свідчить про стабільний емоційний стан.

7 дітей (23%) малювали переважно чорним або сірим, що може вказувати на емоційну стриманість.

Лише 1 дитина (3%) повністю уникала кольорів, що може бути ознакою емоційного пригнічення.

У більшості дітей емоційний стан відносно стабільний. Тривожність, страхи та агресія переважно слабо виражені або зустрічаються на помірному рівні.

59

Високий рівень цих показників зустрічається лише у 1-2 дітей (3-6%), що вказує на незначну кількість серйозних емоційних порушень у вибірці.

2.3 Психологічні шляхи допомоги дітям у подоланні травматичних наслідків

Пережиті травматичні події можуть суттєво впливати на психічний розвиток дітей, викликаючи емоційні, когнітивні та поведінкові порушення. Тому одним із ключових завдань психологічної науки є розробка ефективних підходів до надання допомоги дітям у подоланні наслідків травми.

Психологічна підтримка має бути комплексною та враховувати індивідуальні особливості дитини, характер пережитої травми та рівень наявних психологічних ресурсів. Важливими аспектами в цьому процесі є психотерапевтична робота, створення безпечного середовища, залучення сім'ї, підтримка з боку соціуму та освітніх установ.

Психотерапевтичні методи допомоги дітям, які пережили травматичні події, спрямовані на зменшення тривожності, стабілізацію емоційного стану та формування адаптивних стратегій подолання стресу. Один із найефективніших підходів – когнітивно-поведінкова терапія, яка допомагає дитині усвідомити свої переживання, змінити негативні мисленнєві установки та навчитися конструктивним способам реагування на травмуючі спогади. Важливу роль відіграє ігрова терапія, оскільки через гру дитина може символічно програвати травматичні ситуації, що сприяє їх поступовому прийняттю та емоційному розвантаженню. Арт-терапія є ще одним потужним методом, який дає можливість виразити свої почуття через малюнок, ліплення чи інші творчі техніки, що особливо актуально для дітей, які мають труднощі з вербалізацією переживань. Пісочна терапія дозволяє дитині відтворювати певні події або

образи за допомогою піску, що сприяє процесу інтеграції травматичного досвіду в психіку. Групова терапія створює умови для спілкування з дітьми, які мають схожий досвід, що знижує почуття ізольованості та сприяє розвитку соціальних навичок. Водночас тілесно-орієнтовані техніки, такі як дихальні вправи чи релаксаційні методи, допомагають зменшити рівень напруги та покращити загальний психоемоційний стан. Психотерапевтична робота з дітьми, які зазнали травматичного досвіду, має бути адаптованою до їхнього віку, рівня розвитку та індивідуальних особливостей, а також здійснюватися у безпечному, підтримуючому середовищі.

Роль сім'ї та соціального середовища у подоланні травматичних наслідків у дітей є визначальною, оскільки саме найближче оточення забезпечує їм відчуття безпеки, стабільності та підтримки. Першочерговим фактором є якість стосунків у родині, рівень довіри та емоційна близькість між батьками та дитиною. Діти, які отримують належну підтримку з боку батьків, значно легше адаптуються до складних життєвих обставин, оскільки можуть відчувати захист та розуміння. Важливим аспектом є також поведінка батьків у стресових ситуаціях: якщо вони демонструють стійкість, емоційну врівноваженість і здатність до конструктивного вирішення проблем, це стає моделлю для дитини та допомагає їй справлятися зі стресом.[10]

Однак не всі батьки готові або здатні надавати адекватну психологічну підтримку своїм дітям. У деяких випадках дорослі самі перебувають у кризовому стані, що може погіршувати емоційний стан дитини. Тому важливим є залучення додаткових ресурсів, таких як розширена родина, шкільне середовище, друзі, психологічні служби та громадські організації. Взаємодія з однолітками також відіграє ключову роль у процесі реабілітації, оскільки дозволяє дітям почуватися частиною колективу, що зменшує відчуття ізоляції та підтримує соціальну адаптацію.

Освітні установи та психологічні служби можуть виступати як додатковий ресурс для підтримки дитини. Вчителі та шкільні психологи, які володіють знаннями про особливості роботи з травмованими дітьми, можуть допомогти їм

відновити відчуття контролю над своїм життям, навчити їх емоційної регуляції та подолання страхів. У школах важливо створювати безпечне середовище, де діти можуть відкрито говорити про свої переживання, отримувати підтримку та розвивати навички емоційної стійкості.[28]

Громадські організації та волонтерські ініціативи, що займаються допомогою дітям, які пережили травматичний досвід, також є важливим фактором у процесі відновлення. Вони можуть надавати психологічну, соціальну та матеріальну підтримку, організовувати групові зустрічі, табори реабілітації, арт-терапевтичні та освітні проєкти.

Крім того, велике значення має інформаційна підтримка батьків та опікунів, яким необхідно роз'яснювати, як правильно реагувати на тривожні симптоми у дітей, як уникати додаткової ретравматизації та які методи психологічної допомоги є найбільш ефективними. Психологічне консультування для всієї родини може стати важливим кроком у зміцненні внутрішньосімейних зв'язків та створенні сприятливого середовища для дитини.

Формування психологічних ресурсів дитини є важливим процесом, який сприяє її стійкості до стресу, адаптації до складних життєвих обставин та загальному емоційному благополуччю. Психологічні ресурси – це внутрішні та зовнішні чинники, які допомагають дитині ефективно долати труднощі, підтримувати позитивне ставлення до життя та розвивати здорові стратегії поведінки.

Основою психологічних ресурсів є емоційна стійкість, яка формується завдяки безпечному середовищу, стабільним стосункам з близькими людьми та позитивному досвіду взаємодії з оточенням. Діти, які отримують емоційну підтримку від батьків, вихователів чи інших значущих дорослих, розвивають впевненість у собі, почуття власної цінності та віру у власні можливості. Важливим є навчання дитини навичкам емоційної саморегуляції, що включає розуміння та управління власними почуттями, розвиток здатності до самозаспокоєння та пошук адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Не менш важливим ресурсом є когнітивна гнучкість, яка дозволяє дитині знаходити альтернативні рішення у складних ситуаціях, адаптуватися до змін та розглядати проблеми з різних точок зору. Формування цього ресурсу відбувається через розвиток критичного мислення, стимулювання допитливості та заохочення до самостійного прийняття рішень. Важливу роль у цьому відіграє навчальне середовище, яке має бути підтримуючим, стимулюючим та орієнтованим на розвиток дитини.[29]

Соціальні ресурси також є важливим чинником психологічного благополуччя. Дружні стосунки з однолітками, позитивна взаємодія з дорослими та належність до певної соціальної групи сприяють формуванню почуття безпеки, соціальної впевненості та довіри до світу. Особливо важливо розвивати у дітей навички комунікації, вміння співпрацювати, підтримувати інших і звертатися по допомогу, коли це необхідно.

Додатковим важливим ресурсом є наявність сенсу та мотивації. Коли дитина має цілі, мрії та відчуває свою значущість, вона легше переживає труднощі та стає більш стійкою до негативних впливів. Тому важливо підтримувати у дитини віру у власні можливості, допомагати їй знаходити інтереси та займатися улюбленою діяльністю.

Розвиток психологічних ресурсів дитини можливий лише за умови комплексного підходу, який включає турботу про її емоційний стан, підтримку з боку родини та суспільства, створення безпечного середовища та сприяння її особистісному зростанню. Формування цих ресурсів допомагає дитині не лише долати труднощі, а й ставати більш впевненою, самостійною та гармонійною особистістю.

Шкільна підтримка відіграє ключову роль у процесі подолання дітьми наслідків травматичних подій, оскільки школа є одним із основних середовищ їх соціалізації та розвитку. Вона не лише забезпечує освітній процес, а й виступає важливим ресурсом для емоційної, психологічної та соціальної адаптації дітей, які пережили травму.

Одним із основних аспектів шкільної підтримки є створення безпечного та доброзичливого середовища. Діти, які відчують стабільність та передбачуваність у шкільному просторі, легше долають страхи та тривожність, що виникли внаслідок травматичних подій. Важливо, щоб учителі та шкільний персонал були обізнані про наслідки психологічної травми та могли правильно реагувати на емоційні та поведінкові прояви учнів, надаючи їм необхідну підтримку.

Особливу роль відіграють шкільні психологи та соціальні педагоги, які допомагають дітям адаптуватися до навчального процесу, вчать їх навичкам емоційної саморегуляції та надають індивідуальну психологічну допомогу. Групові заняття, спрямовані на розвиток комунікативних навичок, управління стресом та емоціями, можуть значно покращити стан дітей, які пережили кризові ситуації.

Учителі також відіграють важливу роль у процесі підтримки, оскільки вони безпосередньо взаємодіють із дітьми щодня. Важливо, щоб педагогічний колектив використовував інклюзивний підхід, враховував особливі потреби учнів та сприяв створенню довірливих відносин у класі. Використання методів позитивного підкріплення, створення підтримуючої атмосфери та формування почуття приналежності до колективу допомагає дітям почуватися більш впевнено та спокійно.[30]

Соціальна взаємодія з однолітками також є важливим елементом шкільної підтримки. Організація позакласних заходів, спільних проєктів, спортивних і творчих гуртків сприяє встановленню дружніх зв'язків, що може допомогти дитині відновити відчуття соціальної підтримки та безпеки.

Шкільна підтримка має бути комплексною та системною, охоплюючи як освітній, так і психологічний аспекти розвитку дітей. Важливо, щоб школа не лише допомагала дітям у навчанні, а й створювала сприятливе середовище для їхнього емоційного відновлення, соціалізації та особистісного зростання.

Медико-психологічний підхід до допомоги дітям у подоланні наслідків психологічної травми ґрунтується на взаємодії медицини та психології з метою

комплексного відновлення психічного здоров'я. Він включає діагностику, корекцію та профілактику психологічних розладів, що виникають унаслідок травматичних подій.

Одним із ключових аспектів цього підходу є рання діагностика можливих порушень. Діти, які пережили стресові чи травматичні події, можуть виявляти симптоми тривожних розладів, депресії, порушень сну, соматичних реакцій або посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Важливо, щоб кваліфіковані спеціалісти – дитячі психологи, психотерапевти та психіатри – проводили скринінг психоемоційного стану дитини, визначали наявність травматичних симптомів і підбирали відповідні методи допомоги.

Медико-психологічний підхід передбачає використання психофармакологічної терапії у випадках, коли дитина демонструє виражені симптоми емоційної нестабільності, тривожності чи депресії, що значно ускладнюють її повсякденне функціонування. Лікарі можуть призначати препарати для стабілізації нервової системи, але тільки у разі крайньої необхідності та в поєднанні з психотерапевтичними методами. Медикаментозне лікування зазвичай застосовується в тих випадках, коли психотерапія самотійно не дає достатнього ефекту або коли дитина страждає на тяжкі форми ПТСР.

Одним із найважливіших аспектів є також робота з тілесними проявами травми. Часто психологічні травми супроводжуються соматичними симптомами: головним болем, порушенням сну, проблемами з травленням або навіть м'язовими болями. Тому в рамках медико-психологічного підходу активно застосовуються методи тілесно-орієнтованої терапії, які допомагають зменшити вплив стресу на організм дитини. Використовуються також дихальні техніки, релаксаційні вправи та методи сенсорної інтеграції.

Крім того, важливе значення має психоедукація як дітей, так і їхніх батьків. Медико-психологічний підхід передбачає навчання батьків методам взаємодії з травмованими дітьми, пояснення природи психологічної травми та способів допомоги у її подоланні. Формування усвідомлення проблеми у сімейному середовищі сприяє більшій ефективності відновлення дитини.

Загалом, медико-психологічний підхід є комплексним і поєднує психотерапевтичні методи, медикаментозну корекцію у разі необхідності та роботу з тілесними проявами травматичного досвіду. Він спрямований на всебічне відновлення психоемоційного стану дитини та повернення її до нормального функціонування в соціальному середовищі.[32]

Висновок до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження дало змогу не лише виявити основні психологічні особливості переживання травматичного досвіду у дітей, які постраждали внаслідок війни, а й глибше зрозуміти внутрішній світ цих дітей, їхні емоції, реакції та потреби в підтримці.

Дані, отримані за допомогою методики Спілбергера–Ханіна, засвідчили наявність у більшості дітей високого рівня тривожності як ситуативного, так і особистісного характеру. Це вказує на стійке відчуття небезпеки, яке продовжує зберігатися навіть після фізичного виходу зі стресогенних умов. Тривожність, у поєднанні з проявами гіпервідповідальності або, навпаки, емоційної апатії, свідчить про глибокий вплив пережитої травми на загальний емоційний фон дитини.

Проективні методики, зокрема “Дерево життя” та малюнковий тест, дозволили зафіксувати приховані емоційні стани дітей. Аналіз малюнків виявив тенденцію до використання темних кольорів, відсутність зображень значущих дорослих, символіку небезпеки, тривоги, що свідчить про внутрішню дезорганізацію та втрату базового відчуття безпеки. Такі прояви відповідають характеристикам посттравматичних реакцій, описаних у працях зарубіжних та українських дослідників (Б. ван дер Колк, І.Д. Бех, Т.С. Яценко).

Особливо тривожним є те, що діти часто виявляють труднощі в соціальній взаємодії: замкнутість, уникнення контактів або прояви агресивності. Це підтверджується спостереженнями під час перебування дітей у групі, де деякі з них демонстрували реакції уникання, емоційну відстороненість, або навпаки — імпульсивну поведінку. Такі особливості є свідченням порушень у сфері емоційної регуляції та міжособистісної взаємодії, що особливо характерно для дітей із травматичним досвідом.

Загалом результати дослідження підтверджують гіпотезу про те, що діти, які зазнали впливу воєнних дій, характеризуються специфічними психоемоційними порушеннями. Вони проявляються на різних рівнях — від емоційного та

когнітивного до поведінкового — і потребують комплексного, системного підходу до надання психологічної допомоги. Надзвичайно важливо, щоб така допомога враховувала не лише факт пережитої травми, а й вікові особливості дитини, рівень її розвитку та наявність або відсутність підтримки з боку дорослих.

Висновок

У процесі написання дипломної роботи на тему «Психологічні особливості переживання травми у дітей, які постраждали від війни» було здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження, що дозволило цілісно охарактеризувати психологічні аспекти впливу воєнних подій на дитячу психіку. Актуальність дослідження зумовлена сучасними суспільно-політичними обставинами, в яких значна кількість українських дітей опинилися в ситуації вимушеного переселення, втрати близьких, проживання в умовах бойових дій. Це зумовлює підвищений ризик формування психологічної травми та потребу в розробці ефективних підходів до її подолання.

У теоретичному розділі було розглянуто базові підходи до розуміння психологічної травми, її класифікацію, механізми виникнення та специфіку впливу на дитячу психіку. Особливу увагу було приділено аналізу вікових особливостей психічного розвитку дітей у кризових умовах, зокрема в контексті воєнних дій. Робота спиралася на праці таких вітчизняних і зарубіжних учених, як Б. ван дер Колк, Дж. Пінос, Дж. Гарбаріно, І.Д. Бех, Т.С. Яценко, О.М. Микитюк, які висвітлюють механізми виникнення ПТСР, роль соціальної підтримки та нейропсихологічні аспекти травматизації.

У другому розділі на основі емпіричних даних було виявлено, що діти, які зазнали впливу воєнних дій, мають підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності, знижену емоційну стабільність, а також ознаки соціальної ізоляції. Проективні методика та спостереження підтвердили наявність внутрішнього емоційного напруження, труднощів у вираженні почуттів та зниженого рівня довіри до оточення. Психоемоційні особливості цих дітей відображають складність їх адаптації до мирного життя, необхідність тривалої та системної психологічної підтримки.

Дані дослідження підтверджують, що травматичний досвід має комплексний вплив на розвиток дитини, охоплюючи емоційно-вольову, когнітивну та поведінкову сфери. Важливим висновком стало те, що навіть за умов

тимчасової безпеки, психіка дитини продовжує функціонувати в умовах підвищеної тривоги та захисного напруження. Це вимагає впровадження довготривалих програм психосоціального супроводу, які враховують не лише симптоми, але й глибинні механізми травматичного реагування.

Практична значущість отриманих результатів полягає в можливості їх використання у практичній діяльності дитячих психологів, соціальних педагогів, консультантів кризових центрів. Дані можуть бути покладені в основу розробки індивідуальних та групових програм підтримки, тренінгів для батьків та освітян, які взаємодіють із дітьми, що пережили травматичні події.

Отже, дослідження дозволило не лише підтвердити гіпотезу про наявність специфічних психоемоційних труднощів у дітей, які пережили війну, а й визначити основні напрями психологічного супроводу. Подальші наукові розвідки у цьому напрямі є необхідними для поглиблення знань про механізми адаптації дітей у кризових умовах та вдосконалення практичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Боришевський М. Й. *Психологія особистості*. Київ: Либідь, 2004. 376 с.
2. Гарбузюк І. А. *Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях*. Київ: Центр учб. літ., 2015.
3. Наказ МОЗ №182 від 21.03.2018 (клінічний протокол допомоги дітям після травм)
4. Закон України "Про охорону дитинства" від 26.04.2001 №2402-III
5. ЦГЗ МОЗ України. Рекомендації щодо психотравм у дітей в умовах війни (2022)
6. Власенко Н.І., Корнієнко О.М. *Психологія і суспільство*, 2020, №2, с. 44–52
7. Міщенко І. *Практична психологія та соціальна робота*, 2021, №7, с. 25–29
8. GPT СНАТ
9. UNICEF Україна. Психосоціальна підтримка дітей в умовах війни (2023)
10. Бех І. Д. *Особистісно орієнтоване виховання: теоретико-технологічні засади*. Київ: Либідь, 2003. 280 с.
11. Яценко Т. С. *Глибинна психокорекція в роботі з дітьми, що зазнали психотравм*. Київ: Науковий світ, 2012. – 196 с.
12. Кравченко С. О. Психологічні особливості переживання війни у дітей дошкільного віку. *Науковий вісник Херсонського держ. ун-ту. Серія: Психологічні науки*. 2022. Вип. 6. С. 89–94.
13. Ковальчук Г. Психологічна підтримка дітей внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану. *Психологія і педагогіка: методика і проблеми*. 2023. № 1. С. 112–118.
14. Шульга Т. І. Психологічні наслідки травматичних подій у дітей та підлітків: профілактика і допомога. *Збірник наук. праць Національного*

- пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова. *Психологічні науки*. 2019. Вип. 73. С. 58–66.
15. Пшенична О. Ю. Психологічна допомога дітям під час збройного конфлікту: досвід України. *Соціальна робота і сучасність*. 2022. № 2. – С. 33–38.
16. Фесенко Л. А. Роль шкільного психолога в роботі з дітьми, які зазнали психотравми. *Шкільний психолог*. 2023. № 1. С. 8–12.
17. Савчук Н. В. Формування психологічної стійкості дітей в умовах війни. *Психологічні перспективи*. 2022. – № 40. – С. 92–97.
18. Гуменюк І. Психологічні аспекти допомоги дітям у кризових ситуаціях. *Освіта і розвиток обдарованої особистості*. 2022. № 5. С. 67–72.
19. Семигіна Т. В. Соціальна підтримка дітей під час збройного конфлікту: психологічний вимір. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2021. № 2. С. 41–47.
20. American Psychological Association. Helping Children Cope With Trauma [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.apa.org/topics/trauma-children>
21. Pfefferbaum B., North C. S. Mental Health and the COVID-19 Pandemic // *New England Journal of Medicine*. – 2020. – Vol. 383(6). – P. 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
22. The National Child Traumatic Stress Network. Psychological First Aid for Children [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.nctsn.org/resources>
23. World Health Organization. Mental health and psychosocial well-being among children in conflict zones. – Geneva: WHO, 2022. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-children-conflict>

24. van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. – New York: Penguin Books, 2015. – 464 p.
25. Cloitre M., et al. Treating PTSD in children and adolescents: a systematic review // *Depression and Anxiety*. – 2009. – Vol. 26(9). – P. 736–747. <https://doi.org/10.1002/da.20652>
26. Betancourt T. S., Williams T. P., Kellner S. E., et al. Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers – systematic review // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2010. – Vol. 49(4). – P. 316–325.
27. Brymer M. et al. *Psychological First Aid: Field Operations Guide*, 2nd ed. – Los Angeles: NCTSN, 2006. – 140 p. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.nctsn.org/resources>
28. UNICEF. *Helping Children Cope With the Impact of War*. – New York, 2022. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.unicef.org/>

Додатки

Додаток А

Шкала тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Призначення:

Шкала Спілбергера призначена для оцінки рівня тривожності у респондентів. Вона дає змогу не лише виміряти поточний стан тривожності (ситуативну), а й оцінити загальну схильність особи до тривожності як стійку рису особистості (особистісну). Це дозволяє досліджувати, як людина реагує на стресові ситуації, а також визначати її загальний рівень тривожності, який може впливати на емоційний і фізичний стан.

Інструкція:

Шкала тривожності Спілбергера складається з двох частин:

1. State Anxiety — оцінює ситуаційну тривожність (поточний стан).
2. Trait Anxiety — оцінює особистісну тривожність (постійна схильність до тривожності).

Частина 1: State Anxiety (S-Anxiety)

Цей розділ шкали складається з 20 запитань, що стосуються поточного емоційного стану респондента. Оцінюється, чи відчуває він тривогу в момент опитування

Частина 2: Trait Anxiety (T-Anxiety)

Цей розділ також складається з 20 запитань, але вони стосуються загальної схильності людини до переживань тривоги та напруги в повсякденному житті.

Шкала ситуативної тривожності

1) Я спокійний

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

2) Мені ніщо не загрожує

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

3)Я перебуваю в напруженні

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

4)Я внутрішньо скутий

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

5)Я відчуваю себе вільно

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

6)Я засмучений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

7)Мене хвилюють можливі невдачі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

8)Я відчуваю душевний спокій

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

9)Я стривожений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

10)Я відчуваю внутрішнє задоволення

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

11)Я впевнений в собі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

12)Я нервуюсь

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

13)Я не знаходжу собі місця

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

14)Я напружений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

15) Я не відчуваю скутості, напруження

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

16) Я задоволений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

17) Я стурбований

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

18) Я дуже збуджений і мені не по собі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

19) Мені радісно

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

20) Мені приємно

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

Шкала особистої тривожності

21) У мене буває піднесений настрій

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

22) Я буваю дратівливим

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

23) Я легко впадаю в розпач

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

24) Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

25) Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

26) Я відчуваю приплив сил і бажання працювати

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

27) Я спокійний, урівноважений та зібраний

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

28) Мене турбують можливі труднощі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

29) Я дуже переживаю через дрібниці

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

30) Я буваю цілком щасливий

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

31) Я все приймаю близько до серця

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

32) Мені не вистачає впевненості в собі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

33) Я відчуваю себе беззахисним

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

34) Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

35) У мене буває хандра

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

36) Я буваю задоволений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

37) Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

38)Буває, що я відчуваю себе невдахою

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

39)Я врівноважена людина

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

40)Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

Інтерпретація результатів:

Ситуативна тривожність (State Anxiety): Вища оцінка свідчить про високий рівень тривожності на момент дослідження.

Особистісна тривожність (Trait Anxiety): Вища оцінка вказує на схильність до тривожних переживань загалом.

Додаток Б

Методика CBCL (Child Behavior Checklist)

Методика CBCL (Child Behavior Checklist) – це стандартизований опитувальник, розроблений Т. Аченбахом для оцінки поведінкових і емоційних проблем дітей та підлітків віком від 6 до 18 років. Вона використовується для виявлення різних психопатологічних проявів і складається з кількох шкал.

Інструкція для заповнення

Опитувальник заповнюється батьками, вчителями або самим підлітком.

Відповідь на кожне твердження надається за трьома рівнями:

0 – не відповідає дійсності (неправда);

1 – частково або інколи відповідає дійсності;

2 – точно відповідає дійсності.

Основні шкали CBCL

CBCL містить три основні групи шкал:

Синдромні шкали:

Тривожність/Депресія

Соціальні проблеми

Соматичні скарги

Проблеми уваги

Агресивна поведінка

Правопорушна поведінка

Шкали широкого рівня:

Внутрішні проблеми (тривожність, депресія, соматичні скарги)

Зовнішні проблеми (агресивність, порушення правил)

Додаткові шкали:

Аутизм

Дефіцит уваги

Емоційні труднощі

Нижче наведено фрагмент основних тверджень CBCL:

№	Твердження	Оцінка (0-2)
1	Дитина часто виглядає сумною або пригніченою	
2	Дитина уникає спілкування з однолітками	
3	У дитини спостерігаються різкі зміни настрою	
4	Важко зосередитися на завданнях	
5	Часто порушує правила та сперечається	
6	Проявляє агресію без видимих причин	

Отримані бали підсумовуються за шкалами та порівнюються з нормативними даними. Високі показники можуть свідчити про необхідність подальшої психологічної діагностики.

Додаток В

Опитувальник травматичної пам'яті – Trauma Memory Quality Questionnaire (TMQQ)

Загальна характеристика методики

Trauma Memory Quality Questionnaire (TMQQ) – це стандартизований опитувальник, що використовується для оцінки характеристик пам'яті про травматичні події. Методика дозволяє дослідити суб'єктивні особливості відтворення травматичних спогадів та їхній вплив на психологічний стан людини.

Інструкція для заповнення

Респонденту пропонується оцінити, наскільки кожне з наведених тверджень відповідає його переживанням, використовуючи шкалу:

0 – зовсім не відповідає;

1 – скоріше не відповідає;

2 – частково відповідає;

3 – скоріше відповідає;

4 – повністю відповідає.

Основні шкали TMQQ

Якість відтворення спогадів:

-Чіткість та деталізація спогадів.

-Ступінь фрагментації спогадів.

-Відчуття реалістичності подій.

Емоційне забарвлення спогадів:

-Інтенсивність емоцій під час згадування.

-Вплив спогадів на поточний емоційний стан.

Контроль над спогадами:

-Частота мимовільних спогадів.

-Неможливість уникнення травматичних думок.

Нижче наведено зразок тверджень, які входять до опитувальника

№	Твердження	Оцінка (0-4)
1	Спогади про травматичну подію дуже деталізовані	
2	Я часто відчуваю, що знову переживаю цю подію	
3	Спогади про подію фрагментовані або плутані	
4	Я можу контролювати, коли згадую подію	
5	Спогади викликають у мене сильний стрес	
6	Я часто намагаюся уникати думок про цю подію	

Загальний бал визначається шляхом підсумовування оцінок за всіма твердженнями. Високі бали можуть свідчити про підвищену емоційну значущість травматичних спогадів і труднощі у їх інтеграції в загальну автобіографічну пам'ять.

Додаток Г

Дослідження особливостей емоційного стану дітей за методикою "Будинок – Дерево – Людина" (НТР)

Загальна характеристика методики

Методика "Будинок – Дерево – Людина" (House-Tree-Person, НТР) є проєктивним тестом, який використовується для оцінки емоційного стану, особистісних рис та внутрішніх конфліктів дитини. Методика була розроблена Дж. Баком і широко застосовується в дитячій психології для діагностики особливостей сприйняття навколишнього світу та самосприйняття.

Інструкція для проведення тесту

Респонденту пропонується намалювати три об'єкти:

Будинок – відображає сприйняття сімейного середовища, почуття безпеки.

Дерево – символізує емоційний стан, життєву енергію, рівень самоприйняття.

Людина – відображає самооцінку, рівень тривожності та соціальні взаємодії.

Після виконання малюнка проводиться опитування щодо намальованих об'єктів (наприклад: "Хто живе в цьому будинку?", "Яке це дерево?", "Що робить ця людина?").

Основні аспекти аналізу

Будинок:

Величина, розташування, рівень деталізації.

Відсутність дверей чи вікон може свідчити про соціальну замкнутість.

Пошкодження або темні кольори можуть відображати емоційну нестабільність.

Дерево:

Розмір, форма гілок, коріння (відкриті чи приховані).

Зламані гілки можуть вказувати на пережиті травми.

Людина:

Положення тіла, вираз обличчя.

Великі руки – агресивність, маленькі – невпевненість.

Відсутність частин тіла може свідчити про внутрішні конфлікти.

Обробка та інтерпретація результатів

Інтерпретація проводиться на основі поєднання всіх малюнків. Аналізуються загальні емоційні тенденції, рівень тривожності, можливі психологічні труднощі. Рекомендується проводити методику разом з іншими психологічними тестами для отримання більш повної картини стану дитини.