

Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
Кафедра психології

Допущено до захисту
Завідувачка кафедрою



«18» листопада 2025 р.

ПОДОЛАННЯ СИМПТОМІВ ПТСР У ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувачка другого
(магістерського) рівня вищої освіти, групи
м206П-з

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові
науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма: Психологія
тренінгової роботи

Боцман Анастасія Анатоліївна

Керівник: старша викладачка

Федорик Вікторія Володимирівна

Рецензент: к. психол. н., доцент

Черезова Ірина Олександрівна

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПТСР У ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	6
1.1. Психологічна сутність та класифікація ПТСР.....	6
1.2. Особливості прояву ПТСР у підлітковому віці.....	18
Висновки до першого розділу	25
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ ПТСР У ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	28
2.1. Організація та методичний інструментарій проведення дослідження	28
2.2. Дослідження психологічних факторів формування ПТСР у підлітків під час війни.....	37
2.3. Узагальнення та інтерпретація результатів дослідження.....	47
Висновки до другого розділу	48
РОЗДІЛ III. ПОДОЛАННЯ СИМПТОМІВ ПТСР У ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ	50
3.1. Обґрунтування необхідності та розробки програми психологічного супроводу підлітків із симптомами ПТСР.....	50
3.2. Аналіз ефективності впровадження програми психологічного супроводу підлітків із симптомами ПТСР.....	54
3.3. Рекомендації підліткам із симптомами ПТСР щодо підтримки психологічної стійкості в умовах невизначеності.....	58
Висновки до третього розділу	60
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66
ДОДАТКИ.....	74

ВСТУП

Війна в Україні стала сильним травмуючим чинником для всіх, а найбільше для дітей і підлітків, які втратили почуття безпеки, стабільності та довіри до світу. Постійна загроза життю, вимушене переселення, розлука з близькими, звуки вибухів, руйнування рідного дому створюють передумови для формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Підлітковий вік є особливо чутливим до таких впливів, адже саме в цей період відбувається активне формування особистісної ідентичності, становлення саморегуляції, емоційного інтелекту та соціальних зв'язків. Травматичний досвід у цей час здатний істотно впливати на подальший розвиток, формувати тривожність, агресивність, апатію, проблеми у спілкуванні та навчанні.

Сучасна українська психологія стоїть перед важливим завданням – розробити ефективні психокорекційні та терапевтичні підходи до подолання симптомів ПТСР у підлітків. Особливого значення набуває поєднання класичних методів (когнітивно-поведінкових, арт- і тілесно-орієнтованих) із гуманістичними підходами, зокрема гештальт-терапією, яка дозволяє інтегрувати травматичний досвід і відновити контакт із власними ресурсами.

Отже, дослідження проблеми подолання симптомів ПТСР у підлітків в умовах війни є надзвичайно актуальним і має не лише наукове, а й важливе соціально-практичне значення.

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у підлітків.

Предмет дослідження – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у підлітків в умовах війни.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у підлітків в умовах війни та перевірити ефективність психологічної програми подолання симптомів ПТСР у підлітків.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми ПТСР у сучасній психологічній науці.
2. Визначити вікові та психологічні особливості проявів ПТСР у підлітковому віці.
3. Дослідити рівень і структуру симптомів ПТСР у підлітків, які пережили події війни.
4. Розробити та апробувати психологічну програму подолання симптомів ПТСР з використанням елементів гештальт-, арт- та тілесно-орієнтованої терапії.
5. Проаналізувати ефективність розробленої програми та сформулювати практичні рекомендації для психологів.

Методи дослідження:

- *теоретичні*: аналіз, узагальнення, систематизація наукової літератури з проблеми ПТСР;
- *емпіричні*: спостереження, анкетування, психодіагностичні методики (шкала індексу ПТСР, тест тривожності Спілбергера–Ханіна, методика визначення емоційних бар'єрів В. Бойка, тест життєстійкості);
- *статистичні*: кореляційний аналіз, порівняння середніх величин, оцінка ефективності програми за допомогою t-критерію Стьюдента;

Емпірична база дослідження.

Дослідження проводилось серед 30 підлітків віком 12–16 років, які є внутрішньо переміщеними особами або проживають у регіонах, що постраждали від бойових дій. Діагностичний та корекційний етапи здійснювались у форматі групових і індивідуальних занять офлайн та онлайн.

Теоретичне значення полягає в узагальненні сучасних підходів до розуміння ПТСР у підлітковому віці та в розкритті психологічних механізмів його подолання.

Практичне значення полягає у розробці авторської психокорекційної програми, спрямованої на зменшення проявів ПТСР, відновлення емоційної

стабільності й адаптаційних ресурсів підлітків, які пережили травматичні події війни. Отримані результати можуть бути використані практичними психологами, соціальними педагогами, волонтерами та фахівцями кризової допомоги.

Апробація результатів.

Основні положення дослідження презентовано на студентських і науково-практичних конференціях, а також відображено в публікаціях у збірниках наукових праць.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів з висновками до них, загальних висновків, списку використаних джерел (69 найменувань, з них 21 іноземною мовою) і 7 додатків (на 64 сторінках). Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 138 сторінок, з них основного тексту – 65 сторінок. Робота містить 12 таблиць і 11 рисунків.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПТСР У ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Психологічна сутність та класифікація ПТСР

Психологічні дослідження вже неодноразово доводили, що стресори, яким може піддаватися особистість, можуть мати не тільки різну силу впливу (незначні травмуючі події, більш серйозні та критичні), але і різну спрямованість такого впливу (як позитивну, так і негативну). Проте, не дивлячись на різноманіття такого впливу, спільним залишається природа стресу як психологічної категорії.

Поняття «стрес» (лат. “stringere” – «натягувати», «стискати», «напружувати») уперше було вжито у літературі у 1303 р. англійським поетом Робертом Меннінгом для опису переживання героїв біблійного сюжету, що багато років блукали пустелею та переживали небезпеку, лихо і труднощі. У зв'язку з цим «стрес» довгий час трактували як вплив на особистість екстремально тяжких та обов'язково негативних чинників у її оточенні. Дотепер його розуміють як реакцію, як процес постійної взаємодії індивіда з навколишнім середовищем [9].

Дослідження низки наукових публікацій [9; 12; 21; 24; 25; 29 та ін.] свідчать, що вперше в науковий обіг поняття «стрес» ввів Г. Сельє як медичний термін для позначення загального адаптаційного синдрому. Це було перше вживання даного терміну спочатку в медичній науці, а вже згодом він почав досліджуватися психологами. У 1936 р. Г. Сельє опублікував статтю «Синдром, який викликається різними шкідливими агентами», а у більш пізніх своїх публікаціях сформував уявлення про загальний адаптаційний синдром або «загальну неспецифічну нейрогормональну реакцію організму на будь-яку вимогу, що ставиться» [9, с. 201]. Г. Сельє надав наступне визначення стресу – це «неспецифічна реакція організму на шкідливий вплив або вимогу до нього» [24; 29; 34 та ін.]. Також дослідник вважав даний термін одним із найбільш

розповсюджених та одночасно суперечливих моментів у наукових дослідженнях та доводив, що стресова реакція організму формується під впливом певних як внутрішніх, так і зовнішніх чинників. Він пояснював неоднозначність розуміння стресу тим, що усі про нього говорять, усі його переживають, усі багато про нього чули та знають, проте по-різному розуміють та інтерпретують [24, с. 188].

Згодом подальший розвиток досліджень в галузі стресу відбувався у працях Р. Лазаруса, С. Фолкман, Б. Голдстоуна, Т. Кокса тощо. Також низка дослідників досліджувала феномен стресу у взаємодії з такими психологічними категоріями, як пізнання, емоції та діяльність (Дж. Еверілл, П. Фресс, Р. Кан тощо). З позиції когнітивного підходу про стрес згадувалось у роботах А. Ейнштейна; психосоціального підходу – Р. Гріна та Б. Вілсона, інформаційну концепцію стресу розробив М. Горовиць. Також Дж. Гілтон, С. Палмер, Т. Пікеринг та ін. вивчали наслідки стресу, викликані професійною діяльністю. Крім того, актуальності сьогодні набирає питання управління стресами, відокремлюючись в окремий напрямок сучасної теорії управління (А. Файоль, П. Друкер, М. Вебер тощо [22; 25; 29 та ін.]).

В цілому можна відзначити, що неоднозначність розуміння стресу західними дослідниками та різнобічність застосування цього поняття в різних сферах та напрямках досліджень спричинили наявні на сьогодні суперечності у його трактуванні, що обумовило формування принаймні трьох підходів до його інтерпретації.

Дослідження феномену стресу в межах транзактного підходу, ключовими представниками якого є Т. Кокс та А. Гріффінс, відходить від лінійного розуміння цього явища, натомість пропонуючи його інтерпретацію як складної, циклічної та динамічної взаємодії між індивідом та його оточенням. У цій концепції стрес розглядається не просто як внутрішня реакція організму, а як невіддільна складова соціального та природного середовища. Центральним елементом моделі є визначення стресу як відповіді особистості, що виникає

внаслідок дискрепансу (суттєвої невідповідності) між об'єктивними вимогами зовнішнього світу та реальними поточними можливостями індивіда ці вимоги задовольнити або ефективно на них відповісти. Дослідниками була розроблена транзактна модель стресу, що функціонує як замкнена система із зворотним зв'язком між усіма її компонентами. Цей цикл, на відміну від стадійних моделей, включає п'ять послідовних і взаємообумовлених етапів. Перший етап характеризується безпосереднім впливом об'єктивних вимог та викликів зовнішнього оточення на особистість. Наступний етап це когнітивна оцінка. На цій критичній стадії індивід активно оцінює співвідношення між сприйнятими зовнішніми вимогами та власними ресурсами, необхідними для адекватної відповіді. Саме внаслідок усвідомлення порушення рівноваги (відсутності відповідності) між цими двома чинниками виникає стресовий стан. Психофізіологічна реакція: виникнення стресу запускає психологічні та фізіологічні зміни в організмі, що супроводжуються суб'єктивним емоційним переживанням стресу. Реакція протидії (копінг): особистість активізує механізми протидії (копінг-стратегії) для подолання стресогенної ситуації чи зменшення її негативних наслідків. Зворотний зв'язок: завершальний етап, де результати копінг-реакції та зміни у психофізіологічному стані інтегруються, впливаючи на наступну когнітивну оцінку вимог середовища та власних можливостей, тим самим замикаючи динамічний цикл.

Таким чином, транзактна модель підкреслює суб'єктивний та процесуальний характер стресу, роблячи акцент на активній ролі індивіда у сприйнятті та оцінці загрозових чинників [36].

У 50-60 рр. ХХ ст. західні дослідники також визначали стрес як:

- стан порушення у особистості гомеостазової рівноваги або сукупність реакцій її організму, спрямованих на відновлення цієї рівноваги (К. Урліч, У. Джонсон);
- стан організму особистості, який вона розцінює як загрозу її благополуччю (або цілісності) та спрямовує весь наявний у неї потенціал на

свій захист (К. Котер, М. Епплі);

- будь-який стан особистості, спричинений порушенням нормального функціонування її організму (М. Арнольд).

Серед більш сучасних західних дослідників стресу варто відмітити праці американського професора Р. Сапольського, який вивчав проблему стресу та дегенерації нейронів, досліджував джерела стресу в середовищі життєдіяльності, а також взаємозв'язок стресу та характерних для нього хвороб. Вказаний дослідник розглядає стрес як реакцію особистості на певний чинник зовнішнього середовища, який порушує стан рівноваги як у разі безпосереднього, так і опосередкованого впливу (відповідь на очікувані загрози) [68].

Звертаємось також до праць сучасних вітчизняних дослідників, щоб з'ясувати розуміння ними категорії стресу.

А. Нежута та Т. Томан розглядають стрес як «корисну для організму реакція, яка виникла в ході еволюції людини та сприяє оптимальній адаптації її до мінливих умов життя» [25, с. 139]. Подібне визначення надає також А. Мелоян [22]. Вказані дослідники також звертають увагу, що, попри іноді позитивний вплив стресу на організм (прозріння, усвідомлення чогось нового, важливого, переосмислення буття тощо) сильні та часто повторювані дії стресових чинників можуть призводити до різних негативних наслідків у житті особистості.

Н. Голярдик та А. Фрадинська розуміють під стресом «захисну адаптаційну реакцію, що мобілізує організм на подолання різноманітних ситуацій, які мають фруструючий вплив на людину та у яких вона обмежена у задоволенні важливих біологічних і соціальних потреб» [9, с. 201]. Тобто стрес в даному випадку трактується як процес пристосування особистості до обставин, які є загрозою для рівноваги організму та/або порушують її. У повсякденному житті особистості поняття «стрес» використовується для характеристики певного негативного стану або руйнівної сили, що впливає на її

фізичне та психічне здоров'я. Ці дослідники також дотримуються позиції, що невеликий стрес може позитивно впливати на особистість та навіть бути необхідним на шляху подолання нею певних складних життєвих етапів, спонукаючи її до активності, покращуючи захисні реакції її організму, загострюючи увагу, мислення, пам'ять, у той час як постійні стреси в кінцевому підсумку чинять негативний вплив на особистість.

Згідно з позицією Н. Бамбурак та М. Гуцмана, категорія "стрес" виступає як інтегруюче поняття, що охоплює широке коло проблематики, пов'язаної з екстремальними впливами зовнішнього середовища, конфліктними ситуаціями, небезпечними подіями та іншими значущими чинниками.

Виходячи з такого багатоманіття маніфестацій, автори наголошують на необхідності чіткого розмежування самого поняття "стрес" та суміжних категорій (зокрема, "емоційна напруженість", "психічна напруженість", "психоемоційна напруженість"), підкреслюючи, що останні часто репрезентують властивості чи стійкі характеристики особистості, а не її конкретні динамічні стани.

На їхню думку, стрес слід визначати як особливу форму взаємовідносин між індивідом і зовнішнім середовищем. Цей феномен є результатом складної когнітивно-емоційної переробки, що включає мисленнєві операції, емоційне реагування, усвідомлення власних ресурсів та володіння навичками саморегуляції. Реалізація стресу відбувається через задіяння багатоманітного арсеналу стратегій у вигляді поведінково-вчинкових патернів особистості [2, с. 143-144].

Крім того, М. Гуцман виокремлює три ключові значення категорії «стрес» (по-перше, як зовнішні подразники, що викликають у особистості стан напруженості або збудження; по-друге, як відображення внутрішнього психічного стану напруженості та збудження у результаті суб'єктивної реакції; по-третє, як фізична реакція організму на вимогу або загрозливий вплив) та додає, що стрес – це «природне явище і невід'ємна складова існування

людини». Тому особистість не може завжди жити абсолютно без стресу або спробувати його позбутися [11, с. 124]

Н. Родіна розглядає стрес як загальну реакцію організму на вплив будь-яких негативних чинників зовнішнього середовища (фізичних і психологічних). Тому вона пропонує розрізняти фізіологічний та психологічний стреси. Перший виникає внаслідок безпосередніх стрес-чинників на організм особистості (біль, голод, холод, аномальна температура тощо), в результаті чого відбуваються порушення у ендокринній системі, а другий – в результаті різних способів інтерпретації того, що відбувається в оточенні особистості та викликає у неї підвищене збудження, роздратованість, агресивність і т.п. [33].

Л. Наугольник та Р. Наугольник також виокремлюють три схожі підходи до визначення поняття «стрес»: 1) як будь-які зовнішні стимули чи події, які призводять до виникнення у особистості напруги чи збудження («стресор», «стрес-фактор»); 2) як суб'єктивна реакція організму, що відображає внутрішній психічний стан напруги і збудження та інтерпретується як емоції, оборонні реакції і процеси подолання (coping processes), що відбуваються в самій особистості; 3) як фізична реакція організму на вимогу або шкідливий вплив [24, с. 190].

Подібний троїстий підхід знаходимо також у дослідженнях Л. Леженіної [20, с. 137].

В. Заболотна визначає стрес як емоційну та фізіологічну реакцію особистості на внутрішні або зовнішні подразники, яка може бути більшою, ніж здатність особистості впоратися з такою реакцією. Іншими словами, стрес має місце, коли особистість не впевнена, що може впоратися з ситуацією, яка склалась в результаті дії подразників, або адекватно на неї реагувати [14, с. 27].

Сучасні наукові підходи визначають стрес як комплексний психофізіологічний стан, що виникає у відповідь на вплив значущих стресогенних факторів (стресорів) зовнішнього середовища та їхню подальшу суб'єктивну оцінку індивідом.

І. Сорока інтерпретує стрес як "стан психічної напруги", що є результатом діяльності людини в найбільш складних, скрутних умовах – як у повсякденному житті, так і за особливих обставин [40, с. 250]..

О. Туриніна розглядає стрес як "особливий стан психіки, організму в цілому", що характеризується широкою мобілізацією функціональних резервів індивіда, спрямованою на подолання будь-якого стресового (часто екстремального) впливу [45, с. 24]..

Реакція особистості на стресори є багатофакторною і значною мірою залежить від обставин, у яких діють ці стресори, а також від індивідуальних фізичних і психологічних особливостей самої особистості. З огляду на це, дослідники часто розглядають стрес як процес, який включає три основні складові елементи:

- стресові ситуації ("стресори"): чинники, що викликають напругу;
- реакції людини: комплексна відповідь організму;
- проміжні чинники ("посередники стресу"): фактори, які можуть посилювати або зменшувати вплив стресових ситуацій (наприклад, копінг-стратегії, соціальна підтримка, психологічна стійкість) [9, с. 202].

Погоджуємося з позицією В. Заболотної, що з точки зору стресової реакції організму не важливо, приємна чи неприємна ситуація трапилась в житті особистості. Реакції на подію «радість» та подію «горе» будуть схожими, оскільки схожа їх стресова дія – вимога пристосування до нової ситуації, тому вони супроводжуються однаковими біохімічними змінами в організмі, основне призначення яких – впоратись із обставинами, які змінились. Таке явище дослідники називають «адаптаційним синдромом», що проходить 3 стадії одного спільного процесу: тривога; резистентність (адаптація); виснаження [14, с. 27]. Ці стадії відомі в науці ще в часів обґрунтування їх Г. Сельє та на їх основі формується сьогодні теоретико-методичний інструментарій діагностики та управління стресами, про що міститься інформація у роботах [5; 6; 21; 23 та ін.].

Одним із різновидів стресу дослідники називають травматичний стрес.

За твердженням І. Марциновської, стрес стає травматичним у випадку, коли стресором виступає травматична подія (екстремальна кризова ситуація, загроза власному життю або життю близьких), а результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері: у особистості порушується структура самості, когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що відповідають за процеси пізнання світу, пам'ять, емоційну сферу. Такі травматичні події зменшують відчуття безпеки у особистості [21, с. 224].

Н. Оніщенко також визначає травматичний стрес як особливу форму загальної стресової реакції особистості на травматичні події (екстремальні, кризові та надзвичайні ситуації з потужним негативним наслідком), які перевантажують психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості особистості, руйнуючи її захист, в результаті чого відбуваються порушення у психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями [28, с. 306]. Подібне визначення наводить також О. Тімченко у роботі [42].

С. Андрейчин у процесі характеристики травматичного стресу виокремлює два його підтипи: критичний випадок та вторинна травматизація (вигорання). Травматичний стрес від критичного випадку настає в результаті стресових подій, що настали неочікувано та невідворотно (стихійне лихо, нещасний випадок, насильство тощо), може тривати як недовго, так і днями, місяцями і навіть роками після стресової події. Сам факт наявності критичного випадку не вписується у поточний життєвий досвід особистості, тому створює надзвичайні умови, в яких особистість не може звичним чином контролювати ситуацію та забезпечувати свою безпеку. Травматичний стрес типу вигорання настає від періодично повторюваних подій стресового характеру, на які людина не може вплинути [1, с. 65-66].

Травматичний стрес, з позиції О. Туриніної, це «особлива форма загальної стресової реакції, за якої відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних та адаптаційних можливостей людини». Такий стрес може стати

для особистості причиною психологічної травми [45, с. 25].

Переживання тривалого травматичного стресу у багатьох осіб призводить до появи посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

З позиції І. Марціновської, ПТСР – це відстрочена реакція особистості на травматичний стрес непсихотичного характеру (наприклад, природні чи техногенні катастрофи, перебування на території активних бойових дій, тортури, зґвалтування і т.п.). Також вказана дослідниця на основі аналізу праць західних дослідників доводить, що категорія ПТСР (post-traumatic stress disorder) являє собою окремий та самостійний діагноз. Проте при описі та дискутуванні щодо результатів клінічних досліджень як синонім дослідники вживають також терміни «травматичний» або «посттравматичний» стрес [21, с. 224].

О. Туриніна визначає ПТСР як комплекс психофізіологічних реакцій організму на фізичну або психологічну травму, зокрема, переживання або потрясіння, які спричиняють страх, жах, відчуття безпорадності і т.п. [45, с. 25]. Це можуть бути обставини, в яких особистість пережила загрозу власному життю, смерть або поранення близької людини за надзвичайних умов.

Згідно з поглядами Т. Сочетко та А. Габінської, Посттравматичний Стресовий Розлад (ПТСР) класифікується як тяжкий психічний розлад, що розвивається після переживання емоційно надлишкової травматичної події, яка несе потенційну загрозу життю або здоров'ю особистості. Спектр таких екстремальних стресорів є широким і включає участь у бойових діях, зіткнення з природними та антропогенними лихами, випадки насильства (зокрема, сексуального, тортур, пограбування чи позбавлення волі), переживання раптової втрати близької особи, діагностування тяжких хвороб, а також міжособистісні конфлікти та вимушене переселення. Критично важливо, що травматичні події можуть бути етіологічним чинником не лише для ПТСР, але й для цілого ряду інших психічних чи соматичних порушень, що свідчить про високу коморбідність і складність клінічної картини, яка вимагає комплексного терапевтичного підходу [41].

Х. Турецька визначає Посттравматичний Стресовий Розлад (ПТСР) як тривожний розлад, який виникає безпосередньо внаслідок впливу на особистість травматичної події, що об'єктивно загрожувала життю або фізичній цілісності (власній чи інших людей), зокрема, могла спричинити серйозне каліцтво. Ключовим критерієм є те, що індивід або переживав цю подію сам (як жертва), або був її свідком, і внаслідок цього переживав інтенсивні та руйнівні негативні емоції, такі як сильний страх, жах чи безпорадність. Таким чином, це визначення підкреслює необхідність поєднання об'єктивної екстремальності стресора з глибокою суб'єктивною емоційною реакцією для ініціації розладу [44, с. 227].

Низка дослідників характеризує посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як тяжкий психічний стан особистості, що виникає як прямий наслідок впливу психотравмуючої події, яка може бути як одиничною, так і повторюваною (хронічною). Категорії цих екстремальних подій є різноманітними і включають воєнні дії, природні або техногенні катастрофи, серйозні нещасні випадки, присутність під час чиєїсь насильницької смерті, роль жертви знущань або тероризму, сексуальне насильство або інший тяжкий злочин. Це узагальнене визначення підкреслює, що ПТСР є нормальною реакцією на ненормальний досвід, який значно перевищує адаптаційні можливості психіки, і вимагає уваги до широкого спектру травматичних стресорів, здатних ініціювати цей стан [35; 37 та ін.].

За визначенням АРА (Американська психіатрична асоціація) симптоми діагнозу ПТСР (DSM-IV) повинні включати три кластери: 1) повторне переживання (нав'язливі спогади про пережиту травматичну подію); 2) уникання спогадів про цю подію та оніміння емоцій; 3) надмірне збудження [49].

У низці наукових праць [10; 21; 41; 44; 61 та ін.] знаходимо, що про ПТСР як діагноз активно заговорили після війни у В'єтнамі, коли у США з'явилась нагальна проблема подолання психологічних наслідків перебування солдат в

зоні цього військового конфлікту. В межах його лікування Американська психіатрична асоціація у 1980 році офіційно ввела цей діагноз в 3-му виданні Діагностичної та статистичної настанови з психічних розладів (DSMIII) у розрізі категорії «Тривожні розлади». У довіднику значилося, що такі тривожні розлади розвиваються у відповідь на «рідкісні зовнішні катастрофічні події».

Отже, можна зробити висновок, що спочатку ПТСР визначалася як психотравма, що виникала винятково внаслідок зовнішнього впливу і в рамках катастрофічних подій. Натомість, у сучасній психологічній науці сформовано два основних підходи до пояснення природи ПТСР – зовнішній та внутрішній. При цьому внутрішню структуру порушень визначає нормальна реакція особистості на зверх інтенсивні (ненормальні) зовнішні впливи.

Основні критерії віднесення психічного стану особистості до ПТСР згідно АПА наведені в табл. 1.1.

Таблиця 1.1.

Критерії ПТСР Американської психіатричної асоціації (складено за даними [57])

Критерії	Характеристика
Критерій А	Для розвитку ПТСР достатньо експозиції до аверсивних наслідків подібної травматичної події, яка відбулась з іншими людьми (прибуття на місце катастрофи; отримання трагічної інформації про близьких і т.п.).
Критерій В	Реакція на травматичну подію включає її повторне переживання у вигляді думок, нічних кошмарів, флешбеків.
Критерій С	Реакція на травматичну подію включає уникнення пов'язаних із травмою думок, почуттів та ситуацій, які викликають травматичні спогади.
Критерій D	Реакція на травматичну подію включає негативні зміни в емоціях та переконаннях.

Критерій Е	Реакція на травматичну подію включає підвищену реактивність та збудження.
Критерій F	Тривалість симптомів ПТСР становить більше одного місяця.
Критерій G	Дистрес та порушення нормального повсякденного функціонування внаслідок ПТСР.
Критерій H	Симптоми ПТСР не пов'язані із вживанням лікарських засобів або іншим медичним станом.

Основним при встановленні діагнозу ПТСР вважається критерій А, який передбачає наявність травматичної події, яка є причиною розвитку решти симптомів.

Фахівці зазначають, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) часто супроводжується низкою соціально-психологічних дисфункцій, які значно ускладнюють адаптацію особистості. Зокрема, індивід може мати серйозні проблеми, пов'язані з прийняттям минулого травматичного досвіду, порушенням міжособистісних відносин із близькими, зниженням довіри до оточуючих, а також втратою інтересу до тих видів діяльності, які раніше приносили задоволення. Також спостерігаються труднощі з проговоренням власних емоцій та переживань у соціальному колі. Окрім основних діагностичних критеріїв, можуть відмічатися численні супутні симптоми, серед яких безсоння, стійке відчуття провини, уникаюча поведінка щодо нагадувань про травму, та емоційна нечутливість (оніміння). Сукупність цих проявів призводить до значного дистресу та істотно ускладнює повсякденне функціонування особистості, вимагаючи комплексного психотерапевтичного втручання [41].

Також численні дослідження свідчать, що ПТСР розвивається далеко не у всіх осіб, які пережили травматичну подію. Так, у роботі [41] наводиться статистична інформація із західних джерел, що прояви психотравми були

виявлені тільки у 61 % чоловіків, які пережили травматичну подію, але тільки у 8,1 % згодом був поставлений діагноз ПТСР. У жінок цей показник є вищим та становить 20,4 %. Також мають місце емпіричні дослідження, які доводять, що генетична схильність підвищує ймовірність розвитку ПТСР після пережитої травматичної події, а додатковими психологічними стимулами його появи вважаються проблеми в родині, низка соціальних чинників (відсутність соціальної підтримки) [65; 64; 61 та ін.].

Термін ПТСР вперше був розглянутий та запропонований для вживання у науковому та практичному обігу на початку 90-х років ХХ ст. Дж. Херманом як клінічний синдром після виснажливих травматичних, зазвичай довготривалих боїв [27; 52 та ін.].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) уперше офіційно увійшов до класифікації МКХ-11 (розділ 6В40) як окремий психічний розлад, що виникає внаслідок переживання або свідчення надзвичайно травматичної події, яка перевищує межі звичайного людського досвіду [59; 62; 27; 8; 64 та ін.]. Цей розлад характеризується стійкими симптомами, пов'язаними з повторним переживанням травми, уникненням нагадувань про неї, підвищеною збудливістю та порушеннями емоційної регуляції.

До основних проявів ПТСР належать нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари, емоційне заціпеніння, гіпервозбудження, уникання місць, людей чи ситуацій, пов'язаних із травмою. Також спостерігаються труднощі з концентрацією уваги, порушення сну, почуття провини, сорому або безпорадності. Часто ПТСР супроводжується соматичними скаргами — головним болем, болем у грудях чи шлунку, запамороченням, а також деструктивною поведінкою: зловживанням алкоголем, психоактивними речовинами, ризикованими діями або суїцидальними думками [8; 64; 66 та ін.].

Дослідниця А. Гайдабрус зазначає, що поширеність ПТСР у сучасному світі зростає через збільшення кількості воєнних конфліктів, техногенних катастроф і соціально-економічних криз. За даними [55], у США ПТСР діагностується приблизно у 8 % населення, проте значна частина осіб може

залишатися недиагностованою через стигматизацію або недостатню обізнаність щодо симптомів [8].

У роботі [59] підкреслюється, що ПТСР є складним психічним станом, який формується не лише внаслідок одноразової події, але й у результаті тривалого перебування в умовах хронічного стресу чи небезпеки. Дослідження, проведене на вибірці з 218 осіб, виявило високий рівень проявів симптомів ПТСР у 38,1 % учасників, які в підлітковому віці зазнали емоційного нехтування або пережили травматичні події. При цьому гендер та кількість травмуючих подій не мали вирішального значення, хоча дівчата частіше повідомляли про більш інтенсивні переживання.

Проблематику впливу травматичного досвіду на психіку підлітків глибоко досліджував П. Уолкер (2013), який у своїй праці запропонував практичні психологічні техніки для підтримки юнаків після травми [69]. Схожі висновки зробили Б. Перрі та М. Шалавіц у книзі *«Хлопчик, якого ростили як собаку»* [67], де показано, як травматичні події впливають на розвиток, емоційне функціонування та самооцінку підлітка. Автори наголошують, що ключовим у подоланні наслідків травми є емоційна підтримка з боку близьких, а також стабільне середовище, яке забезпечує відчуття безпеки та прийняття.

Отже, ПТСР є багатовимірним психічним розладом, який впливає на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості. В Україні ця проблема набуває особливої актуальності з 2014 року, коли почалися військові дії на сході держави, а з лютого 2022 року бойові дії охопили всю територію країни. Війна створює постійну атмосферу небезпеки, фрустрації та втрат, що призводить до масового розвитку симптомів ПТСР серед дорослих і підлітків. Особливе занепокоєння викликає вплив травматичних подій саме на психіку підлітків, адже цей вік є критичним періодом формування ідентичності, емоційної стабільності та майбутніх соціальних орієнтирів.

Тому у наступному підрозділі буде розглянуто психологічні фактори формування ПТСР у підлітків під час війни.

1.2. Особливості прояву ПТСР у підлітковому віці

Серед значної частини населення, що переживала в своєму житті психотравмуючі події, найбільш вразливою та незахищеною категорією вважаються підлітки. У ході переживання травматичних подій вони отримують досвід, який викликає деформацію їхньої свідомості, трансформацію особистісних цінностей та ставлення до оточення. Частіше за все таке ставлення відображається через перепади настрою, безпричинні агресії, демонстрацію страху у зв'язку з очікуванням чергового повторення подібних подій [37; 7; 47; 26 та ін.].

Як переконливо свідчить наявна психологічна практика, неможливо повністю стерти з пам'яті підлітка спогади про пережиті трагічні події. Проте наявне соціальне оточення (батьки, родичі, педагоги тощо) можуть акцентувати увагу підлітка на позитивних життєвих подіях, які будуть залишати в її пам'яті приємні моменти та формувати позитивне ставлення до життя, впливаючи тим самим на її почуттєву сферу. У такий спосіб можна поступово сприяти поверненню дитини до нормального способу життя. Погоджуємося з думкою Н. Веселової, що якісна професійна підготовка педагогів та психологів має урахувувати питання індивідуального підходу до роботи з травмованими підлітками, щоб такі фахівці були компетентними надати таким підліткам адекватну психолого-педагогічну допомогу. Це необхідно робити ще на етапі підготовки таких фахівців, оскільки на практиці вони часто виявляються не готовими до кваліфікованої допомоги підліткам з ПТСР за наслідками переживання екстремальних ситуацій, оскільки багато з них раніше були не навчені користуватися подібними технологіями у закладі освіти [7, с. 234].

Вивчення цілої низки наукових досліджень переконливо свідчить, що у підлітків з ПТСР через наявне у них постійне нервово перенапруження та характерне для цього стану порушення сну (нічні кошмари, безсоння) з часом може розвиватися так званий «церебрастенічний синдром». Останній являє

собою комплекс симптомів, серед яких превалюють виснаження центральної нервової системи, порушення з боку серцево-судинної, ендокринної, травної та інших важливих систем [7, с. 235].

У процесі теоретичного дослідження також встановлено, що найбільш поширеним наслідком прояву ПТСР у підлітків вважається нав'язливе згадування та завзяте уникнення будь-яких подій та ситуацій, що нагадують пережиті травматичні події. Цей процес також супроводжується постійними психологічними порушеннями, пов'язані з пережитою травмою, адже підліткам часто важко зрозуміти, що з ними сталося, особливо у більш ранньому віці. Це пояснюється тим, що підліткам в силу їх незрілості ще не вистачає соціального, фізіологічного та психологічного досвіду. Тому підлітки, не маючи можливості усвідомити та пропустити через себе ситуацію, просто запам'ятовує її, а також пов'язані з цією ситуацією власні переживання (в частині військових подій це можуть бути переживання, пов'язані із свистом падаючого снаряда, гулом військової техніки, звуками вибухів, жаром вогню тощо). Якщо інтенсивність таких переживань була занадто сильною для підлітка, вона стає дуже вразливою в психологічному відношенні.

Підлітки з ПТСР висловлюють свої переживання та почуття, пов'язані з пережитими травматичними подіями, через поведінку. Спектр симптомів ПТСР, що проявляється у підлітків, включає в себе зміни, які відбуваються на основних чотирьох рівнях: фізіологічному, емоційному, когнітивному і поведінковому (табл. 1.2) [4; 7; 35; 47; 18; 38 та ін.].

Таблиця 1.2.

Характеристика рівнів прояву ПТСР у підлітків (узагальнено за даними [4; 7; 35; 47; 18; 38 та ін.]

Рівні прояву ПТСР у підлітків	Характерні прояви
-------------------------------	-------------------

ФІЗІОЛОГІЧНИЙ	Порушення сну, часті пробудження вночі через кошмари; біль в животі, головні болі, що виникають не через фізичні причини; часте сечовипускання; травні розлади; нервові розлади; соматичні скарги та рецидиви.
ЕМОЦІЙНИЙ	Страх, фобії (у т.ч. специфічні, такі як виражена тривога або страх перебування в темряві, у замкненому просторі); почуття провини; формування уявлення про себе як про поганих людей; дратівливість, плаксивість; депресія.
КОГНІТИВНИЙ	Погіршення концентрації уваги, пам'яті; суїцидальні думки; бажання втекти з дому.
ПОВЕДІНКОВИЙ	Різка зміна поведінки: дитина не хоче розлучатися з батьками навіть на короткий термін; повернення до поведінки, властивої більш молодшому віку; втрата охайності; смоктання пальців; поява впертості, гніву, агресивності, ворожості, конфліктності; прояви поведінки страху або уникнення.

Підлітки є найбільш незахищеною та вразливою частиною населення, оскільки вони значною мірою залежать від дорослих. При цьому переживання травматичних подій у підлітків, як і у дорослих, є індивідуальним, що обумовлює потребу у детальному та персоналізованому підході до психологічної підтримки кожного підлітка.

Найбільш типовими травматичними ситуаціями, що спричиняють ПТСР, є військові дії та пов'язані з ними психотравмуючі чинники: загроза життю та здоров'ю підлітка і його близьких, смерть рідних, фізичні травми, синдром «вижившого» [7; 35; 18 та ін.].

Характер і ступінь переживання травматичних подій залежать від віку підлітка. Для молодших підлітків типові регресивні прояви: страх розлуки з батьками, уникання незнайомих людей, втрата навичок, дратівливість, соматичні скарги, порушення сну, підвищена тривожність. У старших підлітків

можуть спостерігатися депресія, порушення соціальної взаємодії, проблеми з навчанням і поведінкою — від агресії до апатії [7; 26 та ін.].

Дослідження показують, що навіть непряме переживання військових подій (через медіа, поведінку батьків, зміни в побуті) може викликати ПТСР у підлітків. Важливим фактором у переживанні травми є поведінка дорослих: підлітки, які мають поруч спокійних і сильних духом дорослих, легше адаптуються до стресу. Натомість відсутність такого захисту часто призводить до психічної нестабільності та проявів: втрати автономності, порушення ідентичності, розгубленості, регресу, страху відторгнення, агресії, низької самооцінки, психосоматичних розладів [18, с. 263].

Особливо вразливими є підлітки, які народилися у матерів, що пережили травму: у них можуть спостерігатися затримка емоційного та фізичного розвитку [7; 35].

Дослідники також відзначають зв'язок проявів ПТСР із соціально-демографічними характеристиками:

Вікові відмінності впливають на характер симптомів;

Гендерні відмінності: дівчата частіше схильні до ПТСР;

Сімейний склад: підлітки з неповних сімей більш вразливі через дефіцит батьківського піклування та дисгармонійні взаємини.

ПТСР негативно впливає на інтелектуальний розвиток: підлітки, які легше справляються з травмою, успішніше виконують інтелектуальні завдання.

Внутрішньо переміщені особи (ВПО), особливо підлітки, потребують психологічної допомоги для адаптації до нових умов життя. Навіть після вирішення соціально-побутових проблем у них довго зберігаються психологічні труднощі, які позначаються на поведінці, спілкуванні та стосунках із близькими [43].

Проблеми сімей ВПО можна розглядати як приклад сімей у складних життєвих обставинах (СЖО), що включають обставини, які порушують нормальну життєдіяльність та потребують сторонньої допомоги, наприклад, втрату житла, насильство, психічні розлади, катастрофи тощо [31].

У табл. 1.3 узагальнено основні психологічні проблеми, з якими стикаються підлітки та їхні сім'ї під час війни, на основі аналізу праць різних дослідників.

Таблиця 1.3.

Психологічні проблеми сімей з підлітками під час війни

Проблеми	Характеристика
ЗАГАЛЬНІ	<p>Усі члени сімей, які пережили травматичний досвід війни чи вимушеного переселення, демонструють низку комплексних психологічних реакцій та змін, які впливають на їхнє емоційне функціонування, соціальну адаптацію та систему цінностей. Характерними для всієї сім'ї є глибокі емоційні та когнітивні порушення:</p> <p>Відчуття Невизначеності: Стійке почуття невизначеності щодо поточного та майбутнього становища, що спричиняє тривогу за власне майбутнє та майбутнє дітей.</p> <p>Травматичний Досвід: Наявність психологічних травм, пов'язаних зі свідченням насильства, руйнувань та інших безпосередніх наслідків війни. Це часто супроводжується невимовними сльозами та невиказаним болем.</p> <p>Емоційні Стани: Домінують страх перед змінами, відчуття незахищеності, гнів та агресія.</p> <p>Дезадаптація: Відчуття безпорадності та залежності, характерне для біженців ("від яких нічого не залежить"), призводить до низької самооцінки.</p> <p>Когнітивні Зміни: Очікування поганого та відсутність критичного мислення можуть бути механізмами захисту або наслідками гіперзбудження.</p>
ЧОЛОВІЧИ	<p>Провина за нездатність захистити свою сім'ю, забезпечити її в нових умовах; вимушене безробіття; складнощі з виявом емоційного тепла до близьких.</p>

ЖІНОЧІ	Страхи та переживання щодо ситуації, яка трапилась, за майбутнє; постійна турбота за дітей та близьких в нових умовах; відчуття тривожності та підвищеної відповідальності за родину; почуття самотності (якщо чоловік в зоні бойових дій).
ДИТЯЧІ	Порушення емоційного розвитку внаслідок війни, коли діти стають безпосередніми свідками або учасниками військових подій; страхи; підвищений стрес; сум за друзями; злість; агресія; невиплаканий біль; незахищеність та безпорадність; тривога за майбутнє; страх перед змінами; очікування майбутнього; низька самооцінка; перерване навчання та втрата частина освіти.

За результатами проведеного теоретичного аналізу нами також виокремлено психологічні прояви ПТСР, характерні для підлітків під час війни (табл. 1.4).

Дослідження показало, що серед проявів ПТСР у підлітків часто спостерігаються такі особистісно-психологічні зміни:

брак або втрата довіри до людей і до навколишнього світу;

постійні непорозуміння та підвищена конфліктність у стосунках із оточенням або, навпаки, уникання спілкування;

відчуженість та недовіра до батьків, психологів і інших дорослих.

Крім того, порушення сну призводять до недосипання та фізичного знесилання, посилюють роздратованість і знижують здатність до концентрації, що ускладнює адаптацію підлітків до повсякденного життя.

Таблиця 1.4.

Характеристика особливостей проявів ПТСР у дітей під час війни

Особливості	Характеристика
В АФЕКТИВНІЙ СФЕРІ	У підлітка з'являється «емоційне отупіння», яке супроводжується станом пригніченості, роздратованості, похмурості. Така людина стає нездатною відчувати радість, любов, щастя, інші позитивні емоції.

У КОГНІТИВНІЙ СФЕРІ	Проявляються у вигляді погіршення навчання (проблеми з пам'яттю, концентрацією уваги, яскраво вираженою неухважністю). Може спостерігатися амнезія в частині сумних та трагічних подій (в основному на початковому етапі), або, навпаки, нав'язливі спогади, які важко забути, та жахливі сни. Також людина може скаржитися на безсоння, «рвані сни».
У ПОВЕДІНЦІ	Проявляються особливостями поведінкових проявів, а саме: непередбачуваність вчинків, підвищена розгальмованість, безпідставна пильність, алогічність та несподіваність вчинків тощо. Іноді навіть звичні та невинні для психічно здорового підлітка стимули можуть провокувати переляк або агресію.

Автори робіт [15; 19; 32 та ін.] при вивченні психологічних особливостей поведінки сімей ВПО звертають увагу на те, що запахи, музика, звуки, певні події чи вчинки оточуючих можуть нагадувати підлітку про пережиту травму та провокувати рецидиви. Такі афективні переживання часто супроводжуються соматизацією, що проявляється головним болем, розладами травлення та іншими фізичними симптомами.

Проведене теоретичне дослідження свідчить, що підлітки, які зазнали впливу травматичної події, пов'язаної з військовими діями, мають порушення в емоційно-вольовій, когнітивній та поведінковій сферах. Саме ці сфери можуть слугувати показниками для оцінки впливу травми та розвитку ПТСР у підлітків під час війни.

Особливо підкреслюється необхідність ефективної психологічної підтримки, яка можлива лише за умов комплексного підходу, що поєднує різні методи та техніки психотерапії, адаптовані до вікових та індивідуальних особливостей підлітка.

Висновки до першого розділу

Проведений теоретичний аналіз наукових праць з проблематики дослідження засвідчив, що вперше в науковий обіг поняття «стрес» ввів

Г. Сельє як медичний термін для позначення загального адаптаційного синдрому. Згодом подальший розвиток досліджень в галузі стресу відбувався у працях Р. Лазаруса, С. Фолкман, Б. Голдстоуна, Т. Кокса тощо. З-поміж більш сучасних дослідників стресу та ПТСР, у т.ч. у дитячому віці, важливо відмітити наукові здобутки таких фахівців як Н. Блезау, М. Гоффрей, К. Кастро, Р. Кесслер, Д. Кінг, Р. Маршалл, С. Мессер, В. Міхаель, Б. Перрі, Р. Сапольські, Е. Стівен, Дж. Тюнер, П. Уолкер, К. Фредерік, М. Фрідмен, К. Хоуг та ін.

В цілому можемо констатувати, що сучасні дослідники під поняттям «стрес» розуміють комплексну психо-фізіологічну реакцію організму, яка з'являється у відповідь на вплив стресогенних факторів (стресорів) оточуючого середовища та їх суб'єктивної оцінки. Реакція особистості на стресори багато в чому визначається обставинами, в яких діють ці стресори, а також від фізичних і психологічних особливостей самої особистості. Тому стрес часто розглядається дослідниками як процес, у складі якого є стресові ситуації («стресори»), реакції людини на ці ситуації та проміжні чинники («посередники стресу»), які посилюють або зменшують вплив стресових ситуацій.

Переживання тривалого травматичного стресу у багатьох осіб призводить до появи посттравматичного стресового розладу (ПТСР). ПТСР – це відстрочена реакція особистості на травматичний стрес непсихотичного характеру (наприклад, природні чи техногенні катастрофи, перебування на території активних бойових дій, тортури, зґвалтування і т.п.). Аналогічно звичайному травматичному стресу, особливістю ПТСР є те, що він може проявитися у особистості як відразу після впливу травматичної ситуації, так і через кілька місяців або навіть років.

За визначенням АРА (Американська психіатрична асоціація) симптоми діагнозу ПТСР (DSM-IV) повинні включати три кластери: 1) повторне переживання (нав'язливі спогади про пережиту травматичну подію); 2) уникання спогадів про цю подію та оніміння емоцій; 3) надмірне збудження.

ПТСР, як більш складний стресовий розлад, призводить до серйозних порушень в частині самоорганізації особистості, що проявляється у формі афективної дисрегуляції, саморецепції з негативним самоусвідомленням та сприйняттям пенетраторів, призводить до дисфункціональних взаємовідносини з оточуючими, та, як наслідок, до появи міжособистісних проблем.

Серед значної частини населення, що переживала в своєму житті психотравмуючі події, найбільш вразливою та незахищеною категорією вважаються діти. У ході переживання травматичних подій вони отримують досвід, який викликає деформацію їхньої свідомості, трансформацію особистісних цінностей та ставлення до оточення. Як переконливо свідчить наявна психологічна практика, неможливо повністю стерти з пам'яті дитини спогади про пережиті трагічні події. Проте наявне соціальне оточення (батьки, родичі, педагоги тощо) можуть акцентувати увагу дитини на позитивних життєвих подіях, які будуть залишати в її пам'яті приємні моменти та формувати позитивне ставлення до життя, впливаючи тим самим на її почуттєву сферу.

У процесі теоретичного дослідження також встановлено, що найбільш поширеним наслідком прояву ПТСР у дітей вважається нав'язливе згадування та завзяте уникнення будь-яких подій та ситуацій, що нагадують пережиті травматичні події. Цей процес також супроводжується постійними психологічними порушеннями, пов'язані з пережитою травмою, адже дітям часто важко зрозуміти, що з ними сталося, особливо у більш ранньому віці. Це пояснюється тим, що дітям в силу їх незрілості ще не вистачає соціального, фізіологічного та психологічного досвіду. Тому дитина, не маючи можливості усвідомити та пропустити через себе ситуацію, просто запам'ятовує її, а також пов'язані з цією ситуацією власні переживання (в частині військових подій це можуть бути переживання, пов'язані із свистом падаючого снаряда, гулом військової техніки, звуками вибухів, жаром вогню тощо). Якщо інтенсивність таких переживань була занадто сильною для дитини, вона стає дуже вразливою в психологічному відношенні.

Найбільш типовими травматичними ситуаціями, що викликають ПТСР, є військові дії та пов'язані з ними травматичні впливи. Основними психотравмуючими чинниками у дітей в таких ситуаціях виступають: безпосередня загроза їх життю та здоров'ю, а також життю та здоров'ю їх близьких, смерть близьких, соматичні травми, «провина людини, яка вижила» тощо.

Таким чином, проведене теоретичне дослідження свідчить, що діти, які зазнали впливу травматичної події, пов'язаної з військовими діями, мають порушення в емоційно-вольовій, когнітивній, поведінковій сфері. Тому потрібна ефективна психологічна робота з подолання наслідків ПТСР, яка можлива лише при комплексному підході, що поєднує в себе різні методи і способи роботи, які створені в рамках різних психотерапевтичних підходів.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ ПТСР У ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Організація та методичний інструментарій проведення дослідження

Метою представленої емпіричного дослідження є емпірична перевірка впливу психологічних факторів на формування ПТСР у підлітків під час війни.

Об'єкт дослідження – психологічні фактори формування ПТСР у підлітків під час війни.

Предмет дослідження – результат впливу психологічних факторів на формування ПТСР у дітей під час війни.

У відповідності до обґрунтованої мети, **завданнями** дослідження виступають:

- побудувати логіко-діагностичну модель для проведення емпіричного дослідження впливу психологічних факторів на формування ПТСР у підлітків під час війни;
- пояснити методичний інструментарій, використаний для оцінки сформованих факторів;
- обґрунтувати вибірку з підлітків з сімей вимушених переселенців для проведення дослідження;
- провести дослідження підлітків сформованої вибірки за обраними методиками;
- підсумувати та виконати аналіз результатів емпіричного дослідження;
- надати рекомендації психолога щодо зменшення наслідків ПТСР у підлітків під час війни.

Характеристика вибірки. У ході дослідження були продіагностовані 30 дітей підліткового віку (12-16 років), які живуть в сім'ях ВПО.

Логіка проведення дослідження впливу психологічних факторів на

формування ПСТР у підлітків під час війни, на нашу думку, має передбачати, по-перше, визначення загального рівня ПТСП у підлітків під час війни за відповідною методикою, по-друге, обґрунтування факторів впливу на рівень ПТСП у цих підлітків, а по-третє, визначення впливу обґрунтованих факторів на рівень ПТСП у підлітків під час війни.

У відповідності з логікою проведення дослідження, в частині обґрунтування методичного інструментарію дослідження спочатку вважаємо за доцільне спочатку визначити найбільш прийнятну методику визначення рівня ПТСП у підлітків досліджуваної вибірки. Звертаємо увагу, що у працях дослідників використовується ціла низка подібних методик, в основному запозичених із західної практики, перекладених та адаптованих під вітчизняні реалії. Зазначимо також, що більша частина методик призначена для діагностики дорослих, і лише частина – адаптована під дітей.

У роботах [17; 39 та ін.] знаходимо, що у сер. 60-х рр. ХХ ст. для оцінювання критичних життєвих подій було запропоновано використовувати перший нормативний метод – «Оцінна шкала повторного соціального пристосування» (Social Readjustment Rating Scale – SRRS). Опитувальник містить 43 життєві події, до яких особистість може заново пристосовуватися. За результатами опитування можна визначити індивідуальний ризик особистості занедужати певним психічним або соматичним розладом (після накопичення таких подій).

Проте досить скоро методика SRRS була піддана критиці за багатьма пунктами, за результатами якої виникло багато інших інструментів діагностики. Групування та характеристику основних з таких методик досить вдало, на нашу думку, здійснила В. Корольчук, що репрезентовано нами з використанням рис. 2.1 [17].



Рис. 2.1. Характеристика груп методик оцінювання стресових подій в житті особистості (узагальнено на основі [17])

Також вказаною дослідницею узагальнено ключові методики психодіагностики стресу та стресостійкості, а саме: Оцінна шкала повторного соціального пристосування (Social Readjustment Rating Scale (SRRS)); Перелік життєвих подій і складностей (Life Events and Difficulties Schedule (LEDS)); Мюнхенський список подій (Munchner Ereignis Liste (MEL)); Шкала повсякденних складностей (Daily Hassels Scale); Перелік повсякденних стресів (Daily Stress Inventory (DSI)); Система запису за допомогою комп'ютера (COMputer-assisted REcoding System (COMES/COMRES)), що охарактеризовані за допомогою рис. 2.2 [17].

Оцінна шкала повторного соціального пристосування (Social Readjustment Rating Scale (SRRS))	<ul style="list-style-type: none"> • Опитувальник самооцінки критичних життєвих подій (Т. Холмес, Р. Прахе, 1967).
Перелік життєвих подій і складностей (Life Events and Difficulties Schedule (LEDS))	<ul style="list-style-type: none"> • Напівструктуроване інтерв'ю для ретроспективної реєстрації критичних життєвих подій і хронічних стресорів (Дж. Браун, Т. Харіс, 1995).
Мюнхенський список подій (Munchner Ereignis Liste (MEL))	<ul style="list-style-type: none"> • Опитувальник самооцінки або стандартизоване інтерв'ю для ретроспективної оцінки критичних життєвих подій. Методика містить 49 пунктів і шкали, що відбивають кількість, інтенсивність, контрольованість, ступінь бажаності подій (Дж. Вестхоф, 1993).
Шкала повсякденних складностей (Daily Hassels Scale)	<ul style="list-style-type: none"> • Опитувальник самооцінки або стандартизоване інтерв'ю з приводу повсякденних складностей, що дає їхню ретроспективну оцінку за 117 пунктами з урахуванням кількості та інтенсивності стресорів (А. Канер, Р. Шафер, Р. Лазарус, 1993)
Перелік повсякденних стресів (Daily Stress Inventory (DSI))	<ul style="list-style-type: none"> • Опитувальник самооцінки з підбиттям підсумків за день при вечірній реєстрації, що має 60 пунктів і дві шкали: кількість та інтенсивність стресів (П. Козар, В. Храбал, Г. Трау, 1997)
Система запису за допомогою комп'ютера (COMputer-assisted REcoding System (COMES/COMRES))	<ul style="list-style-type: none"> • Метод полягає у веденні щоденника самореєстрації стресових подій за допомогою мініатюрного (кишенькового) комп'ютера. Цей метод, на відміну від попередніх, дозволяє здійснювати комплексну оцінку впливу повсякденних стресорів за багатьма пунктами безпосередньо після стресових подій (М. Перре, М. Рейчер, 1989)

Рис. 2.2. Найбільш розповсюджені методики психодіагностики стресу (узагальнено на основі [17])

Зазначимо також, що сьогодні переважна більшість використовуваних методик для діагностики ПТСР орієнтована не на класифікацію ICD (МКХ-11), розроблену ВОЗ, а на DSM (Діагностичний та статистичний інструментарій для

психічних розладів), що рекомендований у якості відправного для формування діагностичних критеріїв ПТСР. Нагадаємо, що у 2015 р. АРА опубліковано 5-й перегляд DSM з дещо зміненими діагностичними критеріями ПТСР [56]. До існуючих у DSM-4 чотирьох кластерів симптомів було додано п'ятий — із включенням негативних думок, оціночних суджень, почуттів. В результаті дослідники масово почали адаптовувати діагностичні методики під нові критеріальні вимоги.

Зокрема, на цій основі у США Національним центром з ПТСР (National Center for PTSD) було розроблено клінічне інтерв'ю Clinician-administered PTSD Scale (CAPS) та опитувальник щодо симптомів ПТСР (PTSD Checklist). Ці методики містять критеріям ПТСР згідно із DSM-5 та побудовані за 5-бальною шкалою Лайкерта, що дає можливість оцінити тяжкість розладу [3; 16 та ін.].

Для дослідження ПТСР у західній психологічній науці також розроблено низку психодіагностичних методик: Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – IES); Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій; Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R); Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory – BDI); Шкала дисоціації (Dissociative Experience Scale – DES); Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна, Опитувальник перитравматичної дисоціації, Опитувальник симптому травми (Trauma Symptom Inventory – TSI). Для оцінки наявності або вираженості стресових реакцій можуть також використовуватися Шкала життєвих подій (Life Events Checklist) та Шкала стресу Холмса — Раге (Holmes and Rahe Stress Scale) [3; 17; 16 та ін.].

В. Безшейко звертає увагу на високу коморбідність постстресових порушень із депресивними та тривожними розладами, тому вважає, що існує необхідність їх додаткової оцінки в рамках валідних методик: Шкали Зунга для оцінки депресії (Zung SelfRating Depression Scale), Шкали Бека для оцінки депресії та тривоги (Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory), Шкали

Монтгомери — Асберга для оцінки депресії (Montgomery — Asberg Depression Rating Scale), Шкали Гамільтона для оцінки тривоги та депресії (Hamilton Anxiety Rating Scale, Hamilton Rating Scale for Depression) та Госпітальної шкали тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale) [3, с. 100].

В «Уніфікованій клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розладі адаптації. Посттравматичний стресових розлад» [46], що впроваджується в Україні, включили: Short Screening Scale for PTSD для скринінгу; Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5), PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) і Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) для діагностики в якості обов'язкових, а Міссісіпську шкалу ПТСР, IES-R, SCL-90-R, Шкалу депресії Гамільтона (HAM-D), Шкалу тривоги Гамільтона (HAM-A) і ряд інших опитувальників, як необов'язкових [16, с. 618].

Так, О. Друзь, Є. Гриневич та І. Черненко звертають увагу на те, що сьогодні при оцінці ПТСР у учасників локальних бойових дій та населення внаслідок СНП розповсюдженим є використання біопсихосоціальної моделі оцінювання, в межах якої широко застосовують «методи психологічної діагностики прихованих емоційних порушень, соціально-фруструючих факторів, зокрема міжособистісних конфліктів, індивідуальних механізмів переробки стресу й психологічного захисту (які в спеціальній літературі найчастіше позначають поняттям «індекс життєвого стилю»), а також оцінювання стресора (бій, стихійне лихо, насильство та ін.), багатофакторний вимір симптомів і численні «індикатори» ПТСР». При цьому вказані дослідники звертають увагу на доцільність використання «статистично виважених» алгоритмічних психо-діагностичних протоколів замість клінічного інтерв'ю. Одним із таких протоколів вони пропонують «Протокол квантифікованої, психодіагностичної, психометричної оцінки ПТСР та асоційованих з ним станів у учасників АТО» [13].

О. Хміляр та Д. Зубовський у своєму дослідженні провели порівняння

основні психометричних властивостей (валідність та надійність) двох найбільш поширених методик для діагностики ПТСР: «Місісіпської шкали для оцінки бойового ПТСР» та «Шкали оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale-R) та зробили висновок про достатню високий рівень психометричних параметрів (валідності, надійності) цих методик в умовах вітчизняного суспільства [48].

Звертаємо увагу, що більшість з наведених вище методик призначено виключно для дорослих. У зв'язку з цим у 1989 р. І. СіфКренке сформував опитувальник для молоді у віці 12-20 років, заснований на матриці з 8-ми типових для молоді гіпотетичних проблемних ситуацій та 20 копінг-стратегій. Проте в нашій країні він ще не набув достатнього розповсюдження [17].

Зокрема, О. Самойлова при вивченні клінічних проявів ПТСР у підлітків-переселенців використовує *шкалу індексів ПТСР*, яка використовується для об'єктивного вивчення діагностичних закономірностей клінічних проявів ПТСР залежно від переважаючого симптомокомплексу захворювання. За допомогою цієї шкали можна визначити ступінь тяжкості стресового розладу [37].

Отже, приймаємо рішення використати дану методику в межах емпіричного дослідження психологічних факторів впливу на формування ПТСР у підлітків сформованої вибірки.

Опитувальник шкали включає 16 питань. Аналізуються індекси 7 шкал відповідних клінічних синдромів: SOM (соматизація), OC (обсесивно-компульсивний), DEP (депресивний), ANX (тривожний), PНОВ (синдром фобічної тривоги), PAR (паранойяльний), PSY (психотизм). Наявність кожної реакції оцінюється в 1 бал, після чого всі бали сумують. Залежно від суми набраних балів виявляється ступінь прояву тяжкості захворювання:

7–9 балів – легкий ступінь;

10–11 – середній;

12 і більше балів – важкий ступінь захворювання.

Переходячи до розгляду психологічних факторів формування ПТСР у підлітків під час війни, нагадаємо, що проведене у першому розділі теоретичне дослідження засвідчило, що підлітки, які зазнали впливу травматичної події, пов'язаної з військовими діями, мають порушення в емоційно-вольовій, когнітивній, поведінковій сфері. Відповідно, можемо сформулювати три таких фактори.

Першим фактором вважаємо *емоційно-вольовий*. Зокрема, у процесі теоретичного дослідження було встановлено, що підлітки, які зазнали психотравми під час військових подій, стають більш емоційно напруженими та одночасно більш замкненими у собі, не бажають показувати на людях свої емоції, пов'язані зі страхом, тривожністю та переживаннями. Тому вважаємо за доцільне використати для діагностування впливу емоційно-вольового фактора методику «Діагностика перешкод у встановленні емоційних контактів» В. Бойко.

Другим фактором, пов'язаним із когнітивними переживаннями підлітків ПТСР вважаємо *установочний*, адже важливого значення набувають сформовані у підлітка установки щодо переживання ПТСР, які допомагають формувати дорослі (батьки та педагоги). Вважаємо, що для діагностики впливу установочного фактора може підійти Методика «Незакінчене речення» Д. Сакса.

Третім психологічним фактором нами визначено *поведінковий*, як такий, що дозволяє визначити характер взаємодії (поведінки) підлітка з найближчим оточенням. На нашу думку, з цією метою корисним буде використання Проективна методика Р. Жіля.

Таким чином, у дослідженні використано наступний **методичний інструментарій**:

- а) для визначення загального рівня ПТСР у підлітків під час війни – Шкалу індексів ПТСР, адаптовану О. Самойловою (Додаток А);
- б) для визначення впливу психологічних факторів на формування ПТСР у

підлітків під час війни:

емоційно-вольовий фактор – Методика «Діагностика перешкод у встановленні емоційних контактів» В. Бойко (Додаток Б);

установочний фактор – Методика «Незакінчене речення» Д. Сакса (Додаток В);

поведінковий фактор – Проективна методика Р. Жилья (Додаток Д);

в) для узагальнення результатів емпіричного дослідження - інтерпретаційних методів (класифікація й узагальнення емпіричних даних);

г) для визначення впливу факторів на рівень ПТСР у підлітків під час війни – коефіцієнт кореляції.

З урахуванням вищенаведеного, пропонується наступна логіко-діагностична модель дослідження, зображена у таблиці. 2.1.

Таблиця 2.1.

Логіко-діагностична модель вивчення впливу психологічних факторів на формування ПТСР у підлітків під час війни

(авторський підхід)

Етап дослідження	Зміст етапу
Етап 1	<p>Обґрунтування методичного інструментарію дослідження, який включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Шкалу індексів ПТСР (адаптація О. Самойлової); – Методики для визначення емоційно-вольового, установочного та поведінкового факторів (В. Бойко, Д. Сакс, Р. Жилья); – Інтерпретаційні методи для узагальнення даних; – Коефіцієнт кореляції для визначення взаємозв'язку між факторами та

	рівнем ПТСР.
Етап 2	Формування вибірки з 30 дітей із сімей внутрішньо переміщених осіб (ВПО).
Етап 3	Проведення опитування за обраними методиками, узагальнення та інтерпретація результатів дослідження.
Етап 4	Визначення напрямів роботи психолога щодо зменшення наслідків ПТСР у дітей під час війни.

Отримані якісно-кількісні результати дослідження наведено у наступному підрозділі даної роботи.

2.2. Дослідження психологічних факторів формування ПТСР у підлітків під час війни

З використанням шкали індексів ПТСР, адаптованої О. Самойловою, здійснено оцінювання дітей досліджуваної вибірки. Результати представлено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати оцінювання ступенів прояву ПТСР у підлітків на основі Шкали індексів ПТСР у адаптації для дітей О. Самойлової

Клінічні синдроми	Легкий		Середній		Важкий	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
SOM (соматизація)	2	6,67	18	60,00	10	33,33

ОС (обсесивно-компульсивний)	4	13,33	16	53,33	10	33,33
DEP (депресивний)	7	23,33	18	60,00	5	16,67
ANX (тривожний)	0	0,00	13	43,33	17	56,67
PHOB (синдром фобічної тривоги)	1	3,33	15	50,00	14	46,67
PAR (паранойальний)	5	16,67	17	56,67	8	26,67
PSY (психотизм)	10	33,33	16	53,33	4	13,33
Середнє значення	4,14	13,81	16,14	53,81	9,71	32,38

З отриманих за результатами дослідження даних видно, що важкий рівень соматизації спостерігається у 33,33 % підлітків, тобто у кожній третій дитині. При цьому переважає середній рівень соматизації, який діагностовано у 60 % опитаних підлітків. Легкий ступінь мають тільки два або 6,67 % опитаних (рис. 2.1).

Нагадаємо, що соматизація виступає одним із механізмів психологічного захисту організму від стресорів. В даному випадку у підлітків спрацьовує механізм захисту від травматичних подій під час війни. У них відбувається «занурення» в себе та свої негативні емоції.

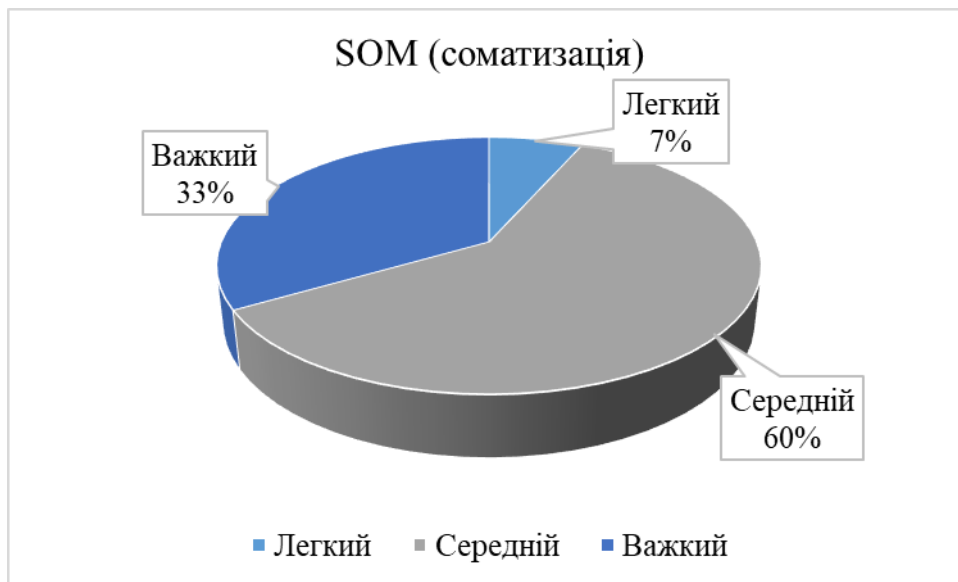


Рис. 2.1. Рівні SOM (соматизації) підлітків досліджуваної групи

Ступінь ОС (обсесивно-компульсивного синдрому), що характеризується неконтрольованими, повторюваними думками (обсесії), які можуть змусити людину здійснювати повторювані дії (компульсії), має схожі результати із соматизацією: важкий ступінь діагностовано у 33,33 % дітей, середній – у 53,33 %, а легкий – у 13,33 % (рис. 2.2).

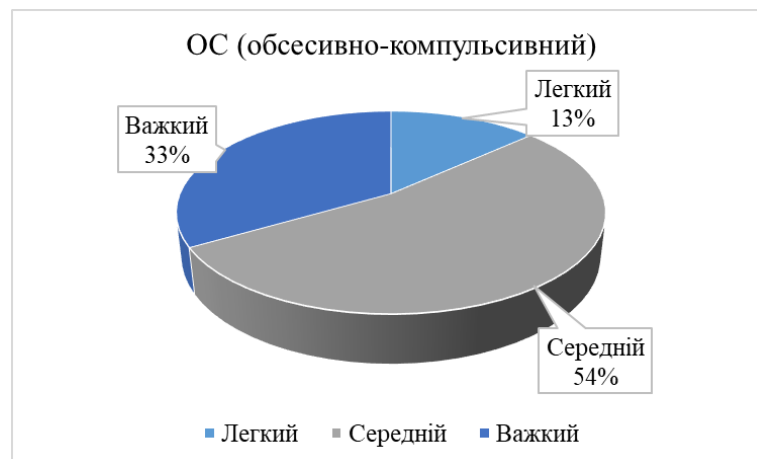


Рис. 2.2. Рівні ОС (обсесивно-компульсивного) синдрому підлітків досліджуваної групи

Ступінь депресивного синдрому (DEP) демонструє порівняно кращі результати діагностики, оскільки психологічна природа переживання дитиною депресивних станів дещо простіша, ніж у дорослих, які в більшій мірі схильні

постійно думати про проблему, накручувати себе та заганяти в «глухий кут» депресії. Отже, важкий ступінь депресивності мають тільки 16,67 % дітей досліджуваної вибірки, середній – 60 %, а легкий – 23,23 % (рис. 2.3).

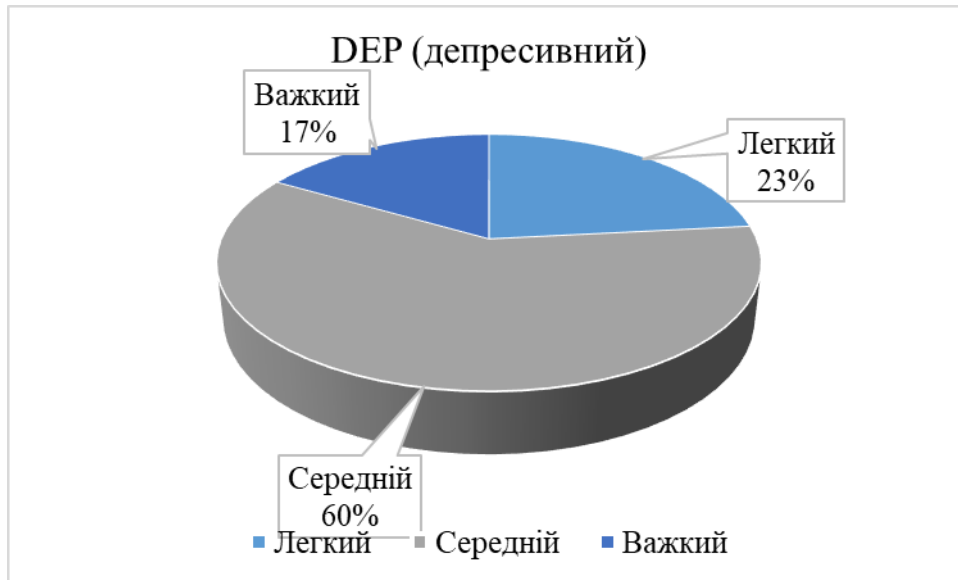


Рис. 2.3. Рівні DEP (депресивного) синдрому підлітків досліджуваної групи

Щодо наявності у підлітків синдрому тривожності (ANX), то немає жодного підлітка з легким рівнем. При цьому 43,33 % підлітків характеризуються середнім рівнем тривожності, а 56,67 % - важким (рис. 2.4).

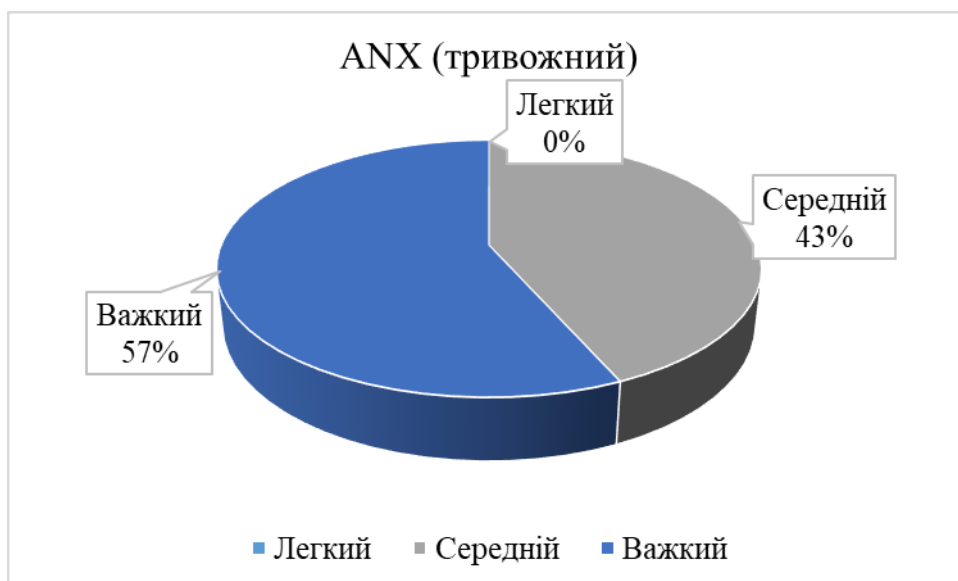


Рис. 2.4. Рівні синдрому тривожності (ANX) підлітків досліджуваної групи

Синдром фобічної тривоги має дещо кращі результати: важкому рівні вона проявляється у майже половини досліджуваних підлітків(46,67 %), на середньому – у половини (50 %) та на низькому тільки у однієї людини (3,33 %), що показано на рис. 2.5.

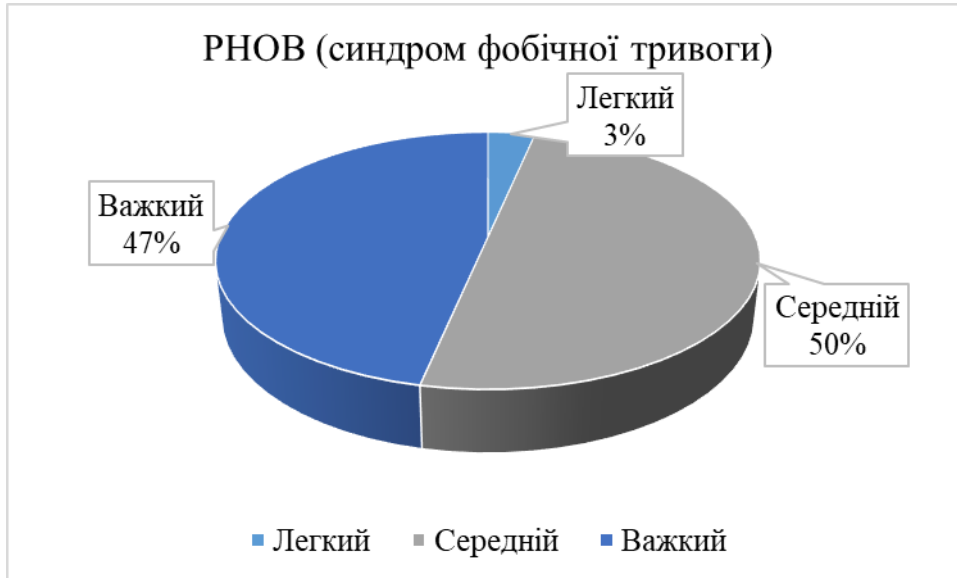


Рис. 2.5. Рівні синдрому фобічної тривоги (РНОВ) підлітків досліджуваної групи

Ще більш кращі результати отримано щодо наявності у підлітків паранойяльного синдрому: 16,67 % переживають його на легкому рівні, 56,67 % - на середньому і тільки 26,67 % - на високому (рис. 2.6).

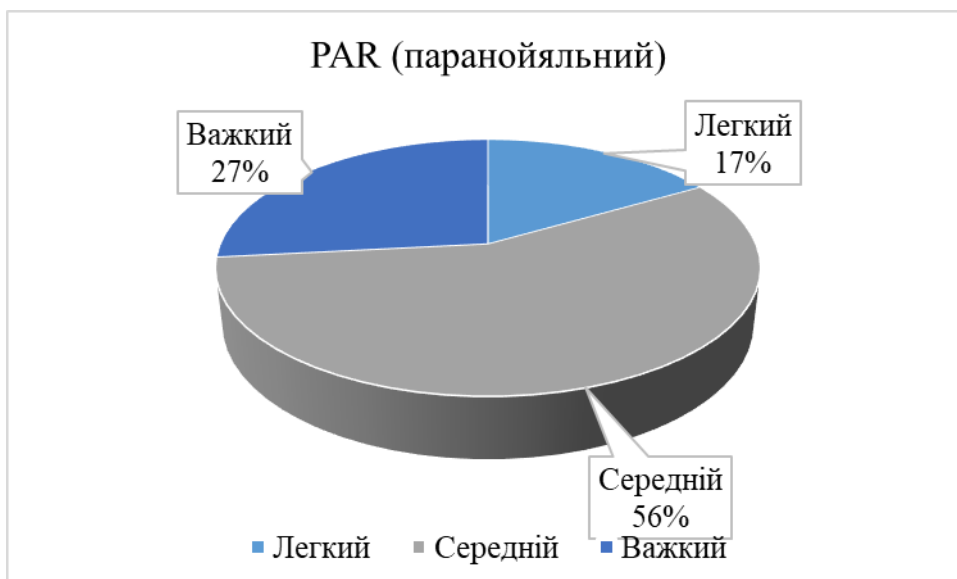


Рис. 2.6. Рівні паранойяльного синдрому (PAR) підлітків досліджуваної групи

Психотизм, як найбільш складне психічне явище, відмічається на легкому рівні у 33,33 % діагностованих підлітків, на середньому – у 53,33 %, а на високому – тільки у 13,33 % (рис. 2.7).

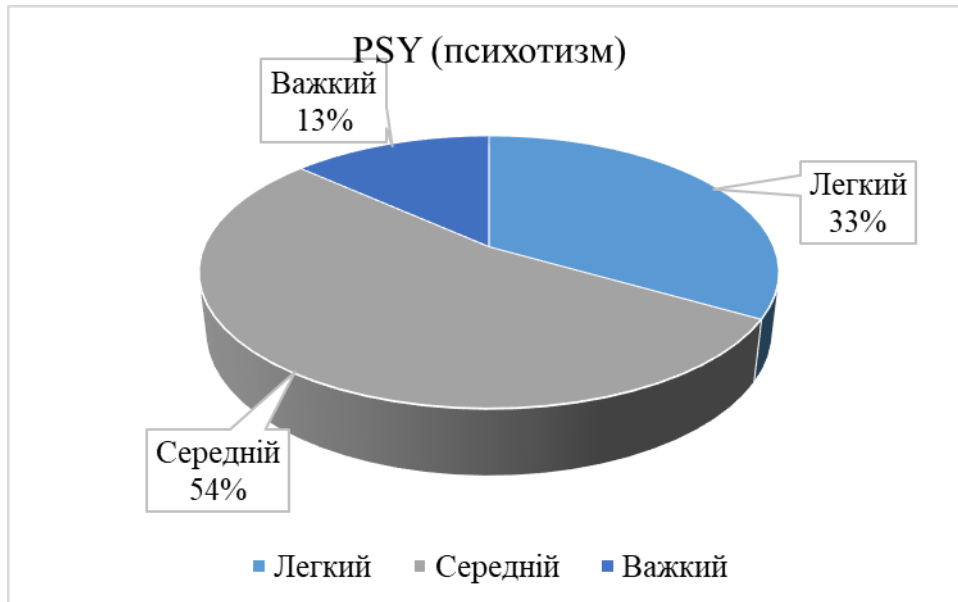


Рис. 2.7. Рівні синдрому психотизму (PSY) підлітків досліджуваної групи

В цілому за всіма показниками нами розраховане усереднені значення рівнів ПТСР у дітей досліджуваної вибірки, результати яких свідчать, що легкий рівень ПТСР діагностовано у 13,81 % дітей, середній – у 53,81 %, а важкий – у 32,38 % (рис. 2.8).

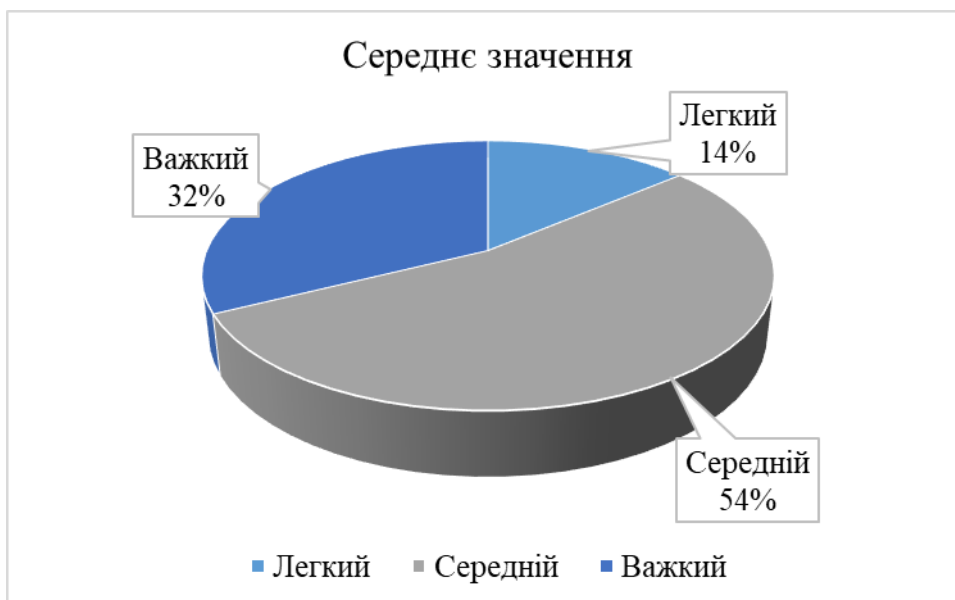


Рис. 2.8. Узагальнені рівні ПТСР у підлітків досліджуваної групи

Діагностика перешкод у встановленні емоційних контактів у підлітків досліджуваної вибірки за методикою В. Бойко у розрізі пропонованих методикою емоційних станів наведена в табл. 2.3.

Таблиця 2.3.

Загальна кількість балів, отриманих підлітками досліджуваної вибірки, за методикою В. Бойко

Загальна кількість балів	Характеристика емоційного стану опитуваного	Кількість опитаних, осіб	Структура, %
0-5	Емоції не заважають спільній діяльності з опонентом	8	27,0
6-8	Можливі деякі емоційні проблеми у спільній діяльності	8	27,0

9-12	Емоції, до певної міри, ускладнюють взаємовідносини з опонентом	14	46,0
13 і більше	Емоції заважають встановлювати контакти (опитуваний схильний до дезорганізаційних реакцій або станів)	0	0,00
Разом	X	30	100

З наведених даних видно, що у вибірці, представленій досліджуваними підлітків, немає жодного, якому б емоції заважали встановлювати контакти та взаємодіяти з оточуючими.

У той же час, майже половина підлітків (14 осіб або 46 %) відчують емоції, що, до певної міри ускладнюють взаємодію. Також 8 осіб (або 27 %) мають деякі емоційні проблеми у спілкуванні і ще 8 осіб (27 %) не мають жодних проблем у цьому напрямі.

У таблиці 2.4. представлено узагальнені результати опитування за методикою «Незакінчене речення» Д. Сакса та сформовано уявлення про характер взаємодії підлітків з найближчим оточенням. Решту складових оцінки, які не передбачені для підлітків (начальство, підлеглі, секс, майбутнє, цілі та ін.), що також входять до даної методики, ми не досліджували.

Таблиця 2.4.

Узагальнені результати оцінки характеру взаємодії підлітків з близьким оточенням за методикою «Незакінчене речення» Д. Сакса

Параметри	Низький	Середній	Високий
-----------	---------	----------	---------

	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Матір	2	6,7	12	40,0	16	53,3
Батько	4	13,3	14	46,7	12	40,0
Сім'я	4	13,3	12	40,0	14	46,7
Товариші	6	20,0	18	60,0	6	20,0
Однокласники	6	20,0	18	60,0	6	20,0
Середнє	4,4	14,66	14,8	49,34	10,8	36

З представлених у таблиці результатів видно, що за даною методикою проявляється більш висока взаємодія підлітків з матерями (53,3 %), з батьками (40 %), з сім'єю в цілому (46,7 %). Порівняно менший відсоток високого рівня взаємодії по товаришам і однокласникам (20 %).

В цілому можна також сказати, що низький рівень взаємодії, який може призводити до деструктивних відносин підлітків з оточуючими, спостерігається лише у 2 осіб з матір'ю та 4 – з батьком.

У табл. 2.5 наведено узагальнені результати оцінювання за методикою Р. Жилия у розрізі всіх трьох рівнів.

Таблиця 2.5.

Результати опитування підлітків за методикою Р. Жилия

Параметри	Низький		Середній		Високий	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
1. Ставлення до матері	4	13,3	6	20,0	20	66,7

2. Ставлення до батька	до	4	13,3	14	46,7	12	40,0
3. Ставлення батьків загалом	до	4	13,3	10	33,4	16	53,3
4. Ставлення братів і сестер	до	8	26,6	12	40,0	10	33,4
5. Ставлення до бабусі, дідуся та інших близьких родичів	до	4	13,3	10	33,4	16	53,3
6. Відношення до друга (подруги)	до	8	46,7	16	53,3	8	26,6
7. Ставлення до вчителя	до	12	40,0	14	46,7	4	13,3
Середнє		6,29	23,79	11,71	39,07	12,29	40,94

З наведених даних можемо також зробити висновок, що більшість опитаних підлітків (66,7 %) мають високий рівень ставлення до взаємодії з матір'ю, при цьому 40 % з них також тяжіють до батька. Високий рівень взаємодії з обома батьками проявляють 53,3 % опитаних; з дідусям, бабусею та найближчими родичами – 53,3 %, з братами і сестрами – 33,4 %, з подругами (друзями) – 26,6 %, з вчителями – тільки 13,3 %. Ці результати свідчать, що в основному підлітків після пережитих травматичних подій тяжіють до психологічного захисту з боку батьків та найближчого оточення.

При цьому найбільша кількість дітей у ставленні до батька проявляють середній рівень (46,7 %), а також у ставленні до братів і сестер найбільше проявляється середній рівень у 40 % опитаних.

У відношенні до друзів та вчителів також переважає середній рівень.

2.3. Узагальнення та інтерпретація результатів дослідження

Отже, вивчення ступенів прояву ПТСР у підлітків під час війни за методикою Шкала індексів ПТСР в адаптації для дітей О. Самойлової показало, що кожна третя дитина, що пережила вплив військових подій, сьогодні має важкий ступінь ПТСР, а половина підлітків знаходяться на середньому рівні. Психологічний стан підлітків характеризується підвищеними рівнями тривожності, у т.ч. фобічної тривоги), а також соматизацією, обесією та компульсією.

Вивчення характеру прояву емоційно-вольового фактора виникнення ПТСР у підлітків досліджуваної вибірки показало, що серед підлітків досліджуваної вибірки переважають особи із достатньо вагомою емоційною напруженістю, що викликає занепокоєння їх емоційним станом, проте у своїй більшості може бути пов'язане з військовими подіями в їх житті як таким, що передбачає вплив емоцій на їх психологічний стан.

Вивчення особливостей прояву установочного фактора показало, що у підлітків проявляється більш висока взаємодія підлітків як з матерями, так і з батьками та і з сім'єю в цілому. Після пережитих військових подій підліткі потребують додаткової уваги та піклування.

Вивчення особливостей прояву поведінкового фактора свідчить, що серед опитаних підлітків досить незначна кількість характеризується низьким рівнем ставлення до оточуючих. Тобто в основному підлітки тягнуться та проявляють бажання взаємодіяти та будувати конструктивні відносини зі своїм оточенням після пережитих психологічних травм, пов'язаних з військовими подіями.

Для визначення впливу вказаних трьох факторів на рівень прояву ПТСР у підлітків досліджуваної вибірки було розраховано коефіцієнти кореляції, які представлені в табл. 2.6.

Результати розрахунку коефіцієнтів кореляції впливу психологічних факторів на формування ПТСР у підлітків під час війни

Фактори	Коефіцієнт кореляції з рівнем ПТСР
Емоційно-вольовий	0,276
Установочний	0,193
Поведінковий	0,182

Отже, найбільший вплив на формування ПТСР у підлітків під час війни чинить емоційно-вольовий фактор, а установочний та поведінковий мають дещо менший вплив. Проте всі три фактори мають помірний вплив на результативний показник.

Висновки до другогорозділу

Метою емпіричного дослідження було перевірити вплив психологічних факторів на формування ПТСР у підлітків під час війни.

У дослідженні брали участь 30 підлітків віком 12–16 років із сімей ВПО. Для діагностики використовували:

Шкалу індексів ПТСР (О. Самойлова) для визначення рівня ПТСР;

Емоційно-вольовий фактор – Методика «Діагностика перешкод у встановленні емоційних контактів» В. Бойка;

Установочний фактор – Методика «Незакінчене речення» Д. Сакса;

Поведінковий фактор – Проективна методика Р. Жилия;

для аналізу результатів – інтерпретаційні методи та коефіцієнт кореляції для визначення впливу факторів.

Дослідження показало, що:

кожен третій підліток має високий рівень ПТСР, половина – середній;

підлітки характеризуються підвищеною тривожністю, включно з фобічними проявами, а також соматизацією та компульсивними проявами;

Емоційно-вольовий фактор є найбільш впливовим у формуванні ПТСР, визначаючи емоційну напруженість та тривожність підлітків;

Установочний фактор проявляється через потребу підлітків у підтримці та увазі з боку сім'ї;

Поведінковий фактор переважно характеризується бажанням підлітків взаємодіяти та будувати конструктивні відносини з оточенням.

Коефіцієнти кореляції підтвердили помірний вплив усіх трьох факторів на рівень ПТСР, при цьому емоційно-вольовий фактор має найбільшу значущість.

На основі результатів дослідження розроблена програма практичних занять для підлітків із метою зменшення наслідків ПТСР. Програма є цікавою, доступною для сприйняття підлітками та може використовуватися батьками для роботи з дітьми вдома, без спеціальної психологічної підготовки.

РОЗДІЛ III. ПОДОЛАННЯ СИМПТОМІВ ПТСР У ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Обґрунтування необхідності та розробка програми психологічного супроводу підлітків із симптомами ПТСР

Сучасні соціокультурні умови, підвищений рівень стресогенності середовища, вплив воєнних подій, сімейні кризи та інші травматичні чинники призводять до зростання кількості підлітків, які проявляють симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). За даними сучасних психологічних досліджень, підлітковий вік є надзвичайно вразливим періодом для формування стійких психологічних порушень, адже саме в цей час відбувається інтенсивний емоційний, когнітивний та соціальний розвиток особистості. Травматичний досвід у цьому віці здатний суттєво вплинути на подальший психічний розвиток, соціальну адаптацію та формування поведінкових стратегій.

Одним із характерних проявів ПТСР у підлітків є підвищена тривожність, уникання травматичних нагадувань, агресивність, порушення сну, труднощі концентрації, погіршення навчальної мотивації, дезадаптивні форми поведінки. Нерідко у підлітків спостерігається зниження емоційної регуляції, підвищена імпульсивність та дистрес, що впливає як на міжособистісні стосунки, так і на здатність адекватно долати щоденні труднощі. Це підкреслює необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки, яка сприятиме зниженню симптомів ПТСР та формуванню ресурсних поведінкових стратегій. Потреба у спеціально розробленій програмі психологічного супроводу обумовлюється кількома ключовими чинниками:

1. Висока поширеність травматичного досвіду у підлітковому середовищі. Стресові ситуації, воєнні події, вимушена міграція, втрата близьких, насильство чи булінг формують великий ризик виникнення ПТСР.

2. Специфічність проявів ПТСР у підлітків. Порівняно з дорослими, симптоми у підлітковому віці часто маскуються під девіантну або протестну поведінку, що ускладнює своєчасне виявлення та корекцію.

3. Недостатність цілісних програм психологічного супроводу саме для підлітків. Більшість існуючих програм орієнтовані або на дорослих, або на дітей молодшого шкільного віку, що не враховує вікових особливостей формування самосвідомості та емоційної регуляції підлітків.

4. Необхідність інтеграції сучасних підходів. Ефективна допомога підліткам із ПТСР потребує поєднання когнітивно-поведінкових, емоційно-релаксаційних, тілесноорієнтованих методів та елементів соціально-психологічного тренінгу.

З огляду на зазначене, розробка програми психологічного супроводу підлітків із симптомами ПТСР ґрунтується на таких принципах:

Комплексність – поєднання корекційної, психоедукаційної та тренінгової роботи.

Системність – орієнтація не лише на зменшення симптомів, а й на розвиток навичок саморегуляції, відновлення психологічної рівноваги та соціальної адаптації.

Вікова відповідність – урахування потреб підлітків, їхньої потреби у автономії, груповому визнанні та формуванні ідентичності.

Безпечність та етичність – створення умов довіри, недопущення повторної retraumatизації.

Практична спрямованість – орієнтація на формування конкретних навичок: емоційної регуляції, когнітивної перебудови, стрес-менеджменту, комунікативної компетентності.

На основі аналізу теоретичних джерел та практичного досвіду роботи з підлітками із симптомами ПТСР була розроблена програма психологічного супроводу, спрямована на:

- зниження рівня тривоги, напруги та гіперзбудження;
- опрацювання травматичного досвіду у безпечному середовищі;

- формування навичок саморегуляції та емоційної стабільності;
- розвиток позитивної Я-концепції та підвищення самооцінки;
- відновлення соціальних контактів і навичок конструктивної взаємодії;
- підвищення стресостійкості та життєстійкості.

Програма передбачає індивідуальні й групові форми роботи, застосування арт-терапевтичних технік, методів когнітивно-поведінкової терапії, релаксаційних вправ, психоедукації та елементів соціального тренінгу. Така багатоаспектність дозволяє максимально адаптувати супровід до потреб кожного підлітка та забезпечити ефективні позитивні зміни у його психологічному стані. Психотравматичний досвід підлітків у контексті війни формує комплекс емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій, які без цілеспрямованої психологічної допомоги можуть переходити у стійкі посттравматичні прояви. Підлітковий вік сам по собі є періодом підвищеної вразливості, тому своєчасний психотерапевтичний супровід має критичне значення для відновлення адаптивного функціонування.

Необхідність програми психологічної підтримки зумовлена такими факторами:

- високою поширеністю травматичного досвіду серед підлітків в умовах війни;
- відстроченим характером ПТСР-реакцій, які часто не усвідомлюються одразу;
- потребою в методах, що поєднують емоційну стабілізацію, когнітивну перебудову та тілесне відновлення;
- важливістю короткострокових структурованих підходів, які дозволяють підтримати підлітка на ранньому етапі формування травматичних симптомів.

У практиці роботи з ПТСР застосовуються різні напрямки психотерапії. Для підлітків ефективними є **комбіновані підходи**, що концентруються на:

- зниженні рівня напруги;
- відновленні базового відчуття безпеки;
- переробці травматичних спогадів;

- інтеграції досвіду у життєвий контекст;
- формуванні навичок саморегуляції.

Короткострокова психотерапія як основа програми

У розробленій програмі використано модель короткострокової психотерапії (приблизно 12 сесій), яка орієнтується на підтримку, стабілізацію та поступове опрацювання травматичних переживань. Цей формат оптимальний для підлітків, оскільки забезпечує:

- чітку структуру;
- прогнозованість процесу;
- безпечне повернення до травматичного матеріалу;
- поетапну інтеграцію досвіду.

Основним завданням фахівця є створення умов для відновлення природного процесу саморегуляції, який часто блокується через гострий або хронічний стрес.

Терапевтичні етапи, покладені в основу програми

Формування терапевтичного контакту

Створення безпечного простору, встановлення довіри та регуляція поточного емоційного стану.

Психоедукація

Пояснення природи ПТСР, механізмів стресової реакції, нормалізація симптомів, формування розуміння процесу терапії.

Стабілізація та зниження напруги

Навчання навичкам саморегуляції, дихальним технікам, методам зменшення гіперзбудження та тривоги.

Контрольоване опрацювання травматичного досвіду

Безпечне повернення до спогадів, їх структуроване опрацювання, зміна дезадаптивних інтерпретацій.

Інтеграція досвіду та формування ресурсів

Повернення до актуального життя, розвиток копінг-стратегій, відновлення відчуття спроможності та особистісної цілісності.

3.2. Аналіз ефективності впровадження програми психологічного супроводу підлітків із симптомами ПТСР

Аналіз ефективності програми психологічного супроводу підлітків із симптомами ПТСР ґрунтується на ключових критеріях, визначених сучасними підходами до профілактики, корекції та реабілітації посттравматичних стресових розладів. У навчальному посібнику підкреслюється, що **комплексність, мультидисциплінарність і поетапність** – базові умови результативних втручань при роботі з постраждалими від екстремальних подій.

Саме ці принципи були покладені в основу апробації програми.

Оцінювання вихідного стану підлітків .

До початку впровадження програми було зафіксовано характерні для ПТСР симптоми, описані в літературі: підвищена тривожність, уникання нагадувань про травматичну подію, емоційна пригніченість, соматичні реакції, порушення сну та адаптаційні труднощі – ці прояви добре узгоджуються з типовими реакціями на травматичний стрес

Наявність таких ознак підтверджувала потребу у структурованому психологічному втручанні, спрямованому на стабілізацію емоційного стану та розвиток природних антистресових механізмів, ефективність яких підкреслюється в дослідженнях (80% осіб, що проходять психологічну підготовку, не формують ПТСР у майбутньому)

Зміст програми та її відповідність доказовим підходам

Запропонована програма включала:

- психодіагностику;
- елементи когнітивно-поведінкової терапії;
- гештальт-підходи;
- техніки тілесної саморегуляції;
- арт-терапевтичні методи.

Ці компоненти повністю відповідають набору методів, рекомендованих для корекції психічних станів при ПТСР: раціональна, когнітивна, поведінкова, гештальт-терапія, терапія мистецтвом та тілесноорієнтовані техніки.

Також було дотримано принципів надання допомоги при психологічній травмі, зокрема **очікування на відновлення, простоти впливу, уніфікації підходів та невідкладності**, які значно підсилюють ефективність втручання.

Проведений порівняльний аналіз до- і післятестових результатів показав позитивні зміни (див табл. 3.1) за такими напрямками:

Таблиця 3.1.

Динаміка змін після виконання програми

Показник	До програми	Після програми	Коментар
Рівень тривожності та внутрішньої напруги	Високий	Середній/ низький	Стабілізація психофізіологічних реакцій
Симптоми уникання та емоційного оніміння	Виражені	Зменшені	Підлітки легше включалися у взаємодію
Здатність до саморегуляції	Низька	Висока	Ефективне застосування технік самодіагностики та управління станами
Соматичні прояви	Часті (головні болі, серцеві та гастроентерологічні прояви)	Зменшені	Підтверджує ефективність тілесно-орієнтованих методів
Соціальна взаємодія та комунікативність	Обмежена	Підвищена	Групові психокорекційні техніки сприяли інтеграції у колектив

На основі аналізу динаміки психологічних показників можна стверджувати, що впроваджена програма демонструє високу ефективність. Позитивні зміни охоплюють як емоційно-поведінкову сферу, так і фізіологічні прояви та соціальну активність підлітків.

Програма відповідає всім критеріям результативної допомоги, сформульованим у сучасних підходах до профілактики та корекції ПТСР:

- комплексність,

- поетапність,
- використання доказових методів,
- урахування вікових особливостей,
- формування адаптивних копінг-стратегій,
- зниження патогенних стрес-чинників

Таким чином, її застосування є доцільним і може бути рекомендоване як ефективний інструмент психологічного супроводу підлітків, що пережили травматичні події.

Вважаємо, що психологічну допомогу дітям під час війни потрібно надавати на рівні всієї родини, тобто дитині разом з батьками (опікунами). Це варто робити тому, що дитина у процесі терапії має відчувати поруч підтримку близьких людей (батьків). На нашу думку, комплекс основних психотерапевтичних заходів, які психолог спрямовує на психологічну реадaptaцію сімей з дітьми, що належать до категорії ВПО, складається з наведених на рис. 3.1 заходів.

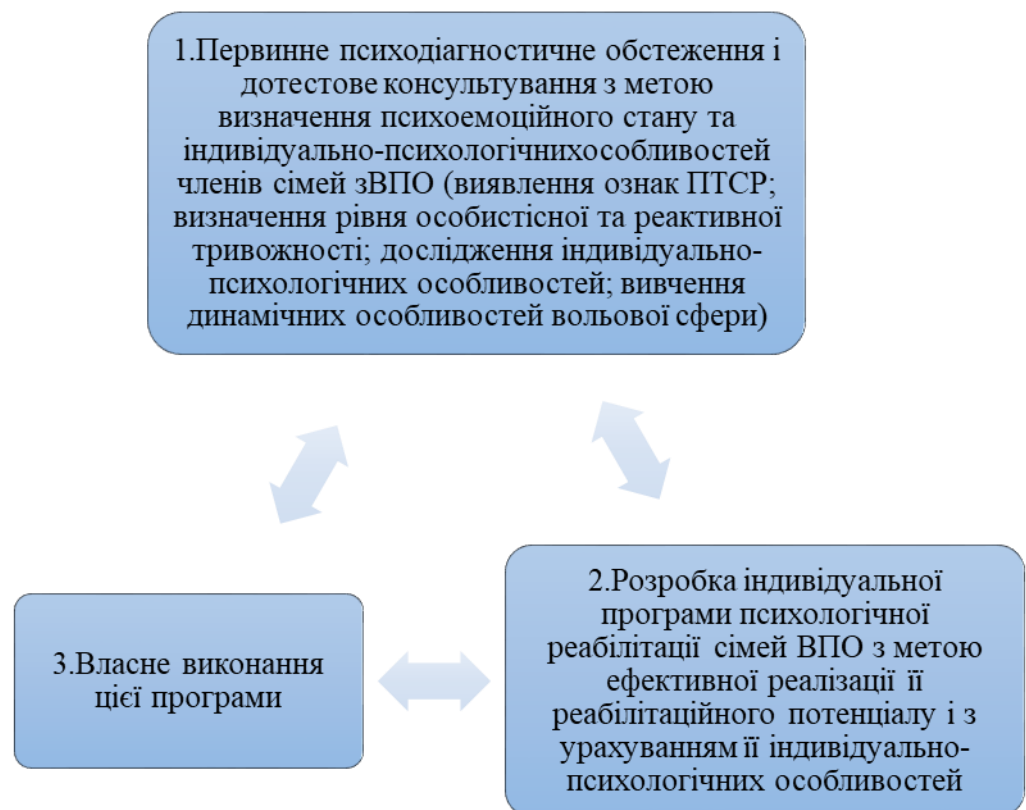


Рис. 3.1. Психологічні заходи з надання психологічної допомоги сім'ям з дітьми, що належать до категорії ВПО

Психологічна робота має здійснюватися у відповідності до тих діагностичних результатів, які були отримані у ході попередніх бесід та діагностик. Така робота має за мету реалізацію завдання інтеграції сімей з дітьми у нове соціальне середовище. Науковці пояснюють це тим, що таку дитину треба перевести зі стану пограничної ситуації до стану соціальної норми, стабілізувати її соціальний статус, а також направити її особистісні ресурси на прийняття та усвідомлення тієї соціальної реальності, в якій вона опинилася після переселення.

З огляду на ці фактори, ефективність відновлення значною мірою залежить від розвитку психологічної стійкості – здатності адаптуватися, знижувати вплив стресу та повертатися до оптимального функціонування.

Нижче подано основні рекомендації, що сприяють підтримці стійкості підлітків у стані ПТСР:

Таблиця 3.2

Рекомендації підліткам із симптомами ПТСР щодо підтримки психологічної стійкості

Напрямок підтримки	Конкретні рекомендації	Очікуваний ефект
Саморегуляція	Дихання 4–6, квадратне дихання, заземлення, техніки усвідомленості	Зниження тривоги, стабілізація нервової системи
Тілесна стабільність	Щоденні прогулянки, легка фізична активність, розтяжка, режим сну	Зменшення психосоматичних симптомів, покращення сну
Почуття контролю	Планування дня, маленькі досяжні цілі, фіксація прогресу	Відновлення відчуття впливу на життя, зменшення безсилля
Соціальна підтримка	Контакт із друзями та родиною, участь у безпечних групах, уникнення ізоляції	Підвищення емоційної стійкості, зменшення почуття самотності
Емоційне вираження	Розмова з дорослими, арт-терапевтичні техніки, ведення щоденника	Полегшення внутрішньої напруги, зниження емоційного застою

Медіагігієна	Обмеження новин, уникнення контенту з насильством, фільтрація інформації	Зменшення ретравматизації, зниження тривожних реакцій
Толерантність до невизначеності	Навчання гнучкому мисленню, прийняття неконтрольованого, робота з прогнозами	Підвищення адаптивності, зниження страху перед майбутнім
Професійна допомога	Індивідуальна терапія, групова підтримка, консультація з психіатром за потреби	Зменшення симптоматики ПТСР, формування навичок самопомоги

Психологічна стійкість у підлітків, які пережили травматичні події, є ключовим фактором профілактики загострення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та підтримки соціальної функціональності. В умовах невизначеності, зокрема війни та кризових ситуацій, адаптивна регуляція емоцій і ефективні копінг-стратегії стають критично важливими.

3.3. Рекомендації підліткам із симптомами ПТСР щодо підтримки психологічної стійкості в умовах невизначеності

Отже, найбільший вплив на формування ПТСР у підлітків під час війни чинить емоційно-вольовий фактор, а установочний та поведінковий мають дещо менший вплив. Проте всі три фактори мають помірний вплив на результативний показник.

Підлітки з симптомами посттравматичного стресового розладу особливо чутливо реагують на стресові події та соціальну невизначеність. Нестабільність середовища, часті зміни соціальних умов, освітніх вимог або побутової ситуації можуть посилювати прояви тривоги, емоційної напруги, порушень поведінки та соціальної дезадаптації. У зв'язку з цим надзвичайно важливим є формування практичних стратегій психологічної стійкості, які дозволяють підліткам ефективно долати наслідки травматичного досвіду та підтримувати внутрішню рівновагу.

Психологічна стійкість у підлітковому віці визначається як здатність адаптуватися до стресових ситуацій, відновлювати емоційну рівновагу та підтримувати конструктивну поведінку навіть у складних і непередбачуваних умовах. Для підлітків із симптомами ПТСР розроблення рекомендацій має ґрунтуватися на принципах безпеки, доступності, емоційної підтримки та поступового розвитку саморегуляції.

Підлітковий вік є періодом активного формування особистості, соціальної взаємодії та емоційної регуляції. В умовах воєнних конфліктів ця вікова категорія є надзвичайно вразливою до розвитку психотравмуючих станів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Актуальність дослідження зумовлена необхідністю виявлення психологічних факторів, що визначають рівень прояву ПТСР у підлітків, а також розробки ефективних практичних заходів підтримки та корекції його наслідків.

У ході дослідження було проведено аналіз прояву установочного, емоційно-вольового та поведінкового факторів у підлітків, які пережили військові події. Виявлено, що установочний фактор, який відображає взаємодію підлітків із батьками та сім'єю загалом, проявляється високим рівнем залученості та активної соціальної взаємодії. Підлітки після пережитих травмованих ситуацій потребують підвищеної уваги, турботи та емоційної підтримки з боку найближчого оточення, що свідчить про важливість сімейного середовища як захисного чинника у процесі психологічної адаптації.

Аналіз поведінкового фактора показав, що більшість опитаних підлітків прагнуть до конструктивної взаємодії зі своїм оточенням, а низький рівень ставлення до інших виявляється лише у незначній частини респондентів. Це свідчить про те, що, попри пережиті психологічні травми, підлітки зберігають соціальну активність, демонструють готовність до спілкування та підтримки взаємин, що є позитивним фактором у процесі подолання ПТСР.

Для визначення впливу зазначених психологічних чинників на прояв ПТСР у підлітків була проведена кореляційна оцінка. Результати показали, що емоційно-вольовий фактор має найбільший вплив на формування ПТСР під час

воєнних подій, тоді як установочний та поведінковий чинять помірний, але значущий вплив. Таким чином, усі три фактори взаємодіють у формуванні психологічного стану підлітків, проте провідну роль у визначенні тяжкості ПТСР відіграє здатність до саморегуляції та емоційної стійкості.

На основі отриманих результатів була розроблена програма практичних занять, спрямована на зменшення наслідків ПТСР у підлітків. Основними принципами програми є відповідність віковим та психологічним особливостям підлітків, доступність сприйняття матеріалу, а також можливість залучення батьків до проведення занять у домашніх умовах. Програма не вимагає спеціальної психологічної підготовки, що дозволяє батькам самостійно проводити вправи та ефективно підтримувати своїх дітей у процесі психологічної адаптації.

Реалізація запропонованої програми спрямована на підвищення емоційної стійкості підлітків, розвиток конструктивних соціальних взаємодій та зменшення проявів ПТСР. Даний підхід дозволяє забезпечити комплексну підтримку підлітків після пережитих військових подій, сприяє адаптації до соціального середовища та поліпшенню якості їх психологічного стану.

Таким чином, проведене дослідження підтверджує значущість емоційно-вольового, установочного та поведінкового факторів у прояві ПТСР у підлітків. Емоційно-вольовий фактор виявився ключовим у процесі формування психологічної стійкості, тоді як установочний та поведінковий чинять підтримуючий вплив. Розроблена програма практичних занять є ефективним інструментом психологічної підтримки та корекції наслідків ПТСР, що може бути застосована як у навчальних закладах, так і в сімейному середовищі.

Висновки до третього розділу

На основі отриманих емпіричних даних була розроблена та апробована програма психологічного супроводу підлітків із симптомами ПТСР у воєнних

умовах для підвищення їх психологічної стійкості та адаптаційних можливостей.

Аналіз показав, що підлітки, які пережили травматичні події під час війни, належать до групи підвищеного психологічного ризику через особливості розвитку їхньої психіки та високу чутливість до стресових впливів. Ефективна психологічна підтримка цієї категорії потребує комплексного підходу, що включає раннє втручання, поєднання психотерапевтичних методів і за потреби фармакологічної підтримки, а також врахування вікових і психофізіологічних особливостей підлітків.

Важливим є диференційований підхід до різних груп постраждалих підлітків, таких як жертви, постраждалі, очевидці та спостерігачі, оскільки прояви ПТСР у кожній з цих груп відрізняються і потребують відповідних психокорекційних стратегій. Розвиток психологічної стійкості у підлітків досягається через формування навичок саморегуляції, стабілізацію емоційних та тілесних реакцій, підтримку соціальних зв'язків, безпечне вираження емоцій та забезпечення доступу до професійної психологічної допомоги.

Практика показує, що робота психолога в умовах війни відрізняється складністю через необхідність одночасного опрацювання групових динамік, гострих афективних станів підлітків, різноманітності психопатологічних проявів та потребу у високій професійній і фізичній витривалості фахівця. Розроблені програми практичних занять, адаптовані до віку та потреб підлітків, дозволяють не лише ефективно проводити психокорекцію, але й залучати батьків до процесу підтримки, що значно підсилює результативність відновлення та сприяє підвищенню адаптаційних можливостей у умовах невизначеності.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у підлітків в умовах війни засвідчив її комплексний та багатовимірний характер, що вимагає чіткого розмежування суміжних психологічних категорій. Було встановлено, що стрес являє собою загальну неспецифічну адаптаційну реакцію організму, яка, згідно з концепцією Г. Сельє, проходить стадії тривоги, резистентності та виснаження. На противагу цьому, травматичний стрес визначається як особлива форма загальної стресової реакції на екстремальну, загрозливу для життя чи цілісності подію, що призводить до перевантаження психологічних та адаптаційних механізмів особистості.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є відстроченою, часто затяжною, непсихотичною реакцією на травматичний стрес і визнаний окремим клінічним діагнозом (МКХ-11, DSM). Його ключова симптоматика формується навколо трьох основних кластерів: повторне переживання (нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари), уникнення (ситуацій, думок, пов'язаних із травмою, емоційне оніміння) та гіперзбудження (підвищена реактивність та тривожність). Істотне значення має той факт, що ПТСР розвивається не у всіх осіб, які пережили травму, вказуючи на вплив індивідуальних, генетичних та соціальних чинників.

Особлива увага приділяється проблематиці ПТСР у підлітковому віці, оскільки цей період є критичним для формування ідентичності та емоційної стабільності. Підлітки визнаються однією з найбільш вразливих категорій населення, оскільки травматичний досвід війни (загроза життю, втрати, вимушене переселення) призводить до деформації їхньої свідомості та ціннісних орієнтирів. Прояви ПТСР у підлітків мають свою специфіку та охоплюють чотири основні рівні: фізіологічний (порушення сну, соматичні скарги), емоційний (страх, агресія, депресія), когнітивний (зниження концентрації, суїцидальні думки) та поведінковий (регрес, уникання, конфліктність). Чинниками, що посилюють ризик розвитку та тяжкість ПТСР, є

відсутність стабільної емоційної підтримки з боку дорослих та перебування в умовах хронічного стресу, зокрема, у статусі внутрішньо переміщених осіб.

Таким чином, теоретичне дослідження заклало основу для розуміння психологічної сутності ПТСР як тяжкого психічного розладу, а також визначило специфічні прояви та підвищену вразливість підлітків в умовах військових дій, що підкреслює необхідність розробки ефективних програм психолого-педагогічної допомоги.

Проведене емпіричне дослідження психологічних факторів формування ПТСР у підлітків під час війни, що базувалося на логіко-діагностичній моделі та здійснювалося на вибірці 30 дітей підліткового віку (12-16 років) із сімей внутрішньо переміщених осіб (ВПО), дозволило отримати низку вагомих висновків щодо поширеності та детермінант посттравматичних розладів.

Діагностика загального рівня ПТСР за допомогою Шкали індексів ПТСР в адаптації О. Самойлової показала критично високий рівень поширеності розладу серед досліджуваної вибірки: кожна третя дитина (32,38%) демонструє важкий ступінь ПТСР, тоді як більше половини (53,81%) знаходяться на середньому рівні. Найбільш вираженими клінічними синдромами є тривожність (ANX), яка не має жодного легкого ступеня прояву (56,67% – важкий рівень), а також соматизація (SOM) (60% – середній, 33,33% – важкий) та obsesивно-компульсивний синдром (OC) (53,33% – середній, 33,33% – важкий). Ці результати підтверджують, що травматичні події війни спричиняють глибокі порушення у психоемоційній та фізіологічній сферах підлітків, часто проявляючись через психосоматичні реакції та нав'язливі стани.

Емпірична перевірка впливу трьох гіпотетично визначених факторів (емоційно-вольового, установочного та поведінкового) на формування ПТСР підтвердила наявність кореляційного зв'язку. Найбільший вплив на рівень прояву ПТСР чинить емоційно-вольовий фактор ($r=0.276$), що оцінювався за методикою В. Бойко і виявив високу емоційну напруженість у значної частини підлітків (46% відчувають ускладнення у взаємодії через емоції). Установочний ($r=0.193$) та поведінковий ($r=0.182$) фактори також мають помірний вплив.

Дослідження цих факторів за методиками Д. Сакса та Р. Жилия показало, що після пережитих травм підлітки тяжіють до близького оточення, демонструючи високий рівень взаємодії та потреби у психологічному захисті з боку матерів, батьків та сім'ї загалом. Водночас, саме емоційна напруженість, спричинена травматичним досвідом, є найбільш значущим психологічним чинником, що детермінує тяжкість ПТСР.

Таким чином, емпіричне дослідження підтвердило, що підлітки з ВПО є групою підвищеного ризику з високим ступенем прояву ПТСР, а емоційно-вольові порушення виступають ключовим психологічним механізмом, який потребує першочергової уваги при розробці психологічних інтервенцій.

Необхідність програми зумовлена високою поширеністю травматичного досвіду, а також специфічністю проявів ПТСР у підлітків, які часто маскуються під девіантну чи протестну поведінку.

Розроблена програма психологічного супроводу ґрунтується на принципах комплексності, системності, вікової відповідності та безпечності. Вона інтегрує доказові методи, включаючи елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), арт-терапевтичні та тілесно-орієнтовані техніки. Програма побудована за моделлю короткострокової психотерапії (близько 12 сесій), що є оптимальним для підлітків і забезпечує чітку структуру та прогнозованість процесу. Основними терапевтичними етапами були: встановлення безпечного контакту, психоедукація, навчання навичкам саморегуляції та стабілізації, контрольоване опрацювання травматичного досвіду та формування ресурсів і копінг-стратегій.

Проведений порівняльний аналіз до- і післятестових результатів підтвердив високу ефективність впровадженої програми. Було зафіксовано значну стабілізацію психофізіологічних реакцій: зниження рівня тривожності та внутрішньої напруги (від високого до середнього/низького), зменшення симптомів уникання та соматичних проявів (головні болі, гастроентерологічні скарги), а також підвищення здатності до саморегуляції та соціальної взаємодії. Це підтверджує, що цілеспрямована робота над емоційно-вольовим фактором,

який, як показало кореляційне дослідження, має найбільший вплив на формування ПТСР, є ключовою для відновлення. Вкрай важливим є також залучення до процесу всієї родини, оскільки сімейне середовище виступає вирішальним захисним чинником. На основі цих результатів були сформовані практичні рекомендації, спрямовані на підтримку психологічної стійкості підлітків через дихальні техніки, медіагігієну, планування та розвиток толерантності до невизначеності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрейчин С.Р. Теоретичні та практичні аспекти надання психологічної допомоги в кризових ситуаціях. *Педагогічний пошук*. 2018. № 3(99). С. 65–69.
2. Бамбурак Н.М., Гуцман М.С. Динаміка суб'єктивного проживання стресу особистістю. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія Психологічна*. 2017. № 1. С. 143–151.
3. Безшейко В.Г. Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему. *Медична психологія*. 2016. № 1(11). С. 99–104.
4. Бондарчук Ю.С. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу як комплексу реакцій людини на травмуючу ситуацію. *Scientific Journal Virtus*. 2018. № 26. С. 43–47.
5. Бугайова Н.М. Адаптивний потенціал людини та стресова резистентність: синергетичний контекст. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПНУ. Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2012. Т. 24, Ч. 5. С. 33–41.
6. Бутиріна М., Новолаєв А. Шляхи попередження «професійного вигорання» педагогів. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2016. Вип. 15. С. 265–270.
7. Веселова Н.П. Особливості переживання дітьми посттравматичних наслідків. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Педагогічні науки*. 2017. Вип. 144. С. 234–238.
8. Гайдабрус А.В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. Вип. 11. С. 19–24.
9. Голярдик Н.А., Фрадинська А.П. Очікування як психологічний процес і його вплив на формування та перебіг стресового стану особистості. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби*

України. Педагогічні та психологічні науки. 2014. № 1(70). С. 199–208.

10. Гунько Б.А. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету.* 2015. № 1. Т. 19. С. 216–219.

11. Гуцман М.С. Проблема саморегуляції стресу в контексті функціонально-структурної властивості особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія Психологічна.* 2017. № 2. С. 122–131.

12. Даниляк О., Маринець С.А., Заячківська О. Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень. *Праці наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки. Лікарський збірник.* 2016. Т. 45, Т. 28. С. 27–40.

13. Друзь О.В., Гриневич Є.Г., Черненко І.О. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології.* 2018. Т. 26. Вип. 2. С. 37–43.

14. Заболотна В.О. Соціально-психологічні технології корекції рівня стресу в організаціях. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки.* 2015. № 2(27). С. 26–34.

15. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка. 2016. 219 с.

16. Карачевський А.Б. Адаптація шкал та опитувальників українською та російською мовами щодо посттравматичного стресового розладу. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика.* 2016. Вип. 25. С. 607–623.

17. Корольчук В. Діагностика впливу психотравмуючих факторів на особистість. *Вісник Київського національного торговельно-економічного університету.* 2012. № 3. С. 94–105.

18. Куліш О.В., Сірик І.В. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у підлітків із внутрішньо переміщених осіб. *Габітус.* 2023. Вип. 46. С. 261–266.

19. Лазос Г.П. Особливості надання психологічної допомоги внутрішнім переселенцям з Криму. *Актуальні проблеми психології*. 2014. Т. 1, Вип. 41. С. 145–152.

20. Леженіна Л.М. Проблема стресу в психологічній науці. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2012. Вип. 42(1). С. 135–142.

21. Марціновська І.П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2017. № 14. С. 223–227.

22. Мелоян А.Е. Особливості прояву копінг-поведінки підлітків у стресових ситуаціях. *Соціум. Наука. Культура: матеріали III Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (22–24 листоп. 2007 р. Київ)*. 2007. С. 52–54.

23. Мірошніченко О.А. Показники психологічної готовності особистості до екстремальних умов життєдіяльності. *Український антарктичний журнал*. 2014. № 13. С. 265–274.

24. Наугольник Л.Б., Наугольник Р.З. Індивідуальні відмінності працівників міліції в реагуванні на стрес. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2013. Вип. 1. С. 187–197.

25. Нежута А.В., Томан Т.П. Особливості переживання стресу правоохоронцями на різних етапах професіоналізації. *Право і безпека*. 2016. № 3(62). С. 139–142.

26. Овсяннікова Я.О. Психологічна допомога дітям, які пережили психічну травму внаслідок надзвичайної ситуації. <http://www.pravoznavec.com.ua/period/article/2142/%DF>.

27. Омелянович В. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців після повернення із зони бойових дій. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2019. Т. 4. № 1. URL : <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/183>

28. Оніщенко Н.В. Основні заходи в межах надання екстреної психологічної допомоги родичам загиблих унаслідок надзвичайних ситуацій. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія Психологічна*. 2012. № 1(2). С. 305–312.

29. Подольчак Н.Ю., Дорош І.М., Дорош О.І. Сутність, причини виникнення та підходи до регулювання стресових ситуацій на підприємствах. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку*. 2013. № 778. С. 101–108.

30. Практики громадських ініціатив. Збірка практик в рамках проекту ПРООН «Оперативне реагування на соціальні та економічні проблеми ВПО в Україні». 2015. 48 с.

31. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю. Закон України № 2558-III від 21.06.2001 р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2558-14>

32. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Л.Г. Царенко; за ред. З.Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Видавництво «Логос». 2015. 207 с.

33. Родіна Н.В. Психологія стресу, копінг-поведінки і здоров'я: навч.-метод. посіб. для студ. Донецьк : Східний видавничий дім. 2015. 165 с.

34. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч. посібн. Київ : Кондор. 2005. 278 с.

35. Романовська Д.Д., Ілащук О.В. Профілактика посттравматичних стресових розладів : психологічні аспекти : метод. посіб. Чернівці : Технодрук. 2014. 133 с.

36. Самойлова О.В. Характеристика клінічних проявів посттравматичних стресових розладів у дітей-переселенців. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2016. Т. 3. № 1. С. 26–32.

37. Серомаха Н.Є., Григор'єва І.О. Організація психологічного супроводу дітей із порушеннями у психофізичному розвитку із зони АТО. *Гібридна війна*

на Сході України в міждисциплінарному вимірі: витоки, реалії, перспективи реінтеграції : зб. наук. праць / За заг. ред. ред. В.С. Курило, С.В. Савченко, О.Л. Караман. Старобільськ : ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка». 2017. С. 222–227.

38. Солдатов С.В. Методичний апарат оцінки професійного стресу та впливу стрес-факторів на особистість. *Вісник Національного університету оборони України*. 2013. Вип. 3. С. 306–311.

39. Сорока І.А. Взаємозв'язок стресу з конфліктами в колективі організації. *Правничий вісник Університету «КРОК»*. 2012. Вип. 13. С. 250–255.

40. Соченко Т., Габінська А. Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2017. Т. 2, №. 4. URL : <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/73>

41. Тімченко О.В. Кризова психологія: навч. посіб. Харків : НУЦЗУ, КП «Міська друкарня». 2010. 383 с.

42. Трубавіна І.М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа соціально-педагогічної роботи з ними. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2015. № 8(52). С. 434–446.

43. Турецька Х.І. Психотерапія ПТСР в учасників бойових дій із застосуванням імагінативних технік. *Психологія і особистість*. 2016. № 1(9). С. 226–233.

44. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП Персонал. 2017. 160 с.

45. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL :

http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMO_PTSR.doc

46. Халепа К.Ф. Особливості психологічної допомоги дітям, які зазнали

психологічної травми. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Психологічні науки*. 2013. Вип. 114. С. 195–198.

47. Хміляр О.Ф., Зубовський Д.С. Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та прояву у учасників антитерористичної операції. *Технології розвитку інтелекту*. 2016. Т. 2 Вип. 3. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_3_6

48. APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Association. 2000.

49. Arnold M. Stress and emotion. *Psychological stress*. – *Appleton-Century-Crotts*. 1967. № 4. P. 123–140. URL : https://www.researchgate.net/publication/263499817_Arnold's_theory_of_emotion_in_historical_perspective

50. Begic D, Jokic-Begic N. Aggressive behavior in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Mil Med*. 2001. № 166(8). P. 671–676.

51. Booth-Kewley S., Larson G.E., Highfill-McRoy R.M., Garland C.F., Gaskin T.A. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *Trauma Stress*. 2010. № 23(1). P. 69–77.

52. Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Psychiatry*. 2002. № 47(10). P. 923–929.

53. Bundalo N.L., Korolenko Ts.P. Clinical model of chronic post-traumatic stress disorder. *Medline*. 2007. Vol. 8. P. 694–702.

54. Cox T., Griffiths A. Work-related stress: A theoretical perspective. *Occupational health psychology*. 2010. № 1. P. 31–56. URL : <https://psycnet.apa.org/record/2010-10988-002>

55. Complex PTSD: A Starting Guide. 2019. URL: <http://www.depressionalliance.org/cptsd/>

56. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*. American Psychiatric Association. Arlington, 2015. 991 p.

57. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition /*

American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Association, 2013. 992 p.

58. Dohrenwend B.P., Turner J.B., Turse N.A., Adams B.G., Koenen K.C., Marshall R. Continuing controversy over the psychological risks of Vietnam for US veterans. *Trauma Stress*. 2007. № 20(4). P. 449–65.

59. Eidhof M.B., Djelantik A.M. J., Klaassens E.R., Kantor V., Rittmansberger D., Sleijpen M., Steenbakkers A., Weindl D., Ter Heide F.J. Complex Posttraumatic Stress Disorder in Patients Exposed to Emotional Neglect and Traumatic. Latent Class Analysis. *Trauma Stress*. 2019. № 32(1). P. 23–31.

60. Friedman M.J. Phenomenology of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York : Oxford University Press. 2009. P. 65–72.

61. Friedman M.J. PTSD History and Overview. US Department of Veterans Affairs. 2016. URL : https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/history_ptsd.asp

62. Hoge C.W., Castro C.A. , Messer S.C., McGurk D., Cotting D.I., Koffman R.L. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *English Med*. 2004. № 351(1). P. 13–22.

63. Hoge C.W., Terhakopian A., Castro C.A., Messer S.C., Engel C.C. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Psychiatry*. 2007. № 164(1). P. 150–153.

64. Michael B. First, Geoffrey M. Reed, Steven E. Hyman, and Shekhar Saxena. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*. 2015. № 14(1). P. 82–90.

65. Norrholm S.D., Ressler K.J. Genetics of anxiety and traumarelated disorders. *Neuroscience*. 2009. V. 164. I. 1. P. 272–287.

66. Overview. Post-traumatic stress disorder (PTSD). 2018. URL: <https://www.nhs.uk/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/complex>.

67. Perry Bruce D., Szalavitz M. *The Boy Who Was Raised As A Dog: What Traumatized Children Can Teach Us About Loss, Love and Healing*. Basic Books. 2007. 288 p.

68. Sapolsky R.M. *Stress, the Aging Brain, and the Mechanisms of Neuron Death*. MIT Press. 1992. 429 p.

69. Walker P. *Complex PTSD: from surviving to thriving. A guide and map for recovering from childhood trauma*. CreateSpace Independent Publishing Platform. 2013. 422 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала індексів ПТСР в адаптації О. Самойлової

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес.

Типи травматичних подій.

До травматичних подій безпосередньо належать такі (але не обмежуються ними): бойовий досвід, насильницькі напади на особистість (Сексуальне або фізичне насильство, пограбування, груповий напад), кіднепінг, перебування в якості заручника, терористичні напади, тортури, утримання в концентраційних таборах як військовополонених, природні та промислові катастрофи, різного роду автомобільні катастрофи або ситуації, коли людині ставиться діагноз невиліковною, небезпечною для життя хвороби. Ситуації, коли особа була свідком події, включають (але не обмежуються ними) випадки, коли людина була очевидцем серйозних травм або насильницької смерті іншої людини внаслідок вчинення по відношенню до нього акта насильства, нещасного випадку чи катастрофи або ситуації, коли людина знаходить труп чи частини трупа. Ситуації, коли людина дізнається про події, що відбулися з іншими людьми, включають (але не обмежуються ними) випадки фізичного насильства над іншими людьми, тяжкі нещасні випадки, або тяжкі фізичні травми у члена сім'ї або близького друга; звістка про раптову, несподівану смерть члена сім'ї або близького друга; або людина дізнається, що його дитина хвора небезпечною для життя хворобою. Розлад може бути особливо важким і тривалим, коли причиною стресу є дії інших людей (наприклад, згвалтування).

Імовірність розвитку цього розладу може збільшуватися відповідно з фізичною близькістю та збільшенням інтенсивності стресора.

Інтерпретація основних шкал

Соматизація - Somatization (SOM)

Порушення, які називають соматизацією, відображають дистрес, що виникає з відчуття тілесної дисфункції. Сюди відносяться скарги, фіксовані на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах. Компонентами розладу є також головний біль, інші болі та дискомфорт загальної мускулатури та на додаток — соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми та ознаки можуть вказувати на наявність розладу, хоча вони можуть бути проявом реальних соматичних захворювань.

Обсесивність-компульсивність - Obsessive-Compulsive (O-C)

Обсесивно-компульсивний розлад відображає симптоми, які сильно тотожні стандартному клінічному синдрому з тією ж назвою. Ці питання стосуються думок, імпульсів та дій, які переживаються індивідом як безперервні, непереборні та чужі «Я». У цю шкалу також включені питання щодо поведінки або переживань більш загального когнітивного забарвлення.

Депресія - Depression (DEP)

Симптоми цього розладу відбивають широку сферу проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії та афекту, такі як ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації та втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадійності, думки про суїцид та інші когнітивні та соматичні кореляти депресії.

Тривожність - Anxiety (ANX)

Тривожний розлад складається з низки симптомів та ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. У визначення входять загальні ознаки, такі як нервозність, напруження та тремтіння, а також напади паніки та відчуття насильства. Як ознаки тривожності сюди відносяться когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страху і деякі соматичні кореляти тривожності.

Фобічна тривожність - Phobic Anxiety (PHOB)

Визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна та неадекватна по відношенню до стимулу, що веде до уникнення поведінки. Пункти, що стосуються представленого розладу, спрямовані на найбільш патогномічні та руйнівні прояви фобічної поведінки. Дійсна структура розладу знаходиться у близькій відповідності з дефініцією, яка називається агорафобія (Marks, 1969), названою також синдромом фобічної тривожної деперсоналізації (Roth, 1959).

Параноїальні тенденції - Paranoid Ideation (PAR)

Дане визначення представляє параноїальну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозрілості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії розглядаються як основні ознаки цього розладу і вибір питань орієнтований на представленість цих ознак.

Психотизм - Psychoticism (PSY)

У шкалу психотизму включені питання, що вказують на унікаючий, ізольований, шизоїдний спосіб життя, на симптоми шизофренії, такі як галюцинації або слухання голосів. Шкала психотизму є градуїований континуум від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних доказів психотизму. Крім того, вона може бути корисна для виявлення грубої агравації, симуляції та недбалого заповнення бланка – при високих значеннях за нею за відсутності явної симптоматики.

Залежно від суми набраних балів виявляється ступінь прояву тяжкості захворювання:

7–9 балів – легкий ступінь;

10–11 – середній;

12 і більше балів – важкий ступінь захворювання.

Текст опитувальника

Нижче наведено перелік проблем та скарг, які іноді виникають у людей. Будь ласка, читайте кожен пункт уважно. Обведіть кружком номер відповіді, яка найбільш точно описує ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Поставте галочку у кожному пункті (так, щоб всередині кожного сектору вона була видна), не пропускаючи жодного пункту.

(1) Нав'язливі спогади про подію, що повторюються, викликають дистрес

Частота

Чи траплялося так, що ви мимоволі, без жодного приводу, згадували про ці події? Чи це було тільки уві сні? (Виключити, якщо спогади з'являлися лише уві сні.)

Як часто це відбувалося протягом останнього місяця?

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

Якщо з цих випадків взяти найважчий, наскільки сильними були переживання, спричинені цими спогадами? Чи були ви змушені переривати справи, якими займалися в цей момент? Чи можете ви, якщо постараетесь, подолати ці спогади, позбутися їх?

0 – відсутність дистресу

1 – низька інтенсивність симптому: мінімальний дистрес

2 – помірна інтенсивність: дистрес виразно присутній

3 – висока інтенсивність: суттєвий дистрес, явні зриви в діяльності та труднощі у подоланні спогадів про подію, що виникли

4 - дуже висока інтенсивність: важкий, нестерпний дистрес, нездатність продовжувати діяльність і неможливість позбутися спогадів про подію

(2) Інтенсивні, важкі переживання за обставин, що символізують або нагадують різні аспекти травматичної події, включаючи річницю травми

Частота

Чи були у вас випадки, коли ви бачили щось, що нагадало про ці події, і вам ставало важко і сумно, ви засмучувалися? (Наприклад: певний тип чоловіків – для жертв зґвалтування, ланцюжок дерев чи лісиста місцевість – для ветеранів війни.) Як часто це траплялося з вами протягом останнього місяця?

0 – Ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

Якщо з цих випадків взяти найважчий, наскільки ви були схвильовані та засмучені, наскільки сильними були переживання?

0 – анітрохи

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальний дистрес

2 – помірна інтенсивність: дистрес чітко присутній, але ще контролюється

3 – висока інтенсивність: значний дистрес

4 – дуже висока інтенсивність: нестерпний дистрес

(3) Відчуття, ніби травматична подія відбувалася знову, або відповідні раптові дії, включаючи відчуття переживань, що ожили, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди (флешбек-ефекти), навіть ті, які з'являються в просонковому стані

Частота

Чи доводилося вам коли-небудь раптово здійснювати якусь дію чи відчувати себе так, ніби то подія відбувається знову? Як часто це траплялося з вами протягом останнього місяця?

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

Якщо з цих випадків взяти найважчий, наскільки реальним це відчуття? Наскільки сильно вам здавалося, що та подія відбувалася знову? Як довго це тривало? Що ви робили у своїй?

0 – ніколи такого не було

1 – слабка інтенсивність симптому: відчуття трохи більшої реалістичності того, що відбувається, ніж при простому роздумі про нього

2 – помірна інтенсивність: відчуття певні, але передають дисоціативну якість, проте при цьому зберігається тісний зв'язок з оточуючим, відчуття схожі на мрії наяву

3 – висока інтенсивність: сильно дисоціативні відчуття – пацієнт розповідає про образи, звуки, запахи, але все ще зберігається деякий зв'язок з навколишнім світом

4 – дуже висока інтенсивність: відчуття повністю дисоціативні –

флешбекфekt, повна відсутність зв'язку з навколишньою реальністю, можлива амнезія даного епізоду – «затемнення», провал у пам'яті

(4) Сни, що повторюються, про подію, що викликають важкі переживання (дистрес)

Частота

Чи були у вас колись неприємні сни про ту подію? Як часто це траплялося з вами протягом останнього місяця?

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

Якщо з цих випадків взяти найгірший, наскільки сильними були ті неприємні, важкі переживання та почуття дискомфорту, які викликали у вас ці сни? Ви прокидалися від цих снів? (Якщо так, запитайте: «Що ви відчували чи робили, коли прокидалися? Через скільки часу ви зазвичай засинали?») Вислухайте розповідь і позначте симптоми паніки, гучні крики, положення тіла.)

0 – були відсутні

1 – слабо виражена інтенсивність симптому: мінімальний дистрес не викликав пробудження

2 – помірна інтенсивність: прокидається, відчуваючи дистрес, але легко засинає знову

3 – висока інтенсивність: дуже важкий дистрес, утруднено повторне

засипання

4 – дуже висока інтенсивність: непереборний дистрес, неможливість заснути знову

С. СТІЙКИЙ ВИБІГ ДРІЗНИКІВ, АСОЦІЮЮЧИХ З ТРАВМОЮ, АБО «БЛОКАДА» ЗАГАЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ ДО РЕАГУВАННЯ (numbing-«заціпеніння») (симптоми не спостерігалися до травми)

(5) Зусилля, спрямовані на те, щоб уникнути думок чи почуттів, що асоціюються з травмою

Частота

Чи намагалися ви відганяти думки про подію? Чи докладали ви зусилля, щоб уникнути відчуттів, пов'язаних із подією(ями) (наприклад, почуттів гніву, смутку, провини)? Як часто це траплялося з вами протягом останнього місяця?

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

Наскільки великими були зусилля, які ви докладали, щоб не думати про ту подію(ах), щоб не відчувати почуттів, що мають до неї стосунок? (Дайте оцінку всіх спроб свідомого уникнення, включаючи відволікання, придушення та зниження збудженості за допомогою алкоголю чи наркотиків.)

0 – жодного зусилля

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальне зусилля

2 - помірна інтенсивність: деяке зусилля, уникнення безумовно є

3 – висока інтенсивність: значне зусилля, уникнення безумовно є

4 – дуже висока інтенсивність: чітко виражені спроби уникнення

(6) Зусилля, спрямовані на те, щоб уникати дій або ситуацій, які викликають спогади про травму

Частота

Чи намагалися ви коли-небудь уникати будь-яких дій або ситуацій, які нагадували б вам про подію?

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність:

Наскільки великі були зусилля, які ви докладали для того, щоб уникати якихось дій чи ситуацій, пов'язаних із подією? (Дайте оцінку всіх спроб поведінкового уникнення; наприклад, ветерани війни, що уникають участі у ветеранських заходах, переглядах військових фільмів та ін.)

0 – жодного зусилля

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальне зусилля

2 - помірна інтенсивність: деяке зусилля, уникнення безумовно є

3 – висока інтенсивність: значне зусилля, уникнення безумовно є

4 – дуже висока інтенсивність: чітко виражені спроби уникнення

(7) Нездатність згадати важливі аспекти травми (психогенна амнезія)

Частота

Чи траплялося так, що ви не могли згадати важливі обставини події(ів), що відбулися з вами (наприклад, імена, особи, послідовність подій)? Чи багато з того, що мало відношення до того, що сталося, вам було важко згадати минулого місяця?

0 - нічого, ясна пам'ять про подію в цілому

1 – деякі обставини події було неможливо згадати (менш ніж 10%)

2 – ряд обставин події(й) було неможливо згадати (20–30%)

3 – більшу частину обставин події(й) було неможливо згадати (50–60%)

4 – майже зовсім неможливо було згадати подію(а) (понад 80%)

Інтенсивність

Наскільки великі були зусилля, які вам довелося докласти, щоб згадати про важливі обставини того, що сталося з вами?

0 – якісь труднощі при згадці про події були відсутні

1 – слабка інтенсивність симптому: незначні труднощі при відтворенні обставин події

2 – помірна інтенсивність: певні труднощі, проте при зосередженні зберігається здатність до відтворення події у пам'яті

3 – висока інтенсивність: безперечні труднощі при відтворенні обставин події

4 – дуже висока інтенсивність: повна нездатність згадати подію(ах)

(8) Помітна втрата інтересу до улюблених занять

Частота

Чи відчуваєте ви, що втратили інтерес до занять, які були для вас важливими чи приємними – наприклад, спорт, захоплення, спілкування? Якщо

порівняти з тим, що було до того, що сталося, скільки видів занять перестали вас цікавити за місяць?

- 0 – втрати інтересу взагалі не було
- 1 – втрата інтересу до окремих занять (менше ніж 10%)
- 2 – втрата інтересу до кількох занять (20–30%)
- 3 – втрата інтересу до великої кількості занять (50–60%)
- 4 – втрата інтересу майже до всього (понад 80%)

Інтенсивність

У найгіршому випадку наскільки глибокою чи сильною була втрата інтересу до цих занять?

- 0 – взагалі не було втрати інтересу
- 1 – слабка інтенсивність симптому: лише незначна втрата інтересу, яка не виключає отримання задоволення в процесі занять, якщо вони таки почалися
- 2 – помірна інтенсивність: безумовна втрата інтересу, проте зберігається деяке почуття задоволення від заняття(й)
- 3 – висока інтенсивність: дуже значна втрата інтересу до занять
- 4 – дуже висока інтенсивність: повна втрата інтересу, не залучається до жодної діяльності

(9) Почуття відстороненості чи відчуженості від оточуючих

Частота

Чи не було у вас почуття віддаленості чи втрати зв'язку з оточуючими? Чи відрізнявся цей стан від того, що ви відчували перед тим, як відбулася ця подія(я)? Як часто ви почувалися так протягом останнього місяця?

- 0 – такого взагалі не було
- 1 – рідко (менше 10% часу)

2 – іноді (20-30%)

3 – часто (50-60%)

4 – майже завжди або постійно (понад 80%)

Інтенсивність

У найгіршому випадку, наскільки сильно було ваше почуття відстороненості чи відсутності зв'язку з оточуючими? Хто все-таки залишався вам близьким?

0 – відсутні подібні почуття

1 - слабка інтенсивність симптому: епізодично відчувається «йдучим не в ногу» з оточуючими

2 - помірна інтенсивність: певна наявність відчуття віддаленості, але зберігаються якісь міжособистісні зв'язки та почуття приналежності до навколишнього світу

3 – висока інтенсивність: значне почуття відстороненості чи відчуженості від більшості людей, зберігається здатність взаємодії лише з однією людиною

4 – дуже висока інтенсивність: відчувається повністю відірваним від інших людей, близькі стосунки не підтримує ні з ким

(10) Знижений рівень афекту, наприклад, нездатність відчувати любов

Частота

Чи були у вас такі періоди, коли ви були «нечутливими» (вам було важко відчувати такі почуття, як кохання чи щастя)? Чи відрізнявся цей стан від того, як ви почували себе перед тим, як відбулася ця подія(я)? Як часто ви почувалися так протягом останнього місяця?

0 – такого взагалі не було

1 – рідко (менше 10% часу)

2 – іноді (20-30%)

3 – часто (50-60%)

4 – майже завжди або постійно (понад 80%)

Інтенсивність

У найгіршому випадку, наскільки сильним у вас було відчуття «несприйнятливості»? (Для оцінки цього пункту увімкніть спостереження за рівнем афективності під час інтерв'ю.)

0 – відчуття байдужості немає

1 – слабка інтенсивність симптому: таке відчуття є, але незначне

2 - помірна інтенсивність: явне відчуття бездушності, але здатність відчувати емоції все-таки збережена

3 – висока інтенсивність: значне відчуття бездушності стосовно принаймні двох основних емоцій – любові і щастя

4 – дуже висока інтенсивність: відчуває повну відсутність емоцій

(11) Відчуття відсутності перспектив у майбутнє

Частота

Чи було колись, що ви відчували відсутність необхідності будувати плани на майбутнє, що чомусь у вас немає завтрашнього дня? (Якщо так, уточніть наявність реального ризику, наприклад, небезпечних для життя медичних діагнозів). Чи відрізнявся цей стан від того, як ви почували себе перед тим, як відбулася ця подія(я)? Як часто ви почувалися так протягом останнього місяця?

0 – такого взагалі не було

1 – рідко (менше 10% часу)

2 – іноді (20-30%)

3 – часто (50-60%)

4 – майже завжди або постійно (понад 80%)

Інтенсивність

У найгіршому випадку, наскільки сильним було почуття, що у вас не буде майбутнього? Як ви думаєте; як довго ви житимете? Які підстави у вас припускати, що ви помрете передчасно?

0 – відчуття скороченого майбутнього немає

1 – слабка інтенсивність симптому: незначні відчуття щодо скороченості життєвої перспективи

2 – помірна інтенсивність симптому: виразно присутнє відчуття скороченої життєвої перспективи

3 – висока інтенсивність симптому: значно виражені відчуття скороченої життєвої перспективи, можуть мати місце певні передчуття тривалості життя

4 - дуже висока інтенсивність симптому: всепоглинаюче почуття скороченої життєвої перспективи, під-на переконаність у передчасній смерті

D. СТІЙКІ СИМПТОМИ ПІДВИЩЕНОЇ ПОРУШЕННЯ (не спостерігалися до травми)

(12) Дратівливість чи напади гніву

Частота

Чи були такі періоди, коли ви відчували, що надзвичайно дратівливі чи виявляли почуття гніву і поводитися агресивно? Чи відрізняється цей стан від того, як ви почували себе або як діяли до подій(я)? Як часто ви відчували подібні почуття або поводитися подібним чином минулого місяця?

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

Наскільки сильний гнів ви відчували і як його виражали?

0 – не було ні дратівливості, ні гніву

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальна дратівливість, у гніві – підвищення голосу

2 – помірна інтенсивність: явна наявність дратівливості, у гніві з легкістю починає сперечатися, але швидко «остигає»

3 – висока інтенсивність: значна дратівливість, у гніві – мовна чи поведінкова агресивність

4 – дуже висока інтенсивність: непереборний гнів, що супроводжується епізодами фізичного насильства

(13) Проблеми з концентрацією уваги

Частота

Чи не здавалося вам складним зосередитися на якомусь занятті чи на чомусь, що оточувало вас? Чи змінилася ваша здатність до зосередження з того часу, як трапилася ця подія(я)? Як часто у вас спостерігалися труднощі із зосередженням уваги протягом минулого місяця?

0 – взагалі не було

1 – дуже рідко (менше 10% часу)

2 – іноді (20–30% часу)

3 – більшу частину часу (50–60%)

4 – майже завжди або постійно (понад 80%)

Інтенсивність:

Наскільки важко вам було зосередитися на чому-небудь? (При оцінці цього пункту врахуйте свої спостереження у процесі інтерв'ю.)

0 – жодної проблеми не було

1 – слабка інтенсивність: для зосередження були потрібні незначні зусилля

2 - помірна інтенсивність: певна втрата здатності до зосередження, але при зусиллі може зосередитись

3 – висока інтенсивність: значне погіршення функції, навіть за особливих зусиль

4 – дуже висока інтенсивність: повна нездатність до зосередження та концентрації уваги

(14) Підвищена настороженість (пильність)

Частота

Чи доводилося вам бути якимось особливо настороженим чи пильним навіть тоді, коли для цього не було очевидної потреби? Чи відрізнялося це від того, як ви почували себе перед подією(ями)? Як часто в минулому місяці ви були насторожені чи пильні?

0 – взагалі не було

1 – дуже рідко (менше 10% часу)

2 – іноді (20–30% часу)

3 – більшу частину часу (50–60%)

4 – майже завжди або постійно (понад 80%)

Інтенсивність

Які великі зусилля, які ви докладаєте, щоб знати про все, що відбувається

навколо вас? (При оцінці цього пункту використовуйте свої спостереження, отримані під час інтерв'ю.)

0 – симптом відсутній

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальні прояви гіпердільності, незначно підвищена цікавість

2 – помірна інтенсивність: безперечно є гіпердільність, настороженість у громадських місцях (наприклад, вибір безпечного місця у ресторані чи кінотеатрі)

3 – висока інтенсивність: значительные проявления гипербдительности, субъект очень насторожен, постоянное наблюдение за окружающими в поисках опасности, преувеличенное беспокойство о собственной безопасности (а также своей семьи и дома)

4 – очень высокая интенсивность: гипертрофированная бдительность, усилия по обеспечению безопасности требуют значительных затрат времени и энергии и могут включать активные действия по проверке ее наличия; в процессе беседы – значительная настороженность

(15) Перебільшена реакція переляку («стартова» реакція на раптовий стимул)

Частота

Чи відчували ви сильну реакцію переляку на гучні несподівані звуки (наприклад, на автомобільні вихлопи, піротехнічні ефекти, стукіт дверей тощо) або на щось, що ви раптом побачили (наприклад, рух, помічений на периферії вашого поля зору) – «кутом ока»? Чи відрізняється це від того, як ви себе відчували до події?

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

У найгіршому випадку, наскільки сильною була ця реакція переляку?

0 – симптом був відсутній: реакції переляку не було

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальна реакція переляку

2 – помірна інтенсивність: певна реакція переляку на раптовий подразник, «підстрибування»

3 – висока інтенсивність: значна реакція переляку, збереження збудження після первинної реакції

4 – дуже висока інтенсивність: вкрай виражена реакція переляку, явна захисна поведінка (наприклад, ветеран війни, який «падає обличчям у бруд»)

(16) Фізіологічна реактивність при впливі обставин, що нагадують або символізують різні аспекти травматичної події

Частота

Чи доводилося вам відзначати наявність певних фізіологічних реакцій, коли ви стикалися з ситуаціями, що нагадують вам про подію? (Вислухайте повідомлення про такі симптоми, як прискорене серцебиття, м'язову напругу, тремтіння в руках, пітливість, але не ставте досліджуваному питання про симптоми.) Як часто вони спостерігалися минулого місяця?

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

У найгіршому випадку, як сильні були ці фізіологічні реакції?

0 – симптом відсутній

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальна реакція

2 – помірна інтенсивність: явна наявність фізіологічної реакції, певний дискомфорт

3 – висока інтенсивність: інтенсивна фізіологічна реакція, сильний дискомфорт

4 – дуже висока інтенсивність: драматична фізіологічна реакція, збереження подальшого збудження

Таблиця базових шкал

Шкала	Номера пунктів
Соматизація	2, 9
Нав'язливість	1, 3
Депресія	7, 8, 11
Тривожність	4, 13
Фобія	5, 15
Паранойяльність	6, 14
Психотизм	10, 12, 16

Методика Діагностика перешкод у встановленні емоційних контактів

В. Бойко

Інструкція для організаторів опитування. Ця методика дозволяє встановити емоційні перешкоди на шляху встановлення емоційних контактів. **Інструкція для учасників опитування**

Читайте твердження і відповідайте на них «Так» чи «Ні»:

Текст опитувальника:

1. Зазвичай наприкінці робочого дня на моєму обличчі помітна втома.
2. Трапляється так, що при першому знайомстві емоції заважають мені справити більш сприятливе враження на партнерів (розгублююся, хвилююся, усамітнююсь, або, навпаки, багато розмовляю, перезбуджуюся, поводжуся неприродно).
3. У спілкуванні мені часто бракує емоційності, виразності.
4. Мабуть, для оточуючих я занадто строгий.
5. В принципі, я проти того, щоб зображувати чемність, якщо тобі цього не хочеться.
6. Я зазвичай вмію приховувати від партнерів спалахи емоцій.
7. Часто у спілкуванні з колегами я міркую про щось своє.
8. Бувають випадки, коли я хочу виразити партнеру емоційну підтримку (увагу, співчуття, співпереживання), але він цього не відчуває, не сприймає.
9. Найчастіше мої очі або вираз обличчя видають заклопотаність.
10. У діловому спілкуванні намагаюся не виявляти своїх симпатій до партнерів.
11. Всі мої неприємні переживання зазвичай видно на моєму обличчі.

12. Якщо я захоплююся розмовою, то міміка обличчя стає занадто виразною, експресивною.

13. Мабуть, я дещо емоційно скутий, стиснутий.

14. Зазвичай я перебуваю у стані нервового напруження.

15. Зазвичай я відчуваю дискомфорт, коли доводиться обмінюватися рукостисканням в діловій обстановці.

16. Іноді близькі люди зупиняють мене: «Розслаб м'язи обличчя, не скривлюй губи, не зморщуй лоба».

17. Розмовляючи, я занадто жестикулюю.

18. Зазвичай у повій ситуації мені складно бути розкутим, природним.

19. Мабуть, моє обличчя має сумний чи занепокоєний вигляд, хоча на душі спокійно.

20. Мені дещо важко дивитися в очі, спілкуючись з незнайомою людиною.

21. Якщо я захочу, то мені завжди вдається приховати свою ворожість до неприязної людини.

22. Мені часто буває чомусь весело без будь-якої причини.

23. Мені дуже просто зробити за своїм бажанням або на замовлення різні міміки обличчя: зобразити радість, сум, радіщі, переляк, відчай та ін.

24. Мені казали, що мій погляд важко витримати.

25. Мені щось заважає виражати теплоту, симпатію до людини, навіть якщо відчуваю це до неї.

Обробка та інтерпретація результатів

Підбийте підсумки **самооцінювання**:

<p>«Перешкоди» у встановленні емоційних контактів:</p>	<p>Номери питань і відповіді за «ключем»</p>
---	---

1. Невміння управляти емоціями, дозувати емоції	+1, -6, +11, +16, -21
2. Неадекватний прояв емоцій	-2, +7, +12, +17, +22
3. Негнучкість, нерозвиненість, невиразність емоцій	+3, +8, +13, +18, -23
4. Домінування негативних емоцій	+4, +9, +14, +19, +24
5. Небажання зблизитися з людьми на емоційній основі	+5, +10, +15, +20, +25

Яка сума набраних Вами балів? Вона може коливатися в межах від 0 до 25. Чим більше балів, тим виразнішою є Ваша емоційна проблема у повсякденному спілкуванні. Однак не варто заспокоюватись, якщо Ви набрали замало балів (0-2). Це означає, що Ви могли бути не до кінця щирими або не цілком усвідомили свою поведінку збоку.

Якщо Ви набрали:

- не більше 5 балів — емоції зазвичай не заважають Вам спілкуватися з партнером;
- 6-8 балів — у Вас є деякі емоційні проблеми в повсякденному спілкуванні;
- 9—12 балів — свідчення того, що Ваші емоції «на кожний день» дещо ускладнюють взаємодію з партнером;
- 13 балів і більше — емоції заважають Вам встановлювати контакти з людьми, можливо, Ви піддаєтесь деяким дезорганізуючим реакціям чи станам.

Також зважте на те, чи немає конкретних «перешкод», які постійно виникають у Вас — це пункти, за якими Ви набрали 3 і більше балів.

Методика «незакінчених речень» Сакса і Сіднея

Тест містить у собі 60 незакінчених речень, в яких доповнення, здійснювані обстежуваним, регламентовані й залежать від змісту початку фрази. Вони можуть бути розділені на 15 груп по 4 речення в кожній, що характеризують тією чи іншою мірою систему відносин обстежуваного до родини, представників своєї або протилежної статі, до статевого життя, до вчителів, начальства і підлеглих. Деякі групи речень мають відношення до страхів і побоювань, до наявного почуття провини, свідчать про відношення обстежуваного до минулого і майбутнього, торкаються сфери взаємин з батьками і друзями, життєвих цілей.

У зв'язку з тим, що цей варіант методу «незакінчених речень» використовується практичними психологами найчастіше, ми наводимо його зміст повністю.

Інструкція: «Нижче наведено 60 незакінчених речень. Прочитайте кожне речення і закінчіть його, записуючи перше ж судження, яке спало вам на думку. Виконуйте завдання швидко, не задумуючись довго над кожною фразою; якщо не можете закінчити яке-небудь речення відразу, обведіть його номер колом і поверніться до нього пізніше».

- 1.Думаю, що мій батько рідко...
- 2.Якщо всі проти мене, то...
- 3.Я завжди хотів...
- 4.Майбутнє вбачається мені...
- 5.Якби я обіймав керівну посаду...
- 6.Мій учитель (керівник, начальник)...
- 7.Знаю, що нерозумно, але боюся...

- 8.Думаю, що справжній друг...
- 9.Коли я був дитиною...
- 10.Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є...
- 11.Коли бачу чоловіка поруч з жінкою...
- 12.У порівнянні з більшістю інших родин моя сім'я...
- 13.Найкраще мені займатися (працювати) з...
- 14.Моя мати і я...
- 15.Зробив би все, щоб забути...
- 16.Якби мій батько тільки захотів...
- 17.Думаю, що досить здатний, щоб...
- 18.Я міг би бути дуже щасливим, якби...
- 19.Якщо хто-небудь буде під моїм керівництвом...
- 20.Сподіваюся на...
- 21.У школі мої вчителі...
- 22.Більшість моїх товаришів не знає, що я...
- 23.Не люблю людей, які...
- 24.У дитинстві я...
- 25.Вважаю, що більшість дівчат і юнаків,..
- 26.Сімейне життя здається мені...
- 27.Моя родина поводить ся зі мною як з.
- 28.Люди, з якими я учуся (працюю)...
29. Моя мати...
- 30.Моєю найбільшою помилкою було.,,
31. Я хотів би, щоб мій батько...

- 32.Моя найбільша слабкість полягає в тім...
- 33.Моїм прихованим бажанням у житті...
- 34.Мої підлеглі...
- 35.Настане день, коли...
- 36.Коли до мене наближається вчитель (начальник)...
- 37.Мені б хотілося перестати...
- 38.Більше за все люблю тих людей, які...
- 39.Якщо мені подобається дівчина (хлопець), я...
- 40.Вважаю, що більшість дівчат (хлопців)...
- 41.Коли я згадую своє дитинство...
- 42.Більшість відомих мені сімей...
- 43.Люблю вчитися (працювати) з людьми, які...
- 44.Вважаю, що більшість матерів...
- 45.Коли я був дитиною, то відчував..,
- 46.Думаю, що мій батько...
47. Коли мені не таланить, я...
- 48.Коли я прохаю інших що-небудь зробити...
- 49.Більше за все я хотів би в житті...
- 50.Коли я буду старим...
- 51.Люди, перевагу яких над собою я визнаю...
- 52.Мої побоювання неодноразово змушували мене...
- 53.Коли мене немає, то мої друзі...
- 54.Моїм найнезабутнішим спогадом дитинства є..,
- 55.Мені дуже не подобається, коли жінка (чоловік)...

56. Якщо я залишаюся наодинці з жінкою (чоловіком)...

57. Коли я був дитиною, моя родина...

58. Люди, що навчаються (працюють) зі мною...

59. Я люблю свою матір, але...

60. Саме гірше, що мені траплялося робити, це...

Ключ до тесту

Відношення до себе (2, 17, 32, 47)

Страхи (7, 22, 37, 52)

Провина (15, 30, 45, 60)

Секс (11, 26, 39, 56)

Матір (14, 29, 44, 59)

Батько (1, 16, 31, 46)

Сім'я (12, 27, 42, 57)

Протилежна стать (10, 25, 40, 55)

Товариші (8, 23, 38, 53)

Колеги (13, 28, 43, 58)

Начальство (6, 21, 36, 51)

Підлеглі (5, 19, 34, 48)

Минуле (9, 24, 41, 54)

Майбутнє (4, 20, 35, 50)

Цілі (3, 18, 33, 49)

Оцінювання результатів

Для кожної групи речень виводиться характеристика, що характеризує певну систему взаємовідносин як позитивну, негативну чи нецікаву для обстежуваного. Отримані дані підлягають якісній і кількісній обробці. В одному з варіантів цього методу обстежуваний має закінчити оповідь, а не відокремлене речення.

Варто наголосити, що деякі питання цієї методики виявляються неприємними для обстежуваних, тому що стосуються інтимного боку їхнього життя. Тому автор рекомендує в інструкції додатково повідомляти обстежуваному, що дослідження проводиться з метою тренування пам'яті чи уваги.

Скажімо: *Взаємозв'язки з сім'єю.*

У порівнянні з більшістю інших сімей, моя сім'я...

погана, недружня, розпалася, занадто міщанська, нещаслива і т.п. – 2б.

не дуже гарна, нервова, не дружна і т.п. – 1б.

гарна, дружна, нормальна, любляча, щаслива – 0б.

не гірша, не краща, звичайна – 0б.

маленька, велика і т.п. – 0б.

більш інтелектуальна, особлива – 0б.

Взаємини з друзями і знайомими.

Думаю, що справжній друг...

міф, не існує, буде важким хрестом, я сам по собі – 2б.

це собака, книга і т.п. – 1б.

мені дуже потрібний, у мене не скоро буде – 1б.

велика рідкість, не підведе, завжди зрозуміє – 0б.

Відношення до себе.

Якщо всі проти мене, то...

я страшно переживаю, я в розпачі, мені дуже погано – 2б.

я винуватий, я здаюся, я погана людина – 1б.

я переживаю, я хвилююся, нервую, мені неприємно і т.п. – 1б.

я їду, я замикаюся в собі – 1б.

я проти усіх – 0б.

потрібно розібратися, подумати, я цього не боюся – 0б.

Ставлення до майбутнього.

Майбутнє здається мені...

дуже похмурим, сумним, страшним – 2б.

сірим, непривабливим і т.п. – 2б.

світлим, рожевим, неясним, невідомим, таким як сьогодні – 0б.

Потім підраховується загальна кількість балів по кожній групі.

Чим більше балів отримала група, тим глибше ставлення обстежуваного до її змісту, до того ж зі знаком мінус, тим вище для нього особистісна значимість цих суджень.

Дана методика застосовується як до дорослого контингенту, так і до дітей старшого і середнього шкільного віку. У цілому вона застосовується до учнів будь-яких вікових груп. Однак використовуючи цю методику при обстеженні дітей, необхідно внести в частину речень деякі зміни.

Так, питання, пов'язані з групою «секс» (наприклад, питання 11, 26, 39, 56), можна незначно видозмінити і віднести до групи «сім'я» або «протилежна стать». Це стосується і групи питань «підлеглі» (питання 5, 19, 34, 48). Питання з цієї групи також можна трохи модифікувати і віднести до груп «товариші» чи «колеги».

Група питань, умовно названа «начальство», може бути розглянута у випадку діагностики учнів як «ставлення до старших», «дорослих» (Л.С.Солнцева, Т.В.Галкіна, 1993).

Проективна методика Р. Жила

Методика спрямована на дослідження соціальної пристосованості дитини, сфери її міжособистісних відносин та їх особливостей, її сприйняття внутрішньосімейних стосунків, деяких характеристик її поведінки.

Методика дозволяє виявити конфліктні зони в системі міжособистісних відносин дитини, даючи тим самим можливість, впливаючи на ці відносини, впливати на подальший розвиток особистості дитини.

Проективна візуально-вербальна методика Р. Жила складається з 42 завдань, серед яких 25 картинок із зображенням дітей або дітей і дорослих з коротким текстом, що пояснює зображену ситуацію і питанням до досліджуваного, а також 17 текстових завдань.

Дитина, розглядаючи малюнки, відповідає на поставлені питання, показує вибране нею місце на картинці, розповідає як вона повела б себе в тій чи іншій ситуації або вибирає один з перерахованих варіантів поведінки.

Психологу можна супроводжувати обстеження бесідою з дитиною, в ході якої можна уточнити ту чи іншу відповідь, дізнатися подробиці здійснення дитиною її виборів, з'ясувати, певні особливі, «делікатні» моменти в її житті, дізнатися про реальний склад сім'ї, а також поцікавитися, хто ті люди, які намальовані, але не позначені на картинках.

Методика може бути використана при обстеженні дітей від 12 до 16 років, а у випадку вираженого інфантилізму і затримки психічного розвитку – і більш старшого віку.

Психологічний матеріал, що характеризує систему особистісних відносин дитини, одержаний за допомогою методики, можна умовно розділити на дві великі групи змінних:

Змінні, що характеризують конкретно-особистісні відносини підлітків з іншими людьми:

1. ставлення до матері;
2. ставлення до батька;
3. ставлення до батьків загалом;
4. ставлення до братів і сестер;
5. ставлення до бабусі, дідуся та інших близьких дорослих родичів;
6. відношення до друга (подруги);
7. ставлення до вчителя (вихователя).

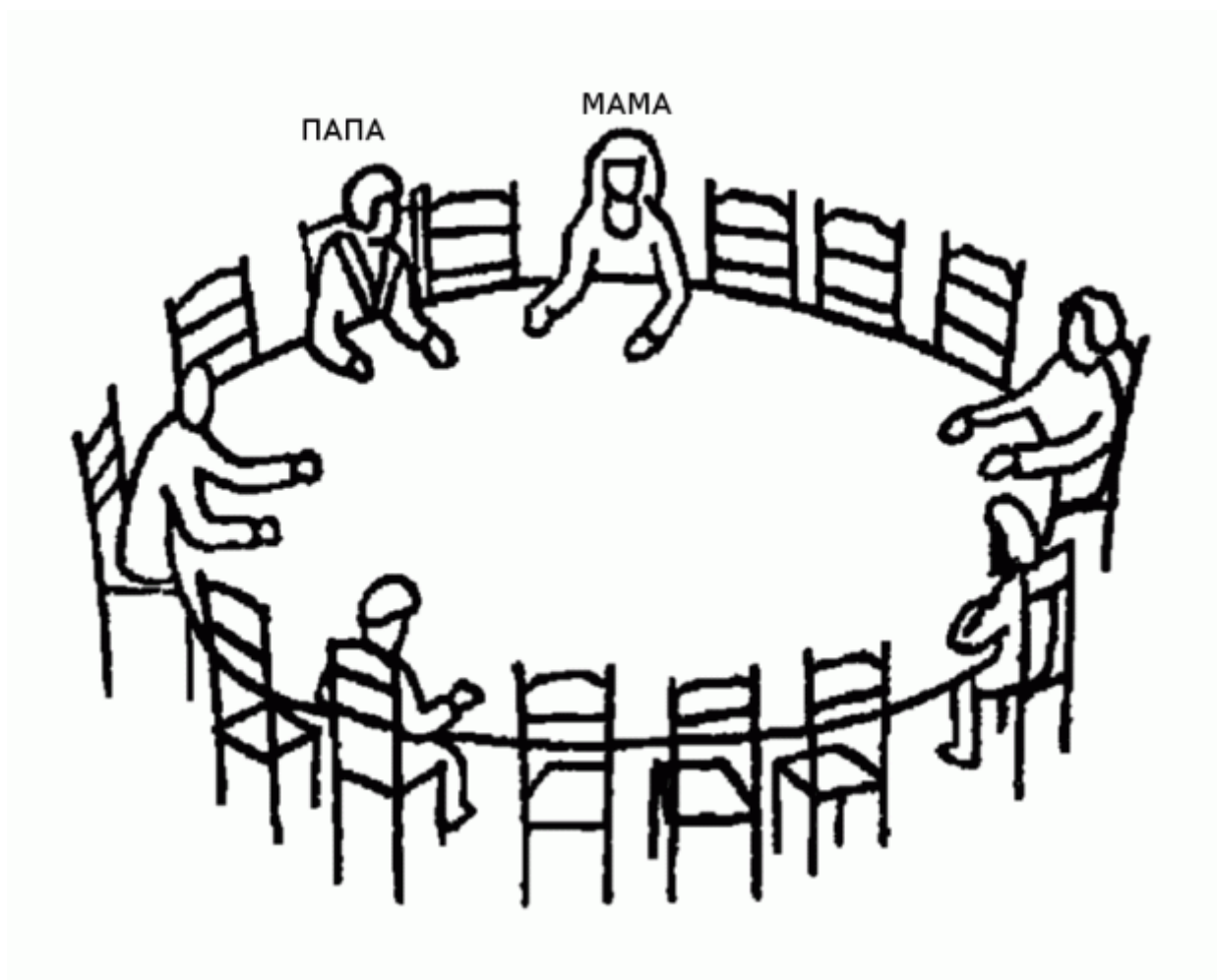
Змінні, що характеризують особливості самої дитини:

8. допитливість;
9. прагнення до спілкування у великих групах дітей;
10. прагнення до домінування, лідерства в групах дітей;
11. конфліктність, агресивність;
12. реакція на фрустрацію;
13. прагнення до усамітнення

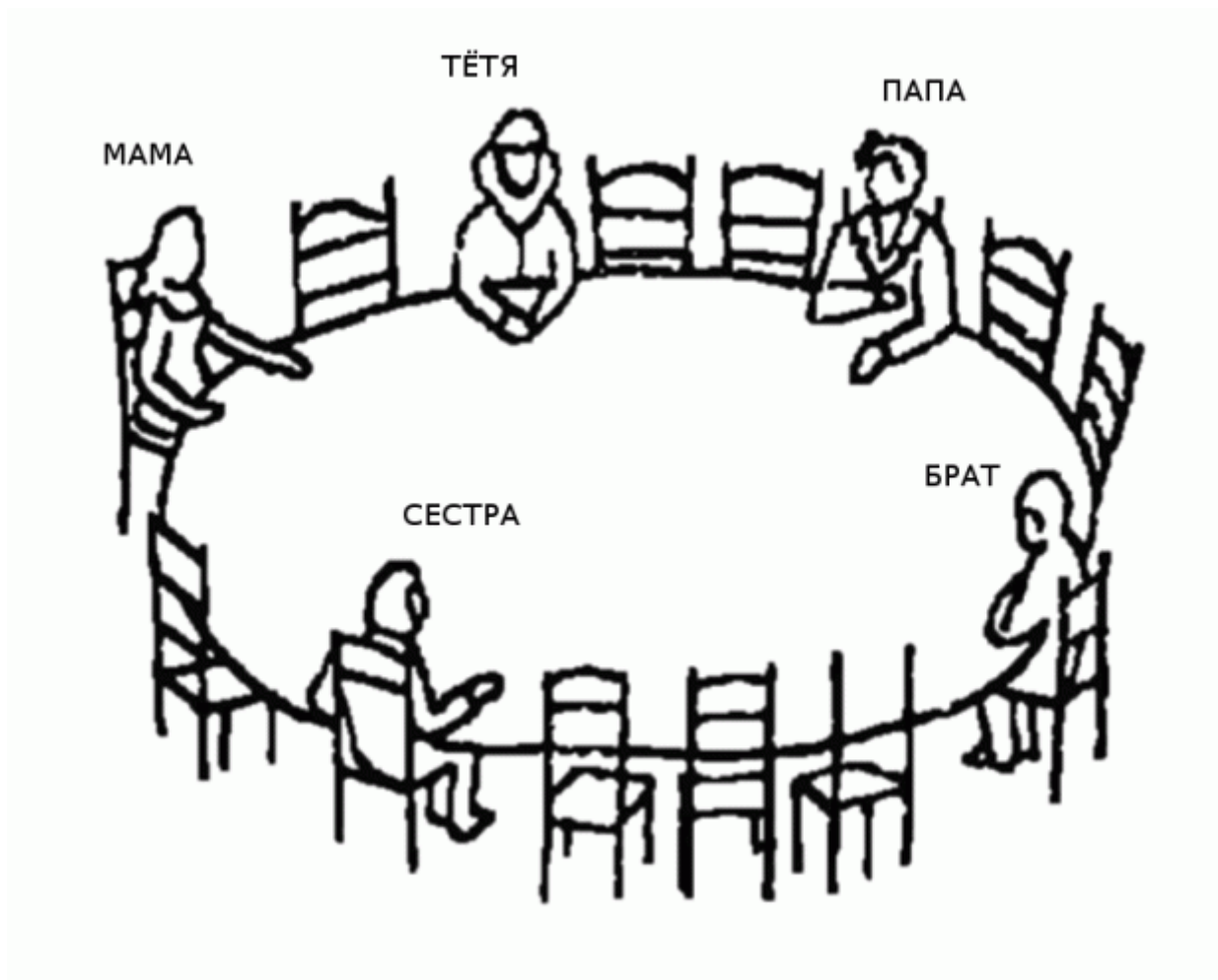
І, як загальний висновок, **ступінь соціальної адекватності поведінки дитини**, а також фактори (психологічні та соціальні), що порушують цю адекватність.

Тестовий матеріал

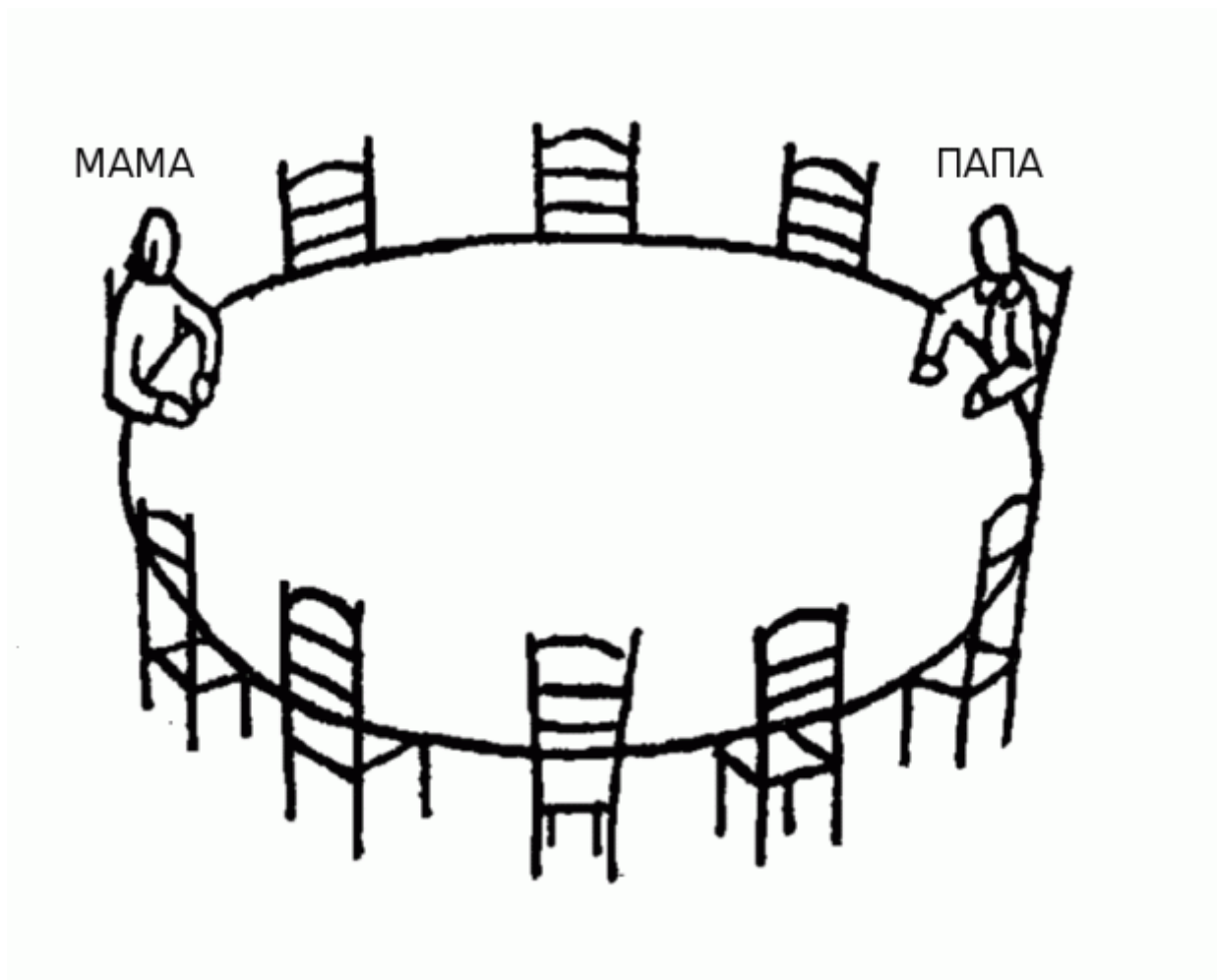
1. Ось стіл, за яким сидять різні люди. Познач хрестиком, де сядеш ти.



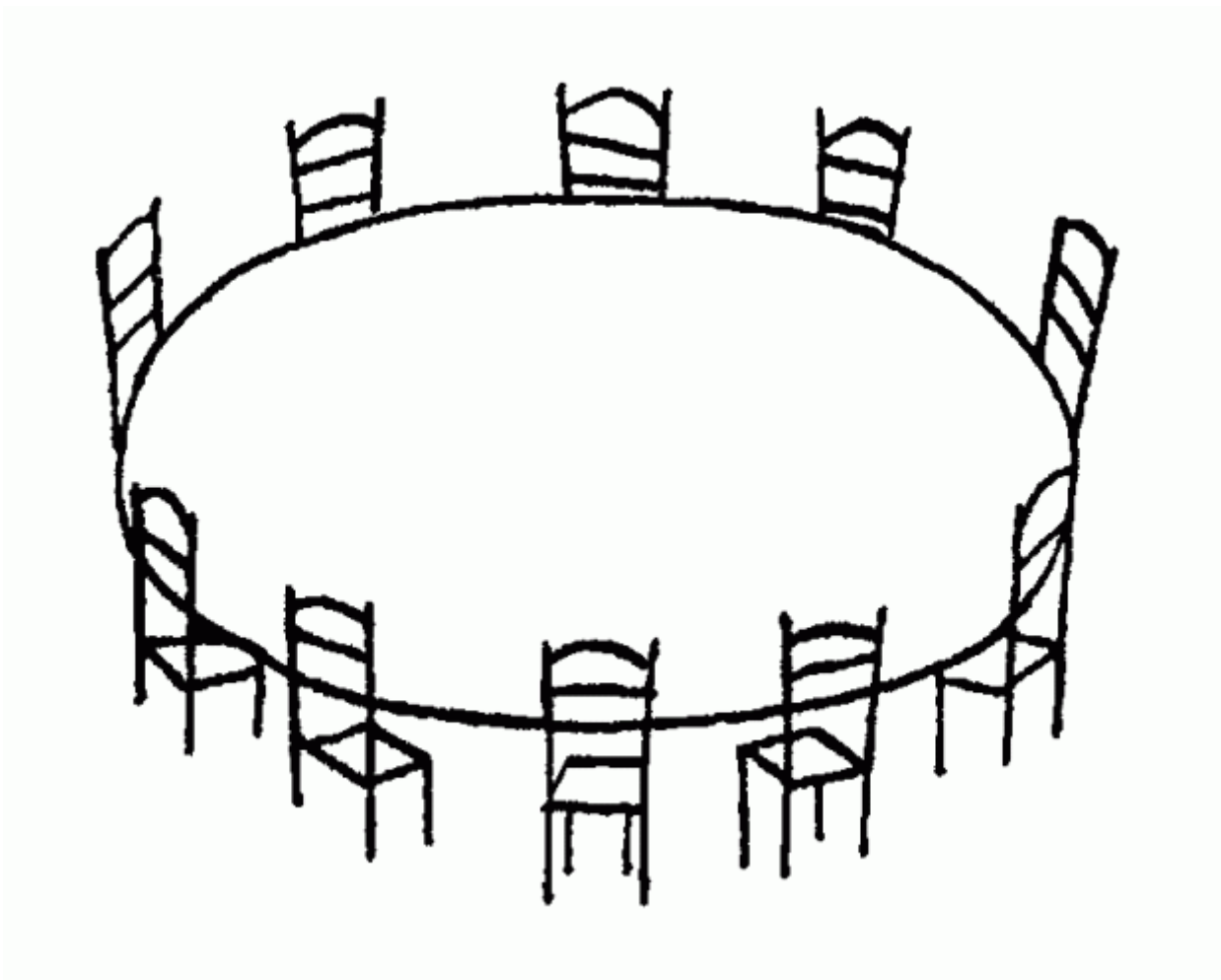
2. Познач хрестиком, де ти сядеш.



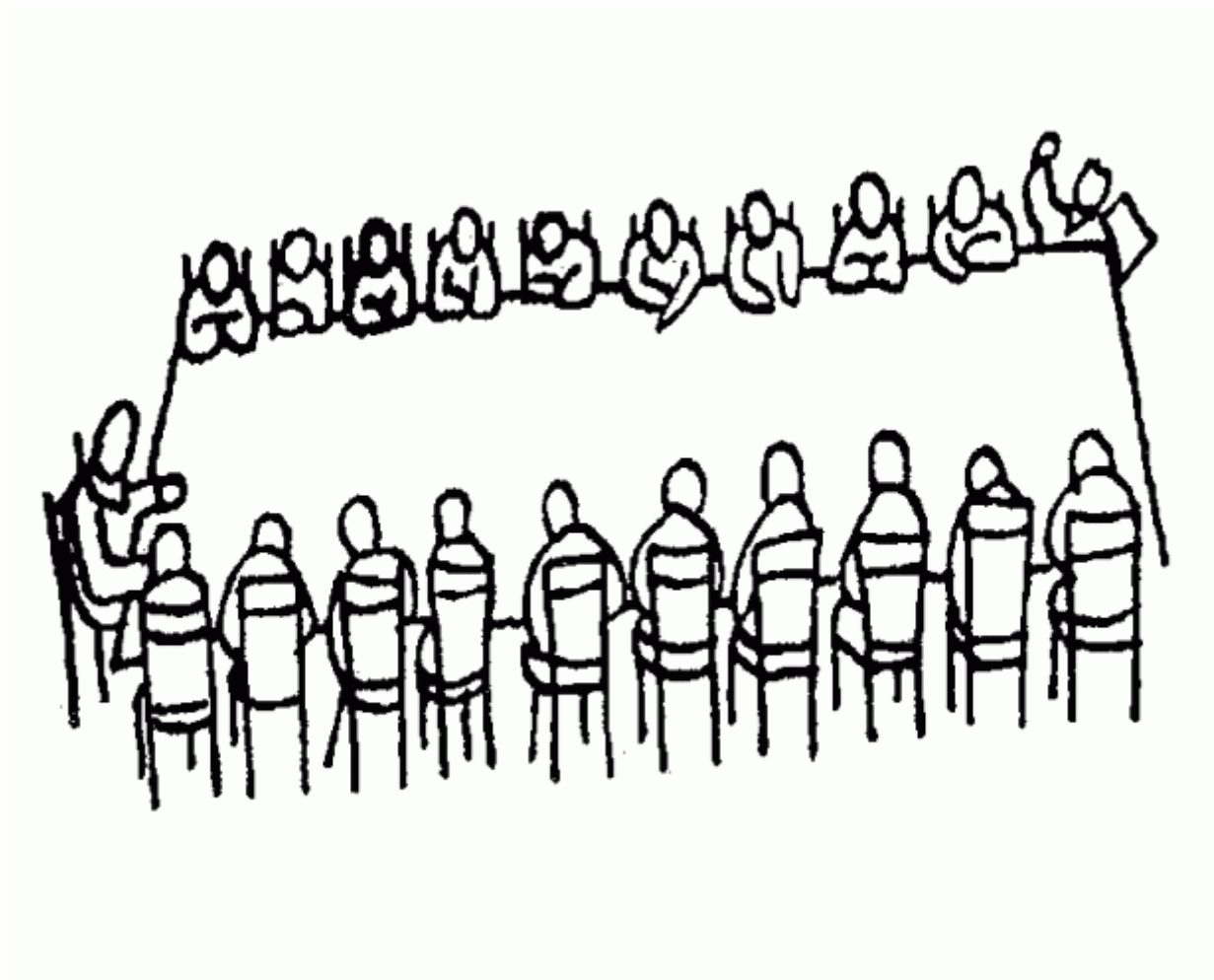
3. Познач хрестиком, де ти сядеш.



4. А тепер розмісти кілька людей і себе навколо цього столу. Познач їх родинні стосунки (тато, мама, брат, сестра) або (друг, товариш, однокласник).



5. Ось стіл, на чолі якого сидить людина, яку ти добре знаєш. Де сів би ти? Хто ця людина?



6. Ти разом зі своєю родиною будеш проводити канікули у господарів, які мають великий будинок. Твоя сім'я вже зайняла кілька кімнат. Вибери кімнату для себе.

БРАТ				ПАПА и МАМА
СЕСТРА				

7. Ти довгий час гостюєш у знайомих. Познач хрестиком кімнату, яку б вибрав (вибрала) ти.

ПАПА И МАМА				
ДЕДУШКА И БАБУШКА				

8. Ще раз у знайомих. Познач кімнати деяких людей і твою кімнату.

9. Вирішено піднести одній людині сюрприз. Ти хочеш, щоб це зробили? Кому? А можливо тобі все одно? Напиши нижче.

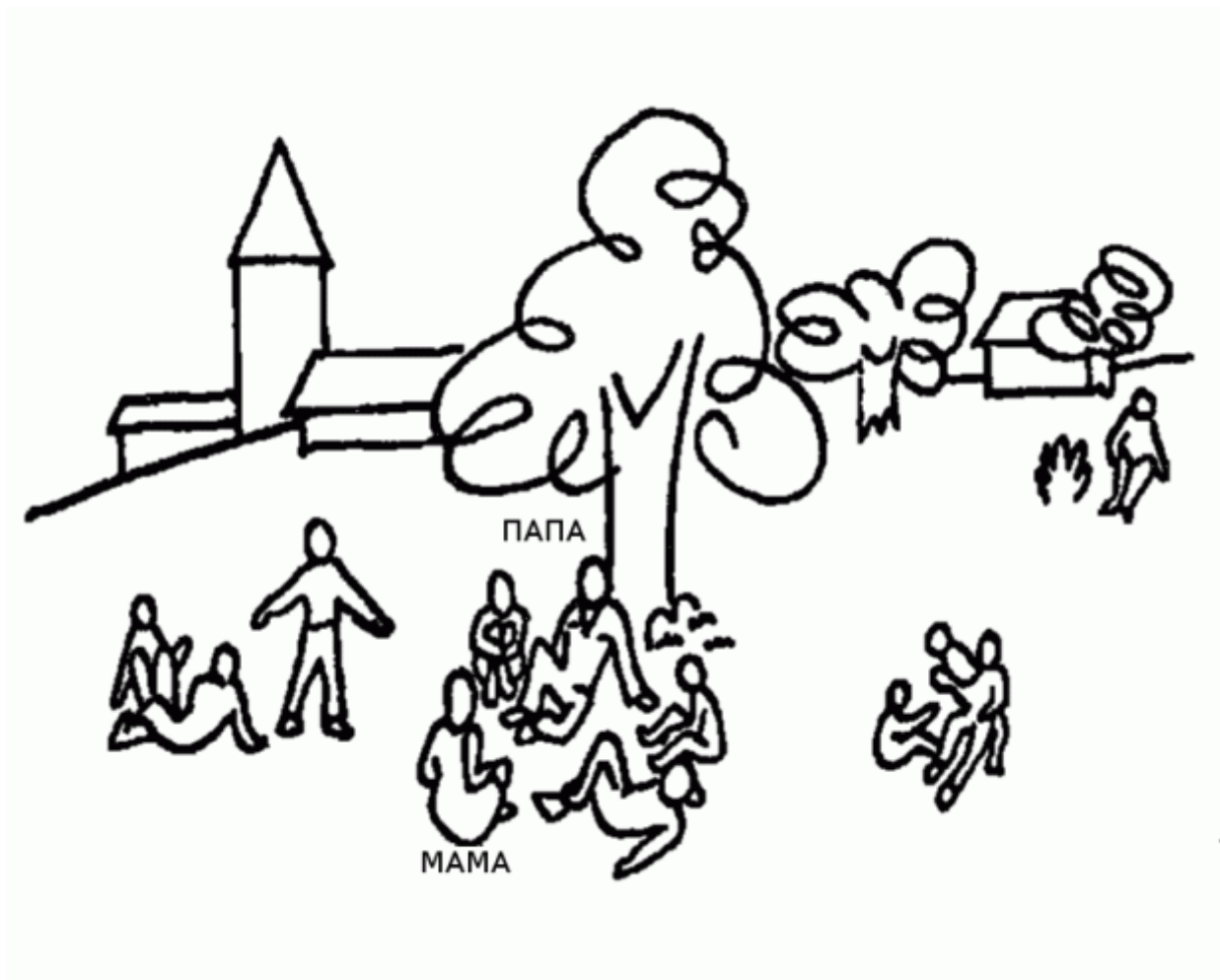
10. Ти маєш можливість виїхати на кілька днів відпочивати, але там, куди ти їдеш, тільки два вільних місця: одне для тебе, друге для іншої людини. Кого б ти взяв із собою? Напиши нижче.

11. Ти втратив щось, що коштує дуже дорого. Кому першому ти розповіси про цю прикрість? Напиши нижче.

12. У тебе болять зуби, і ти повинен піти до зубного лікаря, щоб вирвати хворий зуб. Ти підеш один? Або з кимось? Якщо підеш з кимось, то хто ця людина? Напиши.

13. Ти здав іспит. Кому першому ти розповіси про це? Напиши нижче.

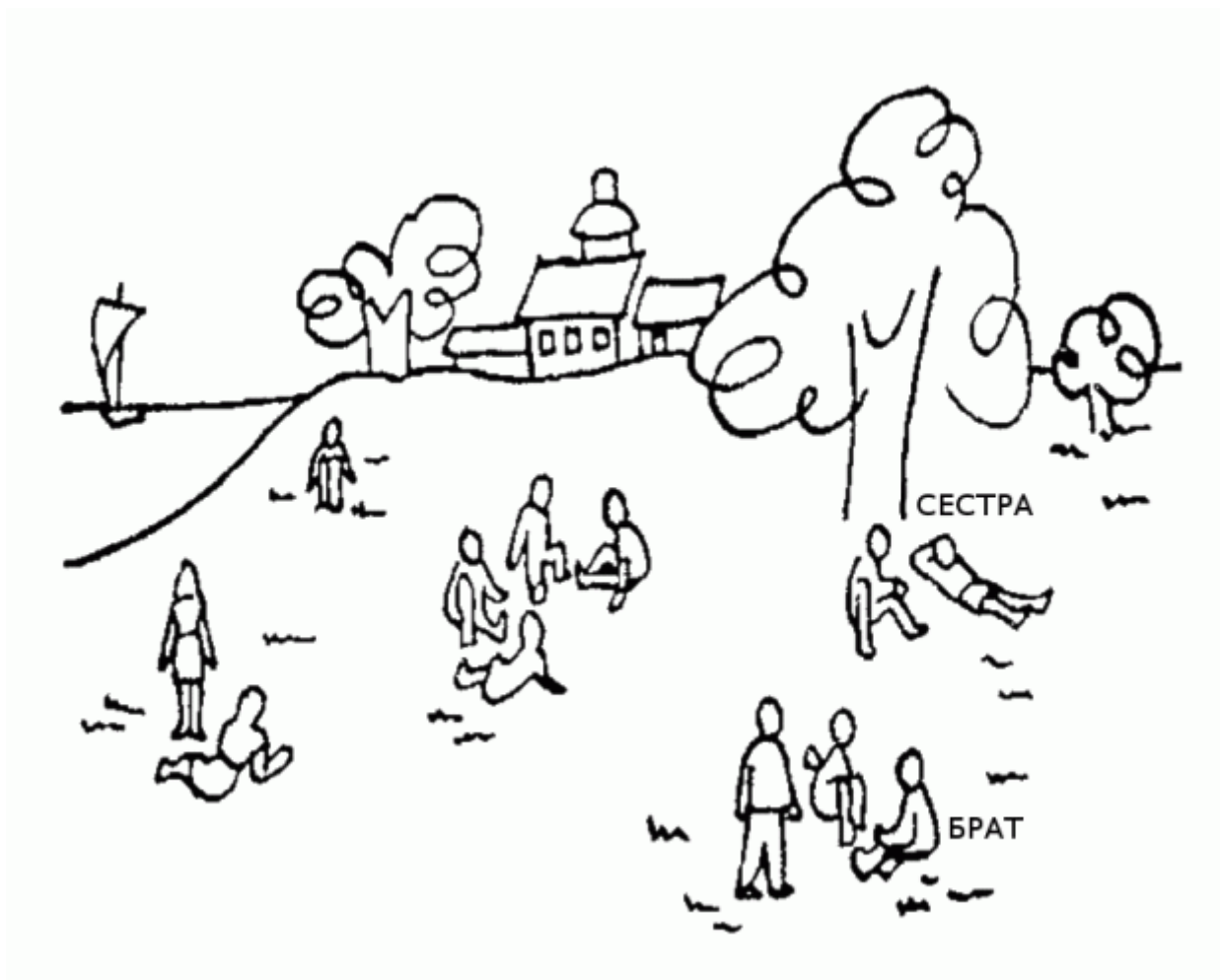
14. Ти на прогулянці за містом. Познач хрестиком, де знаходишся ти.



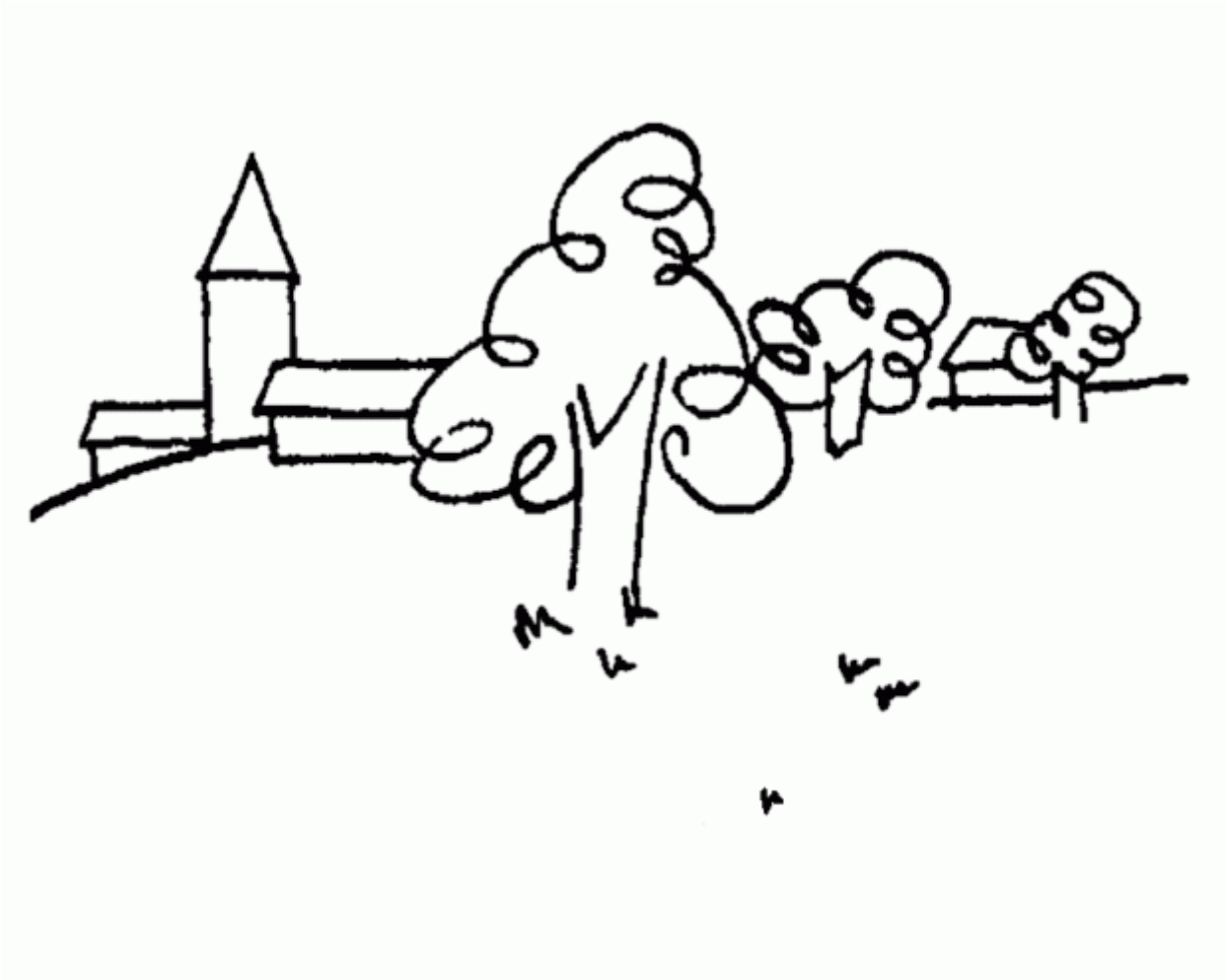
15. Інша прогулянка. Познач, де ти на цей раз.



16. Де ти на цей раз?



17. Тепер на цьому малюнку розмісти кілька людей і себе. Намалюй або познач хрестиками. Підпиши, що це за люди.



18. Тобі і деяким іншим дали подарунки. Хтось отримав подарунок набагато кращий за інших. Кого б ти хотів бачити на його місці? А можливо тобі все одно? Напиши.

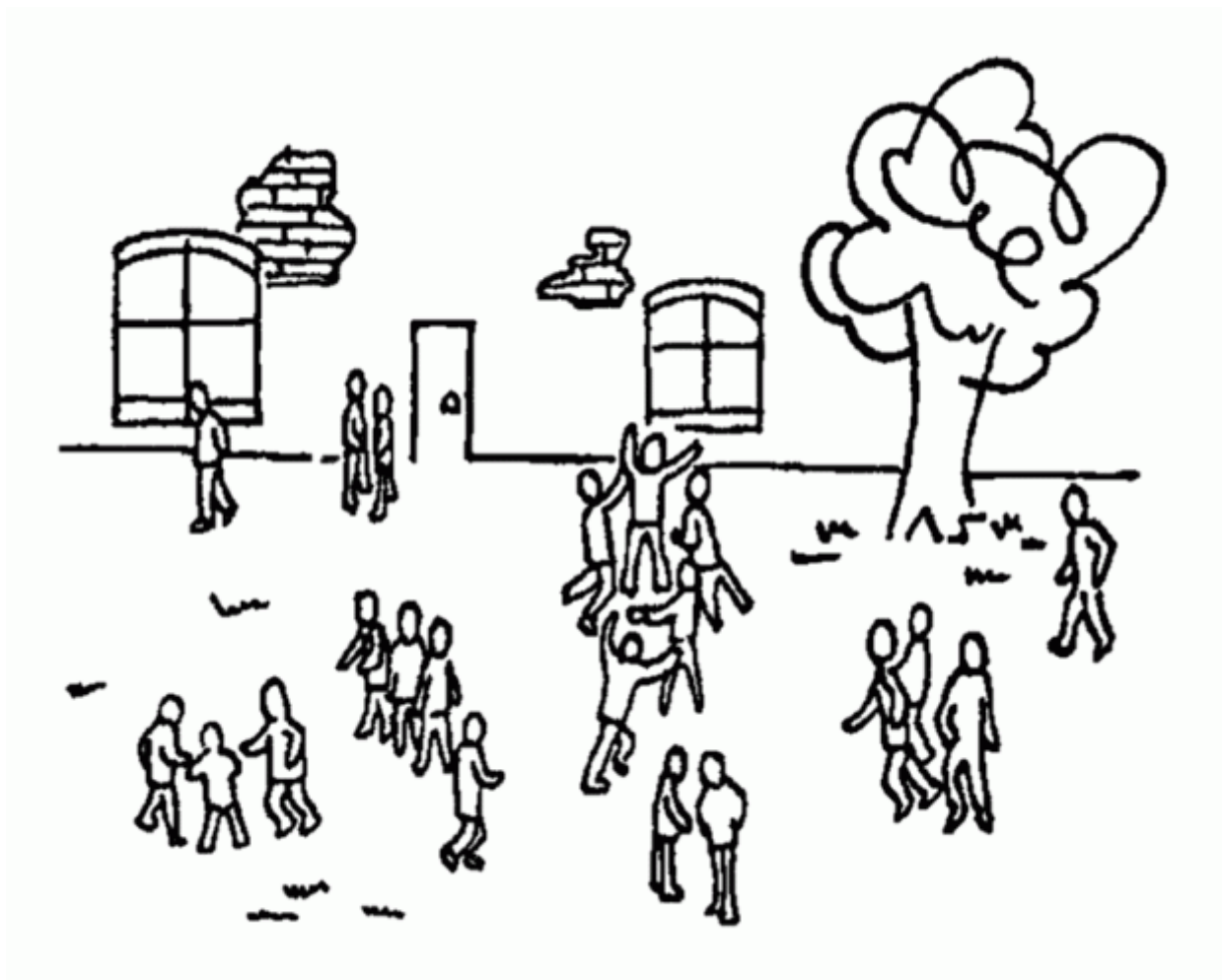
19. Ти збираєшся в далеку дорогу, їдеш далеко від своїх рідних. За ким би ти сумував найсильніше? Напиши нижче.

20. Ось твої товариші йдуть на прогулянку. Познач хрестиком, де знаходишся ти.



21. З ким ти любиш грати: з товаришами твого віку; молодшими за тебе; старшими за тебе? Підкресли одну з можливих відповідей.

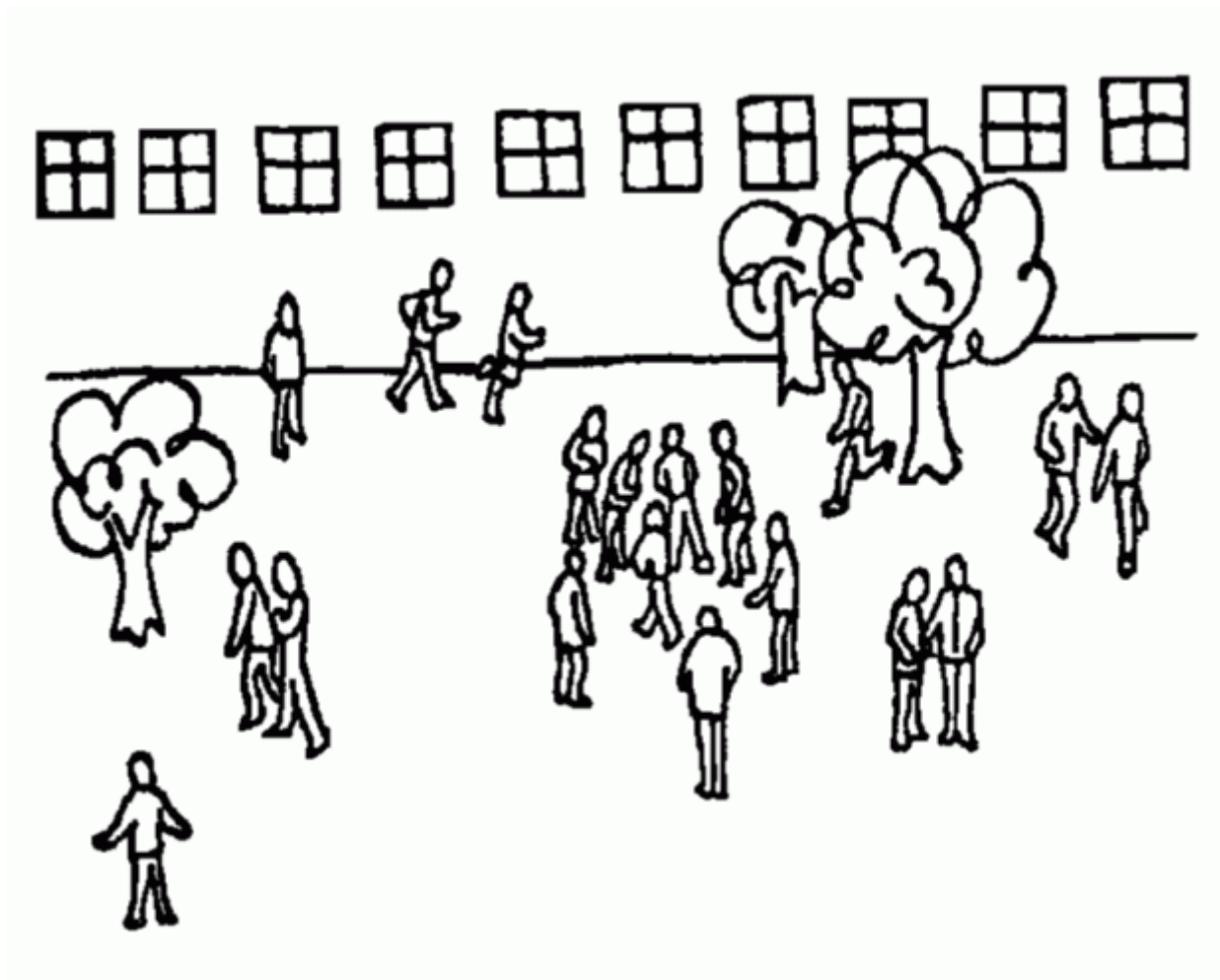
22. Це майданчик для ігор. Познач, де знаходишся ти.



23. Ось твої товариші. Вони сваряться з невідомої тобі причини. Познач хрестиком, де будеш ти.

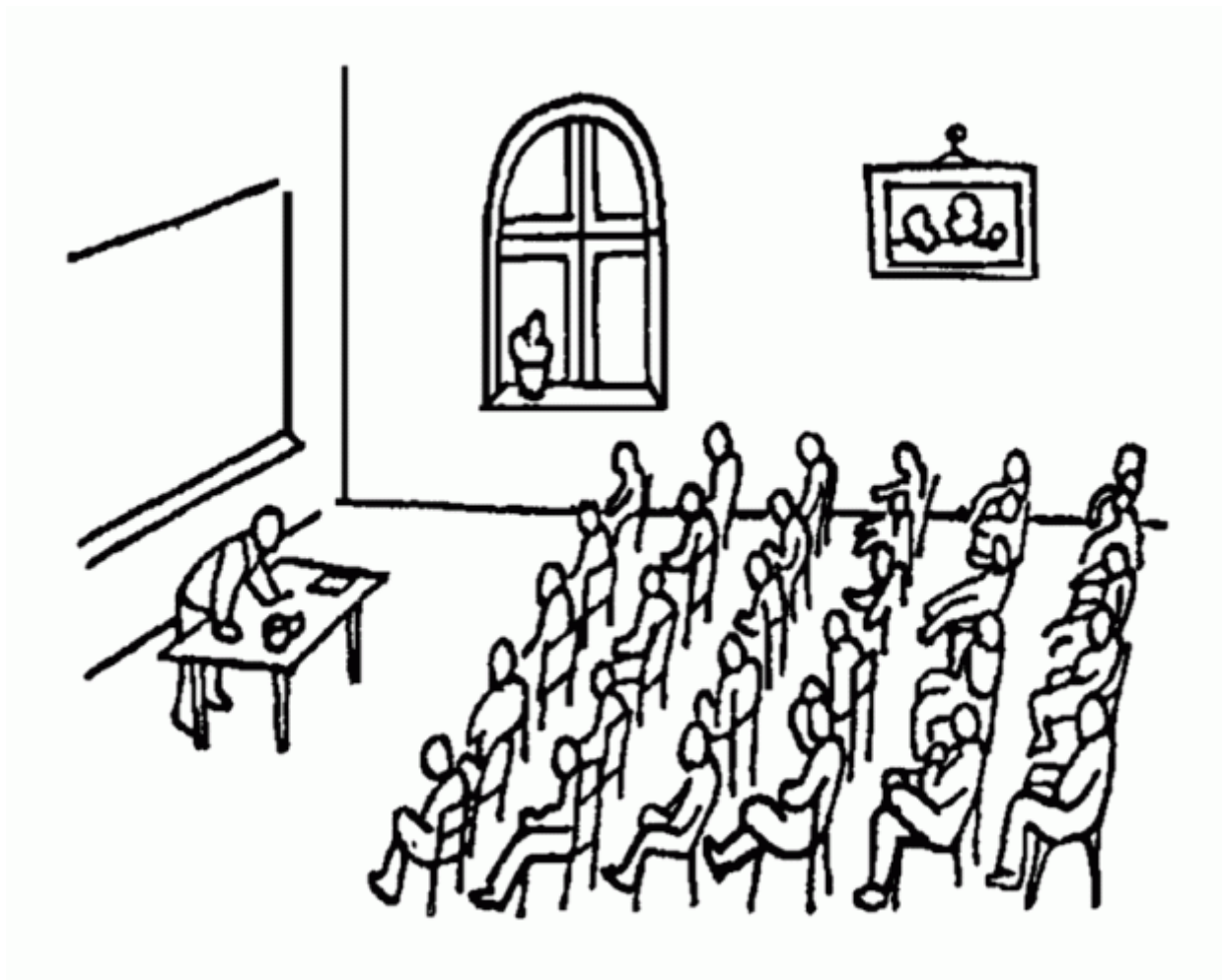


24. Це твої товариші, сваряться через правила гри. Познач, де ти.



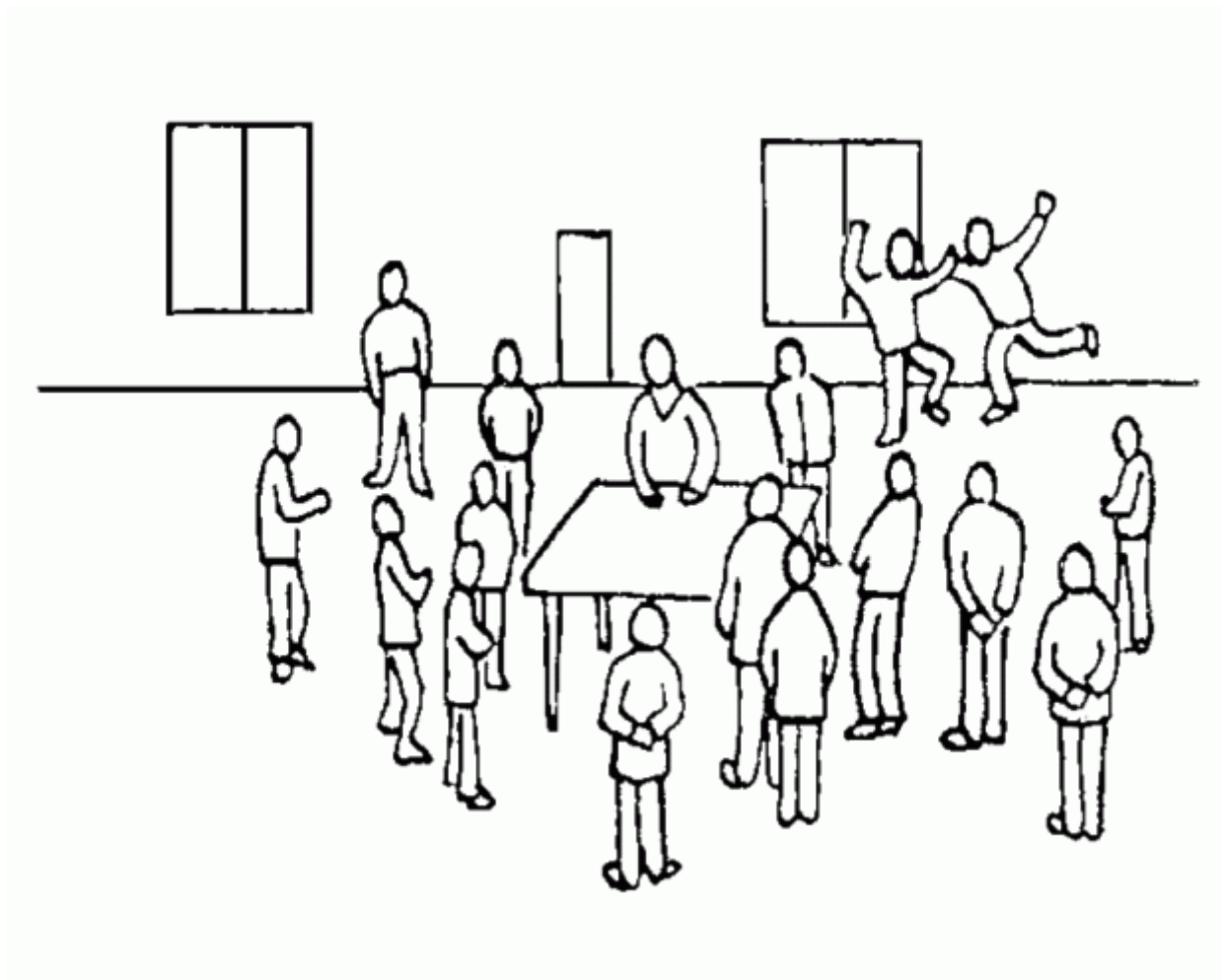
25. Товариш навмисне штовхнув тебе і звалив з ніг. Що робитимеш: будеш плакати; поскаржишся вчителю; вдариш його; зробиш йому зауваження; не скажеш нічого? Підкресли одну з відповідей.

26. Ось людина, добре тобі відома. Вона щось говорить сидячим на стільцях людям. Ти знаходишся серед них. Познач хрестиком, де ти.

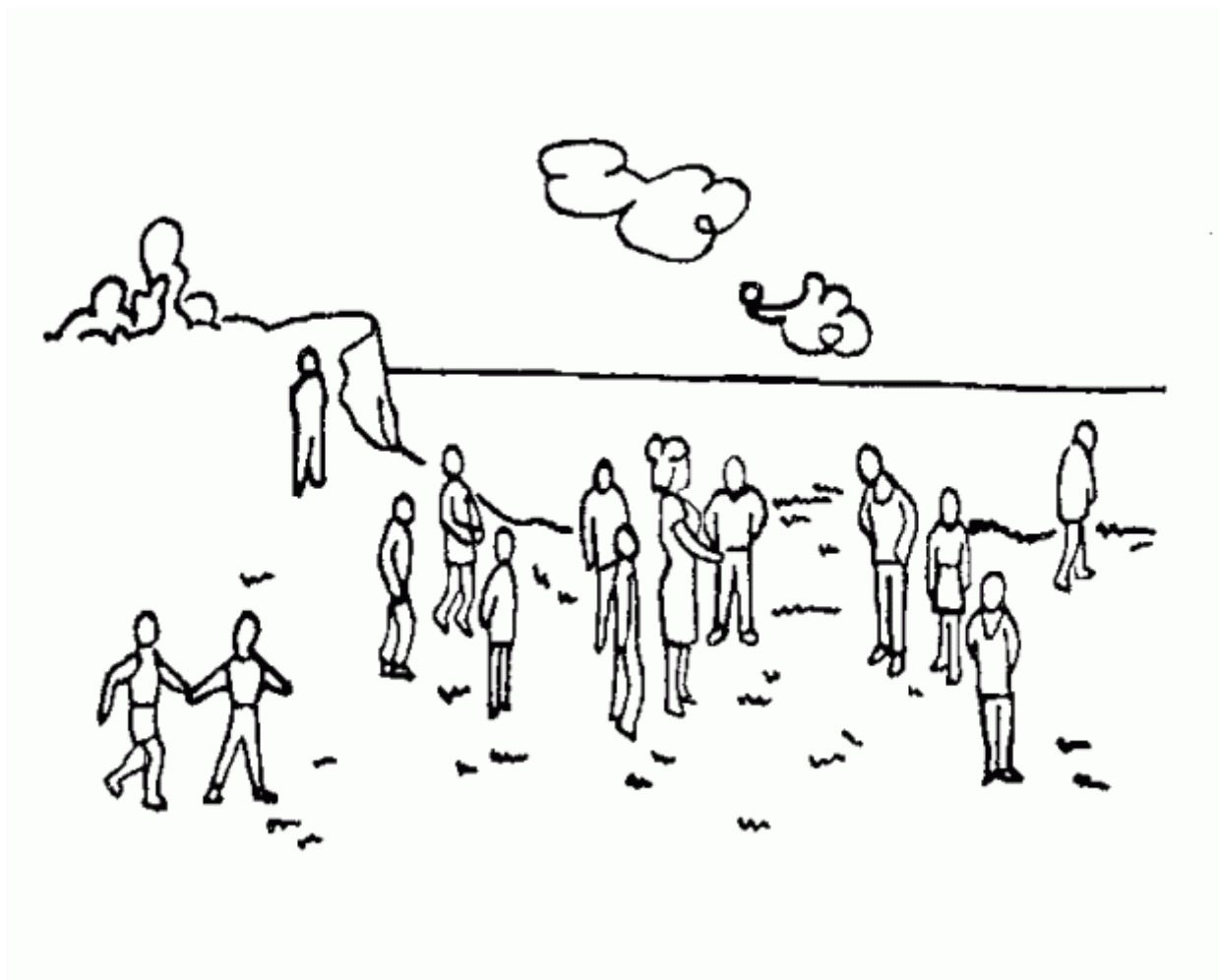


27. Ти багато допомагаєш мамі? Мало? Рідко? Підкресли одну з відповідей.

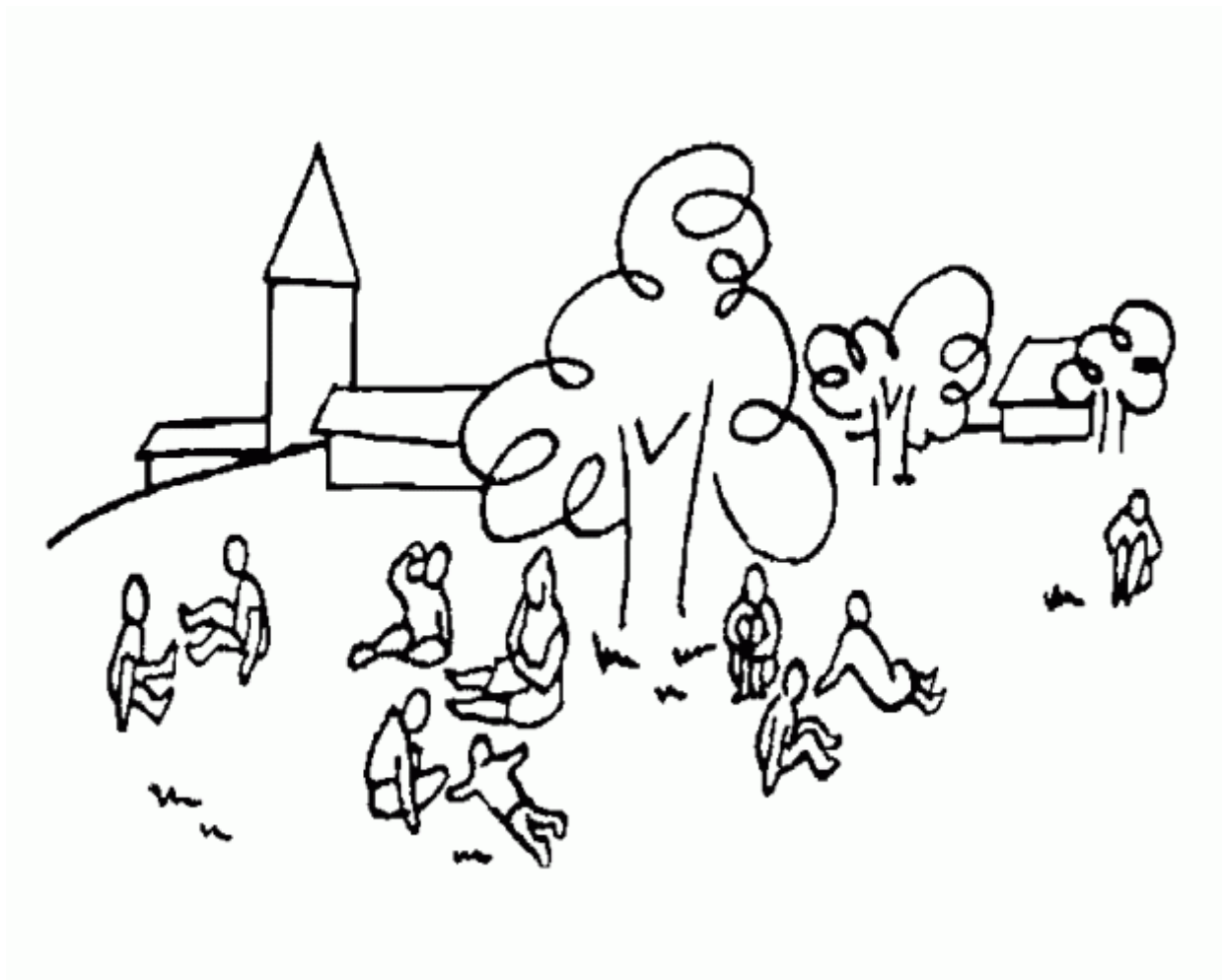
28. Ці люди стоять навколо столу, і один з них щось пояснює. Ти знаходишся серед тих, які слухають. Познач, де ти.



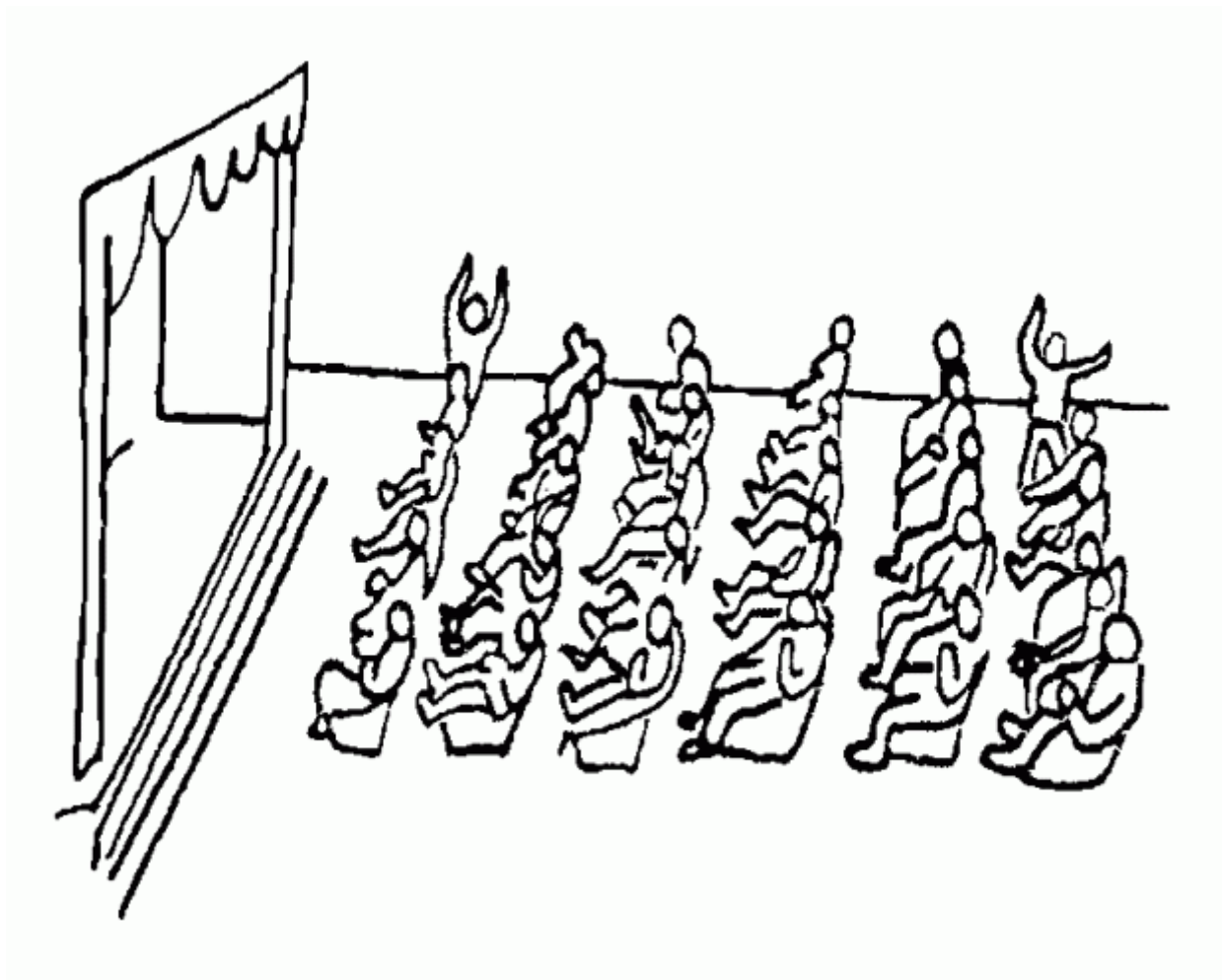
29. Ти і твої товариші на прогулянці, одна жінка вам щось пояснює. Познач хрестиком, де ти.



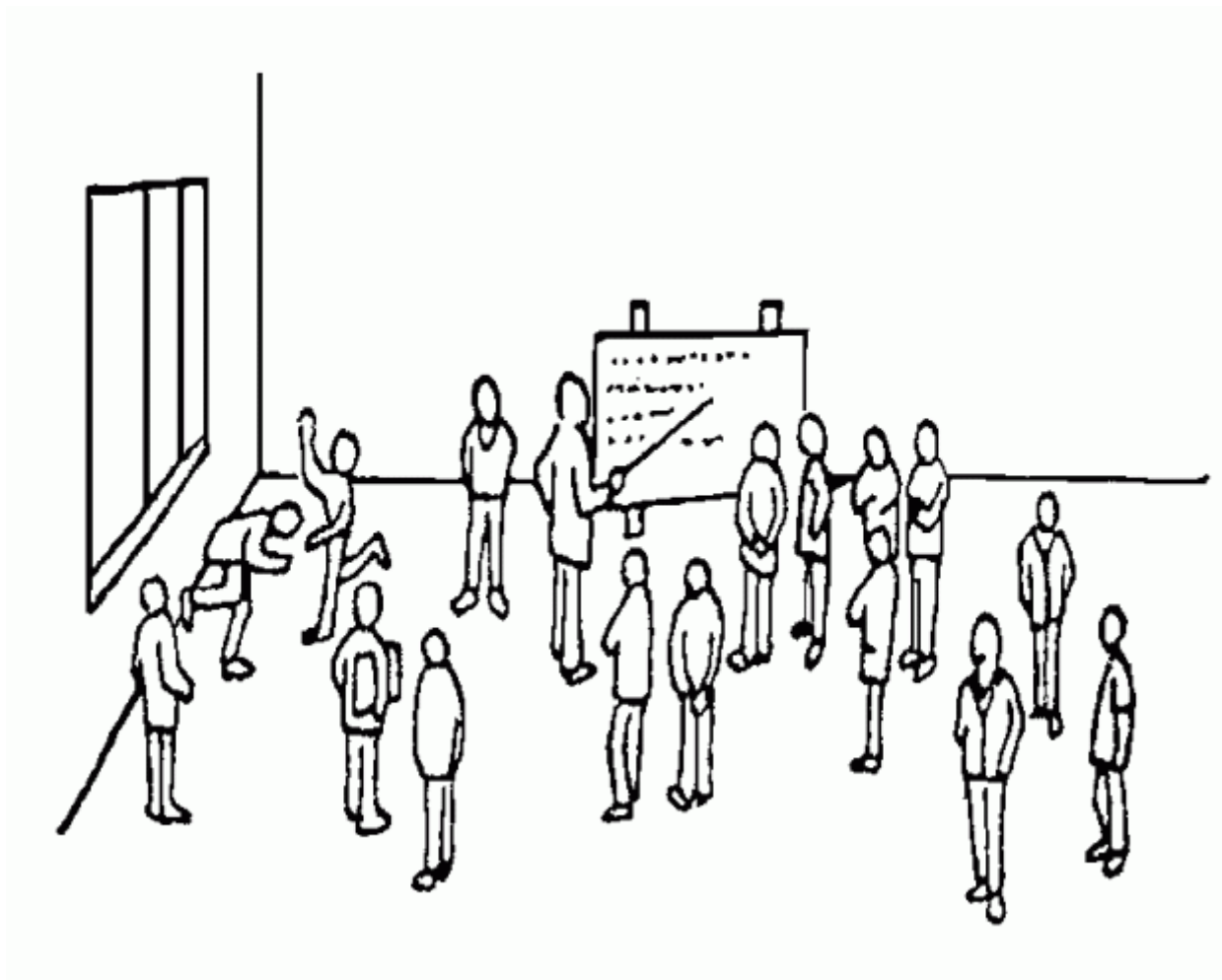
30. Під час прогулянки всі розташувалися на траві. Познач, де знаходишся ти.



31. Це люди, які дивляться цікавий спектакль. Познач хрестиком, де ти.



32. Це показ біля таблиці. Познач хрестиком, де ти.



33. Один з товаришів сміється над тобою. Що робитимеш: будеш плакати; пожмеш плечима; сам будеш сміятися над ним; будеш ображати його, бити? Підкресли одну з цих відповідей.

34. Один з товаришів сміється над твоїм другом. Що робитимеш: будеш плакати; пожмеш плечима; сам будеш сміятися над ним; будеш ображати його, бити? Підкресли одну з цих відповідей.

35. Товариш взяв твою ручку без дозволу. Що робитимеш: будеш плакати; скаржитися; кричати; спробуєш відібрати; почнеш його бити? Підкресли одну з цих відповідей.

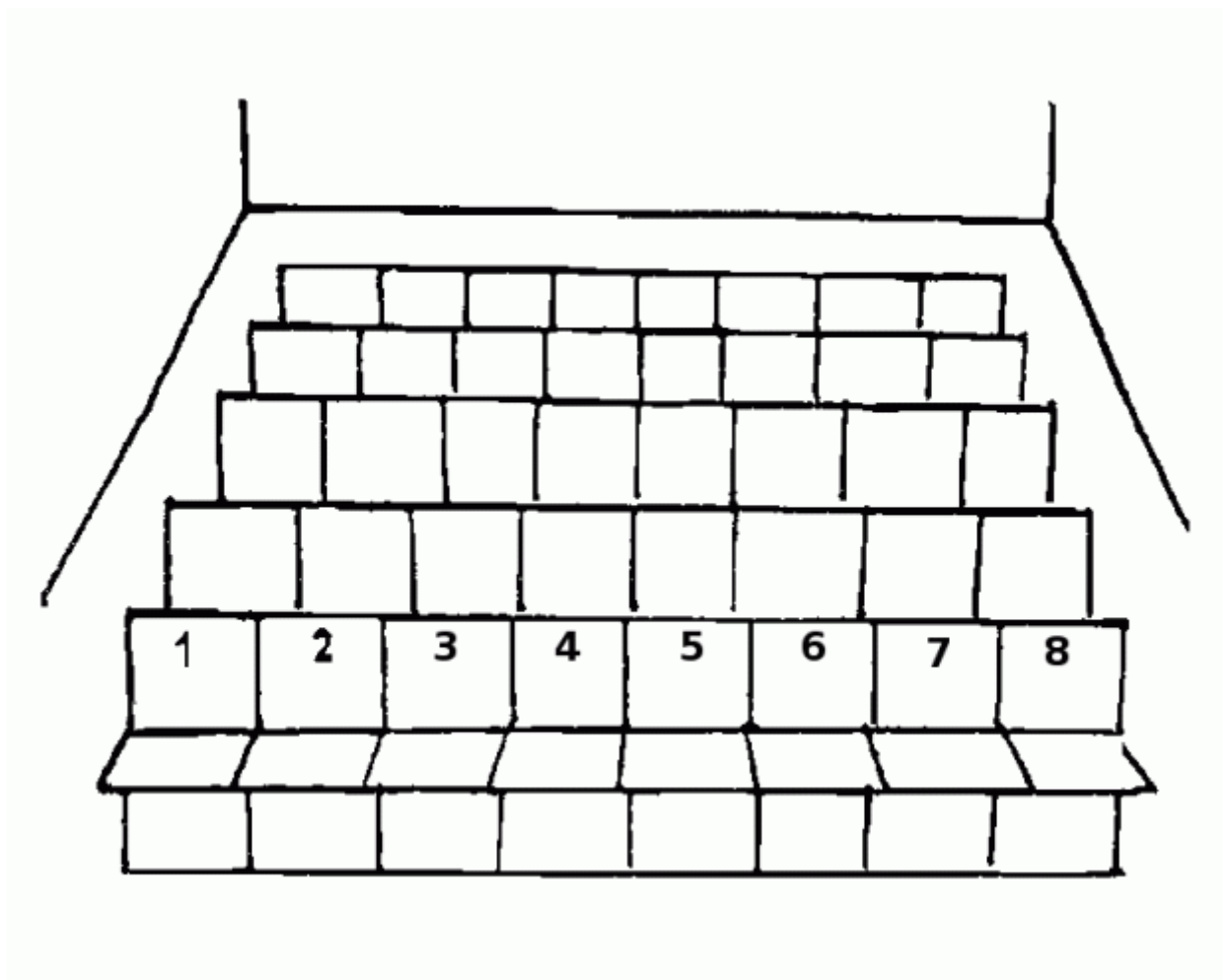
36. Ти граєш в лото (або в шашки, або в іншу гру) і два рази поспіль програєш. Ти незадоволений? Що робитимеш: будеш плакати; продовжувати грати далі; нічого не скажеш; почнеш злитися? Підкресли одну з цих відповідей.

37. Батько не дозволяє тобі йти гуляти. Що робитимеш: нічого не відповіси; образишся; почнеш плакати; почнеш протестувати; спробуєш піти всупереч забороні? Підкресли одну з цих відповідей.

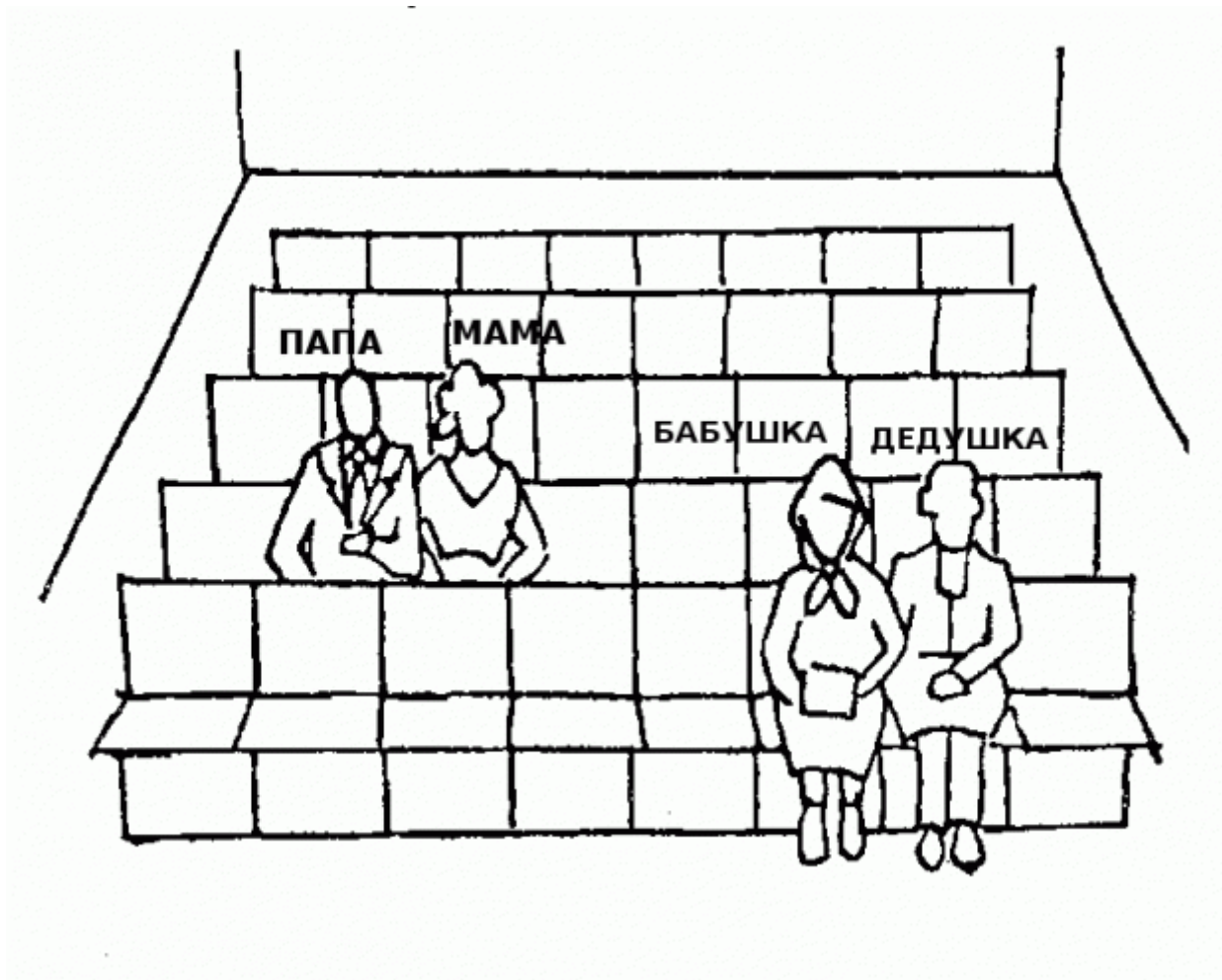
38. Мама не дозволяє тобі йти гуляти. Що робитимеш: нічого не відповіси; образишся; почнеш плакати; почнеш протестувати; спробуєш піти всупереч забороні? Підкресли одну з цих відповідей.

39. Учитель вийшов і довірив тобі наглядати за класом. Чи здатний ти виконати це доручення? Напиши нижче.

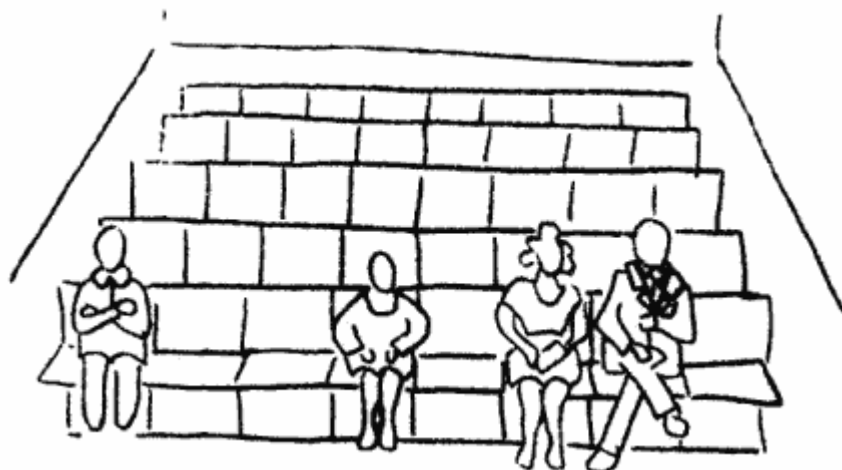
40. Ти пішов у кіно разом зі своєю родиною. У кінотеатрі багато вільних місць. Де ти сядеш? Де сядуть ті, хто прийшов разом з тобою?



41. У кінотеатрі багато порожніх місць. Твої родичі вже зайняли свої місця. Познач хрестиком, де сядеш ти.



42. Знову в кінотеатрі. Де ти будеш сидіти?



Ключ до тесту

Кожна з 13 змінних утворює самостійну шкалу. Певній змінній відповідають конкретні запитання в тесті.

Ставлення до мами: 1-4, 8-15, 17-19, 27, 38, 40-42

Ставлення до батька: 1-5, 8-15, 17-19, 37, 40-42

Ставлення до батьків загалом: 1, 3, 4, 6-8, 13-14, 17, 40-42

Ставлення до братів і сестер: 2, 4-6, 8-13, 15-19, 30, 40, 42

Ставлення до бабусі, дідуся та інших близьких дорослих родичів: 2, 4, 5, 7-13, 17-19, 30, 40, 41

Відношення до друга (подруги): 4, 5, 8-13, 17-19, 30, 34, 40

Ставлення до вчителя (вихователя). 5, 9, 11, 13, 17, 18, 26, 28-30, 32, 40

Допитливість: 5, 26, 28, 29, 31, 32

Прагнення до спілкування у великих групах дітей: 4, 8, 17, 20, 22-24, 40

Прагнення до домінування, лідерства в групах дітей: 20-24, 39

Конфліктність, агресивність: 22-25, 33-35, 37, 38

Реакція на фрустрацію: 25, 33-38

Прагнення до усамітнення: 7-10, 14-19, 21, 22, 24, 30, 40-42

Методика передбачає переважно якісний аналіз відповідей досліджуваного. Тому можна інтерпретувати виходячи з відповідей респондента на питання відповідних шкал.

Програма практичних занять з підлітками у напрямку зменшення наслідків ПТСР під час війни

Соціально-психолого-педагогічна допомога даної категорії дітей має проводитись у комплексі, у взаємодії з усіма співробітниками школи та іншими організаціями. Першорядними завданнями такої команди є: забезпечення безпеки дитини, підтримка або створення нормального для розвитку дитини оточення, нормалізація внутрішньосімейних відносин.

Діяльність педагога-психолога по психологічному супроводу дітей, евакуованих із зон військових дій в освітніх організаціях, включає в себе:

1. Створення банку даних про дітей, евакуйованих із зон військових дій.
2. Аналіз результатів медичного, соціального та психолого-педагогічного навчання даної категорії дітей
3. Составление психолого–педагогической характеристики кожної дитини на основі результатів бесід, психологічної діагностики, спостережень.
4. Розробка і реалізація комплексної програми

Мета програми: зняття у дітей наслідків ПТСР, пов'язаних із переживанням травматичних подій під час війни.

Завдання програми:

- Створити комфортні, стабільні та безпечні умови для життя, виховання та розвитку дитини в новому місці після переселення із окупації чи зони бойових дій;
- Навчити навикам релаксації та ідентифікації емоцій;
- Надати допомогу у психологічному полегшенні реакцій на травматичну подію;

- Коригувати у дитини когнітивні викривлення та емоційні реакції, обумовлені травматичним досвідом;
- Сприяти формуванню у дитини процесу активізації її внутрішніх ресурсів для формування стабільного відношення до себе та впевненої поведінки;
- Розвивати соціально-комунікативні навички дитини задля забезпечення її соціальної адаптації на новому місці.

Програма призначена для дітей віком від 12 до 16 років, що мають ознаки ПТСР в наслідок перенесення травматичних подій під час війни.

Програма містить два блоки:

1 блок: Організація індивідуальної роботи з дітьми (триває залежно від індивідуальних результатів дитини).

2 блок: організація групової роботи з дітьми (30 год).

Умови проведення занять: заняття проводяться в постійному місці в одному і тому ж приміщенні. приміщення має бути світлим, просторим, зі зручними меблями. В приміщенні не мають знаходитися предмети, що можуть бути небезпечними для дитини.

Організація індивідуальної роботи з підлітками

Індивідуальна робота з дитиною складається з трьох етапів:

1) *Формування у дитини відчуття безпеки у міжособистісній взаємодії.*

Основні зусилля психолога (педагога, батьків) на першому етапі спрямовуються на формування у дитини відчуття безпеки у міжособистісній взаємодії, що особливо важливо для дітей, що перенесли травматичні події, пов'язані з війною (жорстокість, вбивства, насилля, смерть чи поранення близьких і т.п.). Саме після таких подій, які чиняться іншими людьми (в даному випадку – країною-агресором) дитина починає з обережністю довіряти людям, адже розуміє, що «братський народ» може чинити подібне, то не слід довіряти нікому.

Для цього використовуються бесіди, під час яких ведеться спостереження за реакціями дитини. Також корисною є сумісна з дорослим творча або ігрова діяльність.

Робота з дітьми має бути особливо регулярною та постійною (бажано в один і той же час, день тижня, в тому ж місці), щоб протидіяти реальному досвіду дитини, її поточній картині світу, формуючи позитивне ставлення до того, що буває постійним та надійним.

2) *Всебічне вивчення психічного стану дитини.*

Здійснюється в двох напрямках:

- Вивчення умов проживання дитини в родині;
- Психологічна діагностика з метою виявлення психологічної травми.

3) *Проведення індивідуальної корекційної роботи з дитиною.*

Являє собою безпосередню індивідуальну консультацію з дитиною. Робота фахівця базується на виявленому у процесі діагностики ступені психологічної травми, а також на індивідуально-особистісних особливостях конкретної дитини щодо її переживання.

Робота заснована на когнітивно-поведінковому підході до терапії травм з використанням елементів арт-терапії. Його суть полягає в тому, що для дитини створюються такі умови, в яких дитина зможе детально розказати про травматичну ситуацію, більш адекватно відреагувати на пов'язані з нею емоції, усвідомити трансформовані травмою думки та установки.

На даному етапі застосовуємо методика складання «Книги життя» дитини.

«Книга життя» («Історія життя») – це опис життя дитини у словах, картинках, фотографіях та прикладених документах, зроблених самою дитиною з допомогою дорослого. Така книга – це своєрідна спроба дитини відносити втрачений зв'язок з життям, яке було до війни. Вона допомагає краще зрозуміти дитині все, що було в минулому, та мотивує замислюватися про майбутнє.

Орієнтовна інформація для «Книги життя»:

- Основні відомості про дитину;
- Інформація про причину травми;
- Улюблені види діяльності;
- Улюблені подарунки;
- Інформація про те, як і з ким дитина святкувала різні свята;
- Улюблені друзі;
- Інформація про улюблених тварин та наявних домашніх тварин;
- Інформація про те, як дитина уміє проявляти почуття до близьких;
- Інформація про обставини, за яких дитина отримує позитивні емоції та може проявляти свою любов;
- Будь-які люди, які займають особливе місце в житті дитини;
- Імена вчителів та назва школи, яку відвідувала дитина раніше; інформація про успішність у школі, особливі досягнення та відмітки;
- Інші значимі події в житті дитини (відвідування гуртків, перебування у таборі відпочинку, цікаві екскурсії та подорожі).

Організація групової роботи з підлітками

Виходячи з результатів індивідуальної роботи можна починати групову роботу, яка має наступну структуру:

Підготовчий період: контакт з дитиною для формування у неї навичок розпізнавання та називання нею своїх емоцій та переживань, щоб в подальшому вона могла описати, що з нею відбувається.

Період опрацювання травми: дитина актуалізує свій травматичний досвід. Важливо, щоб дитина мала можливість максимально детально розказати про те, які події вона пережила. Після її розповіді (може супроводжуватися малюнками, підписами) проводиться спільний з дитиною аналіз її думок та переживань.

Період пошуку ресурсів: передбачає надання дитині допомоги в усвідомленні тих ресурсів, які допомагають впоратися із складними ситуаціями (підвищення самооцінки, розвиток комунікативних навичок, розуміння можливості звернутися за допомогою, навчання безпечній поведінці, формування навичок вирішення проблем.

Формуємо групи підлітків приблизно одного віку в кількості не більше 7 осіб.

Групова програма містить 11 модулів. Кожен модуль містить декілька занять (не більше 4-х), спрямованих на вирішення конкретних завдань психологічної допомоги.

Основний перелік завдань, що вирішуються під час групових занять:

Етап 1. Підготовка до пропрацювання травматичного переживання у дітей (10 занять по 2 години).

- Мотивація дітей на участь у групових заняттях, формування групової

атмосфери безпеки та адаптація дітей до групової взаємодії;

- Навчання способам релаксації;
- Навчання розпізнаванню та вираженню емоцій (ігри та вправи), навчання дітей визначенню різниці між думками та почуттями (ігри та вправи);
- Загальні розмови з дітьми про військові події в країні;
- Пояснення дітям зв'язку між негативними думками та негативними переживаннями емоцій.

Етап 2. Пропрацювання психотравмуючих переживань дітей (10 занять по 2 години).

- Розповіді дітей про травматичні події;
- Допомога у адекватному реагуванні на переживання; корекція когнітивних викривлень;
- Підбадьорення та заохочення дітей;
- Індивідуальний супровід (за необхідності).

Етап 3. Розвиток прийомів та способів поведінки, що сприяють соціальній адаптації дітей та подолання КПТСР (10 занять по 2 години).

- Розвиток комунікативних навичок;
- Навчання правилам безпечної поведінки;
- Допомога дитині у формуванні уявлень про майбутнє.

Зміст програми

№ з/п	Напрямок роботи	Завдання	Методи та прийоми
	БЛОК I. ОРГАНІЗАЦІЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РОБОТИ ПІДЛІТКАМИ		

1.	Формування у дитини відчуття безпеки міжособистісної взаємодії.	Формування у дитини відчуття безпеки міжособистісної взаємодії.	Бесіди, спостереження спільна ігрова та творча діяльність.
2.	Діагностика.	1. Вивчення умов проживання в родині та обставин переселення родини ВПО на нове місце спричинених війною.	Взаємодія з родиною бесіди.
		2. Виявлення наслідків психологічної травми та індивідуальних особистісних особливостей дитини.	Комплекс психодіагностичних методик.
3.	Індивідуальна консультація корекція	Відпрацювання психологічної травми	Когнітивно-поведінський підхід застосуванням елементів арт-терапевтичної методика складає «Книги життя».
БЛОК II. ОРГАНІЗАЦІЯ ГРУПОВОЇ РОБОТИ З ПІДЛІТКАМИ			
1.	Підготовчий період.	Навчання дитини розпізнаванню називанню своїх переживань.	

2.	Період пропрацюван травми.	Актуалізація травматичного досвід	
3.	Період пошу ресурсів.	Надання дити допомоги усвідомленні т ресурсів, я допомагають переживати труднощ	

Тематичний план групової роботи.

№	Модуль	Кількіс годин	Форми роботи та методики
1.	Формування груп атмосфери безпеки адаптація дітей групової взаємодії.	2	Вправи на знайомство. Вироблення пра поводження в даній групі час занять. Домовленість про цілі та зустрічей. Ігри на міжособист взаємодію.

2.	Навчання дітей способів релаксації, розпізнавання та вираженню емоцій.	2	<p>Вправи на розминку.</p> <p>Вправи на релаксацію.</p> <p>Змістовні вправи на взаємодію та називання емоцій.</p> <p>Ігри на релаксацію.</p>
3.	Навчання дітей називанню розпізнаванню емоцій	2	<p>Вправи на розминку.</p> <p>Вправи на релаксацію.</p> <p>Вправи на релаксацію ускладненням.</p> <p>Змістовні вправи на взаємодію та на розпізнавання власних чужих емоцій.</p>
4.	Самопізнання навчання дітей визначенню різниці своїми думками почуттями.	2	<p>Вправи на розминку.</p> <p>Вправи на релаксацію.</p> <p>Вправи на релаксацію ускладненням.</p> <p>Змістовні вправи на взаємодію на розпізнавання своїх чужих емоцій, на різницю емоціями та думками.</p> <p>Гра «Який Я?»</p>

5.	<p>Формування уявлень про те, що в житті бувають складні ситуації та люди по-різному на них реагують, по-різному з ними справляються.</p> <p>Формування уявлень про взаємозв'язок думок, почуттів та поведінки.</p>	2	<p>Вправи на розминку.</p> <p>Вправи на релаксацію.</p> <p>Вправи на релаксацію ускладненням.</p> <p>Змістовні вправи: інформація про травму.</p> <p>Ігри на релаксацію.</p> <p>Ігри на вибір стилю поведінки.</p>
6.	<p>Пропрацювання психотравмуючих переживань.</p>	4	<p>Вправи на розминку.</p> <p>Вправа: «Розповідь про травму».</p> <p>Обговорення переживань, почуттів, емоцій. Вираження співчуття один одному.</p> <p>Вправи на релаксацію.</p> <p>Активні ігри на взаємодію.</p>
7.	<p>Корекція когнітивних викривлень та емоційних реакцій, обумовлених травматичним досвідом.</p>	3	<p>Вправи на розминку.</p> <p>Вправа-проекція: відношення до оточуючих.</p> <p>Вправи на релаксацію.</p> <p>Ігри на взаємодію.</p>

8.	Пропрацювання переживань, пов'язаних з переживаннями жорстокістю та насиллям.	3	Вправи на розминку. Вправи на подолання відчуженості та самотності та безпорадності. Вправи на релаксацію. Ігри на взаємодію.
9.	Формування адекватного уявлення про найближче оточення про безпеку середовища.	4	Вправи на розминку. Вправи на релаксацію. Тематичні вправи: «Моя родина», «Мої друзі». Ігри на взаємодію.
10.	Формування кращого розуміння себе та оточуючих.	2	Вправи на розминку. Вправи на релаксацію. Тематичні вправи: «Я зарекомендував себе», «Як я змінився». Ігри на взаємодію.
11.	Формування позитивного образу майбутнього.	4	Вправи на розминку. Вправи на релаксацію. Тематична вправа «Безпека майбутнє». Ігри на взаємодію. Підведення підсумків. Обговорення того, що змінилося в житті дитини.

	Разом	30	
--	-------	----	--

Передбачуваний результат програми передбачає оволодіння підлітків наступними вміннями та навичками:

- Релаксація та ідентифікація емоцій;
- Більш спокійна реакція на переживання, пов'язані з травмою;
- Більш впевнена соціально спрямована поведінка;
- Стабільне відношення до себе;
- Покращення комунікативних навичок.