

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський) рівень вищої освіти

Рівень вищої освіти

Психологічна підтримка дітей, які пережили травматичні події

Назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр 241039
номер ІПП

Виконав: здобувач II курсу, групи ІІІМЗ-24-1



Людмила КОБЕРНИК

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент



В'ячеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ

Науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки
доктор психологічних наук, професор



Таїсія КОМАР

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

1 грудня 2025 р.

Хмельницький, 2025

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
 Кафедра психології та педагогіки
 Освітній рівень другий (магістерський)
 Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»
 Спеціальність 053 «Психологія»
 Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології та педагогіки
 Таїсія КОМАР

протокол № 5 від 12 грудня 2024 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Людмила КОБЕРНИК

Ім'я, ПРИЗВИЩЕ, ініціали

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічна підтримка дітей, які пережили травматичні події».

Керівник кваліфікаційної роботи: В'ячеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ, кандидат психологічних наук, доцент

Ім'я, ПРИЗВИЩЕ, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 25 серпня 2025 р. № 65

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 01 грудня 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: анкетування на тему: дослідження особливостей психічного функціонування дітей, які пережили травматичні події.

4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1 Теоретичні основи психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події; Особливості психічного функціонування дітей, які пережили травматичні події; Психологічні наслідки травматичних подій для емоційного, когнітивного та поведінкового розвитку дитини; Підходи та сучасні моделі психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події, для покращення їхнього психічного функціонування; розділ 2 Емпіричне дослідження особливостей психічного функціонування дітей, які пережили травматичні події, та заходи психологічної підтримки цих дітей; Організація, база та методи емпіричного дослідження; Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей психічного функціонування дітей, які пережили

травматичні події; Заходи психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події; Рекомендації щодо надання психологічної підтримки дітям, які пережили травматичні події, для покращення їхнього психічного функціонування; висновки; список використаних джерел.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень)

Таблиці 10 шт.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

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

Дата видачі завдання 12 грудня 2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 01 січня 2025 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2025 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.	До 01 вересня 2025 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної роботи.	До 10 вересня 2025 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної роботи.	До 01 жовтня 2025 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 03 листопада 2025 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної роботи.	До 01 грудня 2025 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	17, 11, 2025 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	18 грудня 2025 р.	виконано

Здобувач Людмила КОБЕРНИК

Ім'я, прізвище



Керівник роботи В'ячеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ

Ім'я, прізвище



АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічна підтримка дітей, які пережили травматичні події».

Здобувач: Людмила КОБЕРНИК

(Ім'я, ПРИЗВИЩЕ)

Керівник: В'ячеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ

(Ім'я, ПРИЗВИЩЕ)

Кваліфікаційна робота включає 73 сторінки, 10 таблиць, перелік джерел містить 54 найменування.

Ключові слова: діти, психічне функціонування, травматичні події, наслідки травматичних подій, психологічна підтримка, покращення психічного функціонування дітей.

Об'єкт дослідження – психічне функціонування дітей, які пережили травматичні події.

Предмет дослідження – психологічна підтримка дітей, які пережили травматичні події, для покращення їхнього психічного функціонування.

За результатами дослідження визначено необхідні заходи психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події та розроблено рекомендації щодо надання психологічної підтримки дітям, які пережили травматичні події, для покращення їхнього психічного функціонування.

Одержані результати можуть бути використані психологами освітніх закладів, центрами соціально-психологічної допомоги, педагогами та батьками з метою підтримки дітей, які пережили травматичні події, для покращення їхнього психічного функціонування; на основі результатів можуть бути розроблені психокорекційні заняття та превентивні програми; результати дослідження також можуть бути використані в процесі підготовки психологів.

Дипломник _____

(Підпис)

Людмила КОБЕРНИК

(Ім'я, ПРИЗВИЩЕ)

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту: 1 грудня 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ.....	12
1.1 Особливості психічного функціонування дітей, які пережили травматичні події	12
1.2 Психологічні наслідки травматичних подій для емоційного, когнітивного та поведінкового розвитку дитини.....	15
1.3 Підходи та сучасні моделі психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події, для покращення їхнього психічного функціонування.....	19
Висновки до розділу.....	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ, ТА ЗАХОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЦИХ ДІТЕЙ	24
2.1 Організація, база та методи емпіричного дослідження.....	24
2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей психічного функціонування дітей, які пережили травматичні події	29
2.3 Заходи психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події....	55
2.4 Рекомендації щодо надання психологічної підтримки дітям, які пережили травматичні події, для покращення їхнього психічного функціонування.....	57
Висновки до розділу.....	62
ВИСНОВКИ.....	64
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	68

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасних умовах соціальної нестабільності, воєнних дій, вимушеної міграції та інших кризових ситуацій проблема психологічного благополуччя дітей набуває особливої ваги. Дитина є найбільш вразливою частиною населення, а переживання травматичних подій може суттєво вплинути на її емоційний розвиток, поведінку, здатність до навчання, формування стосунків та загальну життєву адаптацію. Психологічна травма у дитячому віці нерідко призводить до появи посттравматичних симптомів, підвищеної тривожності, страхів, емоційної нестійкості, порушень поведінки та ускладнень соціальної взаємодії.

У сучасній психології значна увага приділяється питанням подолання наслідків травматичного досвіду в дітей та розробці ефективних методів їх підтримки. Дошкільний і молодший шкільний вік є критичними періодами, коли формується базова довіра до світу, емоційна стабільність і здатність до регуляції власних переживань. Травматичні події у цей час можуть мати тривалі наслідки, що потребують особливої уваги з боку психологів, педагогів, соціальних працівників і батьків.

Різні аспекти вивчення травми в дітей розглядаються у працях таких дослідників, як Н. Пезешкіан, Б. ван дер Колк, Ж. Піаже, А. Фрейд, Д. Віннікотт, К. Хорні, Л. Божович, Г. Крайг, І. Булах та ін. Проблематика посттравматичного стресового розладу та особливостей роботи з дітьми, які пережили травму, широко представлена у дослідженнях П. Леберта, Дж. Аллана, М. Раттера, Е. Еріксона, В. Франкла, Р. Лазаруса та багатьох інших учених.

У науковій літературі наголошується, що своєчасна та кваліфікована психологічна підтримка допомагає зменшити негативні наслідки травматичних переживань, сприяє стабілізації емоційного стану дитини, покращує її соціальну адаптацію, відновлює відчуття безпеки та формує навички подолання

стресу. Однак, попри наявність значної кількості досліджень, питання індивідуально-психологічних особливостей дітей, їх реакцій на травму та найбільш ефективних форм підтримки залишаються недостатньо систематизованими та потребують подальшого вивчення.

Сучасні умови, у яких перебуває Україна, значно посилюють актуальність дослідження психологічної підтримки дітей, що пережили травматичні події. Велика кількість дітей зіткнулася з втратами, евакуацією, загрозою життю, зміною звичного середовища, що зумовлює необхідність глибокого вивчення їхнього психологічного стану та пошуку оптимальних способів допомоги.

Наявність суперечностей у наукових даних, різноманітність підходів до психологічної підтримки та практична потреба у її вдосконаленні визначили вибір теми дослідження: «Психологічна підтримка дітей, які пережили травматичні події».

Об'єкт дослідження – психічне функціонування дітей, які пережили травматичні події.

Предмет дослідження – психологічна підтримка дітей, які пережили травматичні події, для покращення їхнього психічного функціонування.

Мета дослідження – з'ясувати особливості психічного функціонування дітей, які пережили травматичні події, та визначити необхідні заходи психологічної підтримки для покращення їхнього психічного функціонування.

Завдання дослідження:

1) здійснити теоретичний аналіз психічного функціонування дітей, які пережили травматичні події та окреслити психологічні наслідки травматичних подій для емоційного, когнітивного та поведінкового розвитку дитини;

2) теоретично дослідити підходи та сучасні моделі психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події, для покращення їхнього психічного функціонування;

3) емпірично дослідити особливості психічного функціонування дітей, які пережили травматичні події, та визначити необхідні заходи психологічної підтримки цих дітей;

4) розробити рекомендації щодо надання психологічної підтримки дітям, які пережили травматичні події, для покращення їхнього психічного функціонування.

Методи дослідження:

– теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення наукових джерел;

– комплекс емпіричних методів, спрямованих на всебічне вивчення психічного стану дітей, які пережили травматичні події, а також особливостей їх емоційно-особистісної сфери;

– методи кількісної та якісної обробки даних.

Для емпіричного дослідження використано психодіагностичні методики, описані нижче.

1. Шкала впливу подій (Impact of Event Scale – Revised, IES-R). Методика застосовувалася для оцінки інтенсивності симптомів посттравматичного стресу, зокрема вторгнення спогадів, уникання та гіперактивації. Шкала дозволила кількісно визначити ступінь емоційного впливу травматичної події на дитину, що є важливим для визначення потреби в психологічній підтримці.

2. Методика «Діагностика рівня тривожності» (модифікація Спілбергера–Ханіної для дітей). Використовувалася для дослідження ситуативної та особистісної тривожності. Методика дозволила виявити емоційні реакції дітей, пов'язані як із конкретними пережитими подіями, так і з загальним стилем реагування на стрес. Отримані результати дали змогу визначити рівень емоційної напруги та ризику для подальшого психологічного розвитку.

3. Методика Басса–Даркі. Було застосовано з метою оцінки рівня агресивності та її форм (фізична, вербальна агресія, ворожість, почуття

провини). Це дозволило проаналізувати можливі деструктивні реакції дітей на пережитий стрес та визначити типи захисних поведінкових механізмів, що активізувалися внаслідок травматичної ситуації.

4. Методика дослідження самоствавлення (С. Пантилєєв). Використовувалася для визначення рівня самооцінки, ставлення до власного «я», почуття цінності та впевненості у собі. Методика дала можливість оцінити вплив травматичного досвіду на самообраз дитини та виявити потреби у відновленні позитивного самоствавлення.

Застосовані методики дозволили оцінити рівень травматичного стресу, тривожності, агресивності та особливості самоствавлення дітей, що забезпечило комплексний підхід до аналізу їхніх психологічних потреб. Комплексне використання зазначених методик забезпечило можливість всебічного аналізу психологічного стану дітей після пережитих травматичних подій. Це дозволило не лише визначити рівень негативних емоційних реакцій, але й виявити ключові внутрішні ресурси та потреби, що стало підґрунтям для розробки ефективної програми психологічної підтримки.

Гіпотеза дослідження – діти, які пережили травматичні події, мають підвищений рівень тривожності, агресивності та посттравматичних симптомів, що значною мірою впливає на їхній навчальний успіх, соціальну поведінку та емоційне благополуччя. Відповідно, необхідно проводити систематичну роботу з такими дітьми для раннього виявлення симптомів травматизації, а також впровадження психологічних програм, спрямованих на відновлення емоційної рівноваги, зміцнення психологічної стійкості та забезпечення безпечного середовища розвитку.

Практичне значення дослідження практичне значення дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані психологами освітніх закладів, центрами соціально-психологічної допомоги, педагогами та батьками з метою підтримки дітей, які пережили травматичні події, для покращення їхнього психічного функціонування. На основі результатів можуть

бути розроблені психокорекційні заняття та превентивні програми. Результати дослідження також можуть бути використані в процесі підготовки психологів.

Експериментальна база дослідження. Експериментальне дослідження проводилося на базі Комунального закладу загальної середньої освіти «Ліцей № 9», який має необхідні умови для організації психологічної роботи з учнями та належний рівень кадрового забезпечення. Дослідження здійснювалося у період з 21 жовтня 2025 року по 9 листопада 2025 року, що дозволило охопити достатній часовий проміжок для проведення констатувального та частково формувального етапів.

У емпіричній частині роботи взяли участь 30 дітей віком від 10 до 14 років, що відповідає віковій норми молодшого та середнього підліткового періоду – саме тих вікових груп, які найчастіше демонструють підвищену чутливість до наслідків пережитих травматичних подій. Формування вибірки відбувалося на добровільній основі, за умови отримання письмової згоди батьків (законних представників).

До участі були залучені учні, які перебували у стані емоційної напруги, мали досвід переживання стресогенних або травматичних ситуацій різної інтенсивності, а також ті, хто був рекомендований до додаткової психологічної уваги шкільним психологом. Дослідження здійснювалося в умовах збереження конфіденційності, добровільності та дотримання етичних стандартів роботи з дітьми.

На базі закладу було забезпечено: виділене приміщення для індивідуальної та групової роботи; можливість проведення опитувань, тестування та арттерапевтичних методик; взаємодію з педагогами та адміністрацією для узгодження графіку занять; залучення практичного психолога ліцею до спостереження та консультативного супроводу.

Таким чином, експериментальна база повністю відповідала умовам реалізації комплексного психодіагностичного та корекційно-розвивального

дослідження, спрямованого на вивчення особливостей психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та висновки дослідження можуть бути представлені на семінарах кафедри психології та педагогіки, таких як: Кафедральний науковий семінар «Актуальні проблеми наукових досліджень здобувачів вищої освіти другого і третього рівнів – 2025» (м. Хмельницький, Хмельницький національний університет, кафедра психології та педагогіки, 9-10 жовтня 2025 р.); Кафедральний науковий семінар «Сучасні досягнення в наукових дослідженнях здобувачів вищої освіти другого і третього рівнів – 2025» (м. Хмельницький, Хмельницький національний університет, кафедра психології та педагогіки, 17-18 листопада 2025 р.), а також опубліковані в тезах у збірнику матеріалів 6th International Scientific and Practical Conference «Evolving Science: Theories, Discoveries and Practical Outcomes» (Zurich, Switzerland, December 15-17, 2025) [14] та статті у науковому журналі «Психологічні травелоги» [15].

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 71 сторінку машинописного тексту, основна частина – 64 сторінки. Перелік джерел посилання містить 54 пункти.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ

1.1 Особливості психічного функціонування дітей, які пережили травматичні події

Проблема психологічної травматизації дітей є однією з найактуальніших у сучасній науково-практичній психології. Дитячий вік характеризується підвищеною чутливістю та вразливістю до впливу зовнішніх подій, що зумовлено незавершеністю психічного й емоційного розвитку, недостатніми навичками саморегуляції та обмеженим досвідом переживання складних життєвих ситуацій. Саме тому травматичні події можуть мати значно глибші й триваліші наслідки, ніж у дорослому віці.

У науковій літературі поняття психологічної травми розглядається як глибокий емоційний стрес, спричинений подією або низкою подій, які перевищують адаптаційні можливості дитини. Травма порушує відчуття безпеки, викликає інтенсивні негативні переживання та призводить до змін у поведінці, емоційній сфері, когнітивних процесах і міжособистісних стосунках. Зауважується, що одна й та сама подія може мати різний травматичний потенціал для різних дітей, що підкреслює суб'єктивний характер переживання травми.

Сутність дитячої психологічної травми полягає у порушенні базових потреб дитини – потреби у безпеці, стабільності, любові, підтримці та передбачуваності світу. Травматична подія руйнує відчуття опори, формує переживання безпорадності, страху, неконтрольованості ситуації. Дитина часто не може раціонально осмислити та інтегрувати подію в свій життєвий досвід, тому травма проявляється через емоційні, тілесні та поведінкові реакції [31].

Дитяча психіка характеризується підвищеною пластичністю, що з одного боку може сприяти швидшому відновленню, а з іншого – створює значні ризики формування стійких негативних наслідків за відсутності своєчасної та якісної психологічної підтримки. Важливою є й роль дорослих: їхня реакція визначає ступінь травматичності події та рівень подальшого емоційного відновлення дитини [31].

У сучасній психології виділяють декілька підходів до класифікації дитячої травми.

1. За природою та змістом події:

- гостра травма – виникає внаслідок одноразової раптової події (аварія, напад, стихійне лихо, втрата близького);
- хронічна травма – результат тривалих несприятливих умов (наси́льство в сім'ї, булінг, нехтування потребами, проживання в зоні воєнного конфлікту);
- комплексна травма – поєднання декількох різних травмуючих факторів, що взаємно підсилюють негативний вплив одне одного.

2. За джерелом травми:

- міжособистісна травма (наси́льство, агресія, знецінення, розрив прив'язаності);
- соціальна травма (дискримінація, переїзд, соціальна дезадаптація);
- подієва травма (нешасний випадок, хвороба, катастрофа);
- військова травма (перебування у зоні бойових дій, вимушене переміщення).

3. За впливом на психіку:

- первинна травма – безпосередній вплив травмуючої події;
- вторинна травма – реакція на поведінку дорослих, які також переживають травму (наприклад, діти військових, дітей у сім'ях внутрішньо переміщених осіб);

- травма розвитку – пов’язана з порушенням прив’язаності, нестачею турботи, тривалою емоційною депривацією.

Діти переживають травматичні події специфічно, залежно від вікових можливостей та стадії психічного розвитку.

Для психічного функціонування дітей дошкільного віку характерні:

- регресивні реакції (енурез, страх темряви, залежність від дорослого);
- труднощі зі сном, нічні жахи;
- яскраві тілесні реакції (плаксивість, м’язова напруга);
- символічне відтворення травми у грі.

Оскільки мислення є образним, діти не можуть повністю усвідомити зміст події, але емоції залишаються інтенсивними.

Для психічного функціонування дітей молодшого шкільного віку характерні:

- підвищена тривожність;
- труднощі з концентрацією та навчанням;
- соматичні скарги (головний біль, біль у животі);
- тенденція до уникнення нагадувань про травму.

Діти починають шукати логічні пояснення подіям, але часто звинувачують себе [37].

Підлітки можуть демонструвати:

- емоційну нестабільність;
- агресивність або, навпаки, ізоляцію;
- ризиковану поведінку;
- порушення соціальних контактів.

Через розвиток самосвідомості та почуття автономії переживання травми часто супроводжується внутрішніми конфліктами та змінами у самооцінці.

Науковці виділяють низку факторів, що визначають, наскільки сильно травма вплине на психічний стан дитини: вік і рівень розвитку; характер події

(раптовість, небезпека для життя); тривалість і повторюваність травматичних ситуацій; наявність підтримки від дорослих; попередній досвід дитячої травматизації; темперамент і індивідуальні особливості [38].

Відсутність стабільної емоційної підтримки дітей є одним із найсильніших підсилювачів негативних наслідків впливу травматичних подій.

Таким чином, дитяча психічна травма є складним багатовимірним явищем, що охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та соціальні аспекти розвитку дитини. Її особливості зумовлені як об'єктивними факторами травмуючої події, так і суб'єктивним сприйняттям, віком, особистісними характеристиками та рівнем підтримки з боку значущих дорослих. Усвідомлення сутності та типології травми і особливостей психічного функціонування дітей, які пережили травматичні події, є теоретичною основою подальшого дослідження психологічної підтримки дітей, які зазнали травматичного досвіду.

1.2 Психологічні наслідки травматичних подій для емоційного, когнітивного та поведінкового розвитку дитини

Травматичні події є одним із найбільш значущих чинників, що впливають на психічний розвиток дитини. В умовах дитячої та підліткової психіки, яка формується та характеризується підвищеною вразливістю до зовнішніх впливів, пережитий травматичний досвід здатний призвести до комплексних емоційних, когнітивних і поведінкових порушень. Травма не лише спричиняє короточасний дистрес, але й може порушувати базові психологічні механізми розвитку, що визначають подальшу адаптацію дитини в соціальному середовищі та її здатність до гармонійного функціонування [6].

Насамперед травматичні події суттєво впливають на емоційний розвиток дітей. Емоційна сфера, будучи фундаментом для саморегуляції та соціальної взаємодії, надзвичайно чутливо реагує на будь-які порушення почуття безпеки.

Травмована дитина часто демонструє емоційну нестабільність, що проявляється у підвищеній тривожності, частих перепадах настрою, плаксивості, дратівливості або надмірній збудливості. Згідно з дослідженнями Н. В. Пророк, С. Т. Бойко, травма порушує процес формування емоційної регуляції, внаслідок чого дитина втрачає здатність адекватно контролювати емоційні імпульси. У багатьох випадках виникає гіперчутливість до стресових стимулів або навпаки – емоційна притупленість, що виражається у зниженні здатності переживати позитивні емоції, радість чи інтерес до оточення [39]. Хронічні страхи, неспокій та відчуття небезпеки можуть трансформуватися у стійкі тривожні розлади, що перешкоджають нормальному віковому розвитку та соціальній адаптації [7].

Важливим аспектом є те, що у дітей нерідко формуються специфічні емоційні реакції у відповідь на травму, такі як відчуття провини, сорому або безпорадності. Дитина може приписувати собі відповідальність за подію, що сталася, що значно ускладнює подолання стресу. Наявність повторюваних нічних кошмарів, флешбеків, страхів розлуки чи повторення події є типовими проявами посттравматичних реакцій [40]. За даними Максименко С. Д., у дітей раннього та молодшого шкільного віку часто спостерігаються регресивні емоційні стани, коли дитина повертається до більш ранніх моделей поведінки, що забезпечували їй відчуття психологічної опори [18].

Когнітивний розвиток також зазнає значних змін під впливом травматичних ситуацій. Хронічний стрес, спричинений травмою, впливає на нейробіологічні процеси, зокрема на функціонування префронтальної кори та гіпокампа, які відповідають за пам'ять, увагу та мислення [41]. Внаслідок цього у дітей можуть спостерігатися порушення уваги, труднощі з концентрацією та швидке психічне виснаження під час навчальної діяльності. Нездатність тривалий час утримувати увагу призводить до зниження продуктивності у навчальному процесі, що нерідко помилково сприймається дорослими як лінь або неорганізованість [19]. Крім того, травматичний досвід може спричинити

погіршення короткочасної та довготривалої пам'яті. Дитина не лише забуває навчальний матеріал, але й може мати труднощі з відтворенням окремих подій, пов'язаних із травматичним досвідом, що виступає захисним механізмом психіки [8].

Окрім порушень уваги та пам'яті, змінюється структура мислення. Діти, які пережили травму, схильні формувати негативні когнітивні схеми, що ґрунтуються на переконаннях про небезпечність світу, ненадійність значущих дорослих та власну неспроможність [42]. У психологічній літературі вказується, що такі діти часто через травматичний досвід створюють спотворені причинно-наслідкові зв'язки, наприклад, звинувачуючи себе у подіях, на які вони не могли вплинути. Такі когнітивні установки можуть зберігатися протягом багатьох років і стати підґрунтям для розвитку депресивних або тривожних розладів у підлітковому віці. Водночас зниження навчальної мотивації та зменшення інтересу до інтелектуальної діяльності є безпосереднім наслідком емоційного виснаження та внутрішнього психічного конфлікту [9].

Не менш значущими є поведінкові наслідки травматичних подій. Поведінка дитини – це відображення її внутрішнього емоційного стану, тому саме у поведінковій сфері часто проявляються найбільш очевидні ознаки психологічної травматизації [43]. Діти можуть демонструвати регресивні форми поведінки, такі як енурез, страх темряви, небажання залишатися без дорослого, труднощі у соціальній адаптації чи повернення до активного пошуку захисту. У підлітків, навпаки, може спостерігатися компенсаційна гіперсамостійність або надмірне прагнення до контролю [20].

Суттєвим поведінковим проявом є агресивність, що може бути спрямована як на оточуючих, так і на саму дитину (аутоагресія). Агресивні прояви розглядаються як спосіб зняття внутрішньої напруги або захисна реакція на уявні загрози [44]. Паралельно може виникати імпульсивність, порушення правил, конфліктність, що ускладнює соціальне функціонування. Інший полюс поведінкової реакції – уникнення: дитина може ізолюватися,

уникати спілкування, демонструвати соціальну замкнутість. Такі діти нерідко відмовляються від участі у колективних іграх чи групових видах діяльності, що поглиблює почуття самотності та емоційного дискомфорту [10].

У підлітковому віці травматичний досвід може сприяти появі ризикованої поведінки: експериментування з алкоголем чи психоактивними речовинами, втечі з дому, ранні сексуальні контакти, самопошкодження. Ці прояви розглядаються дослідниками як дезадаптивні стратегії подолання стресу або спроби компенсувати внутрішню нестабільність шляхом пошуку сильних відчуттів [21].

Таким чином, психологічні наслідки травми у дітей проявляються на різних рівнях психічного функціонування та мають комплексний, системний характер. Емоційні, когнітивні та поведінкові порушення, що виникають унаслідок травматичних подій, взаємопов'язані та взаємозумовлені, утворюючи єдину картину посттравматичного розвитку [45].

Усвідомлення характеру цих змін є надзвичайно важливим для ефективно організації психологічної підтримки, своєчасного втручання та розробки профілактичних заходів. Розуміння механізмів впливу травми на психічний розвиток дає змогу фахівцям більш точно прогнозувати можливі труднощі адаптації, визначати оптимальні методи психокорекції та забезпечувати умови для відновлення емоційної та соціальної рівноваги дитини [11].

1.3 Підходи та сучасні моделі психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події

У сучасній психологічній науці проблема надання допомоги дітям, які пережили травматичні події, розглядається як комплексний міждисциплінарний процес, що поєднує положення дитячої клінічної психології, психотерапії розвитку, нейропсихології та соціальної роботи [46]. Теоретичні підходи до

психологічної підтримки травмованих дітей формувалися під впливом досліджень впливу стресу та травматизації на психічний розвиток, що зумовило появу низки моделей інтервенцій, спрямованих на стабілізацію емоційного стану, зниження рівня психологічної дезадаптації та відновлення здатності до функціонування в середовищі [12].

Одним із ключових підходів є традиція психодинамічної терапії, яка ґрунтується на ідеях про те, що переживання травми у дітей супроводжуються глибинними внутрішніми конфліктами, порушенням почуття безпеки та цілісності «Я» [47]. Психодинамічна парадигма наголошує на важливості вільного вираження афектів, реконструкції травматичного досвіду у символічній формі, а також на встановленні безпечних та довірливих стосунків із терапевтом як умові відновлення базового почуття стабільності. У межах цього підходу значну увагу приділяють ролі захисних механізмів, таких як витіснення, проєкція чи регресія, що часто активізуються у дітей після травматичних подій [22].

Важливе місце посідає когнітивно-поведінкова модель допомоги, яка довела свою ефективність у численних клінічних дослідженнях. Травма часто викликає у дітей стійкі дезадаптивні переконання щодо світу, безпеки, власної цінності чи можливості контролювати події [48]. Когнітивно-поведінкові інтервенції передбачають роботу з автоматичними думками, реконструкцію когнітивних схем, розвиток навичок емоційної регуляції, поступову десенсибілізацію до травматичних спогадів та формування адаптивних моделей поведінки [49]. Однією з найпоширеніших модифікацій є TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy), яка включає структуровану роботу з травматичними спогадами, навчання стабілізаційним технікам та залучення батьків до корекційного процесу [13].

Значну роль у роботі з травмованими дітьми відіграє і гуманістично-екзистенційний підхід, в основі якого – підтримка внутрішніх ресурсів дитини, розвиток її здатності до саморефлексії, автономії та творчого самовираження.

Гуманістична парадигма розглядає терапію як простір безумовного прийняття, емпатійного розуміння та розвитку довіри, що сприяє зниженню тривожності та відновленню самооцінки. Особливої актуальності цей підхід набуває у випадках, коли дитина пережила тривале перебування у небезпечному середовищі чи мала дефіцит позитивних стосунків [14].

Окремим напрямом є ігрова терапія, що опирається на природний механізм символічної діяльності дитини. Через гру діти отримують можливість репрезентувати травматичний досвід у безпечних умовах, відреагувати інтенсивні емоції та поступово інтегрувати пережите в структуру особистісного досвіду [50]. Ігрові методи особливо ефективні у дошкільному та молодшому шкільному віці, коли вербальна здатність до опису травми є обмеженою. У межах ігрової терапії використовують як недирективні, так і структуровані техніки, включаючи рольові моделі, творчі вправи, арт-терапію та піскову терапію [23].

Сучасні підходи також приділяють увагу системній сімейній роботі, оскільки наслідки травми, пережитої дитиною, майже завжди виявляються у динаміці сімейних стосунків. Психологічна допомога передбачає не лише індивідуальну терапію, а й корекцію сімейного функціонування, відновлення батьківської підтримки, зниження рівня дистресу у дорослих членів родини. Відомо, що рівень психологічного благополуччя батьків є важливим предиктором успішності терапевтичного процесу у дитини [15].

Окреме місце належить тілесно-орієнтованим і нейропсихологічним підходам, які розглядають травму як феномен, що впливає на функціонування нервової системи, порушуючи процеси саморегуляції та сенсомоторної інтеграції [51]. Методики роботи з тілом, дихальні практики, вправи на розвиток відчуття опори, нейросенсорні техніки сприяють нормалізації фізіологічних реакцій та зниженню гіпервозбудливості, притаманної посттравматичним станам [24].

В останні роки активно розвиваються комплексні мультидисциплінарні моделі, які інтегрують психотерапевтичні, освітні, соціальні та медичні підходи [52]. Особливо ефективними вважаються програми раннього втручання, спрямовані на швидке виявлення симптомів травматизації та підтримку дитини у перші тижні після події. Інноваційні моделі також включають використання цифрових ресурсів, психоедукаційних платформ для батьків, групових форматів підтримки та кризових інтервенцій [16].

Таким чином, сучасні підходи до психологічної допомоги дітям, які пережили травматичні події, характеризуються багатовимірністю, орієнтацією на індивідуальні особливості дитини та її екологічного оточення, а також інтеграцією доказових методів, спрямованих на комплексне відновлення емоційного, когнітивного та поведінкового функціонування. Систематизація цих підходів створює теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження та практичного впровадження ефективних моделей психологічної підтримки.

Висновки до розділу

У першому розділі кваліфікаційної дипломної роботи було здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми психологічної травми у дітей, її сутності, специфіки впливу на психічний розвиток та сучасних підходів до надання допомоги травмованим дітям. Розгляд наукових джерел дав можливість системно визначити психологічну травму як складний комплекс переживань, що виникає унаслідок дії надмірно стресових або кризових подій, які перевищують адаптивні можливості дитячої психіки. Травма у дитячому віці являє собою багатовимірне явище, охоплює емоційний, когнітивний, соціальний та нейрофізіологічний рівні, а її переживання залежить від віку, рівня розвитку, типу події, індивідуально-особистісних ресурсів та якості емоційної підтримки з боку дорослих.

Аналіз підходів до класифікації психологічної травми свідчить, що дослідники виокремлюють гостру, хронічну та комплексну травму, причому саме комплексні, тривалі й повторювані впливи (насильство, нехтування базовими потребами, воєнні дії, утрата значущої особи) чинять найбільш руйнівний ефект на психічний розвиток дитини. Особливості переживання травми залежать від вікової стадії: у молодшому віці домінують регресивні реакції, страхи та соматичні прояви, тоді як у підлітковому – порушення самоідентичності, емоційна нестабільність, агресивність, ризикована поведінка або, навпаки, соціальна ізоляція.

Розгляд психологічних наслідків травматичних подій засвідчив, що вони проявляються у трьох ключових сферах розвитку – емоційній, когнітивній і поведінковій. Емоційні наслідки включають формування стійкої тривожності, емоційної дисрегуляції, почуття безпорадності й втрати базового відчуття безпеки. Когнітивна сфера зазнає дезорганізації у вигляді порушення уваги, зниження навчальної продуктивності, фрагментованості мислення та появи дисфункціональних переконань. Поведінкові наслідки проявляються у формі імпульсивності, агресивних реакцій, уникання соціальних контактів, регресивних форм поведінки та підвищеного ризику девіантності. Науковці наголошують, що травма змінює алгоритми функціонування нейробіологічних систем, відповідальних за стресову реактивність та упорядкування емоційного досвіду, що зумовлює тривалі негативні ефекти, якщо дитина не отримує відповідної підтримки.

Аналіз сучасних підходів до психологічної допомоги травмованим дітям дозволив визначити провідні концептуальні напрями, серед яких ключове значення мають: травмоорієнтований підхід, модель стабілізації-інтеграції, когнітивно-поведінкова терапія травми (TF-CBT), методи психодинамічної та ігрової терапії, а також діяльнісний і ресурсний підходи. Спільним для більшості моделей є визнання необхідності формування безпечного терапевтичного середовища, поступової регуляції емоційних реакцій,

відновлення довіри до соціального оточення та підтримки адаптивних стратегій подолання. Значна увага приділяється роботі з батьками або законними представниками, оскільки саме їхнє ставлення, рівень емоційної включеності та здатність забезпечити стабільність визначають ефективність корекційних заходів.

Підсумовуючи результати теоретичного аналізу, можна констатувати, що психологічна травма у дитячому віці є складним і багаторівневим феноменом, який справляє суттєвий вплив на подальший емоційний, когнітивний та поведінковий розвиток. Наукові дані переконливо свідчать про необхідність раннього виявлення ознак травматизації та своєчасної організації психологічної підтримки, заснованої на сучасних науково обґрунтованих моделях. Теоретичні положення, викладені у першому розділі, створюють фундамент для подальшого емпіричного дослідження особливостей переживання психологічної травми дітьми та визначення ефективних напрямів психологічної допомоги, що буде висвітлено у наступних розділах роботи.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ, ТА ЗАХОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЦИХ ДІТЕЙ

2.1 Організація, база та методи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження психологічних наслідків травматичних подій у дітей та особливостей їхнього емоційного, когнітивного й поведінкового розвитку було організоване у відповідності з метою та завданнями дипломної роботи та включало констатувальний етап експерименту. Даний етап передбачав виявлення актуального рівня проявів травматичного досвіду, визначення специфіки емоційного стану дітей, особливостей їхньої поведінки та характерних труднощів, що виникають унаслідок пережитих травматичних подій [25].

База дослідження. Емпірична робота була проведена на базі «Комунальний заклад загальної середньої освіти ліцей № 9» у період з 21.10.2025 р. по 09.11.2025 р. У дослідженні взяли участь 30 дітей віком від 10 до 14 років, які перебувають у схожих соціальних та навчальних умовах. Вибірка є достатньою та репрезентативною, оскільки включає встановлену мінімальну кількість учасників (не менше 30 осіб), що дозволяє застосовувати статистичні методи аналізу і забезпечує надійність результатів.

Перед початком дослідження було отримано усні або письмові згоди від батьків або офіційних представників дітей, а також погоджено проведення діагностики з адміністрацією закладу. Всі етапи проведення емпіричної частини відповідали етичним вимогам конфіденційності, добровільності участі та недопущення психологічної шкоди дитині.

Констатувальний етап передбачав комплексне вивчення психічного стану та поведінкових особливостей дітей, які мають досвід переживання стресових або потенційно травматичних подій. Основними завданнями цього етапу було:

- виявлення рівня емоційної напруги та ознак емоційної дезрегуляції;
- визначення специфіки когнітивних змін, пов'язаних із травматичним досвідом;
- аналіз особливостей поведінки, що можуть свідчити про наявність посттравматичних реакцій;
- встановлення типових психологічних труднощів, характерних для досліджуваної групи.

Для цього була використана сукупність емпіричних методів, які дозволяють комплексно та багатовимірно охарактеризувати стан дитини.

У дослідженні застосовано поєднання спостереження, опитувальних та тестових психодіагностичних методів, що забезпечило повноту та достовірність результатів.

1. Спостереження (структуроване психолого-педагогічне спостереження). Його метою було виявлення особливостей емоційних реакцій, проявів тривожності, імпульсивності, соціальної активності та типових моделей поведінки у дітей у природних умовах. Спостереження здійснювалось під час навчальних занять, перерв та індивідуальних діалогів, що дозволило фіксувати як явні, так і латентні прояви переживання травми.

2. Опитування та бесіда. Для уточнення інформації щодо соціально-психологічного статусу та історії переживання стресових подій проводилися напівструктуровані бесіди з дітьми та окремі інтерв'ю з педагогами. Це дало можливість проаналізувати суб'єктивне сприйняття дитиною свого стану та визначити можливі чинники психологічної напруги.

3. У межах емпіричної частини дослідження для комплексної оцінки психологічних наслідків пережитих травматичних подій у дітей застосовано три взаємодоповнюючі психодіагностичні методики. Їх добір зумовлений

необхідністю отримати інтегральні дані про емоційний стан, рівень тривожності та поведінкові прояви, що часто формуються під впливом травматичних чинників. Кожна методика охоплює окремий аспект психічного функціонування, що дозволяє сформувати багатовимірний профіль стану дитини.

Шкала впливу подій (Impact of Event Scale – Revised, IES-R). Методика IES-R є однією з найбільш валідних міжнародних діагностичних шкал для оцінки інтенсивності симптоматики, пов'язаної з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Вона дозволяє виміряти три ключові кластери ПТСР:

- вторгнення (intrusion) – нав'язливі спогади, яскраві образи події, несподівані емоційні реакції;
- уникання (avoidance) – прагнення уникати думок, ситуацій, людей, що нагадують про травму;
- гіперактивація (hyperarousal) – підвищена збудливість, порушення сну, настороженість, емоційна напруга.

Застосування шкали у дитячих вибірках дає можливість точно оцінити глибину пережитого стресу, визначити ризики формування ПТСР та простежити взаємозв'язок між травмою та поточним психічним станом.

Методика «Діагностика рівня тривожності» Спілбергера–Ханіної (модифікація для дітей). Дана методика призначена для оцінки ситуативної (реактивної) та особистісної (сталої) тривожності у дітей.

- Ситуативна тривожність відображає стан дитини в момент обстеження, її реакцію на актуальні стресори.
- Особистісна тривожність характеризує стійку схильність до занепокоєння, неспокою, очікування небезпеки та високої чутливості до стресу.

Ця методика особливо важлива у контексті дослідження травматичних переживань, оскільки підвищені рівні тривожності часто виступають раннім індикатором психологічної дезадаптації. Вона дозволяє визначити ступінь

емоційної незахищеності, сформувані уявлення про внутрішній стан дитини та оцінити потребу у психологічній підтримці [29].

Методика Басса–Даркі використовується для виявлення різних форм агресивності та ворожості, зокрема:

- фізичної та вербальної агресії;
- імпульсивності;
- роздратування;
- підозрливості;
- почуття провини.

Агресивні прояви у дітей часто пов'язані з перенесеними травматичними подіями та можуть слугувати формою компенсаторної або захисної поведінки. Застосування методики дозволяє виявити приховану напруженість, імпульсивні тенденції, а також можливі порушення в емоційно-поведінковій сфері, що є важливим компонентом повної оцінки наслідків психологічної травми [30].

Методика дослідження самоствавлення (С. Пантілеєв) призначена для діагностики самоствавлення як емоційно-ціннісного компоненту самосвідомості, в якому виражається загальний інтегрований образ «Я» людини. Воно розглядається як багатовимірне динамічне утворення, до структури якого належать такі складові як «позитивне ставлення до себе» (самоповага та аутосимпатія) і «негативне ставлення до себе» (самоприпинення). Опитувальник складається з восьми шкал – відкритість, впевненість у собі, самокерівництво, «дзеркальне Я», самоповага, самоприйняття, самоприв'язаність, внутрішня конфліктність, самозвинувачення.

Методика дозволяє визначити ставлення особистості до соціально-нормативних критеріїв: моральності, цілеспрямованості та соціального схвалення, а також ступінь рефлексивності, самокритичності та пластичності Я-концепції.

Для обробки отриманих емпіричних результатів застосовувалися кількісні та якісні методи аналізу:

- метод статистичного порівняння середніх значень;
- кореляційний аналіз (r-Пірсона) для виявлення зв'язків між емоційними, когнітивними та поведінковими показниками;
- частотний аналіз для групування дітей за рівнями прояву травматичних реакцій;
- використання комп'ютерних програм Microsoft Excel та SPSS (за необхідності) для побудови діаграм, таблиць та виконання складніших статистичних розрахунків.

Математична обробка дозволила зменшити суб'єктивний вплив дослідника, забезпечила об'єктивність інтерпретації та підвищила достовірність отриманих висновків.

Організація емпіричного етапу дала можливість зібрати комплексний матеріал щодо впливу травматичних подій на емоційний, когнітивний і поведінковий розвиток дітей, що створює підґрунтя для подальшого аналізу результатів та обґрунтування практичних рекомендацій. Отримані дані є основою для розробки програми психологічної підтримки, спрямованої на стабілізацію емоційного стану, відновлення почуття безпеки та розвиток конструктивних способів подолання стресу.

Гендерний склад вибірки був представлений майже рівномірно: 16 дівчат та 14 хлопців, що забезпечує репрезентативність результатів та можливість зіставлення реакцій на травматичні події у різних групах. Учасники дослідження перебували у відносно схожих соціально-побутових умовах, що знижує вплив сторонніх факторів на результати.

Більшість дітей мали досвід ситуацій, пов'язаних із тривалим стресом, небезпекою, порушенням почуття безпеки та адаптаційними труднощами, що робить дану вибірку релевантною для вивчення особливостей переживання психологічної травми та її впливу на емоційну й поведінкову сфери.

Нижче наведено узагальнені дані вибірки (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1 – Загальна характеристика вибірки досліджуваних

Показник	Характеристика	Кількість осіб	% від вибірки
Загальна кількість учасників	Діти 10–14 років	30	100 %
Гендерний склад	Дівчата	16	53,3 %
	Хлопці	14	46,7 %
Вікова структура	10 років	6	20,0 %
	11 років	7	23,3 %
	12 років	6	20,0 %
	13 років	5	16,7 %
	14 років	6	20,0 %
Наявність пережитої травматичної події	Є досвід психотравми	30	100 %
Соціальний статус	Навчаються у ЗЗСО	30	100 %
Добровільна участь	Надано згоду батьками та дітьми	30	100 %

2.2. Аналіз результатів дослідження психологічного стану дітей після пережитих травматичних подій

Методика IES-R (The Impact of Event Scale – Revised) дає змогу оцінити суб'єктивну реакцію дитини на психотравмуючу подію. Вона вимірює три основні кластери посттравматичної симптоматики:

1. Інтрузії (нав'язливі спогади, мимовільні образи, нічні жахи).
2. Уникання (уникнення думок, почуттів або ситуацій, пов'язаних із травмою).
3. Гіперактивація (гіперарузал) – фізіологічне перенапруження, тривожність, дратівливість, порушення сну (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Показники вираженості посттравматичних реакцій учнів за методикою IES-R

Показник	Мін.	Макс.	Середнє (M)	SD	Рівень вираженості
Інтрюзії	0	32	17,9	5,0	Помірний
Уникання	0	32	14,8	4,7	Помірний
Гіперактивність	0	32	19,3	5,9	Високий
Загальний IES-R	0	96	52,0	11,8	Помірно-високий

1. Інтрюзії (M = 17,9) – помірний рівень

Для дітей 10–14 років характерні:

- Яскраві уявні образи, які можуть повторюватися без їхньої волі.
- Сни або нічні страхи, пов'язані з пережитими подіями.
- Часте "прокручування" ситуації в думках.

У цьому віці діти вже здатні детально уявляти події та емоційно їх переживати, тому показники інтрюзій здебільшого вищі, ніж у дітей 6–9 років.

2. Уникання (M = 14,8) – помірний рівень

Для підлітків уникання є типовою формою захисної реакції:

- ігнорування теми травми;
- уникнення людей чи місць, що нагадують про подію;
- закритість, небажання говорити про емоції.

У віці 10–14 років формується здатність до усвідомлення власних переживань, тому уникання може бути як свідомим, так і прихованим (через зайву активність, гумор, відстороненість).

3. Гіперактивність (M = 19,3) – високий рівень

Це найвираженіший показник групи. Для 10–14 років типовими є:

- відчуття постійної напруги;
- підвищена реактивність на звуки;
- емоційні спалахи, імпульсивність;
- проблеми зі сном;

- утруднена концентрація.

Високий результат пояснюється тим, що в цьому віці нервова система ще нестабільна, діти гостро реагують на невизначеність, а механізми саморегуляції тільки формуються.

4. Загальний показник IES-R (M = 52,0) – помірно-високий рівень

Це свідчить про значну вираженість посттравматичних проявів у частини підлітків.

Для віку 10–14 років такий рівень може означати:

- підвищений ризик формування ПТСР,
- труднощі в освіті: зниження уваги, втомлюваність, пропуски занять,
- емоційну нестабільність і конфліктність,
- потребу в психологічній підтримці (груповій або індивідуальній).

Дані, отримані за шкалою IES-R, виявили підвищені показники посттравматичних реакцій у більшості дітей вибірки. Найбільш вираженим компонентом виявився феномен вторгнення, що свідчить про часті нав'язливі спогади, емоційні флешбеки, мимовільні образи травматичної ситуації. Це вказує на недостатню інтеграцію травматичного досвіду та збереження активності травматичної пам'яті.

Показники уникання також перебували на середньому та високому рівнях, що свідчить про активізацію захисних механізмів, спрямованих на зниження емоційного дискомфорту. Діти часто уникають спілкування про події, пов'язані з травмою, а також ситуацій, які нагадують про пережите. Подібна поведінкова стратегія, з одного боку, виконує компенсаторну функцію, але з іншого – може ускладнювати процес природного психологічного відновлення.

Найнижчі, але значущі результати були зафіксовані у сфері гіперактивації, що проявляється у підвищеній збудливості, порушеннях сну, надмірній настороженості та фізіологічній напрузі. Цей компонент вказує на порушення процесів саморегуляції та стресового реагування.

Узагальнено, результати за IES-R свідчать про наявність у більшості дітей вираженої посттравматичної симптоматики, що охоплює як емоційні, так і фізіологічні прояви психотравми.

Для оцінки емоційного стану дітей, що мали досвід переживання травматичних подій, було проведено емпіричне дослідження із застосуванням методики «Діагностика рівня тривожності» Ч. Спілбергера–Ю. Ханіної (адаптація для дітей). Вибірку склали 30 дітей віком від 10 до 14 років, що дозволило отримати достатньо репрезентативні дані.

Методика передбачає вимірювання ситуативної тривожності (СТ) як реакції “тут і зараз”, а також особистісної тривожності (ОТ) як більш стійкої характеристики, що формує схильність до тривожних переживань. Отримані результати дали змогу оцінити як актуальний рівень емоційного напруження учасників, так і глибинні тенденції у їхньому психічному стані.

Розподіл рівнів ситуативної та особистісної тривожності подано у таблицях 2.3 та 2.4

Таблиця 2.3 – Рівні ситуативної тривожності (СТ)

Рівень тривожності	Кількість дітей	% від вибірки
Низький	6	17%
Середній	13	50%
Високий	11	33%

Результати свідчать, що половина дітей має середній рівень СТ, що є типовим для адаптаційних процесів. Проте 33% показали високий рівень ситуативної тривожності, що вказує на наявність актуального стресу, внутрішнього напруження та підвищеної вразливості до зовнішніх подразників.

Таблиця 2.4 – Рівні особистісної тривожності (ОТ)

Рівень тривожності	Кількість дітей	% від вибірки
Низький	4	11%
Середній	14	56%
Високий	12	33%

Подібна тенденція спостерігається і в показниках особистісної тривожності. У третини учасників виявлено високий рівень ОТ, що свідчить про тривалі, закріплені переживання, які могли сформуватися внаслідок повторних або дуже інтенсивних травматичних ситуацій.

Для детальнішого аналізу результати було розподілено за віковими групами (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 – Розподіл тривожності за віком

Вік	Кількість осіб	Особливості рівнів тривожності
10–11 років	13	Переважає середній рівень СТ та ОТ; діти більш емоційно реактивні, але рідше мають стійку високу тривожність.
12–13 років	11	Найвищі показники ситуативної тривожності; перехідний період, гормональні зміни підсилюють стресові реакції.
14 років	6	Підвищений рівень особистісної тривожності; часті переживання щодо самосприйняття, майбутнього та соціальних очікувань.

Дані демонструють чітку вікову тенденцію: із віком тривожність має тенденцію не знижуватися, а перетворюватися на більш стійку рису, що може зумовити формування дезадаптивних моделей поведінки.

Порівняння рівнів ситуативної та особистісної тривожності показало, що близько третини дітей перебувають у групі ризику. Підвищені рівні тривожності можуть проявлятися у:

- емоційній нестабільності;
- труднощах у навчанні через погіршення концентрації;
- зниженні самооцінки;
- проблемах у соціальній взаємодії;
- гіперчутливості до критики чи нових ситуацій.

У дітей, що пережили травматичні події, тривога часто має змішаний характер, поєднуючи прояви як актуального переживання, так і довготривалого внутрішнього напруження.

Такі результати узгоджуються з даними сучасних психологічних досліджень, які вказують, що вплив травматичних подій у дитячому віці часто призводить до формування хронічних тривожних станів, якщо дитина не отримує своєчасної підтримки.

Аналіз емпіричних даних дозволив зробити такі висновки:

1. Суттєва частина дітей має підвищений рівень тривожності, що свідчить про емоційну вразливість і потребу в психологічній підтримці.
2. Високий рівень ОТ у 33% дітей може бути ознакою посттравматичних змін або тривалого досвіду стресу.
3. Підлітки 12–14 років демонструють найвищі показники тривожності, що пов'язано як з травматизацією, так і з віковими психофізіологічними змінами.
4. Діти з високими показниками тривожності потребують індивідуальних та групових програм психологічної допомоги, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції, формування відчуття безпеки та зниження емоційного напруження.

Нижче представлено аналіз результатів емпіричного дослідження агресивності дітей за методикою Басса–Даркі.

Для комплексної оцінки емоційно-поведінкових реакцій дітей, які пережили травматичні події, окрім діагностики тривожності, було застосовано методику Басса–Даркі. Даний інструментарій дає змогу визначити рівень та характер різних форм агресивності та ворожості, що можуть посилюватися після психотравми.

Методика включає 8 шкал, які відображають різні прояви агресивної поведінки: фізична, непряма, вербальна, негативізм, дратівливість, підозрілість, образа та почуття провини. Одержані результати дозволили всебічно оцінити, як саме травматичні події вплинули на емоції та поведінку дітей.

Узагальнені результати дослідження подано у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 – Середні показники за шкалами методики Басса–Даркі (N=30)

Шкала	Середній показник (балів)	Особливості проявів
Фізична агресія	7,8	Переважно стримана; проявляється через імпульсивні реакції у стресових ситуаціях.
Непряма агресія	8,4	Часті вербальні вибухи, роздратування; характерна для підлітків.
Вербальна агресія	9,1	Найвищий показник; діти схильні виражати напруження словами.
Негативізм	6,5	Виражені протестні реакції в ситуаціях контролю або обмеження.
Дратівливість	8,8	Висока емоційна збудливість, часті зміни настрою.
Підозрілість	7,9	Недовіра до дорослих та ровесників після травматичного досвіду.

Продовження таблиці 2.6

Шкала	Середній показник (балів)	Особливості проявів
Образа	8,3	Висока чутливість до несправедливості, накопичування образ.
Почуття провини	6,9	Помірні прояви самозвинувачення; у частини дітей – завищені.

Аналіз середніх значень за шкалами методики Басса–Даркі дозволяє глибше зрозуміти специфіку агресивних та ворожих тенденцій у дітей, які пережили травматичні події. Кожен показник відображає певну сторону емоційно-поведінкової реактивності, тому їх інтерпретація дає можливість оцінити як зовнішні форми агресії, так і внутрішні переживання.

1. Фізична агресія (7,8 балів). Показник фізичної агресії перебуває в межах середнього рівня, що свідчить про те, що діти загалом не демонструють прямої агресії у вигляді фізичних дій. Здебільшого фізична агресія проявляється епізодично – у ситуаціях різкого стресу чи перевантаження. Це характерно для дітей, які пережили психотравму: вони частіше стримують агресію або замінюють її іншими формами реагування.

2. Непряма агресія (8,4 балів). Це показник агресії, що не спрямована прямо на об'єкт (крик, шум, різкі рухи, викрики). Його значення вище середнього, що свідчить про накопичену внутрішню напругу. Діти можуть висловлювати емоції через імпульсивні вчинки або демонстративну поведінку. Такий прояв є типовим для емоційної реакції після пережитих травматичних подій.

3. Вербальна агресія (9,1 балів). Найвищий середній показник серед усіх шкал. Це означає, що діти найчастіше розряджають внутрішню напругу через слова – конфліктні висловлювання, підвищений тон, різкість у спілкуванні.

Вербальна агресія у даному випадку не є ознакою жорстокості, а радше формою емоційного самозахисту. Вона вказує на складнощі в емоційній регуляції та потребу у розвитку навичок конструктивного спілкування.

4. Негативізм (6,5 балів). Показник негативізму перебуває на нижній межі середнього рівня. Це свідчить, що діти час від часу протидіють вимогам чи правилам, особливо коли відчують тиск або обмеження. Негативізм може проявлятися у формі протестної поведінки: небажання виконувати завдання, суперечки, опір авторитетам. Такі реакції є частково віковими, але також можуть бути наслідком пережитого стресу.

5. Дратівливість (8,8 балів). Високий показник дратівливості свідчить про підвищену емоційну чутливість та нестабільність. Діти легко “спалахують”, швидко втомлюються, можуть реагувати на незначні подразники. Це типова реакція нервової системи після травматичних подій, що вказує на перевтому, тривожність та знижену стресостійкість.

6. Підозрілість (7,9 балів). Показник підозрілості вищий за середній, що демонструє зростання недовіри до оточення. Діти можуть мати очікування небезпеки, побоювання насмішок, агресії чи несправедливості з боку інших. Підвищена підозрілість є типовою для посттравматичних емоційних станів, оскільки дитина не відчуває себе достатньо захищеною та сприймає світ як потенційно загрозливий.

7. Образа (8,3 балів). Цей показник також є підвищеним. Діти часто реагують на критику або відмову почуттям образи, можуть довго утримувати негативні емоції. Образа у даному випадку не тільки емоційна реакція, а й спосіб психологічного захисту від повторної психотравми (уникнення конфронтації, замикання в собі).

8. Почуття провини (6,9 балів). Показник знаходиться у межах середнього рівня, однак має тенденцію до підвищення. Частина дітей демонструє схильність до самозвинувачення. Для дітей, які пережили травму, це може бути пов'язаним із перекрученими уявленнями («я винен, що це сталося», «міг щось

зробити»). Такі переживання потребують психологічної корекції, оскільки можуть призвести до внутрішніх конфліктів та емоційних розладів.

Дані свідчать, що домінуючими формами агресивності є вербальна агресія, дратівливість, непрямая агресія та образа. Це дозволяє зробити висновок про наявність глибокої внутрішньої напруги та порушень емоційної регуляції у дітей, які пережили травматичні події. Натомість фізична агресія є менш вираженою, що підтверджує тенденцію дітей до заміщення прямої агресії менш небезпечними для оточення формами.

Для зручності аналізу результати були класифіковані за трьома рівнями (таблиця 2.7).

Таблиця 2.7 – Рівні агресивності серед дітей

Рівень	Кількість дітей	%
Низький	5	22%
Середній	20	56%
Високий	5	22%

Понад половина дітей демонструє середній рівень агресивності, що є типовим для віку 10–14 років. Водночас 22% мають високі показники, що може бути наслідком недостатнього опрацювання травматичного досвіду або тривалого перебування у стресових ситуаціях.

Розглянемо вікові особливості агресивних проявів (таблиця 2.8).

Таблиця 2.8 – Особливості агресивності за віковими групами

Вік	Основні прояви
10–11 років (n=13)	Переважно непрямая й вербальна агресія; діти проявляють емоційні реакції через плач, скарги, образи.

Прождовження таблиці 2.8

Вік	Основні прояви
12–13 років (n=11)	Найвищі показники дратівливості та протестних реакцій; посилюється негативізм.
14 років (n=6)	Зростає підозрілість, образливість, елементи соціального відчуження; вербальна агресія стає стабільною реакцією.

З віком агресивність трансформується з емоційного реагування в більш стійкі поведінкові патерни, що підсилює значення профілактичної та корекційної роботи.

Отримані дані свідчать, що травматичні події впливають не лише на емоційну сферу дітей, а й на їхні поведінкові реакції. Найвищими виявилися показники вербальної агресії, дратівливості та непрямой агресії. Ці форми є характерними для дітей, які пережили стрес, і можуть виконувати компенсаторну функцію – слугувати способом зняття внутрішнього напруження.

Підвищена підозрілість та образливість свідчать про порушення довіри до соціального оточення, що часто зустрічається у дітей із досвідом втрати, насильства чи тривалої небезпеки.

Цікаво, що показник почуття провини у частини учасників вищий за норму. Це може бути ознакою внутрішньої боротьби, самозвинувачення за події, які дитина не могла контролювати – типова посттравматична реакція.

Аналіз вікових особливостей агресивної поведінки дітей, які пережили травматичні події, показав, що інтенсивність та характер агресивних проявів суттєво змінюються залежно від віку. Це пояснюється як впливом психотравмувального досвіду, так і віковими етапами психічного розвитку, зокрема особливостями емоційної регуляції, соціальної адаптації та становлення особистості.

1. Вікова група 10–11 років (n =13).

У дітей молодшого підліткового віку переважають непряма та вербальна агресія, що найчастіше проявляється у формі крику, скарг, імпульсивних слів або емоційної демонстративності. Такі реакції зазвичай є наслідком недостатньо сформованих навичок контролю емоцій та труднощів у вираженні переживань конструктивним способом.

Важливо, що в цій віковій групі агресивність частіше має емоційний характер, а не поведінковий. Діти можуть вдаватися до плачу, різких реплік, уникання спілкування, але рідше демонструють цілеспрямовані агресивні дії. Це свідчить про те, що пережитий травматичний досвід викликає внутрішню напругу, але поки не переростає у стійкі агресивні моделі поведінки.

2. Вікова група 12–13 років (n = 11).

Диференціація агресивних проявів відбувається особливо активно у віковому періоді 12–13 років. У цій групі спостерігаються найвищі показники дратівливості та негативізму.

Діти цього віку різко реагують на будь-яке обмеження їхньої свободи, схильні до протестної поведінки, суперечок та емоційної нестабільності. Такі реакції підсилюються віковими гормональними змінами та кризою ідентичності, яка характерна для раннього підліткового віку.

Пережиті травматичні події в цьому віці нерідко провокують почуття внутрішнього протесту, розгубленість і пригніченість, що проявляється через агресивні реакції на зовнішні подразники. Саме в цій групі спостерігається найбільш виражена модель агресія як спосіб самозахисту.

3. Вікова група 14 років (n = 6).

У 14 років агресія набуває більш стійких, сформованих форм і відображає поглиблені внутрішні переживання. У цій групі домінують такі показники, як:

- підозрілість,
- образливість,
- соціальне відчуження,
- стабілізація вербальної агресії.

Діти цього віку критичніше сприймають себе та інших, що робить їх більш чутливими до можливих загроз або несправедливості. Підвищена підозрілість може бути наслідком втрати базового почуття безпеки через травматичні події. Образливість і тенденція до замкненості свідчать про внутрішню боротьбу, труднощі у встановленні довіри та формування соціальних зв'язків.

Вербальна агресія в цій віковій групі стає менш імпульсивною, але більш цілеспрямованою, що свідчить про адаптацію агресії як моделі реагування.

- У 10–11 років агресія носить переважно емоційно-імпульсивний характер.
- У 12–13 років спостерігається пік дратівливості та протестності, що підсилюється віковими змінами.
- У 14 років агресивність стає більш структурованою, а її прояви – пов'язані із недовірою, образливістю та соціальною напруженістю.

Таким чином, вікове порівняння показує, що агресивні прояви у дітей, які пережили травматичні події, не лише зберігаються, а й трансформуються, набуваючи нових форм залежно від вікового розвитку. Це підтверджує необхідність диференційованого підходу до психологічної корекції залежно від віку дитини.

У дітей, які пережили травматичні події, виявлено виражені емоційно-поведінкові реакції, що поєднують агресивність та підвищену емоційну напругу.

Найбільш поширеними проявами є вербальна агресія, дратівливість та образливість, що можуть бути формою психологічного захисту.

22% дітей мають високий рівень агресивності, що потребує спеціалізованої психологічної корекції.

Юнацькі вікові групи демонструють більш стабільні та інтенсивні агресивні реакції порівняно з молодшими дітьми.

Результати дослідження підтверджують важливість цілеспрямованої психологічної підтримки, спрямованої на зниження напруження, розвиток навичок конструктивного вираження емоцій та відновлення почуття безпеки.

Для вивчення емоційно-особистісної сфери дітей, які пережили травматичні події, було використано методика «Дослідження самоствавлення» С. Пантисєва. Дана методика дозволяє визначити рівень самоприйняття, самоповаги, самоефективності, а також виявити внутрішні конфлікти та тенденції до самозвинувачення й самознецінення.

Основні шкали методики:

1. Самоповага
2. Самоприйняття
3. Самоінтерес / самоприхильність
4. Очікуване ставлення оточення
5. Самовпевненість / самоефективність
6. Самозвинувачення
7. Самознецінення
8. Внутрішня конфліктність (амбівалентність щодо себе)

Нижче наведено узагальнені середні показники групи (від 0 до 10 балів) (табл. 2.9).

Таблиця 2.9 – Результати дослідження самоствавлення за методикою С. Пантисєва (n = 30)

Шкала	Середній бал	Рівень	Коротка характеристика
Самоповага	5,2	Середній	Часткове відчуття власної цінності, нестабільна самооцінка

Таблиця 2.9 – Результати дослідження самоствавлення за методикою С. Пантисєва (n = 30)

Шкала	Середній бал	Рівень	Коротка характеристика
Самоприйняття	4,7	Нижче середнього	Наявність сумнівів у власній значущості, часті переживання незадоволення собою
Самоінтерес (самоприхильність)	5,5	Середній	Переважно нейтральне ставлення до себе, епізодичний інтерес до власних потреб
Очікуване ставлення оточення	6,1	Вище середнього	Прагнення до підтримки, емоційна залежність від оцінок інших
Самовпевненість / самоефективність	4,2	Низький	Низька віра у власні сили, труднощі в ухваленні рішень
Самозвинувачення	6,4	Підвищений	Схильність покладати відповідальність за труднощі на себе
Самознецінення	5,8	Підвищені	Негативні судження про себе, відчуття «я гірший за інших»
Внутрішня конфліктність	6,0	Підвищена	Напруженість, суперечливе ставлення до себе, коливання самооцінки

1. Загальні тенденції самоствавлення.

Отримані результати свідчать, що діти, які пережили травматичні події, мають нестабільне та суперечливе самоствавлення. Для них характерні:

- знижена впевненість у власних можливостях;

- труднощі у прийнятті себе;
- залежність від зовнішньої оцінки, очікування підтримки;
- підвищена схильність до самокритики;
- внутрішня конфліктність та емоційне напруження.

2. Низька самоефективність (4,2 бала).

Показує, що діти часто:

- не відчують контролю над подіями;
- вважають, що мало на що можуть вплинути;
- швидко здаються у складних ситуаціях.

Це типова реакція після травми, коли у дитини формується відчуття безсилля.

3. Підвищене самозвинувачення та самознецінення.

Середні бали 6,4 та 5,8 відповідно свідчать про:

- схильність брати на себе надмірну відповідальність за події;
- відчуття провини;
- тенденцію негативно інтерпретувати власні дії;
- зниження віри у власну гідність.

У дітей після травматичних подій це пов'язано з пережитими втратами, страхом покарання або внутрішніми фантазіями про власну «поганість».

4. Внутрішня конфліктність (6,0 бала).

Високий показник говорить про:

- суперечливе ставлення до себе;
- часті коливання між «я хороший» – «я поганий»;
- емоційну нестабільність.

Така картина є типовою для дітей, які пережили психологічний стрес, розлуку, насильство чи військові дії.

5. Порівняно високі очікування позитивного ставлення від інших (6,1 бала).

Це свідчить про потребу:

- у підтримці, прийнятті, безпеці;
- у схваленні дорослих;
- у зовнішньому підтвердженні власної значущості.

Після травми діти часто стають більш емоційно залежними від дорослого, який є джерелом безпеки.

Нижче подано приклад фрагмента розмови психолога з підлітком, який пережив травматичну подію.

Розділ I: Травматичний досвід

Психолог: Ти вже казав, що останнім часом тобі буває складно зосереджуватись і часто повертаються спогади про ту ситуацію. Я поруч, і ти можеш говорити в тому темпі, у якому тобі комфортно. Можеш розповісти, коли вперше почав помічати ці відчуття?

Підліток (13 років): Я не знаю... мабуть через кілька днів після того, що сталося. Спочатку я навіть не думав про це, просто було дивно... А потім почало накривати. Наче все знову повторюється.

Психолог: Тобі здається, ніби ситуація ніби повертається у пам'ять занадто яскраво і раптово?

Підліток (13 років): Так. Я можу просто сидіти або робити уроки, а потім – раз, і знову це перед очима. І стає якось страшно. Я навіть не хочу про це думати, але воно само приходиться.

Психолог: Це дуже природна реакція після того, як людина пережила стрес або травматичну подію. Пам'ять ніби намагається «переварити» те, що сталося, але робить це не одразу. Чи помічав ти, що твоє тіло якось реагує в ці моменти? Наприклад, напруження, тремтіння, різка втома чи навпаки – неможливість всидіти на місці?

Підліток (13 років): Іноді починає сильно битися серце. Або я відчуваю, що маю піти з кімнати, навіть якщо ніхто мене не чіпає. Наче треба кудись втекти... щоб не згадувати.

Психолог: Це теж одна з типових реакцій – тіло намагається захистити тебе, навіть коли реальної небезпеки вже немає. Важливо, що ти помічаєш ці сигнали. Це допоможе нам вчитися їх контролювати.

(Пауза, психолог дає підлітку час зібратися.)

Психолог: Як ти думаєш, що саме з того дня тебе лякає найбільше? Не потрібно розповідати подробиці, лише те, що хочеш сказати.

Підліток (13 років): Мабуть... що це може повторитися. Що я знову не знатиму, що робити. Я іноді думаю, що це моя вина – що я якось не так відреагував.

Психолог: Ти не винен у тому, що сталося. Коли людина стикається з несподіваною та складною подією, вона реагує так, як може в той момент. Те, що ти тоді робив, – це був найкращий спосіб впоратися з ситуацією, який був у тебе на той час.

Підліток (13 років): Мені хочеться в це вірити... але важко.

Психолог: І це нормально – не все одразу. Ми разом поступово будемо повертати тобі відчуття безпеки і розуміння, що зараз ти у контрольованих умовах, поруч дорослі, які можуть допомогти. Головне – що ти вже зробив важливий крок: ти зміг поговорити про свої відчуття. Це дуже сильний і сміливий вчинок.

Розділ II: Риси особистості

Психолог: Минулого разу ми говорили про твій досвід і ті почуття, які він у тебе викликає. Сьогодні я хотів би обговорити з тобою, що ти сам думаєш про себе – про свої сильні сторони, звичні способи реагування, риси характеру. Як ти зазвичай описуєш себе, якщо хтось запитує?

Підліток (13 років): Не знаю... Мабуть, що я нормальний. Не дуже сміливий, але і не слабкий. Хоча зараз я себе відчуваю по-іншому.

Психолог: Ти помічаєш, що твоє ставлення до себе змінилося після пережитого?

Підліток (13 років): Так. Раніше я думав, що зможу легко впоратися з різними ситуаціями. А зараз мені здається, що я більш нервовий і менш впевнений.

Психолог: Те, що ти відчуваєш, може впливати на сприйняття себе. Але важливо розуміти: твої риси особистості – це те, що формується роками, і травма не забирає твоїх сильних якостей, вона лише тимчасово може їх «приглушити». Давай подумаємо, що з рис, які були в тобі раніше, залишилося і зараз.

Підліток (13 років): Ну... я все ще намагаюся допомагати іншим. Якщо друзям важко – я слухаю. І я завжди доводжу справи до кінця, навіть якщо важко.

Психолог: Це дуже цінні риси: відповідальність, емпатія, здатність підтримати. Як ти думаєш, вони допомагають тобі зараз?

Підліток (13 років): Мабуть, так. Бо навіть коли мені погано, я можу з кимось поговорити або розповісти, що мені важко.

Психолог: Це важлива сила – уміння ділитися своїми переживаннями. Не кожен підліток може так відкрито говорити про складні речі. А чи є риси, які, на твою думку, заважають тобі зараз?

Підліток (13 років): Іноді я надто за все переживаю. Думаю, що щось піде не так. І ще... мені важко просити про допомогу. Наче я маю справлятися сам.

Психолог: Таке часто буває з підлітками, які пережили складні події – вони можуть відчувати, що повинні бути «міцними» завжди. Але готовність приймати допомогу – це не слабкість, це навпаки ознака зрілої особистості. Я бачу, що в тобі є чимало сильних рис: самостійність, уважність, вміння аналізувати, доброзичливість. І важливо, що ти розумієш свої труднощі – це перший крок до їх подолання.

Підліток (13 років): Я хочу знову відчувати впевненість. Хочу бути таким, як раніше.

Психолог: І ти зможеш. Ми працюватимемо так, щоб твої сильні риси знову проявилися на повну, а ті, що створюють труднощі, ти навчився контролювати. Твої риси особистості – це фундамент, і він у тебе достатньо міцний, щоб відновитися після цієї ситуації.

III розділ: Психолого-соціальний супровід

Психолог: Ми з тобою вже поговорили про те, що ти пережив, і про те, як ти себе сприймаєш зараз. На цьому етапі важливо подумати, яку саме підтримку ти отримуєш і можеш отримувати – як у школі, так і вдома. Скажи, будь ласка, хто з дорослих зараз найбільше допомагає тобі почуватися спокійніше?

Підліток (13 років): Мабуть мама. Вона старається зі мною говорити, але я не завжди хочу.

Психолог: Розумію. І це нормально – не завжди хочеться розповідати про свої переживання. Добре, що поруч є людина, якій ти довіряєш. А чи є хтось у школі, з ким тобі комфортно спілкуватися або просто знаходитися поруч?

Підліток (13 років): Так... є класний керівник. Вона помітила, що зі мною щось не так, і сказала, що я можу звернутися, якщо треба.

Психолог: Це чудово. Підтримка вчителя може бути важливою частиною твого відновлення. Психолого-соціальний супровід означає, що ми створюємо цілу систему допомоги:

- від мене як психолога, від сім'ї,
- від школи,
- інколи навіть від друзів або гуртків.

Ми не ставимо на тебе великих вимог – навпаки, даємо простір, час і безпечні умови.

Підліток (13 років): А що я сам можу робити, щоб стало легше?

Психолог: Це дуже важливе питання. Є кілька речей, які можуть допомагати:

1. Говорити тоді, коли ти готовий. Не потрібно змушувати себе.
2. Робити невеликі, але приємні справи. Наприклад, слухати музику, малювати, грати в улюблену гру, займатися спортом.
3. Регулярність. Навіть простий режим дня допомагає нервовій системі відновлюватися.
4. Підтримка друзів. Навіть спокійне перебування поруч із кимось може давати відчуття безпеки.
5. Звертатися за допомогою, коли важко. Це не слабкість – це спосіб про себе подбати.

Підліток (13 років): Я інколи боюся, що знову буду відчувати тривогу. Що тоді робити?

Психолог: Ми можемо разом потренувати стратегії, які допомагають знизити напруження.

Наприклад:

- повільне дихання;
- переключення уваги на теперішній момент;
- короткі фізичні вправи;
- вміння розповісти дорослому, що тобі потрібна пауза.

Моя задача – не тільки вислухати тебе, а й навчити навичкам саморегуляції, які ти зможеш використовувати самостійно.

Підліток (13 років): Я хочу навчитися справлятися. Просто іноді здається, що це надто складно.

Психолог: Ти вже робиш велику роботу. Крок за кроком стає легше. Пам'ятай: у тебе є підтримка, і ти не один. Ми разом будемо рухатися так, щоб ти поступово повертав собі відчуття спокою та впевненості.

Розділ IV: Адаптація / Акліматизація

Психолог: Минулого разу ти казав, що помічаєш невеликі зрушення. Сьогодні я хочу поговорити про те, як саме ти зараз адаптуєшся до звичних

справ і що допомагає тобі повертатися до стабільності. Можеш розповісти, що змінилося за останні тижні?

Підліток (13 років): Ну... я не можу сказати, що все стало нормально. Але я вже не пропускаю уроки. Іноді важко заходити до школи, але я якось себе змушую.

Психолог: Це важливий крок. Що саме допомагає зробити цей щоденний рух – зайти, сісти за парту, бути серед людей?

Підліток (13 років): Мабуть, те, що я ловлю себе на думці: якщо я не піду, нічого не зміниться. І ще... я домовився з другом, що він мене зустрічає біля входу. Коли хтось поруч, то не так страшно.

Психолог: Тобі вдалося створити собі підтримку – це дуже зрілий підхід. Як ти відчуваєшся під час самих уроків? Тіло напружене чи вже трохи менше?

Підліток (13 років): Спочатку дуже. Але десь через хвилину десять я ніби звикаю. Хоча, якщо хтось різко зачиняє двері чи щось гучно падає, я одразу стрибаю.

Психолог: Такі реакції після травматичних подій – нормальні. Тіло ще не зовсім повірило, що небезпека минула. Це теж частина адаптації: поступово навчитися розрізняти реальні загрози та звуки, що просто збігаються з тим, що тебе колись налякало. А що допомагає тобі заспокоїтися після таких моментів?

Підліток (13 років): Я почав глибоко дихати. Типу вдих на чотири, потім видих на шість. Мене це ніби повертає.

Психолог: Чудово. Ти сам знайшов спосіб регулювати напругу. Дихання справді допомагає мозку отримати сигнал, що ситуація безпечна. Чи помічав ти ще якісь маленькі речі, які працюють?

Підліток (13 років): Музика. Я слухаю щось спокійне перед сном. І... я знову малюю. Просто олівцем, нічого серйозного. Але коли малюю, голова менше крутить ті думки.

Психолог: Творчість – це теж один зі шляхів адаптації. Малювання дає простір, у якому можна відчувати себе вільно й безпечно. А як твої стосунки з родиною зараз? Вони допомагають чи навпаки інколи ускладнюють?

Підліток (13 років): Мама дуже хвилюється... іноді це мене дратує. Вона питає, чи я нормально спав, чи їв, чи не думаю про те, що сталося. Я знаю, що вона добра, але це ніби тисне.

Психолог: Це природно, що близькі можуть бути надто опікувальними після того, що ти пережив. Вони хочуть допомогти, але іноді вибирають не ті способи. Хочеш, ми можемо подумати разом, як м'яко пояснити їй, що тобі потрібен простір?

Підліток (13 років): Так... бо я не хочу її образити. Але й не хочу, щоб мене постійно контролювали.

Психолог: Можна спробувати фразу, яка передає і твою вдячність, і твої потреби. Наприклад: «Мамо, мені дуже важливо, що ти поруч. Але мені також потрібно трохи простору, щоб самому впоратися з деякими речами. Я скажу, якщо мені знадобиться допомога.» Як звучить?

Підліток (13 років): Нормально. Я так не думав, але... мабуть, так би спрацювало.

Психолог: Добре. Ми можемо відрепетирувати це разом пізніше, якщо хочеш. А зараз хочу повернутися до ще однієї теми: твої відчуття контролю. Чи є щось у щоденності, де ти відчуваєш, що можеш керувати ситуацією?

Підліток (13 років): Коли я тренуюся. Я знаю, що можу зробити певну кількість віджимань, або що можу пробігти певну дистанцію. Це дає мені відчуття, що я щось можу.

Психолог: Це дуже важливо: тіло пам'ятає свою силу і допомагає повернути впевненість. Крок за кроком ти створюєш собі різні «острівці стабільності»: школа з підтримкою друга, дихання, малювання, тренування, музика. Деякі з цих опор можуть стати частиною твого постійного життя.

Підліток (13 років): Я не думав про це так. Але коли ти говориш... справді схоже, що я роблю більше, ніж здається.

Психолог: Так, ти робиш багато. І адаптація – це не стрибок, а шлях із маленьких кроків. Ми продовжимо цей шлях разом. На наступній зустрічі можемо обрати ще одну сферу, де ти хотів би більше спокою або контролю. Може, сон, навчання, або стосунки з друзями. Як ти?

Підліток (13 років): Може, сон. Він у мене ще не дуже стабільний.

Психолог: Добре. Тоді наступного разу ми приділимо увагу саме цій темі. А сьогодні – ти вже добре попрацював, дякую тобі за відкритість.

2.3 Заходи психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події

У сучасній психологічній практиці застосовуються різні форми програм психосоціальної допомоги дітям, що пережили травматичний досвід. Вони відрізняються за цілями, структурою, методами та рівнем залучення сім'ї. Найпоширеніші типи таких програм:

1. Психосвітні програми

Спрямовані на формування у дітей та батьків знань про:

- природу стресу і травми;
- типові реакції на травматичні події;
- способи саморегуляції;
- побудову безпечної поведінки в умовах кризи.

Особливості: короткий формат, доступність матеріалу, адаптованість до вікових норм.

2. Психопрофілактичні програми

Мета – попередити розвиток тяжких психологічних наслідків через:

- зміцнення ресурсів дитини;

- навчання навичкам стресостійкості;
- соціально-емоційний розвиток.

3. Психокорекційні програми

Спрямовані на роботу з уже наявними симптомами:

- тривожність;
- емоційна нестабільність;
- проблеми адаптації;
- посттравматичні симптоми (уникання, напруга, нав'язливі спогади).

Методи: арттерапія, тілесно-орієнтовані техніки, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), нарративні техніки.

4. Арттерапевтичні програми

Передбачають використання творчості:

- малювання, ліплення, музика;
- казкотерапія, драматерапія;
- метафоричні карти.

Підходять для дітей, яким важко вербалізувати переживання.

5. Сімейні програми

Містять елементи:

- психоосвіти для батьків;
- тренінгу ефективної взаємодії;
- розвитку навичок підтримуючої комунікації;
- роботи з батьківською тривогою.

2.4 Рекомендації щодо надання психологічної підтримки дітям, які пережили травматичні події

Під час планування психологічної підтримки необхідно враховувати низку специфічних факторів:

1. Принцип безпеки

Дитина не повинна повторно переживати травму. Робота ведеться м'яко, поступово, без тиску.

2. Дозованість і стабілізація

Перед початком глибоких корекційних технік необхідно навчити дитину:

- заземленню,
- дихальним технікам,
- саморегуляції.

3. Участь сім'ї

Батьки – ключова фігура у відновленні психічної рівноваги. Необхідно:

- навчати їх конструктивної підтримки;
- консультиувати щодо поведінкових реакцій дітей;
- знижувати власну тривогу.

4. Індивідуалізація

Кожна дитина має свій досвід травми, рівень сенситивності та ресурси.

Програма адаптується під індивідуальні потреби.

5. Комплексність

Ефективні програми поєднують:

- роботу з емоціями;
- тілесні вправи;
- когнітивні техніки;
- соціально-комунікативні компоненти.

Оскільки більшість часу свого життя діти проводять у своїх сім'ях, для підвищення ефективності комплексної психологічної підтримки дітей бажано проводити заняття як із дітьми, так і з їхніми сім'ями.

Комплекс занять для надання психологічної підтримки дітям, які пережили травматичні події.

Кількість занять – 5.

Тривалість кожного заняття – 50-60 хвилин.

Форма – групова (8–12 дітей).

Вік учасників: 12–15 років.

Мета програми:

- стабілізація емоційного стану;
- розвиток навичок саморегуляції;
- зміцнення відчуття безпеки та контролю;
- формування ресурсних стратегій подолання стресу.

Структура кожного заняття

- Вступне коло – 5 хвилин.
- Основна частина (2–3 вправи) – 30–40 хвилин.
- Рефлексія – 10 хвилин.
- Завершення, ритуал закриття – 5 хвилин.

Заняття 1. Тема: «Створення безпечного простору. Знайомство»

Цілі:

- знизити початкову тривожність;
- створити атмосферу довіри;
- познайомити учасників;
- ввести правила групи.

Вправа 1. «Коло довіри».

Учасники по черзі називають своє ім'я та одну річ, яка допомагає їм почуватися в безпеці. Завдання психолога – підсумувати, що безпека може бути внутрішньою і зовнішньою.

Вправа 2. «Правила групи».

Психолог пропонує базові правила (не перебивати, не оцінювати, поважати особисті межі). Діти доповнюють їх власними пропозиціями. Група підписує "Договір довіри".

Вправа 3. Арттехніка «Мій безпечний острів».

Матеріали: папір, олівці. Учасники малюють уявне місце, де вони відчують спокій.

Питання для обговорення:

- Що робить це місце безпечним?
- Хто або що там є?
- Як можна «перейти» туди подумки у складний момент?

Рефлексія.

Метод «Смайлики»: кожен обирає смайл, що відповідає його почуттям.

Заняття 2. Тема: «Розпізнавання та вираження емоцій»

Цілі

- навчитися розпізнавати власні емоції;
- зменшити напруження, пов'язане з емоційними реакціями;
- створити позитивну модель емоційного вираження.

Вправа 1. «Термометр емоцій».

На ватмані малюється шкала 0–10. Діти позначають свій «рівень емоцій».

Психолог пояснює, що емоції – сигнали, а не «добре/погано».

Вправа 2. «Емоційна валюта».

Кожен отримує картки з різними емоціями. Потрібно вибрати 3 «часті» емоції та 1 «сильну», яка з'являється рідко. Обговорення: «Що їх викликає?»

Вправа 3. Арттерапія «Моя емоція через колір».

Діти малюють емоцію у вигляді кольорових плям. Обговорюють, як тіло реагує на цю емоцію.

Рефлексія.

Запитання: «Що сьогодні було для мене важливим?»

Заняття 3. Тема: «Навички саморегуляції і заспокоєння»

Цілі

- навчити стабілізуючим технікам;
- знизити фізичне напруження;
- сформувати навички подолання стресу.

Вправа 1. «Дихання хвилею».

Техніка: вдих–4, видих–6. Психолог пояснює ефект: зниження симпатичної активності.

Вправа 2. «Заземлення 5-4-3-2-1»

Учасники по черзі називають: 5 – що бачать, 4 – що чують, 3 – що можуть торкнутися, 2 – що відчують тілом, 1 – що можуть вдихнути. Допомагає повернутися в "тут і тепер".

Вправа 3. «Скринька спокою».

Кожна дитина створює свою символічну «антистрес» коробку: картинка, слово, міні-оберіг. Психолог пояснює, як користуватися нею у стресові моменти.

Рефлексія.

Що з технік хочеться використовувати у житті?

Заняття 4. Тема: «Особисті ресурси та сильні сторони»

Цілі:

- сформувати позитивний образ себе;
- активізувати внутрішні ресурси;
- підвищити самооцінку.

Вправа 1. «Дерево моїх ресурсів»

Структура:

- коріння – минулі досягнення;
- стовбур – мої сильні сторони;
- гілки – мрії;
- листя – підтримка ззовні.

Обговорення: що допомагає мені долати труднощі?

Вправа 2. «Компліменти по колу».

Учасники передають картку сусіду і пишуть один позитивний коментар.
Формування підтримуючої атмосфери.

Вправа 3. «Мій ресурсний символ».

Кожна дитина створює символ своєї сили (малюнок, слово, знак).
Пояснює групі, що він означає.

Рефлексія.

Заняття 5. Тема: «План дій: як я можу допомогти собі у складній ситуації»

Цілі:

- інтегрувати набуті навички;
- сформувати індивідуальний план самодопомоги;
- підвищити відчуття контролю та впевненості.

Вправа 1. «Мій особистий план безпеки».

Структура плану:

1. Як я розпізнаю, що мені погано (емоційні та тілесні сигнали).
2. Що я можу зробити самостійно (дихання, заземлення, пауза).
3. Хто може допомогти (дорослі, друзі).
4. Які слова підтримки працюють саме для мене.

Вправа 2. «Карта підтримки».

Учасники створюють карту: «Кому я можу довіритися?» Мета – сформувати коло підтримки.

Вправа 3. «Ритуал сили».

Група створює спільний символ (малюнок або слово), який нагадуватиме про їхню силу.

Рефлексія і завершення занять.

Кожен називає одну навичку, яку бере з собою.

Розроблений комплекс занять базується на результатах констатувального етапу дослідження та враховує типові потреби дітей, що пережили травматичний досвід: потребу в емоційній стабілізації, розвитку навичок саморегуляції, ресурсній підтримці та формуванні відчуття безпеки.

Висновки до розділу

У другому розділі дипломної роботи було представлено комплексне емпіричне дослідження психологічного стану дітей, які пережили травматичні події, та визначено ефективні напрями психологічної підтримки для них і їхніх родин. Дослідження проводилося на базі освітньої установи та охопило вибірку дітей віком 10–14 років, що дозволило отримати репрезентативні дані про особливості їхньої емоційної та поведінкової реакції на травматичний досвід.

У межах підрозділу 2.1 було обґрунтовано організацію емпіричної роботи, визначено методичний інструментарій та специфіку вибірки. Для всебічної діагностики були застосовані не менше трьох емпіричних методів, зокрема опитувальники тривожності, шкала оцінки симптомів посттравматичного стресу та проєктивні методики. Це забезпечило можливість отримати багатовимірну картину психологічного стану дітей і проаналізувати як об'єктивні, так і суб'єктивні показники їхніх переживань.

Аналіз результатів, представлений у підрозділі 2.2, засвідчив, що значна частина дітей демонструє підвищені рівні тривожності, емоційної нестабільності, симптоми уникання або надмірної збудливості, що характерно для посттравматичних переживань. Візуальні та вербальні дані проєктивних методик підтвердили наявність внутрішньої напруги, труднощів з довірою та відчуття небезпеки. Сукупність отриманих результатів дозволила виокремити як загальні тенденції посттравматичних реакцій, так і індивідуальні особливості емоційного функціонування дітей.

У підрозділі 2.3 проведено оцінку ефективності існуючих програм психологічної підтримки та здійснено аналіз потреб дітей і їхніх сімей. Було визначено, що найбільш результативними є комплексні програми, які поєднують стабілізаційні техніки, навички саморегуляції, творчу діяльність та елементи когнітивно-поведінкового підходу. Окремо підкреслено важливість залучення сім'ї до процесу відновлення, оскільки саме батьківське середовище суттєво впливає на емоційний стан дитини й ефективність психологічної допомоги. На основі отриманих даних була розроблена авторська тренінгова програма з п'яти занять, спрямована на емоційну стабілізацію, розвиток ресурсності та формування навичок безпечної поведінки в умовах стресу.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтвердили актуальність і необхідність цілеспрямованих програм психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події. Виявлені особливості емоційного реагування, встановлені потреби дітей та їхніх сімей стали науково обґрунтованою основою для розроблення корекційно-розвивальних заходів, представлених у наступному розділі роботи.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній дипломній роботі було здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження проблеми психологічної травми у дітей, її впливу на емоційний, когнітивний та поведінковий розвиток, а також визначено ефективні підходи до психологічної допомоги травмованим дітям. Проведене дослідження дало змогу глибше розкрити особливості переживання травматичних подій у дитячому віці, проаналізувати механізми формування посттравматичних реакцій та виявити ключові маркери психологічного неблагополуччя, що потребують фахового втручання.

У першому розділі було здійснено аналіз науково-психологічних підходів до розуміння поняття «дитяча психологічна травма», визначено її сутність, структуру та класифікаційні моделі. Показано, що дитяча травма є багатовимірним психічним феноменом, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, які значною мірою визначають подальший психічний розвиток дитини. На основі узагальнення сучасних наукових джерел встановлено, що травматичні події порушують базові почуття безпеки, довіри, стабільності та контролю, що є критично важливими для процесів формування особистості.

Було розглянуто основні класифікаційні моделі дитячих травм, зокрема поділ на гостру, хронічну та комплексну травму. Хронічні та повторювані травматичні впливи особливо руйнівні відбиваються на дитячій психіці, оскільки призводять до стійких змін у системі емоційної регуляції, когнітивних схем та способів взаємодії зі світом. Доведено, що діти відрізняються від дорослих підвищеною емоційною чутливістю, недостатністю сформованих механізмів психологічного захисту та незавершеністю когнітивного розвитку, що зумовлює специфіку їхнього травматичного реагування.

У підрозділі 1.2 було показано, що наслідки дитячих травм проявляються у трьох ключових сферах: емоційній, когнітивній та поведінковій. Емоційні

порушення включають тривожність, страхи, емоційну нестабільність, депресивні симптоми, гнів та внутрішню напруженість. У когнітивній сфері спостерігаються труднощі з концентрацією уваги, уповільнене мислення, фіксація на травматичних образах, порушення пам'яті та навчальної діяльності. Поведінкова сфера характеризується імпульсивністю, агресивністю, униканням, регресивними реакціями або, навпаки, гіперзрілістю та підвищеною відповідальністю як компенсаторними формами адаптації.

У підрозділі 1.3 було проаналізовано сучасні моделі психологічної допомоги дітям, які пережили травму. Встановлено, що ефективними є такі підходи, як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), арт-терапевтичні методи, нарративна терапія, ігрова терапія, методи стабілізації та регуляції емоцій, а також травма-фокусовані психотерапевтичні техніки. Особлива увага була приділена моделі TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy), яка визнана однією з найрезультативніших для дітей та підлітків. Підкреслюється значення сімейної підтримки, участі батьків у корекційному процесі та необхідність мультидисциплінарної взаємодії фахівців, що працюють із травмованими дітьми.

Другий розділ був присвячений емпіричному дослідженню психологічного стану дітей, які пережили травматичні події. Дослідження проводилося на вибірці учнів віком 10–14 років кількістю 30 осіб. Для вивчення психологічного стану дитини було застосовано три валідні психодіагностичні методики: Шкалу впливу подій (IES-R), методику діагностики тривожності Спілбергера–Ханіної (модифікація для дітей), а також методику визначення рівня агресивності Басса–Даркі. Така комбінація дозволила комплексно оцінити емоційні, поведінкові та когнітивні реакції дітей на травмуючий досвід.

Аналіз результатів за методикою IES-R засвідчив, що у дітей 10–14 років найбільш вираженим компонентом посттравматичного стресу є гіперактивація, що проявляється в підвищеній збудливості, порушеннях сну, труднощах концентрації уваги, дратівливості та підвищеній реактивності. Інтрюзивні

симптоми виявилися на середньому рівні, однак значна частина дітей регулярно переживала небажані нав'язливі спогади, флешбеки та емоційні "обвали". Показники уникання свідчать про прагнення дітей відмежуватися від переживань, не говорити про подію та ігнорувати стимули, що її нагадують. Загальний середній бал IES-R відповідає помірно-високому рівню посттравматичних проявів, що вказує на актуальність психологічної допомоги.

Дані методики Спілбергера–Ханіної засвідчили підвищений рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності у значної частини респондентів. Це свідчить про тривалість травматичного впливу, емоційну нестабільність та високий ризик формування тривожних розладів. Тривожність у даній віковій групі виступає не лише результатом пережитого стресу, а й вторинною реакцією на втрату почуття безпеки, труднощі у соціальній взаємодії та зниження самооцінки.

Результати методики Басса–Даркі показали, що у дітей віком 10–14 років спостерігається підвищення показників прямої та непрямой агресії, вербальної агресивності, а також внутрішньої напруженості. Водночас рівень почуття провини також виявився дещо підвищеним, що вказує на суперечливу внутрішню динаміку та тенденцію до самозвинувачення, характерну для травмованих дітей. Комбінація підвищеної агресивності та тривожності є типовою для дітей, які пережили сильний стрес, оскільки їхня психіка перебуває у стані постійної мобілізації та емоційної нестабільності.

На основі отриманих даних була розроблена програма психологічної підтримки, спрямована на стабілізацію емоційного стану дітей, розвиток навичок саморегуляції, формування безпечного середовища та зниження рівня тривожності й агресивності. Програма включає елементи арт-терапії, когнітивно-поведінкових вправ, технік релаксації, дихальних практик та вправ на відновлення почуття контролю та впевненості. Запропоновані рекомендації можуть бути використані в діяльності шкільних психологів, соціальних

педагогів, працівників центрів психологічної підтримки, дитячих реабілітаційних установ.

Отримані нами емпіричні дані підтвердили, що діти, які пережили травматичні події, мають підвищений рівень тривожності, агресивності та посттравматичних симптомів, що значною мірою впливає на їхній навчальний успіх, соціальну поведінку та емоційне благополуччя. Отримані результати засвідчують необхідність систематичної роботи з такими дітьми, раннього виявлення симптомів травматизації, а також впровадження психологічних програм, спрямованих на відновлення емоційної рівноваги, зміцнення психологічної стійкості та забезпечення безпечного середовища розвитку.

Таким чином, проведене дослідження має як теоретичну, так і практичну значущість, оскільки поглиблює розуміння природи дитячої травми, її проявів та наслідків, а також пропонує конкретні шляхи психологічної підтримки дітей, які пережили стресові події.

Отже, всі завдання дослідження виконано, поставлену мету досягнуто, а висунуту гіпотезу підтверджено.

Перспективи подальших досліджень. Робота відкриває перспективи для подальших досліджень у сфері дитячої травми та психокорекційної практики й може слугувати підґрунтям для розробки нових профілактичних та реабілітаційних програм.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Балл Г., Нікуленко О. Тракткування вчинку в теоретичному доробку С. Л. Рубінштейна і В. А. Роменця. *Психологія і суспільство*. 2011. № 2. С. 124–129.
2. Блінов О. А. Особливості організації проведення психологічного тренінгу. *Вісник Київського міжнародного університету. Серія: Психологічні науки*. 2008. Вип. 12. С. 9–23.
3. Ващенко І. В., Іваненко Б. Б. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. *Проблеми сучасної психології*. 2018. Вип. 40. С. 33–49. DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-40.33-49>.
4. Вдовиченко А. Особливості копінг-поведінки особистості у життєвих та професійних ситуаціях. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. 2013. Вип. 114. С. 17–20.
5. Вірна Ж. П. Структурно-функціональна організація особистісного простору студентської молоді. *Психологічні перспективи*. 2014. Вип. 23. С. 39–54.
6. Галян І. Психологія вибору особистості у ситуації невизначеності. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*. 2015. Вип. 37. С. 137–149.
7. Гарасимів Т. З., Іванишин Т. І. Соціалізація особистості: до проблем методологічних підходів. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2016. № 837. С. 231–235.
8. Галус О. М. Мотиваційна діяльність особистості в контексті її соціальної адаптації. *Гуманітарні науки*. 2002. № 2. С. 82–90.
9. Гончаренко Ю. В. Соціально-психологічні особливості якості життєвого простору особистості. *Актуальні проблеми психології*. 2016. Т. 7, Вип. 41. С. 108–116.
10. Горіна О. Т. Психологічні особливості дітей, які залишилися без батьків. *Modern directions of scientific research development: Proceedings of the 10th International scientific and practical conference (March 23-25, 2022)*.

BoScience Publisher, Chicago, USA. 2022. 239 p. P. 162–166. URL: <https://sci-conf.com.ua/wp-content/uploads/2022/03/MODERN-DIRECTIONS-OF-SCIENTIFIC-RESEARCH-DEVELOPMENT-23-25.03.22.pdf> (дата звернення: 21.11.2025).

11. Грабовська С., Єсип М. Проблема копіngu в сучасних психологічних дослідженнях. *Соціогуманітарні проблеми людини*. 2010. № 4. С. 188–199.

12. Євдокимова Н. О., Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик. Київ: Педагогічна думка, 2016. 229 с.

13. Злобіна О., Тихонович В. Суспільна криза і життєві стратегії особистості. Київ: Стилос, 2001. 237 с.

14. Коберник Л. М., Гаврилькевич В. К. Короткий огляд сучасних моделей психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події. *Evolving Science: Theories, Discoveries and Practical Outcomes: Proceedings of 6th International Scientific and Practical Conference (Zurich, Switzerland, December 15-17, 2025)*. European Open Science Space, 2025. P. 514–517. URL: https://www.eoss-conf.com/wp-content/uploads/2025/12/Zurich_Switzerland_15.12.25.pdf.

15. Коберник Л., Гаврилькевич В., Крук С. Результати емпіричного дослідження вікових особливостей тривожності та агресивності у дітей після пережитих травматичних стресових подій. *Психологічні травелогі: науковий журнал*. Хмельницький: Хмельницький національний університет.

16. Кокун О. М. Життєве та професійне самоздійснення як предмет дослідження сучасної психології. *Практична психологія та соціальна робота*. 2013. № 9. С. 1–5.

17. Кочарян А. С., Лисеная А. М. Психологія переживань. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2011. 224 с.

18. Кузікова С. Б. Життєстійкість як адаптаційний ресурс особистості. *Психологічні координати розвитку особистості*. Полтава, 2020. С. 71–73.

19. Купрєєва О. І. Соціально-психологічний тренінг як технологія психологічного супроводу адаптації студентів. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2011. № 8. С. 158–167.
20. Лугова М. Особливості материнства та дитинства у період війни. *Pomiędzy. Polonistyczno-Ukrainoznawcze Studia Naukowe*. 2022. № 5 (2). С. 107–116.
21. Максименко С. Д. Життєвий шлях особистості як базова категорія генетичної психології. *Науковий вісник Миколаївського державного університету*. 2014. Вип. 2.12. С. 5–13.
22. Максименко С. Д. Поняття особистості у психології. *Психологія і особистість*. 2016. № 1. С. 11–17.
23. Мельник Ю. В. Життєвий простір особистості як складова ситуаційної невизначеності. *Наукові записки*. 2020. Вип. 10. С. 26–29.
24. Москаленко О. В. Структурні компоненти ціннісно-сміслової сфери особистості. *Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут»*. 2013. № 1. С. 91–98.
25. Музиченко І. В., Ткачук І. І. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби: метод. рек. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.
26. Овсяннікова Я. О. Соціально-психологічний тренінг як засіб подолання стресових впливів. *Психолого-педагогічна складова підготовки працівників системи МВС: матеріали наук.-практ. конф.* Харків, 2008. С. 47–49.
27. Печенко І. П. Соціалізація та виховання особистості в дошкільному дитинстві: компетентнісний підхід. *Вісник Луганського національного педагогічного університету імені Тараса Шевченка: Педагогічні науки*. 2008. № 7 (146). С. 209–217.
28. Печенко І. П. Теоретичні позиції побудови експериментальної моделі соціалізації особистості в дошкільному дитинстві. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2008. № 1. С. 9–17.

29. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ “Видавництво “Логос”. 207 с.

30. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: навч.-метод. посіб. / автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. Київ: 2022. 104 с. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi74/0054602.pdf> (дата звернення: 21.11.2025).

31. Психологічне консультування: теорія та практика : навч.-метод. посіб. / В. Г. Панок та ін. ; за заг. ред. І. М. Зварича, В. Г. Панка, В. М. Радчук; Чернів. нац. ун-т ім. Юрія Федьковича. Чернівці: Рута, 2011. 272 с.

32. Рисинець Т. П., Потоцька І. С., Лойко Л. С. Психологічний аналіз життєвої ситуації. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2016. Вип. 2.1. С. 69–73.

33. Рогальська І. П. Взаємодія сім’ї та освітньої установи у соціалізації особистості в дитинстві. *Педагогіка вищої та середньої школи*. 2013. Вип. 37. С. 382-388.

34. Слоун М., Розінер І. Чи пом’якшує самокомплексність вплив політичного насильства серед підлітків. 2013. (Slone M., Roziner I. Does self-complexity moderate political violence among adolescents? *Anxiety, stress, and coping*. 2013. Vol. 26, Issue 6. P. 659-673. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.782396>.)

35. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості у межах і за межами буденності. Київ: Либідь, 2003. 376 с.

36. Томчук М., Яцюк М. Психологічний супровід дітей, які зазнали втрату батьків в умовах рекреації. *Наука і освіта*. 2016. № 9. С. 174–176.

37. Чиханцова О. А. Розвиток особистісного потенціалу особистості в кризовому суспільстві. *Психологічні засади забезпечення службової діяльності*

працівників правоохоронних органів: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції. Кривий Ріг, 2018. С. 265-268.

38. Lahad M. The “BASIC Ph” Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-Cultural Application / M. Lahad, O. Ayalon, M. Shacham. URL: http://books.google.com.ua/books/about/The_BASIC_Ph_Model_of_Coping_and_Resilience.html?id=bo8jLOiNL3sC&redir_esc=y (дата звернення: 21.11.2025).

39. Cregan K., Cuthbert D. Global childhoods: Issues and debates. *Global Childhoods*. 2014. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2540430 (дата звернення: 21.11.2025).

40. Dahl S., Mutapcic A., Schei B. Traumatic events and PTSD in Bosnian women. *Journal of Traumatic Stress*. 1998. Vol. 11 (1). P. 137–145. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1024417401973>.

41. Психологічна допомога дітям в умовах воєнного стану: довідник вихователів дошкільних навчальних закладів і вчителів загальноосвітніх навчальних закладів / Н. В. Пророк, С. Т. Бойко, О. В. Гнатюк, О. І. Купреєва, В. І. Полякова, О. А. Столярчук, Л. Г. Царенко, О. Ю. Чекстере; за ред. Н. В. Пророк. Київ, 2022. 155 с.

42. Gallimore R., Bernheimer L. P., Weisner T. S. Family life is more than managing crisis: Broadening the agenda of research on families adapting to childhood disability. *Developmental perspectives on children with high-incidence disabilities* / R. Gallimore, L. P. Bernheimer, D. L. MacMillan, D. L. Speece, & S. Vaughn (Eds.). 1999. P. 55–80. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1999-02479-003> (дата звернення: 22.11.2025).

43. Garbarino J. The American war zone: What children can tell us about living with violence. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 1995. Vol. 16 (6). P. 431–435. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004703-199512000-00008>.

44. Garbarino J., Kostelny K. The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: A risk accumulation model. *Child Development*. 1996. Vol. 67 (1). P. 33–45. DOI: <https://doi.org/10.2307/1131684>.

45. Geltman P., Stover E. Genocide and the plight of children in Rwanda. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 1997. Vol. 277 (4). P. 289–294. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.277.4.289>.
46. Jabbar S. A., Zaza H. I. Impact of conflict in Syria on Syrian children at the Zaatari refugee camp in Jordan. *Early Child Development and Care*. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03004430.2014.916074>.
47. Joshi P. T., O'Donnell D. A. Consequences of Child Exposure to War and Terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2003. Vol. 6. P. 275–292. DOI: <https://doi.org/10.1023/B:CCFP.0000006294.88201.68>.
48. Alqahtani F., Meier S., Orji R. Personality-based approach for tailoring persuasive mental health applications. User modeling and user-adapted interaction. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11257-021-09289-5>.
49. Hoian I., Fedyk O. Optimization of the functioning of the emotional sphere of the personality by means of psychocorrection. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2022. № 2 (58). С. 89–95. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-58-2-89-95>.
50. Determinants of professional orientation of future psychologists on correctional support of children with psychophysical disorders / H. Afuzova et al. *BRAIN. broad research in artificial intelligence and neuroscience*. 2022. Vol. 13, no. 1Sup1. P. 188–206. DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1sup1/312>.
51. Neuropsychological fundamentals of envy / A. Lisovenko et al. *BRAIN. broad research in artificial intelligence and neuroscience*. 2022. Vol. 13, no. 1. P. 158–172. DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/274>.
52. Socialisation of Adolescents with Cognitive Disorders through Emotional Intelligence / O. A. Vovchenko et al. *Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment*. 2022. Vol. 10, no. 1. P. 56–69. DOI: <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2022.10.01.7>.

53. Stress management apps: systematic search and multidimensional assessment of quality and characteristics / S. Paganini et al. *JMIR mHealth and uHealth*. 2023. Vol. 11: e42415. DOI: <https://doi.org/10.2196/42415>.

54. A systematic and comparative review of behavior change strategies in stress management apps: opportunities for improvement / M. Alhasani et al. *Frontiers in Public Health*. 2022. Vol. 10. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.777567>.