


Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
Кафедра соціальної роботи та інклюзивної освіти

Допущено до захисту
Завідувач кафедру
 Катерина ПЕТРОВСЬКА
«22» листопада 2025

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОТІКАННЯ ПТСР У ДІТЕЙ, ЯКІ ВТРАТИЛИ
БАТЬКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувачка другого (магістерського)
рівня вищої освіти, групи М22СР-3
Галузь знань 23 Соціальна робота
Спеціальність 231 Соціальна робота
Освітньо-професійна програма: «Поствоєнна
соціально-психологічна реабілітація»
Катерина ПІРУС

Керівник: доц. Анастасія ТУРГЕНЄВА

Рецензент: к. псих. н., доц. Олена СТАРИНСЬКА

ЗМІСТ

ВСТУП	2
РОЗДІЛ 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР У ДІТЕЙ, ЯКІ ВТРАТИЛИ БАТЬКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ	5
1.1 Посттравматичний стресовий розлад: поняття та сутність	5
1.2 Специфіка переживання втрати батьків у воєнний період	14
1.3 Соціально-психологічні аспекти ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни	21
Висновки до першого розділу	29
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИЯВЛЕННЯ ТА КОРЕКЦІЇ ПТСР У ДІТЕЙ, ЯКІ ВТРАТИЛИ БАТЬКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ	30
2.1 Діагностика психоемоційного стану та ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни	30
2.2 Розробка програми соціально-психологічної корекції ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни	45
Висновки до другого розділу	55
ВИСНОВКИ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	59
ДОДАТКИ	60

ВСТУП

В умовах повномасштабної війни в Україні значно зросла кількість дітей, які зазнали тяжких психологічних травм, зокрема втрати батьків. Втрата найближчих осіб у поєднанні з досвідом воєнних подій є одним із найпотужніших психотравмуючих факторів, що може спричинити розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Для дитини втрата сімейної опори часто має довготривалі наслідки, які без належної підтримки ускладнюють процес соціалізації, навчання та формування особистості.

Проблема ПТСР у дітей є глобальною і активно досліджується у міжнародній науковій спільноті, однак в Україні ця тематика лише набуває системного характеру в умовах сучасних воєнних реалій. Держава та громадські організації активно впроваджують програми психологічної допомоги постраждалим від війни, однак значна частина з них орієнтована на дорослих або загальні категорії дітей. Водночас діти, які втратили батьків, потребують цілеспрямованих і спеціалізованих підходів до відновлення психічного здоров'я, оскільки вони стикаються не лише з травмою війни, а й із соціальною вразливістю, що обумовлює підвищений ризик девіантної поведінки, соціального відчуження та труднощів у побудові довірливих стосунків у майбутньому.

Проблему посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків досліджували як українські, так і зарубіжні науковці. Зокрема, психологічні наслідки війни та травматичного досвіду у дітей аналізували Н. Чепелева, С. Максименко, Л. Карамушка, О. Безпалько та ін.; специфіку перебігу ПТСР у дітей та його клініко-психологічні прояви розкривали В. Москаленко, Н. Чепелева, Т. Титаренко та ін.; соціально-психологічний аспект втрати батьків у дитячому віці досліджували О. Зверева, І. Зверева, О. Семигіна та ін. У міжнародній науковій традиції питання дитячої травматизації внаслідок воєнних подій розглядали Bessel van der Kolk, Judith Herman, Charles Figley; особливості впливу втрати батьків на психічний стан і соціалізацію дітей

вивчали John Bowlby, Mary Ainsworth, Colin Murray Parkes; проблематику психологічної допомоги дітям у контексті збройних конфліктів досліджували також Yael Danieli, Cathy Caruth, Richard Mollica.

Дослідження особливостей перебігу ПТСР у дітей, які пережили втрату батьків, є необхідним для розробки національних моделей психосоціальної підтримки та формування програм реабілітації, що і зумовило виріб теми дослідження «**Особливості протікання ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни: соціально-психологічний аспект**».

Об'єм дослідження: посттравматичний стресовий розлад у дітей, які втратили батьків під час війни.

Предмет дослідження: соціально-психологічні особливості перебігу та корекції ПТСР у дітей, які втратили батьків внаслідок воєнних дій.

Мета дослідження: виявити особливості протікання посттравматичного стресового розладу у дітей, які втратили батьків під час війни, та визначити соціально-психологічні засоби його подолання.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сутність і наукові підходи до розуміння посттравматичного стресового розладу як психологічного феномена.
2. Визначити специфіку переживання втрати батьків дітьми в умовах воєнних дій та окреслити її вплив на формування ПТСР.
3. Дослідити соціально-психологічні особливості протікання ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни.
4. Розробити програму соціально-психологічної корекції ПТСР у дітей зазначеної категорії.

Методи дослідження: *теоретичні методи* (аналіз, синтез, узагальнення й систематизація наукової літератури з проблеми ПТСР у дітей, порівняльний аналіз вітчизняних і зарубіжних підходів до діагностики та корекції посттравматичних станів у дітей; структурно-функціональний аналіз теоретичних моделей посттравматичного стресового розладу); *емпіричні методи* (спостереження, психодіагностичні методики: методика CATS (Child

and Adolescent Trauma Screen), шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), методика “Діагностика емоційних проявів”); *методи математично-статистичної обробки* (розрахунок відсоткових показників, графічне подання результатів).

Структура дослідження: робота складається з вступу, двох розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків. Робота містить 58 сторінок основного тексту. Загальний обсяг роботи – 111 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР У ДІТЕЙ, ЯКІ ВТРАТИЛИ БАТЬКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

1.1 Посттравматичний стресовий розлад: поняття та сутність

У сучасних умовах збройних конфліктів, масових втрат і травматичних подій посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) постає як одна з найактуальніших проблем психологічної науки та практики. Це явище відображає складний процес психічного реагування особистості на екстремальні події, що виходять за межі звичайного людського досвіду. ПТСР охоплює широкий спектр симптомів – від нав'язливих спогадів до емоційного оціпеніння та соціальної дезадаптації.

Витоки поняття «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) сягають тривалої еволюції уявлень про наслідки психотравми, що відбувалася на перетині медицини, психології та соціальної історії війни. Ще в XIX столітті описувалися стани, подібні до ПТСР, але під іншими назвами: «залізничний хребет» (railway spine) Дж. Еріксена для потерпілих у катастрофах, «травматичний невроз» Г. Оппенгейма, «синдром Да Кости» або «солдатське серце» для військових із соматичними проявами на тлі стресу. Усі ці терміни фіксували емпіричні спостереження, але не утворювали цілісної діагностичної категорії [5, с. 60].

Під час Першої світової війни у британській і французькій військовій медицині поширився термін «shell shock» («контузія від вибухів»), запропонований Ч. Майерсом у 1915 р. Спершу його пояснювали фізичним ушкодженням від вибухової хвилі, та поступово визнали, що подібні симптоми з'являються і без безпосередньої дії вибуху, тобто мають психогенну природу. Після Другої світової війни використовується поняття «battle fatigue» («бойове виснаження») або «combat stress reaction», яке наголошувало на функціональному виснаженні нервової системи, але все ще не створювало чіткого діагностичного контуру. Водночас у цивільній

психіатрії закріплювався більш загальний конструкт «реакція на тяжкий стрес», що уникав політично чутливих визнань довготривалих наслідків війни [6, с. 162].

Поворотним став період після війни у В'єтнамі. Пацієнтські та професійні ініціативи (зокрема роботи Р. Джея Ліфтона, Х. Шатана, Дж. Горовіца) домагалися соціального й наукового визнання того, що бойова травма має стійкі психічні наслідки, які не зводяться до «слабкості характеру» або тимчасового виснаження. Паралельно зростає видимість травми мирних жертв – переживших Голокост, біженців, жінок, які зазнали сексуального насильства, – що розширює фокус з «військового» на універсальний травматичний досвід [14].

Формальне становлення терміна відбулося у 1980 р. із включенням «Posttraumatic Stress Disorder» до DSM-III Американської психіатричної асоціації. Це було принципово новим кроком: по-перше, ПТСР отримав чіткі діагностичні критерії (наявність події, що виходить за межі звичайного людського досвіду, і кластери симптомів повторного переживання, уникнення та підвищеної збудливості); по-друге, було визнано часові рамки виникнення та тривалості симптомів; по-третє, діагноз перестав бути «військовим», поширившись на широкий спектр травматичних подій (катастрофи, тортури, насильство). Наступні редакції DSM (DSM-III-R, DSM-IV) уточнювали критерії, а в DSM-5 (2013) ПТСР перенесено з групи тривожних розладів до нового розділу «Розлади, пов'язані з травмою та стресорами». Кластер симптомів було розширено до чотирьох (повторне переживання, уникнення, негативні зміни у когніціях та настрої, підвищене збудження), а також введено спеціфікатор для дітей молодшого віку, що відображає відмінності дитячої симптоматики [27, с. 79].

У міжнародній класифікації хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я ПТСР з'явився в МКХ-10 (F43.1) як окрема нозологічна одиниця реакцій на тяжкий стрес. Подальше оновлення МКХ-11 (ухвалена у 2018 р.) ще більше систематизувало підхід: окрім «класичного» ПТСР, було виділено

«комплексний ПТСР» (сPTSD) для випадків тривалої або повторюваної травматизації (насильство в сім'ї, полон, тортури), що супроводжується стійкими труднощами регуляції емоцій, негативною самооцінкою та міжособистісними проблемами. Це відображає науковий консенсус щодо багатовимірності травматичних наслідків і важливості соціально-контекстуальних чинників.

Наукова література кінця ХХ – початку ХХІ століття посилює міждисциплінарність: нейробиологічні дослідження висвітлюють роль систем стресу (гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі), амігдали й гіпокампа; когнітивно-поведінкові моделі пояснюють закріплення травматичних спогадів та дисфункціональних переконань; соціально-психологічні підходи наголошують на ролі підтримувальних мереж, стигми та колективної пам'яті. Окрема гілка – дитяча та підліткова психотравматологія, де враховуються вікові відмінності проявів (наприклад, регресивна поведінка, ігрове повторення травми, соматизація) і роль прив'язаності [31].

Таким чином, термін «посттравматичний стресовий розлад» сформувався як результат історичного накопичення клінічних спостережень і соціально-наукового переосмислення травми: від розпорошених описів «неврозів війни» та «травматичних неврозів» – до стандартизованої діагностичної категорії в провідних класифікаціях. Його еволюція відображає перехід від вузько біомедичної до біопсихосоціальної парадигми, що враховує індивідуальні, сімейні та суспільні виміри травматичного досвіду, включно з особливостями дитячого розвитку. Це надає дослідникам і практикам спільну мову для оцінювання, профілактики та втручань, зокрема у вразливих групах дітей, які пережили втрату батьків внаслідок війни.

Посттравматичний стресовий розлад у сучасній науці розглядається як складний психічний стан, що виникає внаслідок переживання подій, які становлять загрозу життю, безпеці або цілісності людини. Основною характеристикою ПТСР є те, що травматична подія не завершується у психіці

індивіда навіть після її фактичного припинення – вона продовжує «жити» у формі нав'язливих спогадів, емоційних реакцій і тілесних симптомів.

У медичній науці ПТСР визначається як психічний розлад, що виникає внаслідок впливу надзвичайно сильного стресового чинника, який виходить за межі звичайного людського досвіду (згідно з МКХ-11, F43.1). До таких подій належать війна, насильство, тортури, катастрофи, загибель близьких. Клінічні прояви включають три основні групи симптомів: повторне переживання травми (флешбеки, кошмари, нав'язливі думки), уникання нагадувань про травматичну подію, а також підвищене психофізіологічне збудження (дратівливість, гіпервідчутливість, розлади сну). Медичний підхід трактує ПТСР як порушення функціонування нервової системи, у якому задіяні нейробиологічні механізми – дисбаланс у роботі амігдали, гіпокампа, префронтальної кори, порушення регуляції кортизолу та адреналіну [2, с. 53].

У психологічній науці ПТСР розглядається ширше – як дезінтеграція цілісності психіки під впливом травматичного досвіду, що призводить до втрати відчуття безпеки, довіри до світу та власної компетентності. Психологи підкреслюють не лише патогенетичний, а й адаптаційний аспект цього явища: травма розглядається як порушення базових схем сприйняття реальності, системи цінностей і самоідентичності. Психодинамічний підхід акцентує на витіснених емоціях страху та провини, когнітивно-біхевіоральний – на змінених переконаннях та способах інтерпретації подій, гуманістичний – на пошуку сенсу пережитого досвіду [11, с. 248].

Соціально-психологічна перспектива трактує ПТСР як не лише індивідуальний, а й соціально обумовлений феномен. Підтримка або, навпаки, відчуження з боку родини та суспільства значно впливають на перебіг розладу. Тому у сучасній психологічній практиці підкреслюється важливість мультидисциплінарного підходу, який поєднує медичну, психологічну та соціальну допомогу.

Отже, у медичній науці ПТСР визначається передусім як діагноз і патологічний стан нервово-психічної сфери, тоді як у психологічній – як

порушення цілісності особистісного досвіду внаслідок екстремальних подій. Обидва підходи взаємодоповнюють один одного, створюючи комплексне розуміння сутності ПТСР як феномена, що поєднує біологічні, психологічні та соціальні виміри.

Теоретичне осмислення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у сучасній науці ґрунтується на міждисциплінарному поєднанні психологічних, біологічних і соціальних концепцій. Кожен підхід пояснює механізми виникнення, перебіг і наслідки ПТСР крізь власну призму, що дозволяє створити комплексне уявлення про природу цього феномена. Найбільш поширеними є психодинамічний, когнітивно-біхевіоральний, нейробиологічний і соціально-психологічний підходи.

Психодинамічний підхід. У психодинамічній школі акцент робиться на руйнуванні базового почуття безпеки, порушенні об'єктних відносин і довіри до світу. Для дітей травматичний досвід часто означає втрату первинної прив'язаності, що веде до формування глибинного почуття покинутості й тривоги. Психотерапевтична робота в межах цього підходу спрямована на відновлення безпечного емоційного зв'язку, усвідомлення витіснених емоцій і реконструкцію травматичних спогадів у прийнятній формі.

Когнітивно-біхевіоральний підхід. Цей підхід пояснює ПТСР через процеси мислення, навчання та формування поведінкових реакцій на травму. Людина втрачає довіру до власного досвіду, формує негативні переконання («я безпорадний», «світ небезпечний», «ніхто не допоможе»). Повторні інтрузивні спогади розглядаються як результат невдалої когнітивної переробки інформації – мозок намагається «інтегрувати» травматичний досвід, але не може завершити цей процес через емоційне перенасичення. Біхевіоральна складова пояснює, що уникання тригерів є формою негативного підкріплення, яке тимчасово знижує тривогу, але підтримує патологічний цикл. У межах цього підходу розроблено ефективні методи терапії: когнітивна реструктуризація, десенсибілізація рухами очей (EMDR), експозиційна

терапія, які допомагають поступово зменшити інтенсивність травматичних спогадів і змінити дисфункціональні переконання.

Нейробиологічний підхід. Нейробиологічні моделі ПТСР описують його як результат порушень у системах регуляції стресу. Травматична подія активує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь, спричиняючи надмірне виділення кортизолу та адреналіну. Це призводить до гіперактивації амігдали (центру страху) і зниження активності префронтальної кори, яка відповідає за раціональний контроль. Як наслідок, навіть незначні стимули можуть викликати реакцію «бий або тікай». Одночасно спостерігається зменшення об'єму гіпокампа – ділянки, відповідальної за інтеграцію пам'яті, через що травматичні спогади зберігаються у фрагментарній, «сирій» формі, без часових і смислових меж. Це пояснює феномен флешбеків. Дослідження нейропластичності свідчать, що при своєчасній терапії можливе поступове відновлення структури мозку, що підтверджує ефективність комбінованого лікування – психотерапії, медикаментозної підтримки та тілесно-орієнтованих практик.

Соціально-психологічний підхід. Соціально-психологічна перспектива розглядає ПТСР не лише як індивідуальну реакцію, а як результат руйнування соціальних зв'язків, цінностей і норм. Для дітей особливу роль відіграє якість соціальної підтримки: наявність турботливих дорослих, стабільне середовище, позитивні зразки поведінки. Відсутність цих ресурсів підсилює прояви ПТСР і сприяє формуванню вторинної травматизації. У цьому контексті ПТСР тлумачиться як феномен порушеної соціалізації та дефіциту довіри, а ефективна допомога передбачає не лише індивідуальну психотерапію, а й створення безпечних соціальних просторів, груп підтримки, програм ресоціалізації [8, с 92-93].

Отже, кожен теоретичний підхід по-своєму висвітлює механізми ПТСР: психодинамічний – через несвідомі конфлікти, когнітивно-біхевіоральний – через спотворення мислення, нейробиологічний – через фізіологічні порушення, соціально-психологічний – через розрив соціальних зв'язків. Їхнє

поєднання формує цілісне, біопсихосоціальне розуміння ПТСР, що особливо важливо при роботі з дітьми, які втратили батьків під час війни, адже їхня травма поєднує як глибокі емоційні, так і соціально-середовищні аспекти.

Структура посттравматичного стресового розладу є багатовимірною системою психічних, емоційних, когнітивних і поведінкових проявів, що формуються у відповідь на переживання екстремальної ситуації, яка перевищує адаптаційні можливості особистості. У сучасній науці структуру ПТСР описують через сукупність чотирьох основних кластерів симптомів: повторне переживання травми, уникнення, негативні зміни у когнітивній сфері та настрої, а також підвищене збудження. Саме взаємодія цих компонентів зумовлює стійкість і складність перебігу розладу.

Повторне переживання травматичної події (інтрузивні симптоми). Цей компонент є центральним у структурі ПТСР. Особистість немовби «повертається» у ситуацію травми через нав'язливі спогади, яскраві флешбеки, кошмарні сновидіння, емоційне чи фізичне реагування на стимули, які нагадують про подію (звуки вибухів, запах диму, крики тощо). У дітей такі прояви можуть мати специфічну форму – повторення травматичної події у грі, малюнках чи фантазіях. Інтрузивні переживання руйнують часову дистанцію між минулим і теперішнім, створюючи ілюзію, що травма триває досі. Це виснажує психіку, викликає тривогу, безсоння, гіпервразливість.

Уникання нагадувань про травму. Другий кластер симптомів полягає у свідомому або несвідомому прагненні уникати будь-яких думок, почуттів, людей, місць, діяльності, що можуть нагадувати про пережите. Така захисна поведінка тимчасово знижує рівень тривоги, однак у довготривалій перспективі призводить до звуження соціального кола, ізоляції, втрати інтересів, емоційного оціпеніння. Людина може втрачати здатність відчувати позитивні емоції, віддалятися від близьких, уникати розмов про події. У дітей уникання часто проявляється через апатію, байдужість, втрату інтересу до гри чи навчання, або ж навпаки – через надмірне занурення у фантазійний світ, що дозволяє «тікати» від болісної реальності.

Негативні зміни у когнітивній сфері та настрої. До цього кластеру відносять зниження самооцінки, почуття провини, сорому, безпорадності, втрату віри у власну спроможність контролювати події. Людина може відчувати відчуження від світу, переконання у власній «зламаності» або несправедливості світу («зі мною завжди стається щось погане», «ніхто не допоможе»). У дітей і підлітків ці симптоми нерідко виражаються у страху залишатися самими, регресивній поведінці (нічні жахи, енурез), або у порушеннях прив'язаності до дорослих. При тривалій травматизації відбуваються стійкі зміни особистісних структур – формування заниженого образу «Я», недовіри до інших, руйнування базового відчуття безпеки.

Симптоми підвищеного збудження (гіперактивації). Цей блок проявляється у стані постійної настороженості, гіперреактивності, агресивності або дратівливості. Характерні порушення сну, труднощі концентрації уваги, підвищений рівень тривожності, різка реакція на несподівані звуки чи рухи. У дітей це може проявлятися у гіперактивності, імпульсивності, емоційних вибухах, які іноді сприймаються дорослими як «неслухняність», хоча насправді є ознакою внутрішнього напруження. Фізіологічно гіперактивація пов'язана з постійним викидом стресових гормонів (адреналіну, кортизолу), що підтримує стан «бойової готовності», навіть коли реальна небезпека минула.

Додаткові симптоми і структура комплексного ПТСР. У новій редакції МКХ-11 окремо виділено комплексний ПТСР (сPTSD), який включає, окрім базових симптомів, ще три групи: труднощі емоційної регуляції, стійкі відчуття провини або меншовартості, а також труднощі у побудові міжособистісних стосунків. Цей тип розладу характерний для дітей, які зазнали тривалої травматизації — насильства, втрати батьків, полону, переміщення. Його структура свідчить, що ПТСР може не лише відображати реакцію на минулу подію, а й формувати нові, патологічні способи функціонування психіки.

Взаємозв'язок структурних компонентів. Кластери симптомів ПТСР не існують ізольовано – між ними формується замкнене коло: інтрузивні спогади провокують гіперактивацію, що посилює тривогу і змушує людину уникати тригерів; уникання, своєю чергою, не дає змоги переробити травматичний досвід, через що симптоми знову повертаються. Таким чином, структура ПТСР демонструє не лише множинність проявів, а й динамічну взаємодію між когнітивними, емоційними та поведінковими рівнями [29, с. 151].

Отже, ПТСР є системним порушенням, у структурі якого поєднуються інтрузивні, захисні, афективні та фізіологічні компоненти. Для його подолання необхідний комплексний підхід, що враховує як біологічні механізми, так і психологічні та соціальні чинники, особливо у випадку дітей, котрі пережили втрату батьків внаслідок війни.

Узагальнюючи викладене, ПТСР постає як стандартизована діагностична категорія, що сформувалася на перетині історичних описів воєнних «неврозів» і сучасної біопсихосоціальної парадигми. Його наукове визнання (DSM, МКХ) забезпечило єдину мову для опису чотирикластерної симптоматики – повторного переживання, уникання, негативних когнітивно-афективних змін і гіперактивації – та дало підстави виокремити комплексний ПТСР як наслідок тривалої/повторюваної травматизації. Міждисциплінарна інтеграція (нейробіологічна, когнітивно-поведінкова, психодинамічна, соціально-психологічна оптики) показує, що механізми розладу охоплюють і дисрегуляцію стресових систем мозку, і порушення базових схем безпеки, довіри та контролю, і дефіцити соціальної підтримки.

Особливе значення в контексті цього дослідження має дитяча психотравматологія: вікові особливості переживання, ігрові та регресивні форми інтрузивності, специфіка прив'язаності роблять перебіг ПТСР у дітей відмінним від дорослих і вразливішим до тривалих наслідків. Отже, адекватне розуміння поняття й сутності ПТСР не зводиться до клінічної діагностики; воно вимагає врахування сімейного й соціального контекстів, зокрема у ситуації втрати батьків під час війни. Це створює методологічне підґрунтя для

подальших розділів: аналізу феноменології дитячого горя у воєнний період, виявлення соціально-психологічних чинників перебігу ПТСР та обґрунтування цільових підходів до діагностики й корекції у зазначеній категорії дітей.

1.2 Специфіка переживання втрати батьків у воєнний період

Втрата батьків у воєнний період є одним із найтяжчих психотравмуючих досвідів для дитини, що порушує базові почуття безпеки, довіри та емоційної стабільності. Умови війни ускладнюють процес проживання горя через постійну небезпеку, невизначеність, відсутність можливості прощання та соціальну ізоляцію. Переживання втрати поєднується з травмою війни, що призводить до подвійної психічної напруги. У дітей спостерігаються прояви тривоги, апатії, агресії, регресивної поведінки. Без своєчасної психологічної підтримки така втрата може трансформуватися у хронічну травму, формуючи передумови розвитку посттравматичного стресового розладу та труднощів соціальної адаптації.

Втрата батьків у дитячому віці є одним із найглибших психотравмуючих факторів, який має довготривалий вплив на емоційний, когнітивний та соціальний розвиток дитини. Для дитини батьки виступають головними фігурами прив'язаності, що забезпечують базове відчуття безпеки, любові, стабільності та захисту. Коли цей зв'язок раптово руйнується, особливо в умовах війни, психіка стикається з досвідом, який перевищує її адаптаційні можливості. Втрата порушує базові психологічні потреби – у безпеці, підтримці, передбачуваності, – що є фундаментом здорового розвитку особистості.

На відміну від дорослих, дитина не володіє достатніми когнітивними ресурсами для усвідомлення природи смерті. У молодшому віці вона може сприймати втрату як тимчасове зникнення або покарання, що породжує почуття провини («мама пішла, бо я був неслухняний»). У підлітковому віці,

коли формується світогляд і моральна свідомість, переживання втрати може супроводжуватися екзистенційною кризою, протестом проти несправедливості світу, гнівом, або навпаки – глибокою апатією. У будь-якому віці така травма руйнує відчуття емоційної опори, що нерідко призводить до тривалих наслідків – тривожності, депресивних станів, емоційного оціпеніння, агресивності чи регресії у поведінці [14].

Умови війни підсилюють травматичний вплив втрати. Діти часто стають свідками руйнувань, насильства, втечі, що створює середовище постійного страху й невизначеності. Відсутність можливості попрощатися з батьками або отримати достовірну інформацію про їхню долю (зникнення безвісти, полон) викликає тривалий стан напруження та болісного очікування. Така ситуація призводить до формування так званої «незавершеної втрати», коли процес горювання не може бути завершений природним чином.

Психологічні наслідки втрати батьків проявляються як у короткостроковій, так і в довготривалій перспективі. На ранніх етапах це можуть бути страхи, нічні жахи, соматичні реакції, труднощі у навчанні. У підлітковому віці можливі емоційні вибухи, відчуження, схильність до ризикованої поведінки або соціальної ізоляції. Дослідження показують, що діти, які втратили батьків унаслідок війни, мають підвищену ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та порушень прив'язаності [21, с. 25].

Таким чином, втрата у дитячому віці – це не лише емоційна подія, а глибокий психологічний удар, який трансформує структуру особистості. Її наслідки можуть бути пом'якшені лише за умови своєчасного виявлення травматичних реакцій, створення стабільного соціального середовища, залучення фахівців-психологів і надання дитині досвіду прийняття, підтримки та любові.

Процес переживання втрати є складним емоційно-психологічним явищем, що має певну динаміку та закономірності. У психологічній науці сформовано кілька моделей, які пояснюють етапність горя та механізми його

подолання. Найбільш відомою є п'ятиетапна модель, яка включає заперечення, гнів, торг, депресію та прийняття. Ці етапи не завжди проходять послідовно, проте вони відображають основну логіку адаптації психіки до втрати.

Перший етап – заперечення. Дитина, особливо у молодшому віці, часто не усвідомлює остаточності смерті. Вона може продовжувати чекати на повернення батьків, відмовляючись сприймати втрату як незворотну. Це своєрідний психологічний захист, який тимчасово зменшує інтенсивність болю, даючи змогу поступово приймати реальність.

Другий етап – гнів. Коли заперечення втрачає силу, з'являється сильне емоційне напруження, роздратування, відчуття несправедливості. У дітей цей гнів може бути спрямований на інших людей або на себе («це через мене»). У підлітків він часто проявляється у формі протестної поведінки, конфліктів, агресії. Гнів – природний етап, що допомагає вивільнити накопичену енергію болю.

Третій етап – торг або пошук. На цьому етапі психіка намагається знайти способи відновити втрачену близькість, повернути контроль над ситуацією. У дітей це може виражатися у фантазіях, іграх, у яких батьки «оживають» або повертаються. Прагнення «договоритися» із реальністю є механізмом зниження внутрішньої тривоги.

Четвертий етап – депресія. Коли дитина поступово усвідомлює незворотність втрати, виникає почуття глибокого смутку, безпорадності, порожнечі. Зникає інтерес до звичних занять, порушується сон, апетит, з'являється емоційна відстороненість. На цьому етапі важливо, щоб поруч були дорослі, які приймають ці емоції без осуду й забезпечують стабільність.

П'ятий етап – прийняття. З часом біль втрачає гостроту, з'являється здатність говорити про померлого без сильних емоцій, відновлюється інтерес до життя. У дітей прийняття часто проявляється через символічні дії – створення малюнків, листів, спогадів, які дозволяють інтегрувати образ батьків у власну життєву історію [26, с. 171-172].

Механізми переживання втрати включають емоційне вираження, когнітивне осмислення та соціальну підтримку. Важливим є створення умов для безпечного проживання болю, уникнення його витіснення чи ігнорування. У дітей ці процеси відбуваються через гру, творчість, спілкування, що стає природним каналом для емоційного вивільнення.

Отже, переживання втрати є не лише болючим, а й адаптивним процесом, спрямованим на поступове відновлення психічної рівноваги. Розуміння його етапів допомагає фахівцям своєчасно підтримати дитину, запобігти патологічним формам горювання та розвитку посттравматичних розладів.

Втрата батьків у воєнний період є одним із найтяжчих психологічних ударів, що може пережити дитина. Така подія руйнує базові почуття довіри, безпеки та стабільності, які формуються саме у стосунках із батьками. Втрата не лише змінює емоційний стан дитини, а й глибоко впливає на її особистісний розвиток, соціальну поведінку та світосприйняття. Умови війни, що супроводжуються постійним страхом, невизначеністю, втратою дому й соціальних зв'язків, посилюють психотравмуючий ефект, створюючи сприятливий ґрунт для розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та вторинної травматизації.

Найпоширенішими емоційними наслідками втрати є глибокий смуток, туга, почуття самотності, провини та безпорадності. Діти нерідко відчують провину за смерть батьків, вважаючи, що могли щось змінити або запобігти трагедії. Це призводить до формування тривожних і депресивних станів, а також до появи фобій, нічних жахів, соматичних скарг (біль у животі, головні болі). Тривала емоційна напруга часто трансформується у емоційне оціпеніння або регресивну поведінку – дитина замикається в собі, втрачає інтерес до гри, навчання, спілкування, може повернутися до попередніх вікових моделей (енурез, страх темряви, залежність від дорослого).

Серед когнітивних і поведінкових наслідків спостерігаються труднощі концентрації уваги, зниження навчальної успішності, відчуття беззмістовності майбутнього. Порушується сприйняття часу: минуле постає у вигляді болісних

спогадів, а майбутнє – як невизначене або небезпечне. Діти можуть демонструвати гіперзрілість (прискорене дорослішання) або, навпаки, інфантильність, намагаючись компенсувати відсутність батьків через залежність від дорослих чи однолітків.

Соціальні наслідки втрати полягають у труднощах у спілкуванні, порушеннях формування довіри та прив'язаності. Дитина, яка втратила батьків, може відчувати себе відкинутою, ізольованою, «іншою» серед однолітків. Це створює ризики соціальної дезадаптації, девіантної поведінки або навпаки – надмірної покірності й тривожної залежності від дорослих. У підлітковому віці наслідком стає схильність до саморуйнування, аутоагресії, емоційної нестабільності [22, с. 201].

Дослідження показують, що психологічні наслідки втрати у воєнний час значно глибші, ніж у мирних умовах, адже травма втрати поєднується з досвідом насильства, небезпеки та руйнування світу. Відсутність можливості прощання або ясності щодо обставин смерті підсилює відчуття безсилля та затримує процес горювання.

Отже, психологічні наслідки втрати батьків у воєнний період мають комплексний характер і проявляються на всіх рівнях – емоційному, когнітивному, поведінковому та соціальному. Своєчасне надання психологічної підтримки, стабільне середовище й залучення дитини до безпечних соціальних контактів є ключовими чинниками відновлення її психоемоційної рівноваги.

Переживання втрати батьків дитиною неможливо розглядати поза соціальним і культурним контекстом, у якому вона зростає. Соціальні умови, традиції, норми спільноти та система підтримки визначають не лише інтенсивність емоційного болю, а й можливість його подолання. У випадку воєнних подій, коли руйнуються соціальні інститути, сімейні зв'язки та звичні форми взаємодії, роль соціально-культурних чинників стає ще більш значущою, адже саме вони можуть або полегшити, або ускладнити процес горювання.

Соціальні чинники охоплюють підтримку з боку родини, громади, освітніх і соціальних інституцій. Для дитини, яка втратила батьків, надзвичайно важливим є наявність стабільного оточення – опікунів, родичів, педагогів, соціальних працівників, здатних створити атмосферу безпеки та прийняття. Наявність чуйних дорослих допомагає дитині відновити почуття довіри до світу, компенсувати дефіцит любові й уваги. Натомість відсутність соціальної підтримки, байдужість чи осуд із боку оточення можуть призвести до ізоляції, відчуття покинутості й формування вторинної травматизації.

Важливу роль відіграє соціально-економічний статус сім'ї чи громади. Діти, які перебувають у складних матеріальних умовах, часто не мають доступу до кваліфікованої психологічної допомоги, що затягує процес відновлення. Водночас підтримка з боку державних структур, громадських і волонтерських організацій, які забезпечують психологічну реабілітацію, освітні програми, дозвілля, сприяє адаптації дитини до нових умов життя.

Культурні чинники впливають на форму, зміст і тривалість процесу горювання. У різних культурах існують специфічні традиції вшанування пам'яті померлих, ритуали прощання, символічні практики, що допомагають інтегрувати втрату в життєвий досвід. Для української культури характерна глибока духовність, повага до пам'яті загиблих, родинна згуртованість — це створює психологічні ресурси для подолання горя. Спільне вшанування пам'яті, участь у поминальних обрядах, молитвах, розмовах про загиблих мають терапевтичний ефект, адже допомагають дитині усвідомити, що вона не самотня у своїх почуттях [30, с. 252].

Культурний контекст також визначає прийнятні способи вираження емоцій. У суспільствах, де прояви смутку вважаються слабкістю, діти можуть пригнічувати свої емоції, що підвищує ризик ПТСР. Тоді як культури, що заохочують відкритість почуттів, сприяють емоційному розрядженню та кращій адаптації.

Таким чином, соціальні та культурні чинники формують рамки, у яких дитина переживає втрату. Їхній позитивний вплив – через підтримку,

прийняття, колективну пам'ять і духовність – може стати потужним ресурсом відновлення, тоді як соціальна ізоляція, стигма чи руйнування традицій лише поглиблюють травму й перешкоджають психологічному зціленню.

Узагальнюючи викладене, переживання втрати батьків у воєнний період має подвійний травматичний характер: власне факт смерті/зникнення поєднується з тривалим впливом війни, невизначеністю й руйнуванням звичних опор. Для дитини це означає порушення базових потреб прив'язаності, безпеки та передбачуваності, що зумовлює широкий спектр емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій – від тривоги, смутку, регресивної та протестної поведінки до емоційного оціпеніння і соціальної ізоляції. Етапність горювання (заперечення, гнів, «торг», депресія, прийняття) слід розуміти як варіативну динаміку, на перебіг якої істотно впливають соціальні й культурні чинники: наявність турботливих дорослих, доступ до допомоги, колективні ритуали пам'яті, норми емоційної виразності. В умовах війни високим є ризик «незавершеної втрати», що затримує інтеграцію травматичного досвіду й підвищує імовірність ПТСР, депресії та порушень прив'язаності.

Водночас ресурси підтримки – стабільне середовище, чуйні опікуни, структуровані освітні та реабілітаційні практики, культурно значущі ритуали – суттєво посилюють стійкість і сприяють адаптації. Отже, специфіка дитячого переживання втрати вимагає цільових психосоціальних втручань, що поєднують індивідуальну, сімейну та спільнотну підтримку, і створює методологічний міст до подальшого аналізу соціально-психологічних аспектів ПТСР.

1.3 Соціально-психологічні аспекти ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни

Соціально-психологічні аспекти ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни, охоплюють взаємодію індивідуальних психічних реакцій із

соціальним контекстом травматичного досвіду. Така втрата руйнує базові механізми емоційної регуляції, довіри та прив'язаності, що проявляється у тривожності, відчуженні, замкненості, агресії або регресивній поведінці. Соціальне оточення – його підтримка або відчуження – істотно впливає на перебіг і глибину розладу. Особливої ваги набувають умови проживання, якість опіки, доступ до допомоги та стабільність стосунків.

Соціальний контекст розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей є визначальним чинником, який суттєво впливає як на характер психотравматичної реакції, так і на її тривалість та наслідки. У випадку дітей, які втратили батьків під час війни, соціальне середовище виступає не лише фоном, а активним учасником формування психологічної травми або, навпаки, ресурсом для її пом'якшення та подолання.

Після втрати батьків у дитини руйнується базовий механізм емоційної безпеки – прив'язаність до значущих дорослих, яка є критичною для стабільного розвитку. У нормальних умовах саме батьки допомагають дитині регулювати емоції, знижувати стрес, осмислювати події та формувати позитивне ставлення до себе і світу. Коли ця підтримка раптово зникає, а нове соціальне оточення не компенсує втрату, психіка дитини залишається вразливою до травматичних впливів [7, с. 57].

Крім того, соціальні умови війни – втрата житла, вимушене переселення, роз'єднання з родичами, перебування в інституційних закладах або нових прийомних родинах – підсилюють дезорієнтацію, тривожність і недовіру до світу. Часто діти стикаються з нестачею турботи, байдужістю або навіть прихованим осудом, що формує в них відчуття покинутості та непотрібності. У таких умовах ризик формування ПТСР різко зростає: з'являються симптоми гіперзбудження, замкненості, повторного переживання травми, уникання контактів.

Важливо враховувати також роль соціальної підтримки з боку громади, школи, опікунів і фахівців. Дослідження свідчать, що наявність хоча б однієї емоційно значущої фігури, якій дитина довіряє, значно знижує імовірність

розвитку ПТСР або пом'якшує його прояви. Навпаки, соціальна ізоляція, часті зміни середовища, нестабільність стосунків та відсутність фахової допомоги сприяють закріпленню травматичних реакцій [2, с. 46].

Таким чином, соціальний контекст – це не просто обставини життя, а ключовий детермінант у розвитку ПТСР у дітей, які пережили втрату батьків під час війни. Створення стабільного, підтримувального, безпечного середовища має принципове значення для запобігання патологічному розвитку травми та сприяє формуванню стійкості (ресиліентності) дитини в умовах посттравматичного відновлення.

Перебіг посттравматичного стресового розладу у дітей залежить від комплексу взаємопов'язаних чинників, які охоплюють як індивідуальні особливості дитини, так і характеристики самої травматичної події та соціального середовища. Усвідомлення цих факторів є ключовим для ефективного виявлення, профілактики та надання своєчасної допомоги.

Перш за все, вікові особливості дитини відіграють важливу роль у формуванні та вираженні симптомів ПТСР. У дітей молодшого віку реакції частіше проявляються у формі регресивної поведінки (енурез, смоктання пальця, страх залишатися наодинці), порушень сну, тривожності або надмірної залежності від дорослих. У підлітків спостерігаються депресивні стани, агресивність, емоційна відстороненість, зловживання психоактивними речовинами або схильність до саморуїнвання. Чим менша дитина, тим вища її вразливість до травми через обмежені можливості осмислення подій і регуляції емоцій.

Індивідуально-психологічні характеристики також мають велике значення. До них належать темперамент, рівень емоційної стабільності, когнітивні здібності, попередній досвід стресових ситуацій. Діти з тривожним типом реагування, низькою самооцінкою чи схильністю до соматизації частіше демонструють глибші та триваліші симптоми ПТСР.

Важливим є характер самої травматичної події: її раптовість, тривалість, ступінь небезпеки, наявність прямого впливу (особиста присутність при

смерті батьків, відсутність можливості попрощатися, зникнення безвісти тощо). Такі обставини ускладнюють проживання втрати й часто призводять до формування так званої «незавершеної травми», що не має емоційного завершення.

Одним із найважливіших захисних або навпаки – ускладнюючих чинників є соціальне середовище. Підтримка з боку родичів, опікунів, учителів, психологів, стабільність у побуті та навчанні, прийняття в новому колі спілкування – все це значно знижує ризики хронічного ПТСР. Натомість ізоляція, переміщення, інституціалізація, відсутність чітких меж, травматичні нагадування у повсякденному житті лише посилюють деструктивні реакції [18, с. 120].

Соціально-психологічна підтримка відіграє ключову роль у подоланні посттравматичного стресового розладу у дітей, які втратили батьків під час війни. Вона є не лише формою допомоги, а й важливим механізмом відновлення емоційної рівноваги, безпеки та довіри до світу, які зазнали руйнування внаслідок психотравмуючих подій.

Психологічна травма, спричинена втратою батьків, особливо в умовах війни, має комплексний характер і часто супроводжується тривалим станом тривоги, страху, ізоляції та дезадаптації. У таких випадках дитина потребує не тільки клінічного втручання, а й широкої соціальної підтримки, яка включає емоційну, поведінкову та міжособистісну складову.

Одним із головних чинників подолання ПТСР є наявність стабільного, турботливого та передбачуваного оточення. Опікуни, родичі, педагоги та соціальні працівники мають бути не лише джерелом турботи, а й емоційно доступними, послідовними у взаємодії, здатними забезпечити дитині відчуття прийняття, цінності та довіри. Дослідження підтверджують, що стійка прив'язаність до хоча б одного дорослого значно знижує інтенсивність симптомів ПТСР і сприяє розвитку резилієнтності.

Також важливою є психоедукація для оточення дитини, зокрема щодо проявів травми, стратегії реагування на сильні емоції, навичок

ненасильницької комунікації та емоційної регуляції. Підтримка повинна бути не лише реактивною (на вже проявлені симптоми), а й проактивною – спрямованою на створення безпечного середовища, у якому дитина зможе виражати свої почуття, запитувати допомогу, формувати довіру [12, с. 17].

Ефективними вважаються групові форми соціально-психологічної допомоги, зокрема арттерапія, ігротерапія, тренінги життєвих навичок, групи підтримки для дітей-сиріт. Участь у таких формах сприяє емоційному вивільненню, нормалізації переживань через спільний досвід, зниженню відчуття «інакшості».

Не менш важливою є робота з інституційним та освітнім середовищем – школами, дитячими закладами, громадами, які мають стати не джерелом додаткового стресу (через булінг, ігнорування чи надмірне співчуття), а ресурсом інтеграції, стабільності та розвитку [6, с. 163].

Таким чином, соціально-психологічна підтримка є не просто допомогою, а фундаментом процесу зцілення, який забезпечує не лише зменшення симптомів ПТСР, а й сприяє формуванню життєстійкості, саморегуляції та нових моделей емоційної й соціальної взаємодії.

Соціально-психологічні форми корекції посттравматичного стресового розладу у дітей, які втратили батьків під час війни, є важливою складовою комплексного підходу до подолання травматичних наслідків. Вони передбачають цілеспрямовану діяльність, спрямовану на емоційне відновлення, соціальну адаптацію та формування навичок подолання стресу. На відміну від суто медичних або клінічних методів, соціально-психологічні форми ґрунтуються на ресурсах соціального середовища, міжособистісної підтримки, творчості, гри, спілкування і рефлексії.

До основних форм соціально-психологічної корекції ПТСР у дітей, які втратили батьків внаслідок війни, належать:

Індивідуальне психологічне консультування. Це форма роботи, яка передбачає створення безпечного простору для дитини, у якому вона може вільно виражати свої емоції, страхи, переживання. Використовуються методи

емпатичного слухання, діалогічної взаємодії, техніки когнітивно-поведінкової терапії, метафоричних асоціативних карток, ігор-рефлексій. Залежно від віку дитини, корекція може відбуватися як у формі вербальної терапії (для підлітків), так і через гру, малювання, ліплення (для молодших дітей) [25, с. 421].

Групова психологічна підтримка. Групова робота сприяє усвідомленню дитиною, що вона не одна у своєму досвіді. Спілкування з ровесниками, які пережили подібне, створює ефект взаємного прийняття. У групі діти отримують підтримку, навчаються виражати емоції, будувати довіру, приймати іншу точку зору. У процесі групових занять активно використовуються арт-терапія, казкотерапія, тілесні практики, рольові ігри, психодрама [20, с. 123].

Арт-терапія є універсальним інструментом роботи з травмою. Через образотворчу діяльність дитина може символічно опрацювати травматичний досвід, «вилити» свої почуття, побудувати нове бачення подій. Використовуються такі напрямки, як малюнок терапія, колажі, робота з піском, кольоротерапія. Арт-терапія особливо ефективна у випадках, коли дитина має труднощі з вербалізацією емоцій [4, с. 14].

Ігрова терапія. Гра є провідним видом діяльності дитини, через який вона досліджує світ і себе. У грі дитина може відтворити травматичну ситуацію у контрольованих умовах, що дає змогу їй поступово переробити негативний досвід. Ігрова терапія ефективна для роботи з регресивною поведінкою, страхами, агресією. Можуть застосовуватись сюжетно-рольові ігри, настільні ігри з елементами психологічного змісту, пісочна терапія [24, с. 176].

Психоедукація є важливим компонентом допомоги. Діти, особливо підлітки, потребують знань про те, що з ними відбувається, що таке травма, чому виникають певні симптоми. Знання допомагає знизити рівень тривоги, формує суб'єктну позицію щодо власного стану. Психоедукація проводиться у формі бесід, мультфільмів, ігор або тренінгів, адаптованих до вікових особливостей.

До найбільш ефективних методів відносять:

Когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). Метод, спрямований на зміну деструктивних переконань, мислення, реакцій на травматичні події. У процесі роботи дитина вчиться розпізнавати тривожні думки, замінювати їх більш адаптивними, контролювати імпульсивні реакції. КПТ ефективна при тривожних і депресивних станах, ПТСР, емоційних розладах.

Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT). Це спеціалізована версія КПТ, адаптована для дітей з досвідом травми. Передбачає участь дитини та опікуна. Робота будується поетапно: стабілізація – опрацювання травми – інтеграція досвіду – зміцнення ресурсів.

EMDR (десенсибілізація та репроцесинг рухами очей). Це метод, що допомагає переробити травматичні спогади за допомогою подвійної стимуляції мозку (рухи очей, тактильні сигнали). Метод дозволяє знизити інтенсивність емоційної реакції на травму.

Сендплей (пісочна терапія). Робота з мініатюрами у пісочниці дозволяє дитині відтворити свій внутрішній світ. Це безпечний простір, у якому дитина вільно конструює сцени, які символізують її переживання. Метод не потребує вербалізації й підходить навіть для наймолодших дітей.

Казкотерапія. Дозволяє дитині опрацювати травму в алегоричній формі. Через створення власних історій, обговорення казок або постановку сцен дитина поступово долає внутрішні конфлікти та страхи.

Методи тілесно-орієнтованої терапії. Дитяча травма часто закарбовується у тілі – у вигляді м'язової напруги, соматичних скарг. Методи тілесної терапії (дихальні вправи, розслаблення, йога для дітей, вправи на заземлення) допомагають зняти тілесну тривогу та відновити контакт зі своїм тілом.

Терапевтична робота з опікунами. Окрема увага приділяється роботі з дорослими, які доглядають за дитиною. Їх навчають підтримувальній комунікації, навичкам емоційного контейнерування, стратегіям

ненасильницької взаємодії. Безпечна і турботлива доросла фігура є критично важливою для відновлення психіки дитини [26, 173].

Таким чином, соціально-психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу у дітей, які втратили батьків під час війни, відображають складну взаємодію індивідуальних психічних процесів і соціального середовища. Саме контекст життя дитини – рівень підтримки з боку дорослих, стабільність стосунків, наявність безпечного простору – визначає інтенсивність симптомів ПТСР та здатність до відновлення. Перебіг розладу зумовлений низкою чинників, серед яких вік, попередній досвід, характер травми, якість опіки та соціальна інтеграція. Найважливішим елементом у процесі подолання ПТСР виступає соціально-психологічна підтримка, яка забезпечує відновлення базового почуття довіри, емоційної рівноваги та віри у власні сили. Її ефективність посилюється завдяки використанню сучасних методів – арттерапії, ігротерапії, когнітивно-поведінкових технік, психоедукації та залученню опікунів. Отже, системна, міждисциплінарна допомога, що поєднує психологічні, педагогічні й соціальні ресурси, є запорукою формування у дитини стійкості до стресу, поступового подолання травматичних наслідків та повернення до гармонійного розвитку.

Висновки до першого розділу

Перший розділ нашого дослідження було присвячено комплексному аналізу посттравматичного стресового розладу у дітей, які втратили батьків під час війни, з акцентом на його психологічну сутність, специфіку переживання втрати та соціально-психологічні особливості даного явища.

Визначено, що посттравматичний стресовий розлад є складним емоційно-поведінковим станом, що виникає внаслідок впливу психотравмуючої події, і супроводжується симптомами гіперзбудження, повторного переживання, уникнення, емоційного оніміння тощо. У випадку дітей, які втратили батьків в умовах війни, ПТСР набуває особливо глибоких форм через втрату емоційної безпеки, опори та стабільного середовища, що сприяє порушенню базових механізмів психологічної адаптації.

Зазначено, що втрата батьків у дитячому віці – особливо під час війни – виступає надзвичайно сильним психотравмуючим чинником, що позбавляє дитину основного джерела підтримки, захисту, ідентичності. Переживання втрати ускладнюється недитячими обставинами – свідченням насильства, вимушеним переселенням, перебуванням у новому соціальному середовищі, відсутністю змоги оплакати або осмислити подію.

Проаналізовано роль у формуванні, перебігу та подоланні ПТСР у дітей соціально-психологічного контексту. Соціальне середовище – родина, опікуни, школа, громада – може як підсилити симптоматику через відчуження, нестабільність, ігнорування потреб дитини, так і стати ресурсом для її психоемоційного відновлення.

Визначено, що ефективна допомога дітям із симптомами ПТСР повинна бути комплексною та міждисциплінарною, включаючи як психологічну підтримку, так і педагогічну, соціальну, правову допомогу. Особливо ефективними є соціально-психологічні форми корекції – індивідуальна та групова терапія, арттерапія, ігротерапія, психоедукація, тілесні та когнітивно-поведінкові практики.

РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИЯВЛЕННЯ ТА КОРЕКЦІЇ ПТСР У ДІТЕЙ, ЯКІ ВТРАТИЛИ БАТЬКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1 Діагностика психоемоційного стану та ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни

Діагностика психоемоційного стану та проявів посттравматичного стресового розладу у дітей, які втратили батьків під час війни, є ключовим етапом у розробці ефективної системи їхнього відновлення та підтримки. Військові події, раптова втрата значущих дорослих та зміна життєвого середовища формують складний комплекс переживань, що може проявлятися у тривожності, гіпервозбудженні, емоційній нестабільності й поведінкових порушеннях.

На цьому етапі важливо не лише виявити глибину психологічної травми, але й визначити індивідуальні потреби кожної дитини, що дозволяє обґрунтувати подальші напрями соціально-психологічної підтримки.

У констатуючому експерименті брали участь 17 дітей з Дніпропетровської області, з числа тих, хто втратили батьків під час війни, віком від 8 до 16 років. Для діагностики їх психоемоційного стану та наявності і особливостей протікання ПТСР нами були обрані наступні методики: CATS (Child and Adolescent Trauma Screen), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), Методика «Діагностика емоційних проявів».

CATS (Child and Adolescent Trauma Screen) (додаток А) є стандартизованим інструментом для скринінгу симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків відповідно до критеріїв DSM-5. Вона дозволяє швидко оцінити інтенсивність та вираженість травматичних симптомів, визначити наявність травматичного досвіду та встановити рівень

потреби у подальшому психологічному втручанні. Методика рекомендована для застосування у віковому діапазоні 7-17 років.

Методика складається з двох основних блоків: блок оцінки травматичного досвіду (містить перелік потенційно травматичних подій (втрата батьків, війна, насильство, травми, раптовий переляк тощо). Дитина відмічає, які події мали місце в її житті; блок оцінки симптомів ПТСР (містить 20 тверджень, які відображають основні симптоматичні групи за DSM-5: інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари), уникання (запобігання думкам, почуттям, місцям, що нагадують про подію), негативні зміни у мисленні та настрої (пригніченість, почуття провини, втрата інтересу), фізіологічне та емоційне збудження (дратівливість, гіпернастороженість, труднощі зі сном).

Відповіді подаються за шкалою частоти: «ніколи» – 0; «рідко» – 1; «іноді» – 2; «часто» – 3.

Методика проводиться індивідуально або в малих групах у спокійній обстановці. Інструкція формулюється в доступній для дитини формі. Дитина самостійно обирає варіант відповіді, а при необхідності психолог може пояснити зміст тверджень. Для дітей, які пережили втрату або перебувають у стані емоційного напруження, рекомендується поєднувати виконання методики з короткою підтримувальною бесідою для зниження тривоги.

Результати дослідження симптомів ПТСР дали змогу нам констатувати, що 4 (24%) дитини мають високий рівень; 9 (53%) дітей мають середній рівень та 4 (24%) дитини мають низький рівень (рис. 2.1.1).

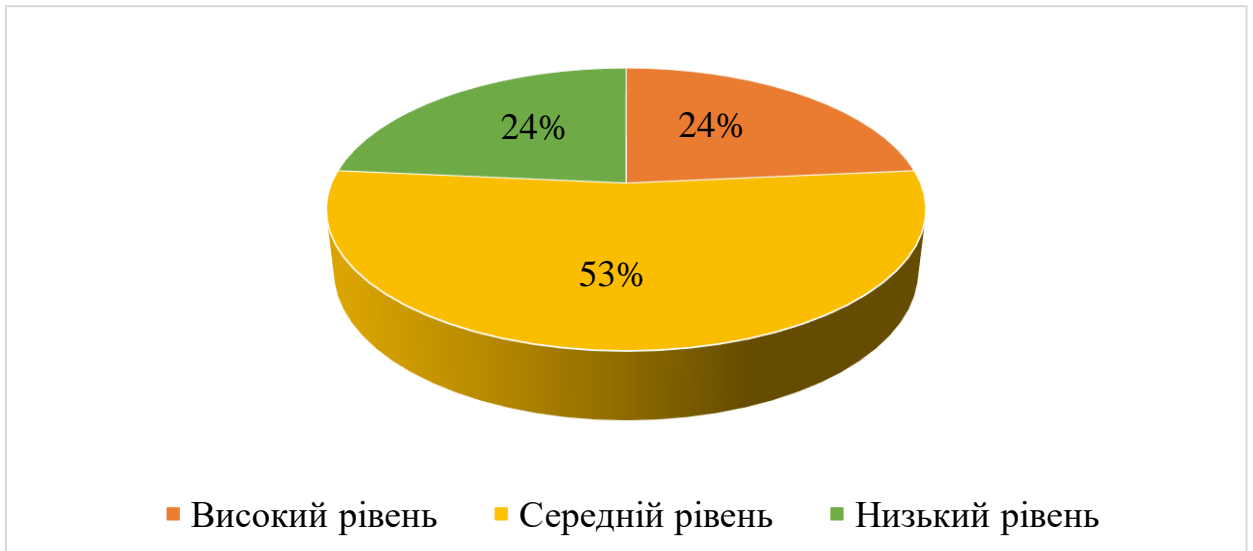


Рис. 2.1.1 Результати дослідження симптомів ПТСР за методикою CATS

Отримані результати засвідчують, що значна частина дітей, які втратили батьків унаслідок війни, демонструє виражені або помірні симптоми посттравматичного стресового розладу. Зокрема, 24% дитини мають високий рівень симптомів ПТСР, що вказує на наявність серйозних посттравматичних реакцій. Для цієї групи характерні нав'язливі спогади, нічні жахи, уникання нагадувань про травму, підвищена тривожність, дратівливість і фізіологічні симптоми гіперзбудження. Такі показники свідчать про високий ризик формування хронічного ПТСР і потребують негайної психологічної допомоги.

Середній рівень симптомів ПТСР спостерігається у 53% дітей, що є свідченням наявності помірною, але стійкого травматичного впливу. Для цієї групи характерні епізодичні прояви інтрузій, порушення концентрації, тривожність, знижений настрій та уникання, які можуть посилюватися під впливом стресових чинників. Діти з таким рівнем симптоматики потребують системної психологічної підтримки та профілактичної роботи.

Низький рівень симптомів ПТСР зафіксовано у 24% дітей, що може свідчити про відносну стабільність, наявність внутрішніх ресурсів або зовнішніх компенсаторних факторів, які зменшують вплив травми. Однак

навіть цей рівень не виключає потреби в періодичному моніторингу, оскільки симптоми можуть проявитися пізніше.

Узагальнюючи, 77% дітей демонструють середній або високий рівень симптомів ПТСР, що підтверджує значний травматичний вплив втрати батьків та умов війни на їхній психоемоційний стан. Це підкреслює необхідність комплексної системи підтримки та впровадження спеціалізованих психокорекційних програм.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (додаток Б) – це стандартизований психодіагностичний інструмент, створений для виявлення симптомів тривожності та депресії у дітей, підлітків та дорослих. Шкала широко використовується у клінічній та психологічній практиці, оскільки дозволяє швидко оцінити емоційний стан без впливу соматичних симптомів, що особливо важливо у роботі з дітьми, які пережили психотравмуючі події, зокрема втрату батьків під час війни.

HADS складається з 14 тверджень, об'єднаних у дві підшкали: HADS-A (Anxiety) – шкала тривожності, 7 пунктів, яка оцінює: напруження, страх, почуття загрози, труднощі з розслабленням, фізіологічні прояви тривоги; HADS-D (Depression) – шкала депресії, 7 пунктів, яка оцінює: зниження інтересів, зменшення задоволення, емоційну загальмованість, песимізм, втому та байдужість.

Відповіді подаються за чотирибальною шкалою, залежно від частоти або інтенсивності переживань. Методика проводиться індивідуально або групою. Дитині пропонується обрати один із варіантів відповіді, який найбільше відповідає її стану за останній тиждень. Формулювання тверджень адаптуються до віку (особливо для дітей молодшого шкільного віку). Психолог за необхідності пояснює зміст тверджень у доступній формі.

Результати за методикою HADS продемонстрували, що високий рівень мають 4 (24%) дитини; середній рівень – 8 (47%) та низький рівень мають 5 (29%) (рис. 2.1.2).

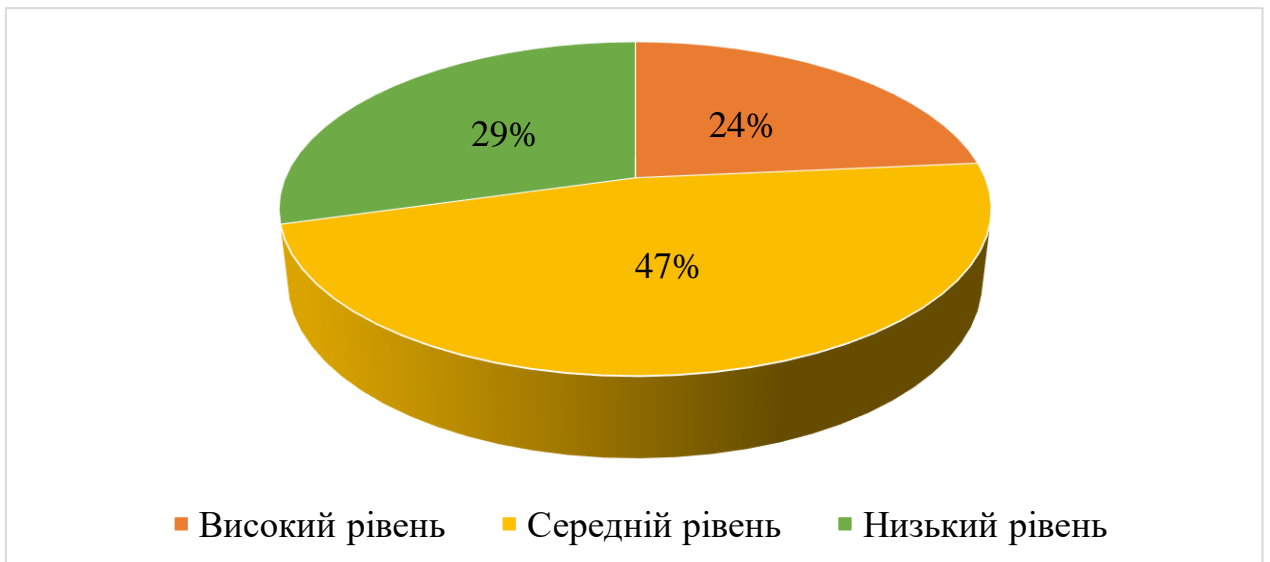


Рис. 2.1.2 Результати дослідження за методикою HADS

Отримані дані за методикою HADS засвідчують наявність помітних проявів тривожності та депресивності серед дітей, які втратили батьків унаслідок війни. Так, високий рівень емоційних труднощів мають 24% дитини, що свідчить про виражені симптоми тривожності або депресії. Для цієї групи характерні сильне внутрішнє напруження, пригнічений настрій, труднощі з концентрацією, емоційна нестабільність та втрата інтересу до звичних видів діяльності. Такі показники можуть бути ознакою глибокої психологічної травматизації.

Середній рівень зафіксовано у 47% дітей, що вказує на помірні, але стійкі прояви емоційного неблагополуччя. Діти з таким рівнем можуть демонструвати коливання настрою, підвищену тривожність, втому, знижене задоволення від діяльності, а також підвищену чутливість до стресових факторів. Така симптоматика може посилюватися в умовах адаптаційних труднощів та нестачі підтримки.

Низький рівень емоційних порушень мають 29% дітей, що свідчить про відносно стабільний емоційний стан, наявність адаптивних копінг-стратегій та компенсаторних ресурсів. Проте навіть у цій групі не можна виключати наявність прихованих переживань, характерних для дітей із досвідом втрати.

Узагальнюючи, 71% дітей продемонстрували середній або високий рівень тривожності та депресивності, що свідчить про значний вплив травматичної події на їхній психологічний стан. Отримані результати підкреслюють важливість подальшої індивідуальної підтримки, стабілізації емоційного фону та впровадження програм психологічного супроводу для дітей, які пережили втрату батьків.

Методика «Діагностика емоційних проявів» (додаток В) спрямована на визначення домінуючих емоційних станів дитини, рівня емоційної напруги, проявів тривожності, агресивності, пригніченості, а також особливостей емоційної регуляції у повсякденних ситуаціях. Це дає змогу виявити приховані переживання, які не завжди усвідомлюються або вербалізуються дитиною, особливо у випадках травматичної втрати.

Методика складається з 27 тверджень, які описують різні емоційні стани та їх поведінкові прояви. Дитина має оцінити, наскільки кожне твердження відповідає її самопочуттю, за шкалою: «Так, це про мене» – 2 бали; «Іноді так буває» – 1 бал; «Ні, це не про мене» – 0 балів.

Твердження згруповані у кілька емоційних блоків: тривожність, страхи та емоційна напруга, агресивність / імпульсивність, пригніченість, сум, знижений фон настрою, емоційна нестійкість / вразливість, соціальна чутливість, залежність від дорослих.

Методика заповнюється індивідуально, у спокійній, безпечній атмосфері. При роботі з дітьми після втрати батьків відповідати дозволено усно, через малюнки або у формі бесіди – для зменшення напруги.

Рівні емоційних проявів інтерпретуються так:

- 0-3 бали – низький рівень прояву емоції;
- 4-7 балів – середній рівень;
- 8-12 балів – високий рівень, показник ризику.

Здійснивши діагностичну роботу за даною методикою ми отримали наступні результати.

За шкалою *тривожності* результати показують, що у 6 дітей (35%) – високий рівень; у 8 (47%) – середній та у 3 (18%) – низький (рис. 2.1.3).

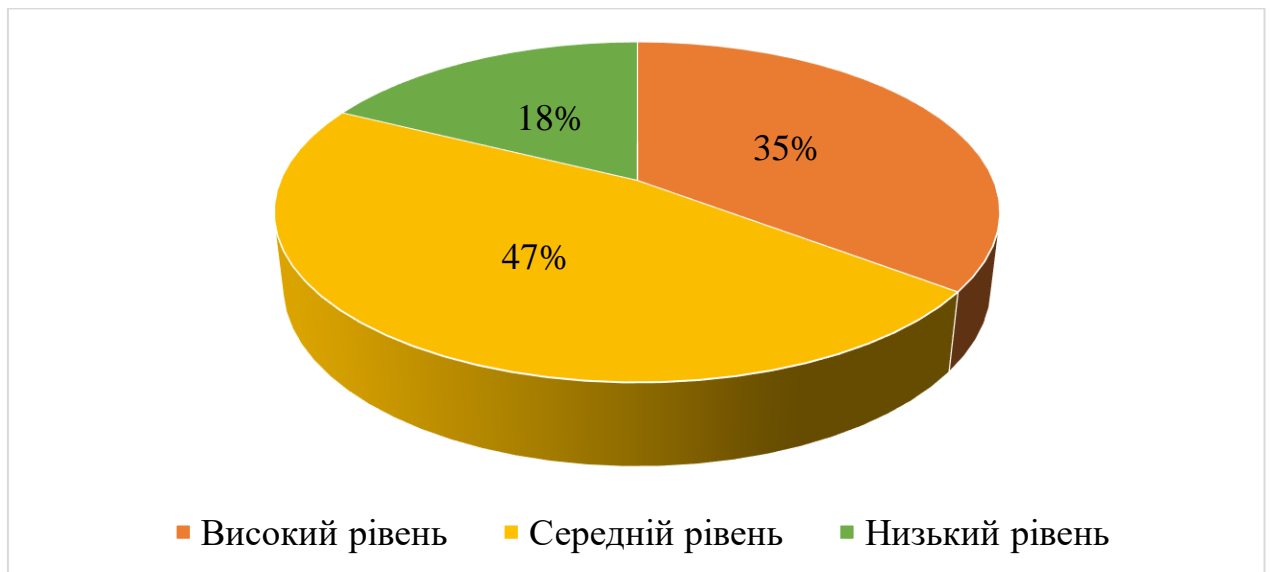


Рис. 2.1.3 Результати дослідження за шкалою тривожності

Отримані дані свідчать про суттєве емоційне напруження у значної частини дітей, які втратили батьків під час війни. Зокрема, у 35% дітей зафіксовано високий рівень тривожності, що вказує на гіпернастороженість, внутрішню невпевненість, труднощі зі сном, а також постійне очікування небезпеки. У контексті пережитої втрати та впливу війни такі показники можуть свідчити про ризик розвитку або наявності симптомів ПТСР.

Середній рівень тривожності виявлено у 47% дітей, що відображає помірну емоційну напругу, пов'язану з адаптацією до нових умов проживання, зміною сімейної системи та переживаними втратами. Цей рівень є типовим для дітей у стані тривалої невизначеності й потребує подальшого спостереження та психологічної підтримки.

Низький рівень тривожності зафіксовано у 18% дітей, що свідчить про відносну емоційну стабільність, наявність ресурсних механізмів адаптації та підтримувального середовища. Такі діти, ймовірно, мають більш сприятливі умови проживання або використовують ефективні копінг-стратегії.

У цілому результати демонструють, що 82% дітей мають середній або високий рівень тривожності, що є характерним для групи, яка пережила втрату батьків внаслідок війни. Це підкреслює необхідність системної психологічної підтримки, спрямованої на зниження емоційної напруги, розвиток навичок саморегуляції та формування стабільного й безпечного середовища.

За шкалою *страхи та емоційна напруга* результати наступні: у 6 (35%) дітей – високий рівень; у 7 (41%) – середній та у 4 (24%) – низький (рис. 2.1.4).

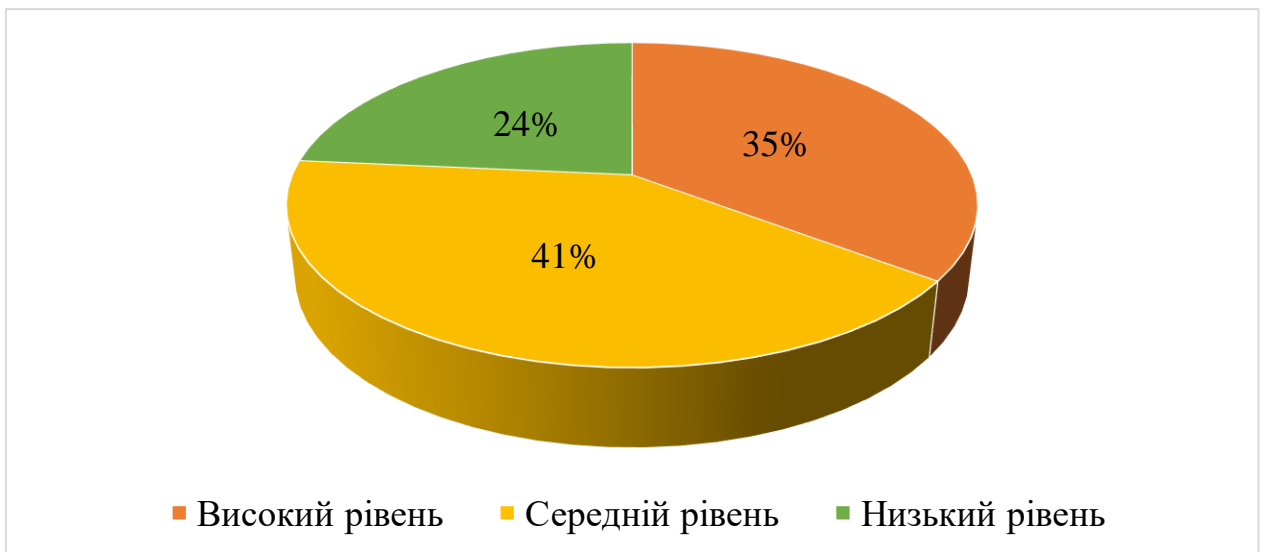


Рис. 2.1.4 Результати дослідження за шкалою страхів та емоційної напруги

Отримані результати засвідчують високий рівень емоційної чутливості та внутрішньої напруги серед дітей, які втратили батьків під час війни. Зокрема, у 35% дітей виявлено високий рівень страхів та емоційної напруги, що свідчить про наявність виражених посттравматичних реакцій. Для цих дітей характерними є страх темряви, самотності, гучних звуків, підвищена реактивність, тілесні прояви тривоги та постійне очікування небезпеки. Такі показники часто корелюють із симптомами ПТСР і потребують термінової психологічної підтримки.

Середній рівень страхів також зафіксовано у 41% дітей, що вказує на наявність помірних, але стійких емоційних переживань, пов'язаних із

травматичним досвідом, адаптацією до нових умов проживання та зміною сімейного оточення. Це може бути відображенням нормальної реакції на стресові події, однак потребує уважного моніторингу, щоб уникнути переходу в хронічні стани.

Низький рівень страхів і напруги спостерігається у 24% дітей, що може свідчити про сформовані навички емоційної саморегуляції, наявність стабільного соціального середовища або індивідуальну стійкість. Проте навіть у цій групі важливо враховувати можливу приховану симптоматику, типову для дітей із досвідом втрати.

Загалом, 78% дітей демонструють середній або високий рівень страхів та емоційної напруги, що є типовим для дитячої групи, яка пережила травматичні події війни й втрату батьків. Отримані дані підкреслюють необхідність комплексних психокорекційних заходів, спрямованих на стабілізацію емоційного стану, зниження рівня внутрішньої напруги та відновлення почуття безпеки.

Результати за шкалою *агресивності / імпульсивності* продемонстрували, що у 4 (24%) дітей – високий рівень; 9 (53%) – середній та у 4 (24%) – низький (рис. 2.1.5).

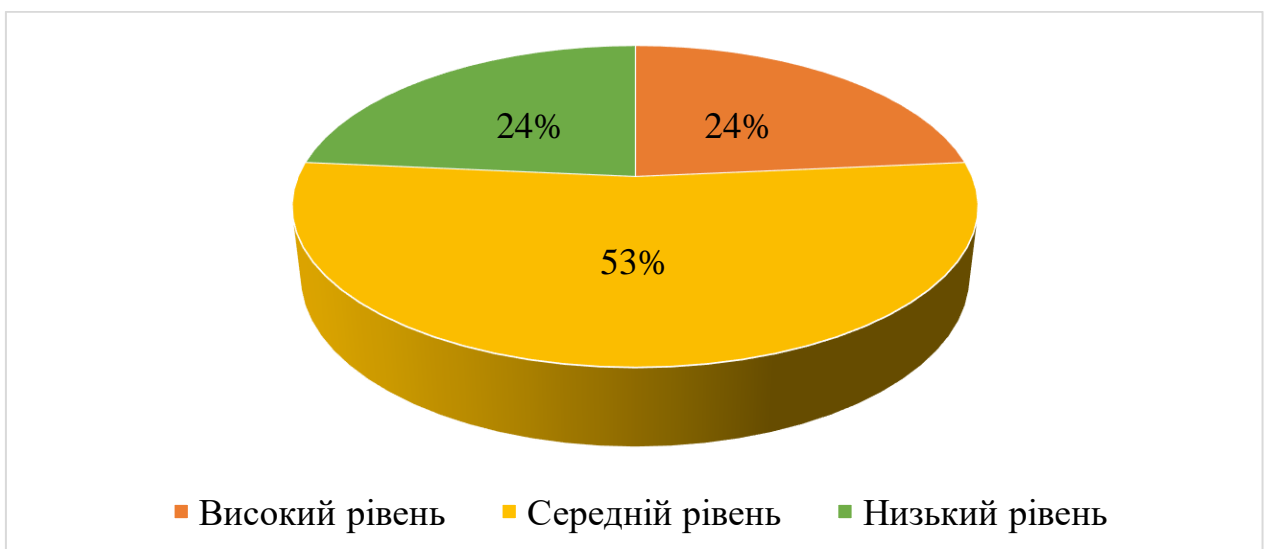


Рис. 2.1.5 Результати дослідження за шкалою *агресивності / імпульсивності*

Отримані результати демонструють, що значна частина дітей має труднощі з емоційною регуляцією та контролем поведінкових реакцій. Так, у 24% дітей виявлено високий рівень агресивності та імпульсивності, що може бути наслідком глибоких переживань втрати, накопиченої фрустрації, почуття несправедливості або невміння конструктивно виражати емоції. Для цієї групи характерні різкі емоційні вибухи, дратівливість, конфліктність, що часто проявляється як реакція на внутрішній біль чи відчуття небезпеки.

Середній рівень агресивності зареєстровано у 53% дітей, що свідчить про помірні прояви імпульсивності, ситуативну дратівливість або реакції на стресові фактори, зокрема зміну сімейної ситуації та пережиту травматичну подію. Такий рівень є типовим для дітей у стані емоційного виснаження або адаптації до нових умов, однак потребує цілеспрямованої профілактичної та корекційної роботи.

Низький рівень агресивності відмічено у 24% дітей, що вказує на достатній самоконтроль, стриманість та адаптивні механізми емоційної регуляції. Ймовірно, ці діти мають краще сформовані навички самозаспокоєння або стабільніше соціально-емоційне середовище.

Загалом результати свідчать, що 77% дітей мають середній або високий рівень агресивності/імпульсивності, що є типовою реакцією на психотравматичний досвід, особливо в умовах втрати батьків. Це підкреслює необхідність впровадження програм емоційної регуляції, розвиток навичок конструктивного вираження почуттів та створення стабільних і підтримувальних умов у прийомних сім'ях чи закладах догляду.

За шкалою *пригніченість / сум* результати розподілились наступним чином: високий рівень мають 6 (35%) дітей; середній – 7 (41%) та низький – 4 (24%) (рис. 2.1.6).

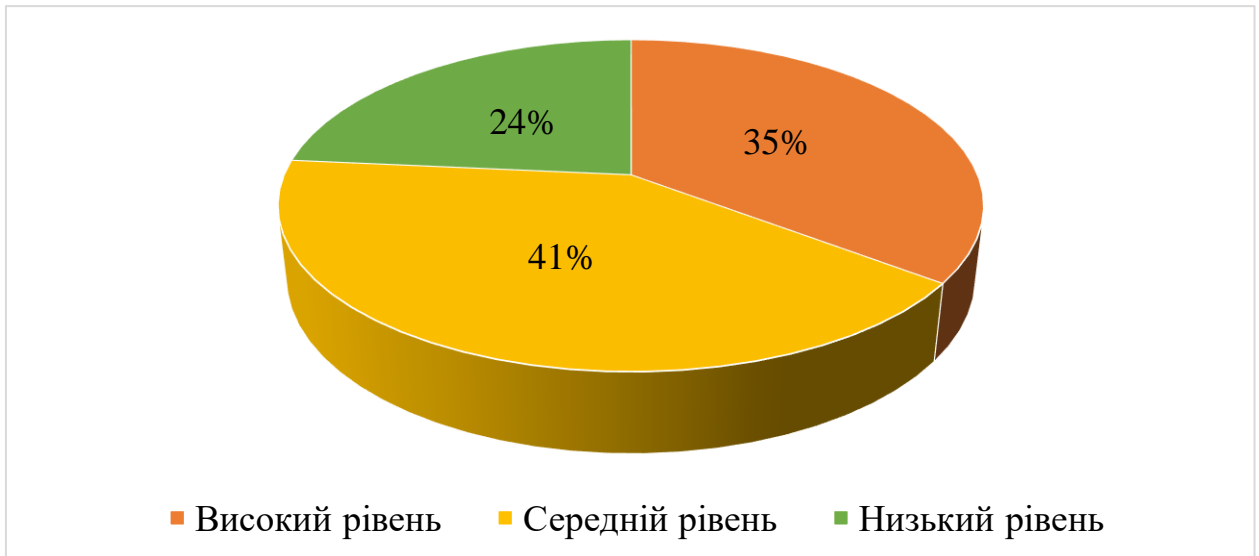


Рис. 2.1.6 Результати дослідження за шкалою пригніченості / суму

Отримані результати свідчать про наявність значних емоційних труднощів, пов'язаних із переживанням втрати та тривалої психологічної напруги. Так, високий рівень пригніченості має 35% дітей, що є індикатором глибокого емоційного виснаження, зниження інтересу до звичних видів діяльності, почуття безнадії або внутрішньої спустошеності. Такі показники є типовими для дітей, які пережили втрату значущої фігури прив'язаності й залишаються в стані хронічного стресу.

Середній рівень пригніченості виявлено у 41% дітей, що відображає помірний, але стійкий рівень емоційного дискомфорту. Для цієї групи характерними можуть бути періодичні спади настрою, втома, знижена активність та чутливість до зовнішніх стресорів. Це природна реакція на травматичний досвід, однак потребує підтримки й уваги з боку дорослих.

Низький рівень пригніченості спостерігається у 24% дітей, що свідчить про достатній рівень внутрішніх ресурсів, сформовані адаптивні механізми та більш сприятливе соціальне або сімейне середовище. Ці діти здатні ефективніше долати негативні переживання й демонструють емоційну стійкість.

Узагальнюючи, 76% дітей мають середній або високий рівень пригніченості, що вказує на значне емоційне навантаження та потребу у психологічній підтримці. Отримані дані підкреслюють необхідність створення умов, у яких діти зможуть безпечно виражати почуття, отримувати емоційну підтримку та формувати позитивні копінг-стратегії.

За шкалою *емоційна нестійкість та вразливість* ми маємо наступні результати: високий рівень мають 5 (29%) дітей; середній – 8 (47%) дітей; низький – 4 (24%) дитини (рис. 2.1.7).

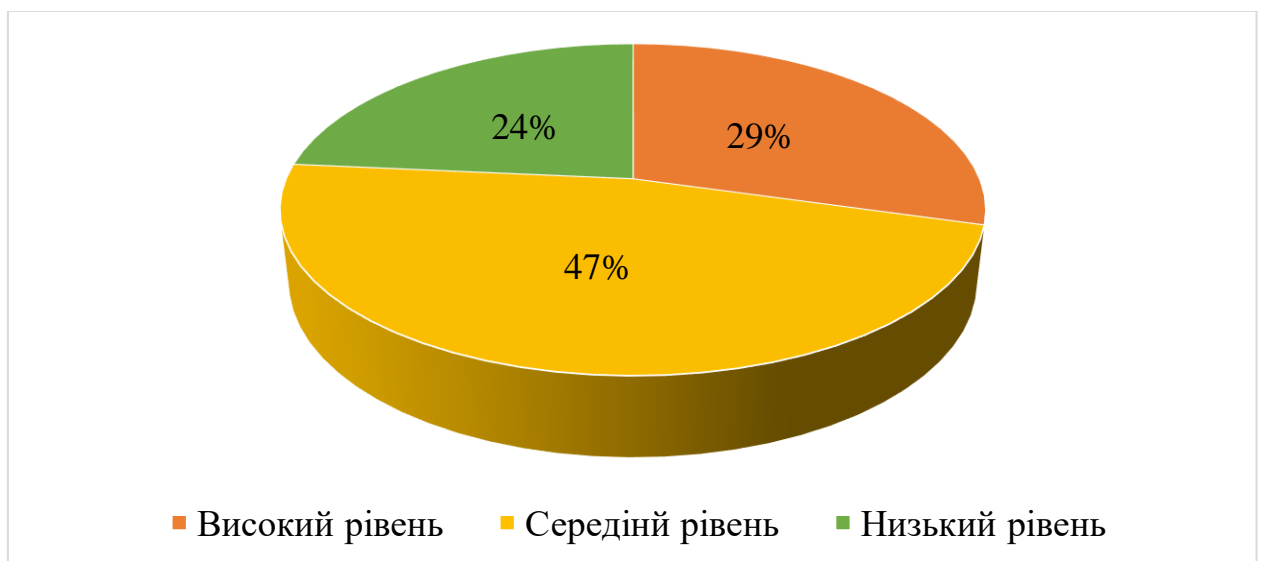


Рис. 2.1.7 Результати дослідження за шкалою емоційна нестійкість та вразливість

Отримані результати свідчать про те, що значна частина дітей має підвищену чутливість до стресових подразників і труднощі з контролем емоційних реакцій. Зокрема, високий рівень емоційної нестійкості виявлено у 29% дітей, що може проявлятися у різких перепадах настрою, плаксивості, швидкій виснаженості та надмірній реакції на незначні труднощі. Для дітей, які пережили втрату батьків, це є типовим проявом травматичної лабільності та внутрішнього емоційного дисбалансу.

Середній рівень емоційної нестійкості зафіксовано у 47% дітей, що відображає помірну, але стійку вразливість до змін середовища та нових ситуацій. Для цієї групи характерними є непередбачувані емоційні реакції, посилена залежність від емоційної підтримки дорослих та труднощі з довготривалим контролем поведінки. Такий рівень є типовим у фазі тривалого адаптаційного процесу.

Низький рівень емоційної нестійкості мають 24% дитини, що свідчить про відносну емоційну стабільність, сформовані навички самоконтролю та здатність до регуляції емоцій навіть в умовах стресу. Імовірно, ці діти мають більше ресурсів або стабільніше соціальне середовище.

Узагальнюючи, 76% дітей демонструють середній або високий рівень емоційної нестійкості, що вказує на високу вразливість цієї групи до повторного стресу та емоційного перенавантаження. Така динаміка підкреслює необхідність системної психологічної роботи, спрямованої на розвиток навичок емоційної регуляції, стабілізацію внутрішнього стану та формування безпечного і підтримувального середовища для кожної дитини.

Результати за шкалою *соціальної чутливості і залежності* демонструють наступне: високий рівень показали 5 (29%) дітей; середній – 9 (53%) дітей та низький – 3 (18%) дитини (рис. 2.1.8).

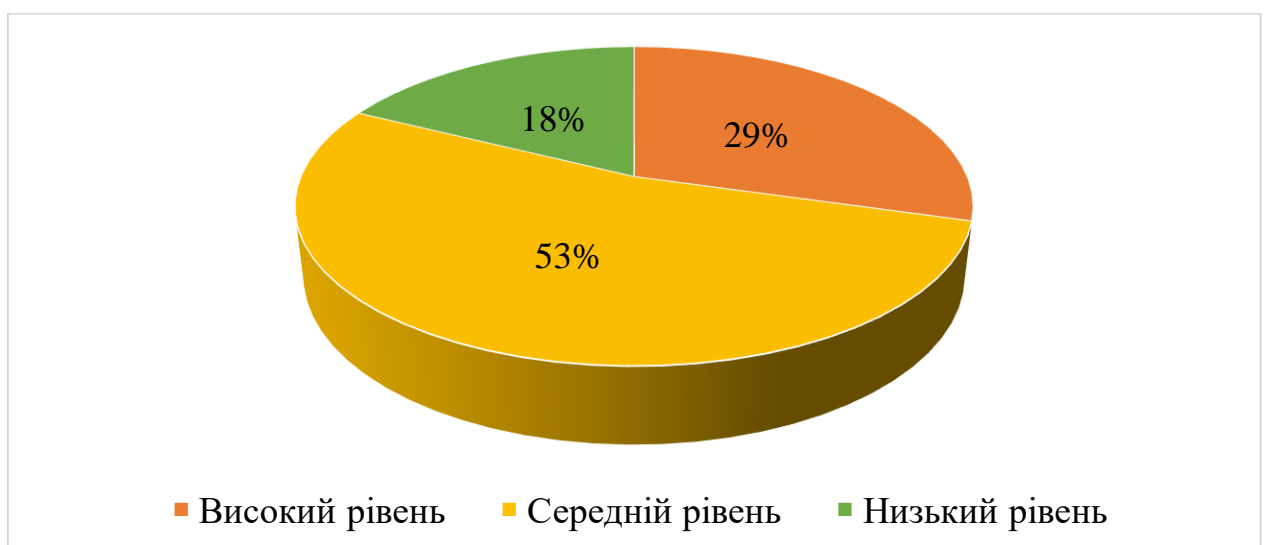


Рис. 2.1.8 Результати дослідження за шкалою соціальної чутливості і залежності

Результати свідчать про наявність помітної залежності від дорослих та підвищеної соціальної чутливості серед дітей, які пережили втрату батьків унаслідок війни. Так, високий рівень соціальної залежності виявлено у 29% дітей. Це вказує на сильну потребу у постійній підтримці, схваленні та близькості значущого дорослого. Діти з таким рівнем залежності часто демонструють страх самотійності, труднощі у прийнятті рішень та виражену чутливість до оцінок з боку інших. У контексті пережитої втрати це є типовим наслідком порушення прив'язаності та психологічної безпеки.

Середній рівень соціальної чутливості мають 53% дітей, що свідчить про помірну залежність від дорослих, підвищену емоційність у соціальних стосунках та необхідність зовнішньої підтримки під час адаптації. Такий рівень є типовим для дітей, які перебувають у процесі відновлення та потребують стабільного, передбачуваного соціального оточення.

Низький рівень соціальної залежності зафіксовано у 18% дітей, що свідчить про сформовану автономність, впевненість у міжособистісній взаємодії та здатність до самотійного емоційного реагування. Ці діти, ймовірно, мають більш стабільні компенсаторні ресурси або сприятливе сімейне середовище після влаштування.

Узагальнюючи, 82% дітей демонструють середній або високий рівень соціальної чутливості і залежності, що свідчить про значну потребу в емоційній підтримці та стабільних стосунках із дорослими. Це підкреслює важливість формування безпечного, турботливого та послідовного середовища в сімейних формах влаштування, а також необхідність цілеспрямованої роботи над відновленням довіри, почуття захищеності та стабільності.

Узагальнюючи отримані дані за результатами методики, можемо констатувати, що високий рівень негативних емоційних проявів мають 31% дітей, середній рівень мають 47% та низький рівень – 22% (рис. 2.1.9).

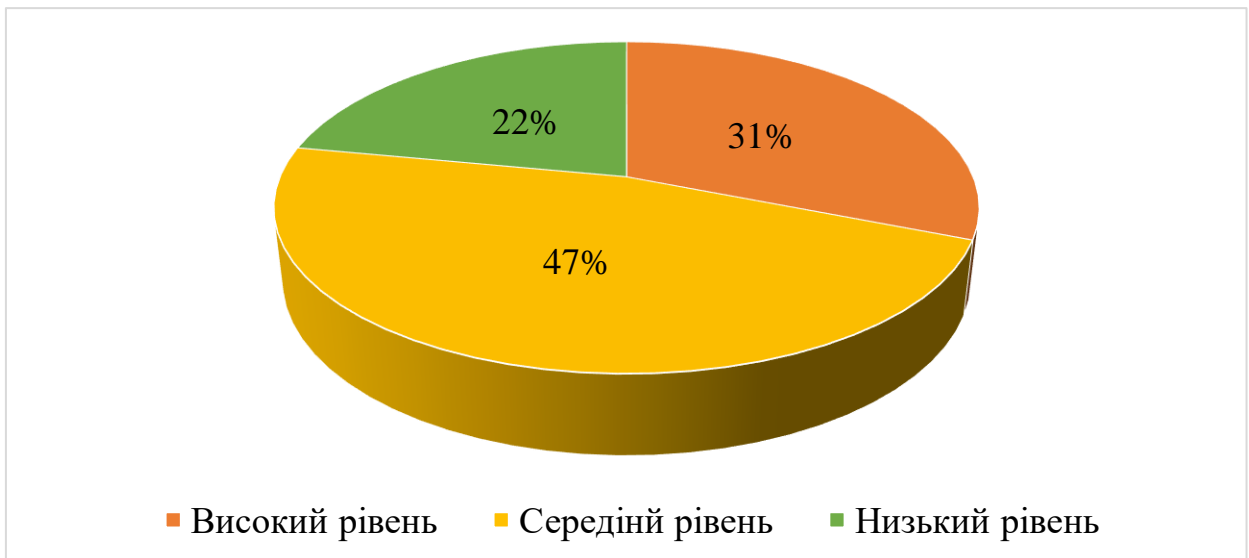


Рис. 2.1.9 Узагальнені результати дослідження за методикою «Діагностика емоційних проявів»

31% дітей демонструють високий рівень негативних емоційних проявів, що вказує на значну емоційну напруженість, наявність внутрішнього дистресу та можливі ознаки посттравматичних переживань. Для цієї групи характерні виражена тривожність, страхи, емоційна лабільність, імпульсивні реакції, а також труднощі з регуляцією поведінки. Такі показники потребують цілеспрямованого психологічного втручання та стабільного підтримувального середовища.

Середній рівень емоційних проявів має 47% дітей, що є свідченням помірних, але стійких емоційних труднощів. Ця група демонструє нестабільність емоційних реакцій, підвищену чутливість до стресових факторів, періодичні спади настрою та залежність від підтримки дорослих. Такі діти перебувають у процесі адаптації після втрати та потребують систематичної психологічної підтримки й моніторингу.

Низький рівень негативних емоційних проявів характерний для 22% дітей, що свідчить про наявність достатніх внутрішніх ресурсів, сформованих копінг-стратегій та відносно стабільного емоційного стану. Ймовірно, ці діти

мають більш сприятливі умови проживання або ефективні механізми підтримки.

Таким чином, результати дослідження показують, що 78% дітей мають середній або високий рівень негативних емоційних проявів, що обґрунтовує необхідність комплексної психологічної допомоги, спрямованої на зниження емоційної напруги, відновлення почуття безпеки та підтримку процесів адаптації після пережитої втрати.

Проведена діагностика психоемоційного стану та симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей, які втратили батьків під час війни, дала змогу комплексно оцінити їхні емоційні реакції, рівень адаптації та глибину травматичного впливу. Результати методик засвідчили високий відсоток дітей із підвищеною тривожністю, страхами, емоційною нестійкістю, соціальною залежністю та проявами пригніченості. Значна частина опитаних продемонструвала середній або високий рівень негативних емоційних проявів, що свідчить про наявність внутрішнього дистресу та незавершених процесів переживання втрати. Показники за методикою CATS та HADS підтвердили наявність симптомів ПТСР та емоційного виснаження у більшості дітей. Сукупність отриманих даних вказує на потребу у системній психологічній підтримці, створенні стабільного та ресурсного середовища, а також розробці програми цілеспрямованого соціально-психологічного відновлення цих дітей.

2.2 Розробка програми соціально-психологічної корекції ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни

Розробка та впровадження програми соціально-психологічної корекції ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни, є ключовим етапом практичної частини дослідження, оскільки саме вона забезпечує перехід від теоретичних висновків до реальних інтервенцій, орієнтованих на відновлення психоемоційної рівноваги дитини. Втрата батьків у воєнних умовах спричиняє глибоку травматизацію, що проявляється у симптомах посттравматичного

стресового розладу, емоційній нестабільності, порушеннях поведінки та труднощах адаптації. Тому створення комплексної, структурованої та науково обґрунтованої програми корекції є необхідною умовою забезпечення ефективної підтримки.

Нами була розроблена програма соціально-психологічної корекції ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни (додаток Г).

Мета програми: сприяти зниженню інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей, які втратили батьків під час війни, шляхом формування навичок емоційної саморегуляції, відновлення почуття безпеки, опрацювання травматичних переживань та зміцнення особистісних і соціальних ресурсів, необхідних для подальшої адаптації та психоемоційного благополуччя.

Завдання програми:

1. створити стабілізуюче та безпечне середовище, у якому дитина може висловлювати емоції, отримувати підтримку та відновлювати почуття контролю;

2. надати психоедукацію у доступній формі щодо природи ПТСР, емоційних та фізіологічних реакцій на стрес, механізмів тригерів та способів самодопомоги;

3. сформувані навички емоційної регуляції, включно з розпізнаванням емоцій, техніками заземлення, дихальними вправами, методами зниження тривоги й напруги;

4. сприяти м'якому та безпечному опрацюванню травматичних спогадів, використовуючи арт-терапевтичні, наративні та тілесно-орієнтовані методики без ризику ретравматизації;

5. розвивати ресурси дитини, включаючи самооцінку, віру у власні сили, навички взаємодії та довіри до значущих дорослих;

6. підтримати процес соціальної адаптації, зокрема розвиток комунікативних навичок, стабільних стосунків та відчуття належності до соціального оточення;

7. зміцнити довготривалі механізми подолання стресу, формування індивідуального плану саморегуляції та профілактики повторного загострення симптомів;

8. залучити прийомних батьків/опікунів та фахівців, забезпечивши їх рекомендаціями щодо підтримки дитини у повсякденному житті.

Програма містить в собі 5 модулів і 24 заняття (таблиця 2.2.1).

Таблиця 2.2.1

Структура програми соціально-психологічної корекції ПТСР у дітей, які втратили батьків під час війни

№	Тема заняття	Зміст заняття
Модуль 1. Безпека та стабілізація		
1.	Знайомство. Створення безпечного простору	Правила групи/індивідуальної роботи, вправи на заспокоєння, перше визначення емоцій.
2.	Психоедукація про ПТСР (у дитячій формі)	Пояснення, чому виникають страхи, флешбеки, тривога. Нормалізація переживань.
3.	Техніки стабілізації та заземлення	Дихальні вправи, техніки «5-4-3-2-1», вправи на тілесне відчуття безпеки.
4.	Формування «Острова безпеки»	Створення особистого символу безпеки, робота з візуалізацією.
Модуль 2. Емоційна регуляція		
5.	Розпізнавання власних емоцій	«Карта емоцій», робота з МАК-картками.
6.	Стратегії заспокоєння тіла та думок	Дихальні протоколи, прогресивна м'язова релаксація.
7.	Робота зі страхом	Вправи «Дерево страху», малювання образів страху та трансформація.
8.	Робота з гнівом	Навички безпечного висловлення, техніки вивільнення гніву.
9.	Робота зі смутком і горюванням	Вправа «Спогад, який гріє», методи емоційного контейнерування.
10.	Навички саморегуляції	Створення індивідуального «Плану самопомоги».
Модуль 3. Робота з травматичними спогадами		
11.	Вступ до роботи з травматичними спогадами	Метод «Травматичний спогад як книга».

Продовження таблиці 2.2.1

12.	Безпечне дистанціювання від травми	Вправа «Екран», створення «рамки контролю».
13.	Робота з образами втрати	Арт-терапія через символи, м'яке проживання емоцій.
14.	Опрацювання тілесних реакцій на тригери	Техніки релаксації, розпізнавання тригерів.
15.	Ресурсні історії	Метод наративної терапії: переписування власної історії.
16.	Інтеграція пережитого досвіду	Побудова мосту «з минулого в майбутнє».
Модуль 4. Відновлення ресурсів і соціальних зв'язків		
17.	Пошук ресурсів	Арт-вправа «Мій рюкзак сил», робота з підтримувальними людьми.
18.	Навички комунікації і довіри	Ігрові та психодраматичні вправи на контакт.
19.	Підтримка самооцінки та впевненості	Метод «Колаж успіхів», позитивна самоусвідомленість.
20.	Формування бачення майбутнього	Вправа «Моє завтра», планування маленьких кроків.
Модуль 5. Завершальний та інтеграційний		
21.	Підсумок навичок саморегуляції	Аналіз власних змін.
22.	Підготовка до завершення терапії	Обговорення емоцій, пов'язаних із закінченням програми.
23.	Створення «Книги сили» або «Щоденника відновлення»	Фіксація досягнутих результатів.
24.	Завершення. Ритуал прощання	Підбиття підсумків, зміцнення відчуття контролю та стабільності.

Модуль 1. Безпека та стабілізація спрямований на створення відчуття захищеності, формування довіри та стабілізацію емоційного стану дитини. Він допомагає знизити тривогу, навчити базовим технікам саморегуляції та підготувати дитину до подальшої роботи з травматичними переживаннями. Через психоедукацію, дихальні вправи, сенсорне заземлення та візуалізації дитина поступово відновлює внутрішній контроль і почуття безпеки. Основний результат модуля – формування перших навичок подолання стресу та появи «внутрішнього опертя».

Заняття 1. Знайомство та створення безпечного простору. Фахівець знайомиться з дитиною, встановлює прості правила взаємодії та підкреслює, що всі емоції прийнятні. Дитина виконує легкі вправи на тілесне заспокоєння та обирає символ безпеки (малюнок, колір, предмет). Завдання заняття – сформувати довіру, зменшити напругу та створити комфортну атмосферу для подальшої роботи.

Заняття 2. Психоедукація про ПТСР у доступній формі. Дитині пояснюють простими метафорами, чому виникають страхи, тривога чи різкі реакції. Через малюнок або гру вона відображає власні переживання. Підкреслюється, що ці реакції є нормальними після стресу. Дитина пробує одну техніку заспокоєння. Заняття допомагає знизити страх перед власними емоціями та зрозуміти, що з нею відбувається.

Заняття 3. Техніки стабілізації та заземлення. Дитина вчиться впливати на свій стан через дихання, тілесні вправи та сенсорні техніки. Використовуються методи «5-4-3-2-1», «важкі ноги – легкі руки», коротка візуалізація тепла чи світла. Мета – допомогти дитині швидко знижувати напругу та повертатися у стан спокою при стресових реакціях.

Заняття 4. Формування «Острова безпеки». Через малювання чи візуалізацію дитина створює образ місця, де почувається спокійно та захищено. Фахівець допомагає деталізувати цей простір: кольори, звуки, предмети, хто поруч. Заняття завершується тренуванням входження у цей стан. Мета – сформувати внутрішній ресурс, до якого дитина може повертатися під час тривоги чи страху.

Модуль 2. Емоційна регуляція спрямований на формування в дітей навичок розпізнавання, вираження та регуляції емоцій. Діти вчать усвідомлювати власні почуття, розуміти їх причини, відрізнити тілесні реакції та обирати способи заспокоєння. У цьому блоці використовуються техніки арт-терапії, дихальні вправи, наративні методи та психоігри. Заняття допомагають опрацювати страх, гнів, смуток, тривогу та інші емоції, які часто супроводжують ПТСР і втрату батьків. Основний результат – розвиток

здатності керувати власними станами, зниження імпульсивних реакцій та зміцнення внутрішньої рівноваги.

Заняття 5. Розпізнавання власних емоцій. За допомогою «карти емоцій», кольорів чи МАК-карток дитина вчиться називати й описувати свої почуття. Обговорюються ситуації, які викликають різні емоції, та тілесні реакції, що їх супроводжують. Завдання заняття – розвинути емоційну обізнаність і навчити дитину відрізняти різні стани, що є основою подальшої саморегуляції.

Заняття 6. Стратегії заспокоєння тіла й думок. Дитина тренує дихальні техніки, м'язову релаксацію та вправи на сповільнення темпу. Фахівець пояснює, як тіло реагує на стрес і як його можна «вимкнути». Практикуються короткі заспокійливі ритуали, які дитина зможе застосовувати самостійно. Мета – зменшення фізіологічної напруги та тривоги.

Заняття 7. Робота зі страхом. Дитина малює свій страх або створює його символ, після чого разом із фахівцем трансформує образ на більш безпечний. Використовується вправа «Дерево страху», де дитина позначає причини страху та способи подолання. Заняття спрямоване на зменшення інтенсивності страхів та формування відчуття контролю.

Заняття 8. Робота з гнівом. Дитина вчиться розпізнавати прояви гніву та безпечно його висловлювати. Використовуються вправи: «кушетка для стукоту», «подушка сили», малювання гніву та його трансформація. Обговорюються ситуації, які викликають гнів. Мета – зниження імпульсивних реакцій та навчання конструктивних способів вираження емоції.

Заняття 9. Робота зі смутком і переживанням втрати. Дитина через малюнок або історію розповідає про те, що викликає смуток. Використовується вправа «Теплий спогад», яка допомагає віднайти ресурс у важких почуттях. Фахівець навчає технікам контейнерування смутку. Заняття допомагає м'яко опрацьовувати горювання та емоційний біль.

Заняття 10. Навички саморегуляції. Підсумовуються засвоєні техніки: дихання, релаксація, заземлення, емоційне розпізнавання. Дитина разом із фахівцем створює свій «План самодопомоги» – набір методів, які вона може

застосовувати у стресових ситуаціях. Завдання – закріпити нові навички та підвищити самостійність у регулюванні емоцій.

Модуль 3. Робота з травматичними переживаннями спрямований на м'яке та безпечне опрацювання травматичних спогадів, уникнення ретравматизації та поступове інтегрування пережитого в життєвий досвід дитини. Використовуються арт-терапія, наративні техніки, методи дистанціювання та тілесно-орієнтовані практики. У процесі роботи дитина вчиться помічати тригери, контролювати реакції та знижувати інтенсивність болісних переживань. Модуль допомагає трансформувати травматичні образи у більш безпечні, відновити відчуття внутрішньої опори та підвищити стійкість до стресу. Він є ключовим у подоланні симптомів ПТСР.

Заняття 11. Вступ до роботи з травмою. Фахівець м'яко пояснює дитині принципи роботи з травматичними спогадами, застосовуючи техніку «травма як книга», де дитина може «закривати» або «відкривати» її за власним бажанням. Проводяться вправи на дистанціювання, що дозволяє говорити про травму без перенавантаження. Мета – сформувати контрольоване та безпечне ставлення до теми травми.

Заняття 12. Техніка безпечного дистанціювання. Використовується вправа «екран» або «рамка», яка допомагає дитині уявити спогад на відстані, ніби вона спостерігає за ним збоку. Це дозволяє зменшити силу емоційної реакції. Дитина тренує навички «приближення-віддалення». Мета – створити безпечний спосіб контакту з травматичними образами.

Заняття 13. Робота з образами втрати. Через малювання, створення символів або ліплення дитина виражає складні почуття, пов'язані з втратою. Фахівець допомагає трансформувати образ у більш м'який та підтримувальний. Використовується вправа «два малюнки»: до і після трансформації. Завдання – дати дитині можливість висловити біль і зробити його більш контрольованим.

Заняття 14. Опрацювання тілесних реакцій на тригери. Дитина вчиться розпізнавати, як тіло реагує на раптові сигнали (гучний звук, темрява тощо).

Використовуються вправи на розслаблення, глибоке дихання, «тілесний щит». Дитина вчиться вчасно застосовувати техніки заспокоєння, коли помічає тригер. Мета – зниження інтенсивності тілесних симптомів ПТСР.

Заняття 15. Ресурсні історії та наративна терапія. Дитина разом із фахівцем створює історію, де вона виступає героєм, який долає труднощі, знаходить підтримку та ресурси. Це допомагає змінити негативні переконання про власну безсилість. Використовується техніка «переписування історії». Мета — посилити почуття компетентності й внутрішньої сили.

Заняття 16. Інтеграція пережитого досвіду. Дитина створює образ «мосту з минулого в майбутнє», що символізує перехід від болісних подій до відновлення. Обговорюються зміни, які вже відбулися, та опрацьовані емоції. Фахівець допомагає знайти ресурси, що підтримуватимуть надалі. Мета – завершити роботу з травмою та сформуванню відчуття поступового руху вперед.

Модуль 4. Відновлення ресурсів і соціальних зв'язків спрямований на посилення внутрішніх ресурсів дитини та відновлення її здатності будувати здорові соціальні взаємини після пережитої травми. Він допомагає дитині знову відчувати підтримку, довіру та належність до соціального середовища. Через ігрові, арт-терапевтичні та психодраматичні техніки учасники вчать комунікувати, виражати свої потреби, співпрацювати з іншими та формувати позитивний образ себе. Модуль також покликаний підвищити самооцінку, впевненість і мотивацію до взаємодії з однолітками та дорослими. Основним результатом є розвиток ресурсності та соціальної компетентності.

Заняття 17. Пошук і зміцнення внутрішніх ресурсів. За допомогою арт-вправи «Мій рюкзак сил» дитина визначає особисті якості, людей і дії, які її підтримують. Фахівець допомагає побачити сильні сторони та назвати внутрішні опори. Обговорюється, що допомагає дитині долати труднощі. Мета – сформуванню усвідомлення власних ресурсів і здатності спиратися на них.

Заняття 18. Навички комунікації та побудови довіри. Через ігрові завдання, психодраму та вправи на співпрацю дитина вчиться встановлювати

контакт, уважно слухати та просити про допомогу. Проводяться вправи «дзеркало», «веду і слідую». Обговорюються безпечні та небезпечні стосунки. Мета – зміцнення комунікативних навичок і здатності вибудовувати довірливі взаємини.

Заняття 19. Підтримка самооцінки та впевненості. Дитина створює «колаж успіхів», де зображає свої досягнення, сильні сторони й позитивні риси. Фахівець проговорює позитивний зворотний зв'язок. Проводяться вправи на впевненість – «мій стійкий крок», «поза сили». Мета – підвищення самооцінки, розвиток відчуття цінності та віри у власні сили.

Заняття 20. Формування позитивного бачення майбутнього. Використовується вправа «Моє завтра», де дитина створює малюнок або історію про майбутнє без страхів. Обговорюються реальні кроки, які допоможуть рухатися вперед. Дитина формує «маленькі цілі» на найближчий час. Мета – зміцнення мотивації, надії та віри в можливість змін.

Модуль 5. Завершальний та інтеграційний спрямований на підбиття підсумків пройденої корекційної роботи, інтеграцію набутих навичок та формування впевненості дитини у власних силах після завершення програми. Він допомагає усвідомити особисті зміни, зміцнити відчуття контролю над емоціями та станами, а також закріпити ефективні стратегії подолання стресу. Важливою частиною модуля є підготовка до завершення терапевтичного процесу, опрацювання можливих переживань, пов'язаних з прощанням, і створення пам'ятного ресурсу. Результатом завершального етапу є впевнене використання дитині власних навичок для подальшого емоційного відновлення.

Заняття 21. Підсумок навичок саморегуляції. Дитина разом із фахівцем переглядає техніки, які вивчила: дихання, заземлення, візуалізації, робота з емоціями. Проводиться вправа «Моє колесо спокою», щоб визначити найефективніші методи. Обговорюються ситуації, де дитина вже змогла застосувати навички. Мета – усвідомлення власного прогресу та зміцнення впевненості.

Заняття 22. Підготовка до завершення програми. Дитина ділиться своїми почуттями щодо завершення занять. Проводяться вправи на опрацювання емоції прощання та техніки стабілізації. Фахівець підкреслює, що закінчення програми – це крок уперед, а не втрата підтримки. Мета – зменшити тривогу та сформуванати позитивне ставлення до завершального етапу.

Заняття 23. Створення «Книги сили» або «Щоденника відновлення» (60 слів). Дитина оформлює власний ресурсний щоденник: малюнки, символи, техніки, які допомогли, важливі фрази підтримки. Це стає матеріальним нагадуванням про її можливості. Фахівець допомагає структурувати цей ресурс. Мета – закріпити досягнення та створити інструмент підтримки після завершення програми.

Заняття 24. Ритуал завершення та підбиття підсумків. Дитина висловлює свої переживання, фахівець акцентує на успіхах. Проводиться символічний ритуал завершення (наприклад, «світловий коло» або «дерево змін»). Підкреслюється, що дитина тепер має інструменти для подолання труднощів. Мета – завершити програму на позитивній ноті та зміцнити відчуття власної стійкості.

Таким чином, програма є комплексним інструментом, що дозволяє поєднати психоедукацію, стабілізацію, корекцію та розвиток ресурсів, забезпечуючи цілісну підтримку дитини, яка пережила тяжку втрату й бойову травматизацію. Вона створює підґрунтя для подальшого психоемоційного відновлення та адаптації, а також підкреслює важливість системної й довготривалої роботи з дітьми, що постраждали від війни.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було здійснено комплексне дослідження психоемоційного стану дітей, які втратили батьків під час війни, та обґрунтовано необхідність розробки і впровадження цілісної програми соціально-психологічної корекції ПТСР. Проведена діагностика із застосуванням валідних методик (CATS, HADS та додаткових опитувальників) дала змогу визначити рівень вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу, рівень тривожності, депресивних проявів та загальний емоційний фон дітей. Результати виявили наявність значних психоемоційних труднощів, що проявляється у підвищеній тривожності, емоційній нестабільності, труднощах адаптації, порушеннях поведінки та сформованих страхах, що підтверджує необхідність системного фахового втручання.

На основі проведеного аналізу було розроблено комплексну програму соціально-психологічної корекції, яка охоплює п'ять послідовних модулів: стабілізацію та формування безпеки, розвиток навичок емоційної регуляції, роботу з травмою, зміцнення ресурсності та соціальних зв'язків, а також інтеграцію отриманих змін. Така структура забезпечує поступовість, вікову чутливість і безпечність психологічного втручання, що є ключовими умовами ефективної роботи з дітьми, які пережили втрату.

Програма базується на сучасних доказових підходах – арт-терапії, нарративних практиках, техніках заземлення, тілесно-орієнтованих методах і психоедукації. Її впровадження створює умови для зниження інтенсивності симптомів ПТСР, формування нових адаптивних стратегій подолання, зміцнення внутрішніх ресурсів і покращення соціальної взаємодії. Особлива увага приділена формуванню навичок саморегуляції та відновленню почуття контролю, що є важливими факторами посттравматичного відновлення.

Таким чином, результати другого розділу підтверджують актуальність і ефективність запропонованого підходу. Розроблена програма становить

практичну цінність для роботи психологів, соціальних працівників та інших фахівців, які працюють із дітьми, постраждалими від війни, та може бути адаптована для різних умов і контингентів.

ВИСНОВКИ

У межах виконаного дослідження було досягнуто всі поставлені завдання, що дало можливість комплексно розкрити психологічні, соціальні та корекційні аспекти посттравматичного стресового розладу у дітей, які втратили батьків під час війни, а також обґрунтувати ефективні шляхи його подолання.

1. Здійснено ґрунтовний аналіз сутності ПТСР як психологічного феномена. Визначено, що посттравматичний стресовий розлад у дитячому віці має специфічний характер, оскільки поєднує емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні прояви, що порушують процеси адаптації й розвитку. Розглянуті наукові підходи підтвердили багатовимірність ПТСР та необхідність комплексного розуміння його механізмів.

2. Проаналізовано специфіку переживання втрати батьків у контексті воєнних дій. Установлено, що така втрата є однією з найсильніших дитячих травм, яка руйнує почуття базової безпеки, порушує формування прив'язаності та ускладнює емоційний розвиток. Фактори війни – загроза життю, хаос, переміщення, втрата звичного оточення – багаторазово підсилюють травматичний вплив та прискорюють формування ПТСР.

3. Досліджено соціально-психологічні особливості перебігу ПТСР у дітей цієї категорії. Виявлено, що соціальне середовище відіграє вирішальну роль у формуванні та подоланні посттравматичних наслідків. Підтримувальні стосунки з опікунами, прийомною родиною, соціальними працівниками, педагогами сприяють зменшенню симптомів, тоді як нестабільність або емоційна депривація можуть їх посилювати.

4. Розроблено науково обґрунтовану програму соціально-психологічної корекції ПТСР, що включає п'ять модулів: стабілізацію, емоційну регуляцію, роботу з травмою, відновлення ресурсності та інтеграцію змін. Програма базується на доказових підходах і відповідає віковим потребам дітей, які пережили втрату. Вона створює умови для зниження тривоги, опрацювання

травматичних спогадів, зміцнення внутрішніх ресурсів та формування адаптивних стратегій поведінки.

Отже, проведене дослідження підтверджує, що діти, які втратили батьків під час війни, потребують комплексної, системної та довготривалої соціально-психологічної допомоги. Розроблена програма корекції становить значний практичний потенціал і може бути використана у діяльності психологів, соціальних працівників, опікунів та педагогів з метою відновлення психоемоційного благополуччя дітей, постраждалих від війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Атаманчук Н. Переживання дітьми втрати рідних. *Global Trends and Direction of Scientific Research Development: abstracts of XXXII International Scientific and practical conference* (Hamburg, Germany, July 31-August 2, 2024). Hamburg, Germany, 2024. С. 233-236.
2. Бульковська В. Особливості роботи з дітьми які постраждали від війни в межах закладу освіти. *Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: зб. тез допов. Міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Київ-Біла Церква, 30 верес. 2023 р.). Київ-Біла Церква, 2023. С. 45-49.
3. Войлокова Г., Скидаленко Є., Демочко Г. Посттравматичний стресовий розлад у дітей та підлітків: особливості перебігу, методи його діагностики та лікування. *Actual Problems of Modern Science: proceedings of the IV International Scientific and Practical Conference* (Boston, USA, January 31 – February 3, 2023). Boston, USA, 2023. С. 218-220.
4. Волошин В. Особливості проживання втрати українцями під час війни. *Життєві виклики сучасного суспільства: реалії та перспективи: зб. матер. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. уч.* (м. Київ, 9-10 листоп. 2023 р.). Київ, 2023. С. 14-15.
5. Галицька-Дідух Т. Діти під час війни: психологічні наслідки та програми реабілітації після війни в Україні (історична ретроспектива 2014 р. – дотепер). *Актуальні питання гуманітарних наук: зб. наук. пр.* 2023. Вип. 67. Т. 1. С. 60-65.
6. Горіна О. Психологічні особливості дітей, які залишилися без батьків. *MODERN Directions of Scientific Research Development: proceedings of X International Scientific and Practical Conference* (Chicago, USA, 23-25 March 2022). Chicago, USA, 2022. С. 162-166.
7. Горленко В. Psychological education of parents as a basis for the prevention of PTSD in children during war and post-war times. *Актуальні питання*

громадського здоров'я та екологічної безпеки України: зб. тез (м. Київ, 23-24 жовт. 2025 р.). Київ, 2025. С. 57-58.

8. Доценко В. Невизначена втрата: нові виклики в роботі психологів під час війни. *Забезпечення психологічної допомоги в секторі безпеки та оборони України: зб. наук. пр.* 2024. С. 92-95.

9. Дрок М. Напрямки подолання ПТСР у дітей, які постраждали або стали свідками війни. *Захист прав та інтересів дітей і жінок в умовах воєнного стану* : матеріали Всеукр. наук.-практ. семінару (м. Дніпро, 29 квіт. 2022 р.). Дніпро, 2022. С. 27-28.

10. Євграшина М. Досвід переживання розлуки та втрати членами сімей, що були розділені через вимушену міграцію. *Український психоаналітичний журнал*. 2024. № 2(1). DOI: <https://doi.org/10.32782/upj/2024-1-10>.

11. Зінченко С., Шамрицька Г. Роговенко А. Посттравматичний стресовий розлад у дітей під час війни, і як з ним боротися. *Innovations in Modern Education: European and Global Context: abstracts of XIII International Scientific and Practical Conference* (Krakow, Poland, November 25-27, 2024). Krakow, Poland, 2024. С. 247-249.

12. Інформаційний супровід освітян щодо подолання деструктивних наслідків воєнного стану (ПТСР): реферативний огляд (част. 1) / упоряд.: Я. Пилипчук, О. Углова, Л. Пономаренко; за заг. ред. М. Ростоки, О. Лучанінової; бібліогр. ред. О. Углова. Віртуальний читальний зал освітянина ДНПБ України ім. В. О. Сухомлинського. Освіта і наука в умовах війни (онлайн-проект); НАПН України; ДНПБ України ім. В. О. Сухомлинського [офіц. сайт]. Київ, 2024. 38 с.

13. Коновальчук В., Праченко О. Психічне здоров'я дітей в умовах воєнних дій. *Збереження психічного здоров'я в умовах воєнних дій: зб. наук. пр. круг. ст.* (м. Київ, 31 жовт. 2023 р.). Київ, 2023. С. 47-52.

14. Кузьменко Ю. Психологічні особливості стану та наслідків для осіб, що пережили втрату близьких їм людей під час війни. *Науковий вісник*

Вінницької академії безперервної освіти. Серія : Педагогіка. Психологія. 2022. № 1. DOI: <https://doi.org/10.32782/academ-ped.psyh-2022-1.05>.

15. Кульменко Ю. Психологічні особливості стану та наслідків для осіб, що пережили втрату близьких їх людей під час війни. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія : Педагогіка. Психологія. 2022. Вип. 1. С. 28-34.*

16. Марценковський Д., Марценковський І. Депресії у дітей та підлітків унаслідок психологічної травматизації. *Міжнародний неврологічний журнал. 2021. № 4. Т. 17. С. 31-40.*

17. Найдьонова Л., Найдьонов М., Григоровська Л. Media trauma and posttraumatic stress disorder symptoms in children. *Журнал сучасної психології. 2022. № 4(27). С. 56-70.*

18. Нікітіна О., Белова П. Діагностика рівня ПТСР серед учнів старшої школи прифрантового мегаполіса. *Вісник Національного університету оборони України. 2024. № 5(81). С. 118-126.*

19. Підчасов Є., Чепелева Н. Стресові стани дитини під час війни. *Особистість, Суспільство, Війна. 2022. С. 93-95.*

20. Пророк Н., Бойко С., Царенко Л., Столярчук О., Гнатюк О., Чекстере О., Купрєєва О. Психологічна допомога дітям в умовах воєнного стану : довідник вихователів дошкільних навчальних закладів і вчителів загальноосвітніх навчальних закладів. К. : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 155 с.

21. Рябуха С., Дячкова О. Особливості прояву стресових станів у дітей в умовах війни. *Наука про цивільний захист як шлях становлення молодих вчених: матер. Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Черкаси, 16 трав. 2024 р.). Черкаси, 2024. С. 387-388.*

22. Скальська Л., Горбачов В. Вплив війни на психічне здоров'я дітей. *Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: зб. тез допов. Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 30 верес. 2023 р.). Київ, 2023. С. 201-204.*

23. Скальська Л., Горбачов В. Допомога підліткам у подоланні тривожності та ПТСР внаслідок воєнних дій. *Українська школа в контексті війни: психологічні проблеми*: зб. матер. II Всеукр. наук.-практ. інтер.-конф. (м. Київ, 5 трав. 2025 р.). Київ, 2025. С. 117-120.

24. Соколовська Л. Підтримка психологічного самопочуття підлітків під час втрати близької людини: стратегії та підходи. *Освіта і здоров'я підростаючого покоління*: матер. VI Міжнар. симпоз. 2024. Вип. 6. С. 175-177.

25. Слободян О., Кузь О. Діти України у часі війни: психолого-педагогічні умови плекання стійкості. *Science and Society: Modern Trends in a Changing World: proceedings of I International Scientific and Practical Conference (Vienna, Austria, 18-20 December 2023)*. Vienna, Austria, 2023. С. 420-429.

26. Суятинова К. Особливості посттравматичного стресового розкладу у дітей дошкільного віку. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія : Педагогіка. Психологія*. 2024. Вип. 5. С. 171-178.

27. Тарнавська О. Через біль – до світла: родинне горювання під час війни у контексті культури підтримки. *Українська школа в контексті війни: психологічні проблеми*: матер. II Всеукр. наук.-практ. інтер.-конф. (м. Київ, 5 трав. 2025 р.). Київ, 2025. С. 79-86.

28. Чекстере О. Вплив сімейних факторів на прояв симптомів ПТСР у дітей під час військових дій. *Нова українська школа: психологічні проблеми*: матер. III Всеукр. наук.-практ. інтер.-конф. (м. Київ, 23 черв. 2022 р.). Київ, 2022. С. 65-69.

29. Чекстере О. Допомога в адаптації дітям-переселенцям, які перенесли психоемоційну травму або серйозну втрату. *Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми*: зб. тез V Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 22 квіт. 2022 р.). Київ, 2022. С. 151-154.

30. Шиловська О. Особливості психологічної підтримки дітей під час війни. *Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні*

ПТСП: зб. тез допов. Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ-Біла Церква, 30 верес. 2023 р.). м. Київ-Біла Церква, 2023. С. 252-255.

31. Яцина О. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. *Наукові перспективи*. 2022. № 7(25). [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-7\(25\)-554-567](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-7(25)-554-567).

ДОДАТКИ

Додаток А

**Опитувальник для діагностики ПТСР у дітей
«Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) – адаптована форма»**

Прізвище, ім'я дитини: _____

Вік: _____ Дата заповнення: _____

Інструкція: прочитай (або прослухай) твердження і познач, як часто це траплялося з тобою за останні 2 тижні.

Познач один варіант відповіді:

0 – Ніколи

1 – Іноді

2 – Часто

3 – Дуже часто

ЧАСТИНА 1. ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД

Познач, чи траплялися з тобою такі події (можна обрати кілька):

- Втрата близької людини
- Перебування у зоні бойових дій
- Свідчення вибухів, обстрілів
- Вимушене переселення
- Переживання насильства або загрози життю
- Інша подія, що тебе сильно налякала:

ЧАСТИНА 2. СИМПТОМИ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ

1. Повторне переживання та спогади

Переконання	0	1	2	3
1.1 Мені раптом згадуються страшні події, навіть коли я не хочу.				
1.2 Мене лякають сни або кошмари про те, що сталося.				
1.3 Я відчуваю, ніби це знову відбувається зі мною.				

2. Уникнення

Переконання	0	1	2	3
2.1 Я намагаюся не думати про те, що сталося.				
2.2 Я уникаю місць, людей або розмов, які нагадують про подію.				

3. Негативні зміни у думках та настрої

Переконання	0	1	2	3
3.1 Мені часто сумно або самотньо.				
3.2 Я думаю, що світ небезпечний.				
3.3 Мені важко довіряти людям.				
3.4 Я почуваюся винним через те, що сталося.				

4. Підвищене збудження

Переконання	0	1	2	3
4.1 Мені важко заснути або я часто прокидаюся.				
4.2 Я сильно лякаюся гучних звуків.				
4.3 Мені важко зосередитися.				
4.4 Я часто злюся або швидко дратуюся.				

ЧАСТИНА 3. ВПЛИВ НА ПОВСЯКДЕННЕ ЖИТТЯ

Переконання	0	1	2	3
5.1 Мені важко вчитися або відвідувати школу.				
5.2 Мені важко спілкуватися з іншими дітьми.				
5.3 Мені важко робити звичайні справи вдома.				

ПІДСУМКОВЕ ОЦІНЮВАННЯ

Сума балів: _____

(чим більша сума балів, тим вираженіші симптоми ПТСР.)

Орієнтовна інтерпретація:

0-15 балів – низький рівень симптомів

16-29 балів – середній рівень симптомів

30 і більше – високий рівень, рекомендована консультація фахівця

ПРИМІТКА ДЛЯ ДОСЛІДНИКА

Ця адаптована форма створена для наукових цілей і базується на структурі міжнародного скринінгового інструменту CATS (Child and Adolescent Trauma Screen). Може бути використана в індивідуальній або груповій роботі з дітьми та підлітками.

ШКАЛА ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ HADS (АДАПТОВАНА ФОРМА)

Прізвище, ім'я респондента: _____

Вік: _____ Дата заповнення: _____

Інструкція: будь ласка, прочитайте кожне твердження та оберіть відповідь, яка найточніше описує Ваш стан за останній тиждень.

Оберіть один варіант відповіді у кожному пункті.

0 – Ніколи / зовсім ні

1 – Іноді / трохи

2 – Часто / помірно

3 – Дуже часто / сильно

ЧАСТИНА А – ТРИВОГА

A1. Я відчуваю напруження або тривогу.

- 0
- 1
- 2
- 3

A2. Я переживаю, ніби щось погане може статися.

- 0
- 1
- 2
- 3

A3. Я відчуваю внутрішнє збудження, немов «не можу знайти собі місця».

- 0
- 1
- 2
- 3

A4. Мені важко розслабитися.

- 0
- 1

- 2
- 3

A5. Я раптово лякаюсь або реагую сильніше, ніж треба.

- 0
- 1
- 2
- 3

A6. Я відчуваю постійну напруженість у тілі.

- 0
- 1
- 2
- 3

A7. Мені важко контролювати тривожні думки.

- 0
- 1
- 2
- 3

ЧАСТИНА D – ДЕПРЕСІЯ

D1. Я відчуваю, що мені бракує сил або енергії.

- 0
- 1
- 2
- 3

D2. Я втрачаю інтерес до речей, які раніше приносили радість.

- 0
- 1
- 2
- 3

D3. Я відчуваю смуток або пригнічення без видимої причини.

- 0
- 1
- 2

- 3

D4. Я маю труднощі з концентрацією уваги.

- 0
- 1
- 2
- 3

D5. Я уникаю соціальних контактів або спілкування.

- 0
- 1
- 2
- 3

D6. Мені здається, що я гірший/гірша за інших.

- 0
- 1
- 2
- 3

D7. Я часто відчуваю безнадійність.

- 0
- 1
- 2
- 3

ПІДСУМКОВЕ ОЦІНЮВАННЯ

Тривога (A): сума балів за A1–A7 → _____ балів

Інтерпретація:

0-7 балів – норма

8-10 балів – субклінічний рівень тривоги

11 і більше – клінічно значуща тривога

Депресія (D): сума балів за D1–D7 → _____ балів

Інтерпретація:

0-7 балів – норма

8-10 балів – субклінічний рівень депресії

11 і більше – клінічно значуще зниження настрою

**Методика «Діагностика емоційних проявів»
(О. Лусканова, А. Прихожан)**

Інструкція для дитини: перед тобою твердження, які можуть описувати різні почуття та те, як ти поводишся у різних ситуаціях. Прочитай кожне твердження й обери відповідь, яка тобі найбільше підходить:

- Так, це про мене – 2 бали
- Іноді так буває – 1 бал
- Ні, це не про мене – 0 балів

Текст тверджень методики (27 пунктів):

1. Мені часто буває страшно, хоча я не знаю чому.
2. Я легко засмучуюся або починаю плакати.
3. Коли я серджуся, я можу сильно кричати або штовхати інших.
4. Я часто думаю про те, що зі мною може трапитися щось погане.
5. Мені важко заспокоїтися, коли я хвилююся.
6. Я можу образитися через дрібниці.
7. Я іноді хочу побути зовсім один(одна).
8. Я часто відчуваю себе втомленим(ою) або сумним(ою).
9. Мене дратує, коли щось не виходить одразу.
10. Мені здається, що іншим дітям легше, ніж мені.
11. Я боюся залишатися один(одна) вдома або в темряві.
12. Я швидко переходжу від сміху до сліз.
13. Мені важко довго сидіти спокійно, я часто рухаюся.
14. Іноді я відчуваю, що мене ніхто не розуміє.
15. Мені буває страшно через гучні звуки або голоси.
16. Я можу сильно розсердитися, якщо хтось мене зачіпає.
17. Я часто переживаю через оцінки або через те, що подумують інші.
18. Мені хочеться, щоб поруч завжди був хтось із дорослих.
19. Я часто хвилююся перед новими справами.
20. У мене буває так, що серце починає сильно битися без причини.
21. Мені важко заснути через думки, які крутяться в голові.
22. Я відчуваю, що іноді не можу стримати свої емоції
23. Я боюся робити помилки.
24. Мені здається, що я гірший/гірша за інших.
25. Я часто хвилююся за своїх близьких.

26. Іноді я злюся на себе або на інших без видимої причини.

27. Мені важко розповідати про свої почуття.

Групування тверджень за шкалами

1. Тривожність:

1, 4, 5, 17, 19, 20, 23, 25

2. Страхи та емоційна напруга:

11, 15, 21

3. Агресивність / імпульсивність:

3, 9, 13, 16, 22, 26

4. Пригніченість, сум, втома:

8, 10, 14, 24

5. Емоційна нестійкість / вразливість:

2, 6, 12

6. Соціальна чутливість / залежність:

7, 18, 27

Система оцінювання

«Так» – 2 бали

«Іноді» – 1 бал

«Ні» – 0 балів

По кожній шкалі підраховується сума балів

Рівні прояву

0-3 – низький рівень

4-7 – середній рівень

8 і більше – високий рівень (ризикова зона)

ПРОГРАМА
соціально-психологічної корекції ПТСР у дітей,
які втратили батьків під час війни

Мета програми: сприяти зниженню інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей, які втратили батьків під час війни, шляхом формування навичок емоційної саморегуляції, відновлення почуття безпеки, опрацювання травматичних переживань та зміцнення особистісних і соціальних ресурсів, необхідних для подальшої адаптації та психоемоційного благополуччя.

Завдання програми:

1. створити стабілізуюче та безпечне середовище, у якому дитина може висловлювати емоції, отримувати підтримку та відновлювати почуття контролю;
2. надати психоедукацію у доступній формі щодо природи ПТСР, емоційних та фізіологічних реакцій на стрес, механізмів тригерів та способів самодопомоги;
3. сформуванати навички емоційної регуляції, включно з розпізнаванням емоцій, техніками заземлення, дихальними вправами, методами зниження тривоги й напруги;
4. сприяти м'якому та безпечному опрацюванню травматичних спогадів, використовуючи арт-терапевтичні, наративні та тілесно-орієнтовані методики без ризику ретравматизації;
5. розвивати ресурси дитини, включаючи самооцінку, віру у власні сили, навички взаємодії та довіри до значущих дорослих;
6. підтримати процес соціальної адаптації, зокрема розвиток комунікативних навичок, стабільних стосунків та відчуття належності до соціального оточення;
7. зміцнити довготривалі механізми подолання стресу, формування індивідуального плану саморегуляції та профілактики повторного загострення симптомів;
8. залучити прийомних батьків/опікунів та фахівців, забезпечивши їх рекомендаціями щодо підтримки дитини у повсякденному житті.

МОДУЛЬ 1. БЕЗПЕКА ТА СТАБІЛІЗАЦІЯ

ЗАНЯТТЯ 1. ЗНАЙОМСТВО. СТВОРЕННЯ БЕЗПЕЧНОГО ПРОСТОРУ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: встановити первинний контакт з дитиною, сформувати атмосферу довіри та емоційної безпеки, знизити початкову тривожність, окреслити правила та межі взаємодії.

Структура заняття

1. Вітання та встановлення контакту (5 хв)

Фахівець вітає дитину спокійним, м'яким тоном, пропонує сісти зручно, запитує про самопочуття. Застосовується легка техніка "емоційного сканування": дитина обирає картку або колір, який відповідає її настрою.

Завдання: зменшити напругу, показати доброзичливість та прийняття.

2. Знайомство (5 хв)

Для знайомства використовується ігрова форма (залежно від віку):

«Моє ім'я і емоція» (дитина називає ім'я та емоцію, яка її описує сьогодні).

«Малюнок-аватар» (дитина малює себе в образі героя).

Фахівець також коротко розповідає про себе, щоб зняти бар'єр «дорослий-дитина».

3. Обговорення правил безпеки (7 хв)

Разом з дитиною створюються правила, що забезпечують безпечну атмосферу. Найчастіше використовуються:

«Тут не критикують і не сміються з емоцій».

«Можна не відповідати на питання, якщо не хочеш».

«Будь-яка емоція дозволена».

«Ми зупиняємось, якщо щось стає неприємним».

Фахівець пояснює межі конфіденційності: «Я тут, щоб допомогти. Все, що ти скажеш, лишається між нами, крім випадків небезпеки для тебе».

4. Вправи на заспокоєння і стабілізацію (8 хв)

Вводяться перші дуже прості вправи саморегуляції:

«Дихання метелика» (повільний вдих і видих, руки на грудях).

«Три глибокі подихи» з акцентом на видих.

Легка вправа «Знайди 3 речі в кімнаті» (сенсорне заземлення).

Мета: сформувати відчуття контролю над тілом і зменшити тривогу, яка часто підвищена у дітей з ПТСР.

5. Створення символу безпеки (10 хв)

Дитині пропонують створити власний «символ безпеки» – малюнок, предмет або знак, який викликає спокій. Це може бути:

- сердечко, сонце, будиночок, квітка;
- придуманий персонаж;
- кольоровий камінчик або стікер.

Фахівець уточнює: *«Цей символ допомагатиме тобі, коли тобі тривожно»*.

6. Рефлексія та завершення (5 хв)

Дитина відповідає на прості запитання:

«Що тобі сьогодні сподобалось?»

«Що допомогло почуватися спокійніше?»

«Що хотілося б спробувати наступного разу?»

Фахівець дякує дитині за участь, підкреслює її успіхи й наголошує, що наступне заняття буде настільки ж безпечним і спокійним.

Результати заняття

Після першого заняття дитина повинна:

- відчути базову довіру до фахівця;
- знизити початкову тривожність;
- розуміти правила взаємодії;
- мати перший інструмент саморегуляції;
- мати створений символ безпеки, який стане опорою у подальших модулях.

ЗАНЯТТЯ 2. ПСИХОЕДУКАЦІЯ ПРО ПТСР (У ДИТЯЧІЙ ФОРМІ)

Тривалість: 40 хвили

Мета: пояснити дитині природу посттравматичних реакцій у зрозумілій формі, нормалізувати її переживання та знизити страх перед власними

емоціями; сформувати початкові вміння розпізнавати реакції свого тіла й думок.

Структура заняття

1. Вступ та встановлення емоційного контакту (3 хв)

Фахівець коротко запитує про настрій дитини, пропонує обрати емоційну картку або колір настрою.

Мета – пригадати техніки безпеки з попереднього заняття та створити комфортний старт.

2. Обговорення: «Що зі мною відбувається?» (5 хв)

Фахівець задає запитання у ненав'язливій формі, наприклад:

«Чи буває так, що спогади самі приходять до тебе?»

«Чи лякають тебе різкі звуки?»

«Чи важко інколи зосередитися?»

Мета – зібрати перші вербальні ознаки симптомів і підготувати дитину до пояснення.

3. Пояснення ПТСР у метафоричній формі (10 хв)

Фахівець використовує казкові або ігрові образи, щоб пояснити механізм травми. Наприклад:

«Мозок як сигналізація»: інколи сигналізація лунає навіть тоді, коли небезпеки вже немає.

«Серце як будильник»: іноді воно б'ється швидко, ніби попереджає.

«Спогад як кінострічка»: іноді вона запускається сама.

Дитині демонструють малюнок або картки з емоціями, щоб заповнити прогалини в розумінні.

Мета: нормалізація («З тобою все гаразд, так реагує тіло після страшної події»).

4. Арт-вправа: «Як моя тривога виглядає?» (7 хв)

Дитині пропонується намалювати або обрати картинку, що символізує її страх чи тривогу. Фахівець ставить питання:

«Який він?»

«Що він робить?»

«Чи хочеш ти, щоб він став меншим/м'якшим/спокійнішим?»

Це дозволяє об'єктивувати емоцію і зменшити її силу.

5. Мікротехніка саморегуляції «Заспокійливий подих» (7 хв)

Фахівець навчає одну коротку техніку, наприклад:

«Запали свічку – задуй свічку» (глибокий вдих – довгий видих).

Або «Долонька-океан»: вдих – коли рука піднімається, видих – коли опускається.

Пояснення: «Це допомагає твоєму мозку зрозуміти, що небезпека минула».

6. Обговорення: «Що я можу робити, коли мені страшно?» (5 хв)

Разом з дитиною формуються перші інструменти подолання:

- зупинитися і зробити 3 повільних вдихи;
- назвати 3 речі навколо, які вона бачить (заземлення);
- згадати свій символ безпеки з заняття 1.

7. Рефлексія і завершення (3 хв)

Фахівець запитує:

«Що сьогодні було найцікавішим?»

«Що допомогло зрозуміти себе?»

«Яку техніку ти хочеш спробувати наступного разу?»

Дитина отримує позитивне підкріплення та невеликий спокійний ритуал прощання (наприклад, «хвиля долонькою»).

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина має:

- розуміти, що її реакції нормальні й пов'язані з пережитою подією;
- знати метафору ПТСР у доступній для віку формі;
- мати першу техніку саморегуляції;
- відчувати зменшення тривоги перед власними симптомами;
- відчувати, що вона не «неправильна» – вона реагує так через травму, і це можна змінити

ЗАНЯТТЯ 3. ТЕХНІКИ СТАБІЛІЗАЦІЇ ТА ЗАЗЕМЛЕННЯ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: навчити дитину базовим навичкам стабілізації емоційного стану через роботу з тілом і сенсорним сприйняттям; зменшити фізіологічні реакції тривоги; закріпити відчуття контролю над власним станом.

Структура заняття

1. Емоційна перевірка стану («Сканування настрою») – 3 хв

Дитина обирає картку настрою або колір, що відображає її стан. Фахівець запитує:

«Що ти відчуваєш у тілі?»

«Де саме ти відчуваєш напругу?»

Мета: активізувати тілесну усвідомленість.

2. Пояснення поняття «стабілізації» у простій формі – 5 хв

Фахівець коротко пояснює:

«Коли тіло хвилюється, воно працює, як мотор, який надто швидко крутиться».

«Техніки стабілізації допомагають цьому мотору сповільнитися і знову працювати спокійно».

Показуються зображення чи картки з тілесними реакціями (напруга, швидке дихання, скутість).

Мета: нормалізація тілесних симптомів та пояснення необхідності технік.

3. Вправа «5–4–3–2–1» — сенсорне заземлення – 7 хв

Дитина виконує завдання:

- назвати 5 предметів, які вона бачить;
- назвати 4 речі, яких може торкнутися;
- назвати 3 звуки, які чує;
- назвати 2 запахи, які пам'ятає або відчуває;
- назвати 1 смак або уявити його.

Фахівець пояснює: «Це допомагає мозку повернутися в теперішній момент і зрозуміти, що небезпеки немає».

4. Тілесна вправа «Важкі ноги – легкі плечі» – 7 хв

Дитина сидить або стоїть. Фахівець веде інструкцію:

«Уяви, що твої ноги важкі, як камінці. Вони тримають тебе міцно-міцно».

«Плечі навпаки легкі. Вони відпускають напругу».

«Зверни увагу, як змінився твій подих».

Мета: зниження м'язової напруги та відновлення відчуття опори.

5. Дихальна техніка «Хвиля» – 5 хв

Фахівець проводить вправу:

- вдих – «піднімається хвиля» (рука піднімається);

- видих – «хвиля спадає» (рука опускається).

Дитина повторює кілька циклів.

Мета: сповільнення дихання, зменшення гіпервентиляції, заспокоєння серцевого ритму.

6. Міні-вправа «Моє місце сили» – 5 хв

Дитина уявляє місце, де почувається спокійно (пляж, кімната, дерево).

Фахівець запитує:

«Що ти бачиш?»

«Що чуєш?»

«Що робиш у цьому місці?»

Дитина створює коротку візуалізацію та прив'язує її до свого символу безпеки з заняття 1.

7. Підсумок і закріплення технік – 5 хв

Можливі запитання:

«Яка вправа тобі сподобалась найбільше?»

«Коли ти можеш її використовувати?»

«Як ти відчуваєш своє тіло зараз?»

Фахівець коротко повторює:

За допомогою дихання ти можеш сповільнити тіло.

За допомогою заземлення – повернутись у теперішній момент.

За допомогою візуалізації – знайти внутрішній спокій.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- має 3–4 ефективні техніки стабілізації;

- розуміє, як впливати на свій стан через тіло та почуття;

- відчуває зниження напруги;

- починає орієнтуватися в понятті «заземлення»;

- отримує інструменти, які може використовувати самостійно в тривожних ситуаціях.

ЗАНЯТТЯ 4. ФОРМУВАННЯ «ОСТРОВА БЕЗПЕКИ»

Тривалість: 40 хвилин

Мета: допомогти дитині створити внутрішній ресурсний образ, що викликає відчуття спокою, захищеності та контролю; навчити використовувати цей образ у станах тривоги або емоційного напруження.

Структура заняття

1. Вступ та емоційне налаштування (3–4 хв)

Фахівець запитує дитину про її настрій, пропонує обрати колір або картку настрою. Коротке нагадування:

«Ми й надалі вчимося знаходити безпеку всередині себе».

Мета: створити спокійний початок і пов'язати заняття з попередніми техніками стабілізації.

2. Пояснення поняття «Острів безпеки» у доступній формі (4 хв)

Фахівець каже приблизно так: «Кожна людина може мати в собі місце, де почуватися захищено. Це місце не може зруйнуватися, ніхто не може забрати його. Ми можемо повертатися туди подумки, коли нам страшно або сумно».

Використовуються зображення природи, будиночків, космосу або казкових світів.

Мета: дати дітям уявлення про створення ресурсного внутрішнього простору.

3. Основна вправа: візуалізація «Подорож на острів» (10 хв)

Фахівець проводить спокійну, дуже м'яку візуалізацію:

«Уяви, що ти йдеш стежкою, яка веде до місця, де тобі добре».

«Ти бачиш перед собою острів/місце/будиночок, де ти в безпеці».

«Опиши, що там є: які кольори? які звуки? хто поруч? що ти робиш?»

«Це місце завжди з тобою. Його не може зруйнувати навіть сильний вітер чи буря».

Дитина відповідає, а фахівець допомагає деталізувати образ.

4. Арт-терапевтичне відтворення «Острова безпеки» (10 хв)

Дитина малює свій острів або створює його з кольорових олівців, паперу, пластиліну або наліпок.

Фахівець ставить допоміжні запитання:

«Що тут робить це місце безпечним?»

«Хто або що тебе підтримує тут?»

«Що можна зробити на цьому острові, щоб заспокоїтись?»

Мета: перенести внутрішній образ у матеріальну форму – це посилює відчуття контролю.

5. Техніка закріплення «Ключ від острова» (5 хв)

Дитині пропонується створити символ доступу до острова – маленький малюнок, наліпку, картку чи слово. Фахівець пояснює: «Це твій ключ. Якщо тобі стане страшно – бери його або уявляй, і ти одразу зможеш повернутися в те безпечне місце».

6. Практика короткого входження в «Острів безпеки» (4 хв)

Дитина заплющує очі та на кілька секунд уявляє свій острів. Фахівець каже: «Зроби вдих – ти наближаєшся до острова. Зроби видих – ти відчуваєш спокій і тепло там».

Мета: навчити швидкої активації ресурсного стану.

7. Підсумок та завершення (4 хв)

Дитина ділиться:

- що їй сподобалось;
- що допомогло почути спокій;
- чи хоче вона щось додати до свого острова наступного разу.

Фахівець підкреслює: «Твій острів — завжди твій. Він допоможе тобі, коли стане важко».

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- має власний образ «місця безпеки»;
- знає, як швидко активувати стан внутрішньої стабільності;
- отримує ресурс у вигляді арт-символу та «ключа»;

- відчуває підвищення контролю над своїм емоційним станом;
- закладає фундамент для подальшої роботи з травматичними переживаннями.

МОДУЛЬ 2. ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ

ЗАНЯТТЯ 5. РОЗПІЗНАВАННЯ ВЛАСНИХ ЕМОЦІЙ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: навчити дитину усвідомлювати, називати та розпізнавати власні емоції; сформувані зв'язок між емоціями, тілесними відчуттями та ситуаціями; закласти основу для подальшого розвитку навичок емоційної регуляції.

Структура заняття

1. Емоційне налаштування (3 хв)

Дитина обирає картку-емоцію або колір, який відповідає тому, що вона відчуває зараз. Фахівець:

«Як ти думаєш, чому обрала саме цю емоцію?»

«Де в тілі ти її відчуваєш?»

Мета: активувати увагу до власних почуттів та тілесних реакцій.

2. Міні-пояснення «Що таке емоції і навіщо вони нам?» (5 хв)

У доступній для дитини формі фахівець пояснює:

- емоції – це сигнали;
- кожна емоція щось повідомляє;
- немає «поганих» чи «неправильних» емоцій – усі потрібні.

Можна використовувати картки з емоціями, смайли, малюнки «как-клоунів».

Мета: нормалізувати різні емоційні стани та зменшити страх перед їх проявами.

3. Вправа «Карта емоцій» (8 хв)

Дитині пропонується обрати 4–6 емоцій (радість, страх, гнів, смуток, здивування, сором тощо) і розташувати їх на аркуші у вигляді «карти».

Далі фахівець ставить запитання:

«Коли ти відчуваєш цю емоцію?»

«Як поводишся, коли вона з'являється?»

«Що хоче сказати тобі ця емоція?»

Мета: допомогти дитині систематизувати свої емоційні переживання.

4. Вправа «Емоція в тілі» (7 хв)

Фахівець пропонує малюнок контурів тіла або фігурки. Дитина позначає кольором, де саме вона відчуває різні емоції.

Наприклад:

страх – «холод у животі»;

гнів – «тепло у руках»;

сум – «важкість у грудях».

Мета: навчити дитину розуміти тілесні маркери емоцій – це важливо для подальшої саморегуляції.

5. Гра «Вгадай емоцію» (7 хв)

Використовуються МАК-картки, картинки з обличчями, смайли. Дитина вгадує емоцію на картці, а потім показує її мімікою або жестами. Запитання фахівця:

«А коли ти сама/сам так відчуваєшся?»

«Що тобі допомагає в цей момент?»

Мета: зміцнити навички розпізнавання емоцій у себе і в інших.

6. Рефлексивна вправа «Мій емоційний набір» (5 хв)

Дитина створює свій «набір емоцій»: малює або обирає 3 емоції, які найчастіше переживає.

- Для кожної визначається:
- Як вона проявляється?
- Що її викликає?
- Що допомагає її прожити?

7. Підбиття підсумків і завершення (5 хв)

Фахівець уточнює:

«Яка емоція сьогодні була новою для тебе?»

«Що ти дізналася/дізнався про себе?»

«Що із сьогоднішнього заняття допоможе тобі наступного разу?»

Дитина отримує позитивне підкріплення.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- розрізняє щонайменше 5–6 базових емоцій;
- розуміє, що емоції пов'язані з тілесними відчуттями;

- може описати власні емоції словами або через малюнок;
- отримує відчуття нормальності своїх переживань;
- започатковує навички емоційної саморефлексії.

ЗАНЯТТЯ 6. СТРАТЕГІЇ ЗАСПОКОЄННЯ ТІЛА ТА ДУМОК

Тривалість: 40 хвилин

Мета: навчити дитину ефективним методам зниження тілесної та емоційної напруги; сформувані навички управління тривожними думками; розбудувати відчуття контролю над власним станом.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін (3 хв)

Фахівець просить дитину обрати картку або колір, який відповідає її самопочуттю. Запитання:

«Що сьогодні хвилює твоє тіло?»

«Чи є думка, яка часто повертається?»

Мета: зібрати інформацію про актуальний стан дитини.

2. Пояснення зв'язку тіла і думок (4 хв)

Фахівець у доступній формі пояснює:

«Коли тіло напружене – думки стають тривожнішими».

«Коли думки тривожні – тіло реагує, як сигналізація».

«Ми можемо заспокоювати і тіло, і думки, щоб відчувати більше спокою».

Використовуються прості метафори: “мотор”, “хвиля”, “сигналізація”.

3. Дихальна техніка «Квадрат спокою» – 8 хв

Фахівець малює квадрат або використовує картку.

Інструкція:

- Вдих – 4 секунди
- Затримка – 4 секунди
- Видих – 4 секунди
- Затримка – 4 секунди

- Дитина повторює кілька циклів.

Мета: стабілізація нервової системи, зниження метаболічного збудження.

4. Техніка м'язової релаксації «Стиск – Відпускання» – 7 хв

Фахівець пропонує по черзі напружувати та розслабляти окремі групи м'язів: кулачки, плечі, живіт, стопи. Інструкція:

«Стискаємо міцно 3 секунди... Тепер відпускаємо».

«Відчуваєш різницю між напругою і розслабленням?»

Мета: зменшити внутрішню напругу, сформувати усвідомлення тілесних станів.

5. Робота з думками: «Думка-хмаринка» – 7 хв

Фахівець пропонує:

- уявити тривожну думку як хмаринку;
- описати її (якого кольору, яка форма);
- «відпустити» хмаринку – уявити, як вона віддаляється в небо.

Альтернатива: намалювати думку і «змінити» її – стерти частину, перемалювати, перефарбувати.

Мета: зменшити силу нав'язливих думок, навчити дистанціюванню.

6. Сенсорне заспокоєння «Торкаюся, бачу, чую» – 5 хв

Дитина знаходить у приміщенні:

- 3 речі, яких може торкнутися (м'які, тверді, теплі);
- 2 кольори, які бачить навкруг;
- 1 звук, який чує зараз.

Мета: швидке повернення в «тут і зараз», заземлення через сенсорні канали.

7. Формування особистого списку заспокійливих стратегій – 3 хв

Дитина обирає 2 техніки, які сподобались найбільше, і записує або малює їх у свій «План самодопомоги».

8. Завершальна рефлексія (3 хв)

Запитання фахівця:

«Стало легше твоєму тілу?»

«Яка думка перестала бути такою тривожною?»

«Що ти спробуєш наступного разу, коли хвилюватимешся?»

Позитивне підкріплення: «Ти сьогодні чудово впорався/впоралася!».

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- опановує щонайменше 3 техніки зниження напруги;
- знає, як працювати зі своїми думками у легкій формі;
- розуміє зв'язок між тілом і емоціями;
- може самостійно використати 1–2 стратегії у стані тривоги;
- відчуває більше контролю над своїм станом.

ЗАНЯТТЯ 7. РОБОТА ЗІ СТРАХОМ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: допомогти дитині усвідомити власні страхи, безпечно їх виразити, навчитися знижувати їх інтенсивність та знаходити способи подолання; сформувати відчуття контролю над лякаючими переживаннями.

Структура заняття

1. Емоційний вступ (3 хв)

Дитина обирає картку емоцій і визначає свій поточний стан. Фахівець запитує:

«Чи був сьогодні або вчора момент, коли ти злякалася/злякався?»

«Що ти відчувала/відчував у тілі в цей момент?»

Мета: підготувати дитину до теми страху, не занурюючи її одразу у травматичний досвід.

2. Міні-пояснення: «Що таке страх і навіщо він нам?» (4 хв)

Фахівець пояснює у доступній формі:

«Страх – це сигнал небезпеки, який хоче нас захистити».

«Але іноді страх з'являється навіть тоді, коли небезпеки вже немає».

«Ми навчимося говорити зі страхом так, щоб він став меншим».

Можуть використовуватись картинки «страшних» і «дружніх» монстриків.

3. Арт-вправа «Намалюй свій страх» (10 хв)

Дитині пропонують намалювати свій страх у вигляді персонажа, кольору, форми або тіні. Фахівець ставить запитання:

«Який він? Маленький чи великий?»

«Що він робить?»

«Як він поводиться, коли з'являється?»

«Що він хоче тобі сказати?»

Мета: об'єктивувати страх, зробити його зовнішнім та контрольованим.

4. Вправа «Дерево страху» (8 хв)

На аркуші малюється дерево: коріння – причини страху, гілки – прояви, листочки – способи подолання. Дитина заповнює дерево разом із фахівцем.

Приклади:

Коріння: темрява, гучні звуки, розлука з близькими.

Гілки: тремтіння, слъози, втеча, мовчання.

Листочки: глибоке дихання, обійми, увімкнене світло, звернення до дорослого.

Мета: навчити структурувати страх і знаходити конкретні стратегії його зниження.

5. Техніка «Зменшення страху» (модифікація СВТ) – 7 хв

Фахівець пропонує роботу зі страхом через трансформацію:

- зробити його меншим;
- змінити йому колір на світліший;
- перетворити його на смішний образ;
- помістити у прозору банку або «захисну рамку».

Дитина самостійно обирає спосіб.

Мета: зменшити інтенсивність страху та дати відчуття влади над ним.

6. Практика безпеки: «Що допомагає мені, коли я боюсь?» (5 хв)

Дитина визначає 3 дії або техніки, що знижують страх:

- «Мій острів безпеки»
- глибоке дихання
- покликати дорослого
- взяти символ безпеки
- переключити увагу (назвати 5 предметів у кімнаті)

Фахівець допомагає сформуванню «Кишенькового плану безпеки».

7. Рефлексія та завершення (3 хв)

Запитання фахівця:

«Що сьогодні допомогло твоєму страху зменшитися?»

«Як ти можеш використовувати ці техніки вдома?»

«Що здивувало тебе у твоєму страху?»

Позитивне підкріплення: «Ти сьогодні дуже сміливо працював/працювала зі своїм страхом».

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- здатна назвати та описати власні страхи;
- розуміє, що страх може бути контрольованим;
- має арт-образ свого страху, який допомагає дистанціюватись від нього;
- знає мінімум 3 способи подолання страху;
- має сформований «план безпеки», який можна використовувати в реальному житті.

ЗАНЯТТЯ 8. РОБОТА З ГНІВОМ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: допомогти дитині усвідомити гнів як природну емоцію, навчитися розпізнавати його прояви у тілі та поведінці, сформувані безпечні й соціально прийнятні способи вираження та зниження інтенсивності гніву.

Структура заняття

1. Емоційний вступ і перевірка стану (3 хв)

Дитина обирає картку емоцій або колір, який відповідає її теперішньому стану. Фахівець запитує:

«Чи був останнім часом момент, коли ти злилась/злився?»

«Що тоді відбувалося з твоїм тілом?»

Мета: актуалізувати тему гніву без осуду та напруги.

2. Психоедукація: «Гнів – це сигнал» (5 хв)

Фахівець пояснює у доступній формі:

- гнів виникає, коли порушують наші межі або нам боляче;
- гнів – не “погана” емоція, важливо як ми його показуємо;
- у дітей з ПТСР гнів часто маскує страх, смуток або безсилля.

Використовується метафора: «Гнів як вулкан» – він може вибухати, а може «випускати пару».

3. Вправа «Де в тілі живе мій гнів?» (7 хв)

Дитині пропонують контур тіла або фігурку, де вона позначає місця, в яких відчуває гнів (руки, живіт, щелепи, груди). Фахівець уточнює:

«Що відбувається з руками?»

«Чи хочеться стискати, кидати, кричати?»

Мета: розвиток тілесної усвідомленості та раннього розпізнавання гніву.

4. Безпечне вивільнення гніву (10 хв)

Пропонуються безпечні способи зняття напруги (обирається 1–2):

«Подушка сили» – стискати або бити подушку;

«Розірви папір» – рвати аркуші з гучним видихом;

«Тупни ногами» – контрольований рух;

«Голос гніву» – промовити фразу гніву тихо, потім голосніше, а потім пошепки.

Фахівець постійно наголошує на правилах безпеки.

5. Трансформація гніву (7 хв)

Дитина малює свій гнів, а потім змінює його:

- робить меншим;

- змінює колір;
- додає «заспокійливий елемент» (воду, хмару, сонце).

Питання фахівця:

«Що стало з гнівом після змін?»

«Що допомогло йому заспокоїтись?»

6. Формування навичок самоконтролю (5 хв)

Разом із дитиною створюється короткий алгоритм:
«Коли я злюся, я можу...»

- зупинитись;
- зробити 3 глибокі вдихи;
- використати тіло (потиснути подушку);
- сказати словами: «Я злюся, бо...».

Цей алгоритм фіксується у вигляді малюнка або картки.

7. Рефлексія та завершення (3 хв)

Фахівець запитує:

«Що нового ти дізналася/дізнався про свій гнів?»

«Який спосіб тобі найбільше допоміг?»

«Як ти зможеш використати це вдома або в школі?»

Позитивне підкріплення: «Ти сьогодні навчився/навчилася керувати гнівом, а це дуже важлива сила».

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- розуміє гнів як нормальну емоцію;
- може розпізнати тілесні сигнали гніву;
- володіє безпечними способами його вираження;
- знижує імпульсивні реакції;
- формує навички словесного вираження складних почуттів.

ЗАНЯТТЯ 9. РОБОТА ЗІ СМУТКОМ І ГОРЮВАННЯМ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: допомогти дитині безпечно усвідомити й виразити смуток, пов'язаний із втратою; нормалізувати процес горювання; навчити м'яких способів проживання складних почуттів без уникання та перенавантаження.

Структура заняття

1. Емоційний вступ і перевірка стану (3 хв)

Дитина обирає емоційну картку або колір, що відповідає її теперішньому стану. Фахівець ставить відкриті запитання:

«Як відчувається твоє серце сьогодні?»

«Чи є зараз сум, який хоче, щоб його помітили?»

Мета: м'яко налаштувати на тему без тиску.

2. Психоедукація: «Смуток і горювання – це нормально» (5 хв)

Фахівець у доступній формі пояснює:

- смуток з'являється, коли ми втрачаємо когось важливого;
- горювання – це процес, у якому можуть бути різні почуття (сум, злість, порожнеча, сльози);
- у кожного цей процес відбувається по-своєму і в своєму темпі.

Метафора: «Смуток як хвиля» – він приходить і відходить, і ми можемо навчитися плисти разом із ним.

3. Арт-вправа «Мій смуток» (8 хв)

Дитині пропонується намалювати смуток у вигляді образу (хмара, дощ, тінь, персонаж). Питання фахівця:

«Який він – великий чи маленький?»

«Де він знаходиться поруч із тобою?»

«Чого він хоче від тебе?»

Мета: об'єктивувати смуток, зменшити його внутрішній тиск.

4. Вправа «Теплий спогад» (7 хв)

Фахівець пропонує згадати добрий, теплий момент, пов'язаний із близькою людиною (або відчуттям турботи). Дитина може намалювати, описати або обрати символ цього спогаду. Підкреслюється: «Ми можемо сумувати і водночас берегти теплі спогади».

Мета: інтеграція смутку з ресурсними почуттями.

5. Техніка контейнерування «Коробка для смутку» (7 хв)

Дитина уявляє або створює з паперу «коробку», куди тимчасово «складає» сумні думки й образи.

Фахівець пояснює: «Смуток важливий, але він не має бути з нами весь час. Ми можемо повертатися до нього, коли готові».

Мета: навчити регулювати інтенсивність переживань.

6. Ритуал підтримки «Що мені допомагає, коли сумно?» (5 хв)

Дитина визначає 3 підтримувальні дії:

- обійми з дорослим;

- символ безпеки;
- малювання;
- тиха музика;
- «Острів безпеки».

Ці дії фіксуються у вигляді малюнка або картки.

7. Рефлексія та завершення (5 хв)

Запитання фахівця:

«Що сьогодні допомогло твоєму смутку стати трохи легшим?»

«Що ти можеш зробити, коли сум з'явиться знову?»

Фахівець підкреслює: «Ти маєш право сумувати. І ти маєш право на підтримку».

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- усвідомлює смуток як природну реакцію на втрату;
- може безпечно виражати почуття через символи й слова;
- володіє техніками зниження інтенсивності смутку;
- зберігає теплі спогади без перевантаження;
- відчуває прийняття й підтримку у процесі горювання.

ЗАНЯТТЯ 10. НАВИЧКИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: узагальнити та закріпити набуті навички емоційної й тілесної саморегуляції; навчити дитину самостійно обирати ефективні стратегії подолання напруження; сформувані відчуття контролю над власним психоемоційним станом.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін (3 хв)

Дитина обирає картку настрою або колір, який відображає її стан «тут і тепер». Фахівець уточнює:

«Що зараз відчуває твоє тіло?»

«Яка емоція сьогодні з тобою найчастіше?»

Мета: актуалізувати усвідомлення власного стану та підготувати до узагальнення навичок.

2. Узагальнення вивченого матеріалу (5 хв)

Фахівець разом із дитиною пригадає техніки, опановані на попередніх заняттях:

- дихальні вправи;
- заземлення;
- «Острів безпеки»;
- робота зі страхом, гнівом і смутком.

Використовується вправа «Що мені вже допомагає?».

Мета: підкреслити власний прогрес дитини.

3. Вправа «Моє колесо саморегуляції» (10 хв)

Дитина створює коло, поділене на сектори (дихання, тіло, думки, уява, підтримка).

У кожен сектор вона вписує або малює одну техніку, яка допомагає саме їй.

Мета: систематизувати навички та зробити їх зрозумілими й доступними.

4. Практика вибору стратегії (8 хв)

Фахівець пропонує прості ситуації:

«Тобі стало страшно»;

«Ти дуже розсердився»;

«Ти сумуєш».

Дитина обирає, яку техніку застосувати в кожній ситуації.

Мета: сформуванню навичку усвідомленого вибору способу самодопомоги.

5. Створення «Плану самодопомоги» (7 хв)

Дитина формує індивідуальний план:

Коли мені страшно, я...

Коли я злюся, я...

Коли мені сумно, я...

План оформлюється у вигляді картки або малюнка.

6. Рефлексія і завершення (7 хв)

Запитання фахівця:

«Що тепер ти вмієш робити сам/сама?»

«Яка техніка твоя найулюбленіша?»

«Що ти відчуваєш, знаючи, що можеш собі допомогти?»

Фахівець підкреслює силу та самостійність дитини, завершує заняття коротким ритуалом заспокоєння.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- володіє набором індивідуальних стратегій саморегуляції;
- може самостійно обирати техніки відповідно до стану;
- усвідомлює власний прогрес і ресурси;
- відчуває підвищення впевненості та контролю;
- готова до переходу до глибокої роботи з травматичними переживаннями.

МОДУЛЬ 3. РОБОТА З ТРАВМАТИЧНИМИ СПОГАДАМИ

ЗАНЯТТЯ 11. ВСТУП ДО РОБОТИ З ТРАВМАТИЧНИМИ СПОГАДАМИ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: підготувати дитину до безпечної роботи з травматичними спогадами; сформувати відчуття контролю над процесом згадування; навчити принципам дистанціювання та самозахисту під час контакту з травматичним досвідом.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін та нагадування про безпеку (3–4 хв)

Дитина обирає картку настрою або колір, що відповідає її теперішньому стану. Фахівець нагадує ключове правило: «Ти завжди можеш зупинитись, змінити тему або скористатися технікою заспокоєння».

Мета: активізувати відчуття контролю та безпеки.

2. Психоедукація: «Що таке травматичний спогад?» (5 хв)

У доступній формі пояснюється:

- травматичні спогади можуть з'являтися раптово;
- вони не означають, що подія відбувається знову;
- ми можемо вчитись згадувати *обережно і на відстані*.

Метафора: «Спогад як книга» – її можна відкривати лише на кілька сторінок і в будь-який момент закривати.

3. Вправа на контроль: «Пульт керування спогадами» (8 хв)

Дитина уявляє, що має пульт із кнопками: пауза, стоп, зменшити гучність, перемотати назад. Фахівець пропонує спробувати кожну кнопку уявно.

Мета: закріпити відчуття, що дитина керує контактом зі спогадами.

4. Техніка дистанціювання «Екран» (7 хв)

Фахівець пояснює: «Ми дивимося на спогад, як на картинку або фільм на екрані».

Дитина уявляє спогад дуже здалеку, у чорно-білому кольорі, без звуків.

Питання:

«Чи стало легше, коли спогад далі?»

Мета: зменшення емоційної інтенсивності.

5. Ресурсне повернення: «Назад у безпеку» (5 хв)

Після вправи дитина повертається до «Острова безпеки» або використовує дихальну техніку. Фахівець допомагає стабілізувати стан.

Мета: навчити завершувати контакт зі спогадом у ресурсному стані.

6. Обговорення та нормалізація (5 хв)

Фахівець підкреслює:

- спогади – це пам'ять, а не небезпека;
- сильні реакції – нормальні;
- робота відбувається поступово.

Дитина ділиться, що було легким, а що складнішим.

7. Завершальна рефлексія (6 хв)

Запитання:

«Що сьогодні допомогло тобі почуватися в безпеці?»

«Яку кнопку з пульта ти хочеш використовувати найчастіше?»

Фахівець підкреслює сміливість дитини та закріплює позитивний досвід.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- розуміє, що таке травматичні спогади;
- знає правила безпечної роботи з ними;
- відчуває контроль над процесом згадування;
- опановує техніки дистанціювання;
- готова до подальших занять із опрацювання травми без ретравматизації.

ЗАНЯТТЯ 12. БЕЗПЕЧНЕ ДИСТАНЦІЮВАННЯ ВІД ТРАВМИ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: навчити дитину безпечним способам контакту з травматичними спогадами без емоційного перевантаження; зменшити інтенсивність афективних реакцій; закріпити відчуття контролю та самозахисту під час роботи з травмою.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін та стабілізація (4 хв)

Дитина обирає картку настрою або колір, що відображає її стан. Фахівець нагадує: «Ти керуєш процесом. Ми можемо зупинитися в будь-який момент».

Коротка дихальна вправа (2 повільні цикли).

Мета: забезпечити почуття безпеки перед початком роботи.

2. Психоедукація: «Навіщо потрібна відстань?» (5 хв)

Фахівець пояснює простою мовою:

«Коли спогад надто близько – тіло думає, що небезпека зараз»;

«Коли ми віддаляємо спогад – тіло заспокоюється».

Метафора: «Бінокль» можна наближати або віддаляти зображення.

Мета: сформувати розуміння механізму дистанціювання.

3. Основна техніка «Рамка безпеки» (10 хв)

Дитині пропонують уявити спогад у рамці (картина, екран, фотографія).

Кроки:

- спогад маленький;
- чорно-білий;
- без звуку;
- на відстані.

Фахівець уточнює: «Як змінюються твої відчуття, коли спогад у рамці?»

Мета: зниження емоційної інтенсивності спогаду.

4. Вправа «Наблизити – віддалити» (7 хв)

Дитина вчиться керувати відстанню до спогаду:

- трохи ближче – пауза;
- трохи далі – полегшення.

Використовується «пульт керування» з кнопками *стоп*, *пауза*, *віддалити*.

Мета: сформувати навичку самоконтролю у роботі з травмою.

5. Ресурсне переключення «Повернення в теперішнє» (6 хв)

Після контакту зі спогадом фахівець проводить заземлення:

- назвати 3 предмети в кімнаті;
- відчутти опору під ногами;
- торкнутися символу безпеки або «ключа».

Мета: стабілізувати стан і завершити контакт зі спогадом без напруги.

6. Обговорення та нормалізація (4 хв)

Фахівець підкреслює:

«Ти не проживаєш подію знову – ти лише дивишся на спогад»;

«Ти можеш сам/сама обирати, як далеко він буде».

Дитина ділиться власними відчуттями.

7. Рефлексія та завершення (4 хв)

Запитання:

«Який спосіб віддалення був для тебе найзручнішим?»

«Коли ти можеш використати цю техніку?»

Фахівець завершує заняття позитивним підкріпленням і короткою вправою спокою.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- розуміє принцип безпечного дистанціювання від травми;
- володіє техніками «екран», «рамка», «пульт керування»;
- знижує інтенсивність емоційних реакцій;
- відчуває контроль і захищеність;
- готова до подальшого опрацювання травматичних спогадів без ретравматизації.

ЗАНЯТТЯ 13. РОБОТА З ОБРАЗАМИ ВТРАТИ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: допомогти дитині безпечно усвідомити та опрацювати образи, пов'язані з втратою близької людини; зменшити інтенсивність болісних переживань; сприяти поступовій інтеграції досвіду втрати без ретравматизації.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін та стабілізація (4 хв)

Дитина обирає картку настрою або колір, що відображає її стан. Фахівець нагадує про «право зупинки» та пропонує коротку дихальну вправу (2 повільні цикли).

Мета: забезпечити емоційну готовність і відчуття безпеки.

2. Психоедукація: «Образи втрати і пам'ять» (5 хв)

У доступній формі пояснюється:

- образи втрати – це спогади, символи або уявлення, які можуть бути болісними;
- вони з'являються, бо пам'ять намагається зберегти зв'язок;
- з образами можна працювати м'яко, змінюючи їх форму та відстань.

Метафора: «Фотографія в альбомі» – її можна переглядати обережно і на власних умовах.

3. Арт-вправа «Образ моєї втрати» (10 хв)

Дитині пропонується намалювати або створити символ втрати (форма, колір, предмет). Запитання фахівця:

«Що це за образ?»

«Які почуття він викликає?»

«Де він знаходиться – близько чи далеко?»

Мета: винести внутрішній образ назовні та зробити його більш керованим.

4. Вправа «Два образи» (8 хв)

Дитина створює два варіанти образу:

- як він виглядає зараз;
- як він міг би виглядати, щоб було трохи легше.

Можливі трансформації: зменшити розмір, змінити колір, додати захисний елемент (світло, рамку, відстань).

Мета: зниження інтенсивності переживань і формування контролю.

5. Інтеграція ресурсу: «Тепло поруч» (6 хв)

Фахівець пропонує додати до другого образу ресурсний елемент:

- промінь світла;
- теплий колір;
- символ підтримки (серце, рука, квітка).

Дитина коротко описує, як змінюються відчуття.

Мета: поєднати образ втрати з відчуттям підтримки.

6. Ресурсне завершення та заземлення (4 хв)

Виконується коротка вправа на заземлення (назвати 3 предмети в кімнаті, відчутти опору під ногами) та повернення до «Острова безпеки».

Мета: стабілізувати стан після емоційної роботи.

7. Рефлексія та завершення (3 хв)

Запитання:

«Що сьогодні допомогло тобі почуватися спокійніше?»

«Який образ ти хотів/хотіла б залишити з собою?»

Фахівець підкреслює сміливість дитини та право рухатися у власному темпі.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- може безпечно називати й описувати образи втрати;
- знижує емоційну інтенсивність болісних спогадів;
- набуває досвіду трансформації травматичних образів;
- інтегрує ресурсні елементи у сприйняття втрати;
- відчуває більший контроль і стабільність.

ЗАНЯТТЯ 14. ОПРАЦЮВАННЯ ТІЛЕСНИХ РЕАКЦІЙ НА ТРИГЕРИ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: навчити дитину розпізнавати тілесні реакції на тригери, розуміти їх як сигнал безпеки, а не небезпеки «тут і зараз», та опанувати ефективні способи швидкої саморегуляції.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін і стабілізація (4 хв)

Дитина обирає картку/колір настрою. Коротка дихальна вправа (2–3 повільні цикли).

Мета: зафіксувати стартовий стан і підсилити відчуття контролю.

2. Психоедукація: «Що таке тригери?» (5 хв)

У доступній формі пояснюється: тригери – це сигнали (звук, запах, образ), які «вмикають» пам'ять тіла.

Метафора: «Пожежна сигналізація» – інколи спрацьовує без пожежі.

Мета: нормалізувати реакції та зменшити страх перед ними.

3. Вправа «Карта тіла» (8 хв)

На контурі тіла дитина позначає, де і як реагує тіло (серце б'ється швидко, напруга в плечах, холод у животі).

Питання: «Що перше помічаєш?», «Як змінюється дихання?»

Мета: підвищити тілесну усвідомленість і раннє розпізнавання тригера.

4. Техніки швидкої стабілізації (10 хв)

Вибір 2–3 вправ (за реакцією дитини):

- «Подих 4–6» (вдих 4, видих 6);
- «Опора» (сильно притиснути стопи до підлоги, описати відчуття);
- «Тепло-холод» (уявне тепло в долонях або легке розтирання);
- «Обійми метелика» (перехресні дотики).

Мета: знизити фізіологічне збудження.

5. Вправа «Ланцюжок тригера» (6 хв)

Схема: тригер → тілесна реакція → думка → дія.
Дитина разом із фахівцем підбирає нову дію (зупинитись, дихання, заземлення).

Мета: замінити автоматичну реакцію на керовану.

6. Ресурсне закріплення (4 хв)

Коротке повернення до «Острова безпеки» або сенсорне заземлення (3 предмети/2 звуки/1 відчуття).

Мета: завершити роботу в стабільному стані.

7. Рефлексія та завершення (3 хв)

Питання: «Яку реакцію тіла тепер впізнаєш швидше?», «Яка вправа допомагає найбільше?»

Позитивне підкріплення сміливості та самоконтролю.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- розпізнає тілесні маркери тригерів;
- розуміє, що реакція тіла – це пам'ять, а не поточна небезпека;
- володіє набором швидких технік стабілізації;
- здатна перервати «ланцюжок тригера»;
- відчуває підвищений контроль і безпеку.

ЗАНЯТТЯ 15. РЕСУРСНІ ІСТОРІЇ (НАРАТИВНА РОБОТА)

Тривалість: 40 хвилин

Мета: сприяти відновленню внутрішніх ресурсів дитини через створення позитивних наративів; посилити відчуття власної сили, витривалості та здатності долати труднощі; змінити фокус із травматичного досвіду на досвід подолання.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін та стабілізація (4 хв)

Дитина обирає картку/колір настрою.

Коротка дихальна вправа або заземлення («відчуй стопи на підлозі»).

Мета: зафіксувати стан і створити безпечний старт для творчої роботи.

2. Психоедукація: «Історії, які нас підтримують» (5 хв)

Фахівець пояснює у доступній формі:

- кожна людина має історії про біль і втрату;
- але є й історії про силу, витримку, допомогу;
- коли ми згадуємо й розповідаємо ресурсні історії, мозок вчиться бачити не лише страх, а й можливості.

Метафора: «Книга життя», у якій є різні розділи.

3. Вправа «Герой моєї історії» (8 хв)

Дитині пропонується уявити себе героєм казки або оповідання. Запитання для ведення історії:

«Який це герой?»

«Через що йому довелося пройти?»

«Що допомогло йому не здатися?»

Дитина може розповідати, малювати або складати історію разом із фахівцем.

Мета: зовнішньо побачити власний досвід подолання.

4. Вправа «Ресурсні помічники» (7 хв)

До історії додаються персонажі або сили, які допомагають герою:

- люди (друг, дорослий, тварина);
- внутрішні якості (смівливість, терпіння);
- символи (світло, щит, ключ).

Фахівець допомагає пов'язати ці ресурси з реальним життям дитини.

5. Переписування нарративу: «Я можу впоратися» (8 хв)

Дитина формує завершення історії, де герой:

- знаходить вихід;
- стає сильнішим;
- отримує новий досвід або знання.

Акцент робиться не на ідеальному фіналі, а на процесі подолання.

Мета: трансформація образу себе з «жертви події» на «того, хто впорався».

6. Ресурсне закріплення (4 хв)

Дитина обирає один елемент історії (фразу, символ, героя), який може стати її «якорем сили».

Цей елемент фіксується у вигляді малюнка, слова або маленької картки.

7. Рефлексія та завершення (4 хв)

Запитання:

«Що нового ти дізнався/дізналася про себе?»

«Що допомогло герою, а отже може допомогти і тобі?»

Фахівець підкреслює унікальність і силу дитини.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- усвідомлює власні ресурси та сильні сторони;
- має позитивний нарратив про себе;

- знижує відчуття безсилля;
- підвищує самооцінку й віру у власні можливості;
- формує внутрішню опору для подальшого відновлення.

ЗАНЯТТЯ 16. ІНТЕГРАЦІЯ ПЕРЕЖИТОГО ДОСВІДУ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: допомогти дитині інтегрувати травматичний досвід у життєву історію без домінування болісних спогадів; усвідомити зміни, що відбулися; закріпити відчуття цілісності, внутрішньої опори та руху вперед.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін та стабілізація (4 хв)

Дитина обирає картку/колір настрою. Коротка дихальна вправа або заземлення («відчуй опору під ногами»).

Мета: зафіксувати безпечний старт і готовність до підсумкової роботи.

2. Психоедукація: «Що означає інтегрувати досвід?» (5 хв)

У доступній формі пояснюється:

- інтеграція – це коли подія стає частиною історії, але не керує нею;
- ми пам'ятаємо, що сталося, і водночас знаємо, що це в минулому; важливо поєднати спогади з ресурсами й теперішнім моментом.

Метафора: «Міст між минулим і майбутнім».

3. Вправа «Мій шлях» (8 хв)

Дитина малює дорогу/стрічку часу з трьома точками: **було – є – буде**. Разом із фахівцем позначає:

- що було важким;
- що допомогло впоратися;
- що є зараз.

Мета: побачити безперервність життя та власний прогрес.

4. Вправа «Міст у майбутнє» (8 хв)

Дитина створює образ моста з ресурсних елементів (люди, навички, символи), які допомагають перейти далі.

Питання: «Що підтримує тебе на цьому мості?», «Куди ти хочеш прийти?»

Мета: поєднати досвід із надією та цілями.

5. Узагальнення ресурсів (7 хв)

Разом формують список «Що я вмію тепер»:

- навички саморегуляції;
- способи заспокоєння;
- підтримувальні люди;
- внутрішні якості.

Мета: закріпити досягнення та відчуття компетентності.

6. Ресурсне закріплення (4 хв)

Коротке повернення до «Острова безпеки» або дихальної техніки. Дитина обирає символ інтеграції (малюнок/слово), який залишиться з нею.

Мета: завершити роботу у стабільному стані.

7. Рефлексія та завершення (4 хв)

Запитання: «Що в тобі змінилося?», «Що допомагає рухатися далі?»
Позитивне підкріплення сміливості та зусиль дитини.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- сприймає травматичний досвід як частину, а не центр життя;
- усвідомлює власні зміни та ресурси;
- відчуває цілісність і контроль;
- має образ руху вперед;
- готова до наступних етапів відновлення та соціальної інтеграції.

МОДУЛЬ 4. ВІДНОВЛЕННЯ РЕСУРСІВ І СОЦІАЛЬНИХ ЗВ'ЯЗКІВ

ЗАНЯТТЯ 17. ПОШУК РЕСУРСІВ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: допомогти дитині усвідомити, актуалізувати та зміцнити власні внутрішні й зовнішні ресурси; сформувані відчуття опори, життєстійкості та здатності спиратися на себе й оточення у складних ситуаціях.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін і стабілізація (4 хв)

Дитина обирає картку або колір, який відображає її теперішній стан. Коротка дихальна або тілесна вправа (повільний вдих – довгий видих, відчуття опори стоп).

Мета: створити безпечний початок та активізувати самоспостереження.

2. Психоедукація: «Що таке ресурси?» (5 хв)

Фахівець пояснює у доступній формі:

- ресурси – це все, що допомагає нам справлятися з труднощами;
- вони бувають внутрішні (сміливість, терпіння, уява) і зовнішні (люди, місце, заняття);
- навіть маленькі речі можуть бути сильними ресурсами.

Метафора: «Рюкзак мандрівника», у якому є все необхідне для дороги.

3. Вправа «Мій ресурсний рюкзак» (10 хв)

Дитина малює або уявляє рюкзак і «складає» в нього свої ресурси. Фахівець допомагає питаннями:

«Хто або що тебе підтримує?»

«Що в тебе добре виходить?»

«Що допомагало тобі раніше?»

Ресурси можуть бути у вигляді символів, слів або малюнків.

Мета: зробити ресурси видимими й усвідомленими.

4. Вправа «Коло підтримки» (8 хв)

На аркуші малюється коло, у центрі – дитина. Навколо – люди, тварини, місце, заняття, які дають підтримку.

Обговорення:

«До кого ти можеш звернутися?»

«Хто поруч, навіть якщо не фізично?»

Мета: посилити відчуття соціальної підтримки та зменшити ізольованість.

5. Вправа «Моя сила» (6 хв)

Дитина обирає одну внутрішню якість, яка допомогла їй пережити складні події (витривалість, доброта, сміливість). Фахівець допомагає назвати ситуації, де ця якість уже проявлялася.

Мета: підвищити самоцінність і віру у власні можливості.

6. Ресурсне закріплення «Якорі підтримки» (4 хв)

Дитина створює маленький символ ресурсу (малюнок, слово, жест), який можна використовувати у складні моменти.

Фахівець пояснює: «Цей ресурс завжди з тобою».

7. Рефлексія та завершення (3 хв)

Запитання:

«Який ресурс для тебе сьогодні найважливіший?»

«Як ти можеш використати його найближчим часом?»

Позитивне підкріплення: «У тебе є багато сил, навіть якщо інколи вони ховаються».

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- усвідомлює наявність внутрішніх і зовнішніх ресурсів;
- може назвати джерела підтримки;
- відчуває більшу впевненість і опору;
- формує позитивний образ себе як здатної впоратися;
- має ресурсні «якорі» для подальшого використання.

ЗАНЯТТЯ 18. НАВИЧКИ КОМУНІКАЦІЇ І ДОВІРИ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: сформувати базові навички безпечної комунікації; відновити здатність довіряти іншим; навчити дитину виражати власні потреби та почуття у прийнятний спосіб, з урахуванням особистих меж.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін та стабілізація (4 хв)

Дитина обирає картку або колір настрою. Коротка вправа на заземлення (відчуття опору тіла, зробити 2 повільних вдихи).

Мета: створити безпечний емоційний фон для соціальної тематики.

2. Психоедукація: «Що таке довіра і навіщо вона?» (5 хв)

Фахівець пояснює у доступній формі:

- довіра – це коли ми почуваємося у безпеці поруч з іншими;
- після втрати та травми довіряти може бути складно – і це нормально;
- довіра будується поступово і має межі.

Метафора: «Міст довіри», який будується крок за кроком.

3. Вправа «Кому і як я можу довіряти» (8 хв)

Дитина разом із фахівцем розподіляє людей на умовні кола:

- ближнє коло – ті, кому можна розповісти більше;
- середнє – кому можна довіряти частково;
- зовнішнє – з ким варто тримати дистанцію.

Мета: навчити розрізняти рівні довіри та формувати безпечні соціальні межі.

4. Рольова вправа «Сказати словами» (8 хв)

Фахівець пропонує прості ситуації:

- попросити про допомогу;
- сказати «мені це не подобається»;
- поділитися почуттям.

Дитина тренується використовувати «Я-повідомлення»: «Я відчуваю...», «Мені важливо...», «Я хочу...».

Мета: розвивати навички асертивної, ненасильницької комунікації.

5. Вправа «Мої межі» (6 хв)

Дитина малює коло навколо себе і визначає:

- що можна дозволяти іншим;
- що є «стоп-зоною»;
- як вона може показати свої межі словами або жестами.

Мета: відновлення відчуття контролю та особистої безпеки у взаємодії.

6. Ресурсне закріплення «Слова підтримки» (5 хв)

Дитина обирає або створює фрази підтримки для спілкування, наприклад:

«Мені зараз важко»;
 «Можеш побути поруч?»;
 «Я маю право сказати “ні”».

Фрази фіксуються у вигляді картки або малюнка.

7. Рефлексія та завершення (4 хв)

Запитання:

«Що сьогодні було найважливішим?»

«Кому ти міг/могла б довіритись трохи більше?»

«Як ти можеш показати свої межі?»

Фахівець підкреслює сміливість дитини у відновленні контактів.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- розуміє, що довіра формується поступово;
- розрізняє безпечні й небезпечні соціальні контакти;
- володіє базовими навичками вираження почуттів і потреб;
- усвідомлює власні межі та способи їх захисту;
- відчуває більше впевненості у спілкуванні з іншими.

ЗАНЯТТЯ 19. ПІДТРИМКА САМООЦІНКИ ТА ВПЕВНЕНОСТІ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: сприяти відновленню позитивного образу «Я» дитини; підвищити рівень самооцінки та впевненості у власних можливостях; допомогти усвідомити особисті досягнення, сильні сторони та цінність незалежно від пережитого травматичного досвіду.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін і налаштування (4 хв)

Дитина обирає картку/колір, що відповідає її настрою. Коротка дихальна вправа або тілесне заземлення (відчутти опору, розправити плечі).

Мета: створити безпечний емоційний простір для роботи з образом «Я».

2. Психоедукація: «Що таке самооцінка?» (5 хв)

У доступній формі пояснюється:

- самооцінка – це те, як ми ставимося до себе;
- після втрати й травми вона може знижуватися;
- цінність людини не зникає через складні події.

Метафора: «Внутрішнє світло», яке може тьмяніти, але не гасне.

3. Вправа «Моє дерево сили» (10 хв)

Дитина малює дерево:

- коріння – те, що дає силу (цінності, люди, спогади);
- стовбур – якості (доброта, витривалість, сміливість);

- гілки – уміння й досягнення;
- листя – мрії та бажання.

Фахівець допомагає наповнити кожен елемент.

Мета: візуалізувати внутрішню силу та досягнення.

4. Вправа «Я вмію / я можу» (7 хв)

Дитина складає список або малює:

- що вона вже вміє;
- що в неї виходить добре;
- чим вона може пишатися (навіть маленькими кроками).

Мета: підкріпити відчуття компетентності.

5. Вправа «Компліменти собі» (6 хв)

Дитина вчиться говорити про себе добрі слова.

Формат:

«Я пишаюся тим, що...»

«Мені подобається в собі...»

За потреби фахівець м'яко підказує формулювання.

Мета: розвивати самоприйняття і самопідтримку.

6. Ресурсне закріплення «Жест впевненості» (4 хв)

Дитина обирає жест або позу впевненості (розправлені плечі, глибокий вдих, усмішка).

Фахівець пояснює, що тіло може допомагати почуватися впевненіше.

7. Рефлексія та завершення (4 хв)

Запитання:

«Що нового ти сьогодні дізнався/дізналася про себе?»

«Що в собі тобі хочеться підтримувати далі?»

Фахівець завершує заняття словами підтримки, підкреслюючи унікальність дитини.

Очікувані результати заняття

- Після заняття дитина:
- усвідомлює власну цінність і сильні сторони;
- демонструє зростання впевненості;
- формує позитивний образ «Я»;
- знижує самокритику;
- має інструменти для самопідтримки в повсякденному житті.

ЗАНЯТТЯ 20. ФОРМУВАННЯ БАЧЕННЯ МАЙБУТНЬОГО

Тривалість: 40 хвилин

Мета: допомогти дитині сформувати позитивне, реалістичне бачення власного майбутнього; відновити відчуття надії та перспективи; сприяти усвідомленню бажань, мрій і життєвих орієнтирів після пережитої травми.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін і налаштування (4 хв)

Дитина обирає картку або колір, який відповідає її настрою. Коротка стабілізаційна вправа: повільний вдих – уявити світло, повільний видих – відпустити напругу.

Мета: створити безпечний емоційний простір для розмови про майбутнє.

2. Психоедукація: «Чому важливо думати про майбутнє?» (5 хв)

Фахівець пояснює у доступній формі:

- після травми здається, що майбутнього немає або воно лякає;
- уявлення про майбутнє допомагає відчутти контроль і сенс;
- майбутнє можна будувати маленькими кроками.

Метафора: «Ліхтар у дорозі», який освітлює наступний крок.

3. Вправа «Мій завтрашній день» (7 хв)

Дитині пропонується уявити та описати (або намалювати):

- де вона прокидається;
- що робить протягом дня;
- що приносить радість і спокій.

Фахівець підкреслює реалістичність і безпечність образу.

Мета: зменшити тривогу перед майбутнім через конкретизацію.

4. Вправа «Я через рік» (8 хв)

Дитина створює образ себе в майбутньому:

- чого вона навчилась;
- що вміє робити краще;
- що допомогло їй вирости й зміцніти.

Можливе використання малюнку або символів.

Мета: формувати відчуття розвитку й зростання.

5. Вправа «Мрії та цілі» (8 хв)

Разом із фахівцем дитина розділяє:

- мрії (хочу, але не знаю як);
- цілі (хочу і можу зробити крок).

Дитина обирає 1–2 маленькі цілі на найближчий час.

Мета: перетворити мрії на досяжні кроки.

6. Ресурсне закріплення «Мій символ майбутнього» (4 хв)

Дитина створює символ майбутнього (малюнок, слово, знак), який асоціюється з надією.

Фахівець пояснює, що цей символ можна використовувати як нагадування про рух уперед.

7. Рефлексія та завершення (4 хв)

Запитання:

«Що тобі сподобалося у твоєму майбутньому?»

«Що ти можеш зробити вже зараз?»

Фахівець підкреслює здатність дитини мріяти, планувати й рухатися далі.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- має позитивне, але реалістичне бачення майбутнього;
- відчуває надію та сенс;
- здатна формулювати бажання й цілі;
- зменшує тривогу щодо майбутнього;
- відчуває готовність рухатися вперед крок за кроком.

МОДУЛЬ 5. ЗАВЕРШАЛЬНИЙ ТА ІНТЕГРАЦІЙНИЙ

ЗАНЯТТЯ 21. ПІДСУМОК НАВИЧОК САМОРЕГУЛЯЦІЇ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: систематизувати й закріпити навички саморегуляції, сформовані впродовж попередніх занять; підвищити усвідомленість дитини щодо власних способів подолання напруження; посилити впевненість у здатності самостійно керувати своїм емоційним і тілесним станом.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін та налаштування (4 хв)

Дитина обирає картку/колір, що відображає її стан. Коротка стабілізаційна вправа: повільний вдих – «зібрати спокій», повільний видих – «відпустити напругу».

Мета: створити безпечний початок і налаштувати на підсумкову роботу.

2. Огляд пройдених навичок (6 хв)

Фахівець разом із дитиною пригадує всі опановані інструменти:

- дихальні техніки;
- заземлення;
- «Острів безпеки»;
- робота зі страхом, гнівом, смутком;
- тілесні вправи;
- самопідтримка через думки й образи.

Мета: усвідомити обсяг набутих умінь і власний прогрес.

3. Вправа «Моя скринька саморегуляції» (10 хв)

Дитина створює «скриньку» (малюнок або уявну), куди складає свої найефективніші техніки. Для кожної техніки визначає:

- коли її краще використовувати;
- що вона дає.

Мета: індивідуалізувати набір стратегій самодопомоги.

4. Практика застосування навичок (8 хв)

Фахівець пропонує кілька ситуацій (страшно, злюся, сумно, хвилююся). Дитина обирає техніку зі «скриньки» та коротко демонструє або описує її використання.

Мета: закріпити навички у форматі «реального життя».

5. Вправа «Мій сигнал тривоги і мій план» (6 хв)

Дитина визначає:

- як тіло «попереджає» про напруження;
- що робити, коли цей сигнал з'являється.

Формується простий алгоритм дій.

Мета: навчити раннього реагування.

6. Ресурсне закріплення (3 хв)

Дитина обирає «головну» техніку, яка стане її опорою. Фахівець допомагає закріпити її через символ, слово або жест.

7. Рефлексія та завершення (3 хв)

Запитання:

«Що ти вмієш робити тепер, чого не вмів/не вміла раніше?»

«Яка навичка для тебе найцінніша?»

Фахівець підкреслює силу та здатність дитини піклуватися про себе.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- усвідомлює власний набір навичок саморегуляції;
- вміє обирати відповідну техніку залежно від стану;
- демонструє підвищену впевненість у собі;
- має персональний план самодопомоги;
- готова застосовувати навички самостійно у повсякденному житті.

ЗАНЯТТЯ 22. ПІДГОТОВКА ДО ЗАВЕРШЕННЯ ТЕРАПІЇ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: підготувати дитину до завершення терапевтичної роботи; допомогти усвідомити пройдений шлях і досягнуті зміни; зменшити тривогу, пов'язану з прощанням; закріпити відчуття самостійності, внутрішньої опори та можливості звертатися по допомогу в майбутньому.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін і налаштування (4 хв)

Дитина обирає картку/колір настрою.

Фахівець м'яко називає тему:

«Скоро наша спільна робота добігатиме кінця, і сьогодні ми поговоримо про це».

Коротка стабілізаційна вправа (повільний вдих – видих).
Мета: створити безпечний простір для теми завершення.

2. Психоедукація: «Що означає завершення?» (5 хв)

У доступній формі пояснюється:

- завершення – це не втрата, а перехід;
 - важливі стосунки і навички залишаються з нами;
 - сум, радість і тривога можуть бути одночасно – і це нормально.
- Метафора: «Подорож і валіза» – ми беремо з собою найважливіше.

3. Вправа «Мій шлях у терапії» (8 хв)

Дитина малює або описує:

- якою вона була на початку;
- що було складним;
- що змінилося зараз.

Фахівець допомагає помітити зростання, навіть у дрібницях.

Мета: усвідомити прогрес і сформувані завершені образ досвіду.

4. Вправа «Що я беру з собою» (7 хв)

Дитина визначає:

- навички;
- знання;
- внутрішні ресурси;
- важливі спогади.

Це може бути оформлено у вигляді «валізи», списку або малюнка.

Мета: закріпити внутрішні опори.

5. Обговорення почуттів про завершення (6 хв)

Фахівець запитує:

«Що ти відчуваєш, думаючи про завершення?»

«Що допоможе тобі впоратися з цими почуттями?»

Нормалізуються всі емоції, без оцінювання.

6. План підтримки після завершення (5 хв)

Разом формується простий план:

- до кого звертатися;
- які навички використовувати;
- коли просити допомогу.

Мета: зменшити страх перед самотійністю.

7. Ресурсне завершення (5 хв)

Невеликий ритуал підготовки до прощання:

- обмін словами вдячності;
 - створення символу пам'яті (малюнок, фраза).
- Фахівець підкреслює силу та зрілість дитини.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- розуміє сенс завершення терапії;
- усвідомлює власний прогрес;
- знижує тривогу перед прощанням;
- має план підтримки на майбутнє;
- відчуває готовність до завершального етапу програми.

ЗАНЯТТЯ 23. ЗАВЕРШЕННЯ. РИТУАЛ ПРОЩАННЯ

Тривалість: 40 хвилин

Мета: м'яко й безпечно завершити терапевтичний процес; закріпити досягнення дитини; надати позитивний досвід прощання без втрати почуття безпеки; посилити відчуття автономії, вдячності та внутрішньої опори.

Структура заняття

1. Емоційний чек-ін і заспокоєння (4 хв)

Дитина обирає картку/колір настрою.

Коротка стабілізаційна вправа (повільний вдих – видих, відчуття опори тіла).

Мета: зафіксувати стан і створити спокійний початок.

2. Психоедукація: «Прощання як частина шляху» (5 хв)

Фахівець пояснює у доступній формі:

- прощання не означає втрату навичок і підтримки;
- усе важливе, що було здобуто, залишається з дитиною;
- сум, радість і гордість можуть бути одночасно – це нормально.

Метафора: «Закриття книги з можливістю перечитати».

Мета: нормалізувати емоції завершення.

3. Вправа «Моє досягнення» (8 хв)

Дитина обирає 3–5 досягнень (умінь, змін, кроків), якими пишається.

Фахівець допомагає конкретизувати: «Що саме змінилося? Як ти це помічаєш?»

Мета: усвідомити власний прогрес і підвищити впевненість.

4. Ритуал прощання «Символ шляху» (10 хв)

Дитина створює символ завершення (малюнок, стрічка, камінчик, картка зі словом).

Символ може уособлювати: силу, спокій, надію, шлях.

Фахівець промовляє слова підтримки, підкреслюючи здобуті навички.

Мета: емоційно закріпити завершення в безпечній формі.

5. Вправа «Лист собі в майбутнє» (6 хв)

Дитина пише/малює коротке послання собі:

- що хоче пам'ятати;
- що допомагало і допоможе надалі;
- слова підтримки для себе.

Мета: перенести опору у майбутнє.

6. Прощальні слова і взаємна вдячність (4 хв)

Короткий обмін словами:

- що було важливим;
- за що дитина дякує собі;
- за що – фахівцю (за бажанням).

Мета: завершити контакт у теплій, прийнятній атмосфері.

7. Завершальна стабілізація (3 хв)

Коротке заземлення або повернення до «Острова безпеки».

Фраза-закріплення: «Усе важливе зі мною. Я знаю, як собі допомогти».

Мета: залишити дитину в стабільному стані.

Очікувані результати заняття

Після заняття дитина:

- приймає завершення терапії без різкого емоційного спаду;
- усвідомлює власні досягнення та ресурси;
- має позитивний досвід прощання;
- відчуває автономію й внутрішню опору;
- готова використовувати набуті навички самостійно.