

Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
Кафедра психології

Допущено до захисту

Завідувач кафедру



Ірина ЧЕРЕЗОВА

«18» листопада 2025 р.

СУПРОВІД ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ: ОСОБЛИВОСТІ ТА ТЕХНОЛОГІЇ

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувачка другого рівня вищої освіти, групи м208П-з

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма: Психологія тренінгової роботи

ПЕТРОВА Наталя

Керівник: к. психол. н., доцент
Наталія СЕРДЮК

Рецензент: к. психол. наук, доцент
кафедри психології
Ольга ФРОЛОВА

Запоріжжя – 2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПИТАННЯ СУПРОВОДУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ ОСОБЛИВОСТІ ТА ТЕХНОЛОГІЇ.....	5
1.1. Поняття травми у дітей як об'єкт соціально-психологічного дослідження.....	5
1.2. Особливості дитячого організму та психіки в контексті травм.....	10
Висновки до першого розділу	23
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРАВМОВАНOSTІ ДІТЕЙ.....	26
2.1. Організація та методи дослідження.....	26
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження рівня травмованості дітей.....	37
2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження рівня травмованості дітей.....	46
Висновки до другого розділу.....	48
РОЗДІЛ III. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ.....	50
3.1. Обґрунтування необхідності і доцільності впровадження соціально-психологічного супроводу дітей після психологічної травматизації.....	50
3.2. Аналіз ефективності впровадження соціально-психологічного супроводу дітей після психологічної травматизації	57
Висновки до третього розділу.....	63
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69

ВСТУП

Сучасні суспільні трансформації, воєнні дії, вимушені переміщення, втрати та досвід насильства істотно підвищують ризики психоемоційної травматизації дітей. У цих умовах супровід дитячої травми виходить за межі вузько клінічного формату і постає як міждисциплінарне завдання систем освіти, охорони здоров'я, соціального захисту та місцевих громад. Своєчасний скринінг, коректні інтервенції та сталі механізми підтримки визначають траєкторію розвитку дитини, її навчальну успішність, соціальну адаптацію й довгострокову стійкість.

Теоретико-методологічна основа роботи спирається на теорію прихильності Дж. Болбі, екологічну модель розвитку У. Бронфенбреннера та нейропсихологічні підходи до травми (Б. ван дер Колк), а також на сучасні українські дослідження дитячої вразливості в кризових контекстах. Така рамка дозволяє розглядати травму як багаторівневий феномен (біо-психо-соціокультурний), а супровід — як систему технологій, орієнтованих одночасно на дитину, сім'ю та середовище.

Об'єкт дослідження — психоемоційна травматизація дітей.

Предмет дослідження — особливості та технології супроводу дитячої травми у шкільному та громадському середовищі.

Мета роботи — теоретично дослідити особливостей супроводу дитячої травми, емпірично виявити рівні травмованості дітей, розробити та впровадити соціально-психологічний супровід дітей після психологічної травми.

Завдання дослідження:

здійснити науково-теоретичний аналіз феномену дитячої травми та її наслідків;

сформувати методологічну рамку й інструментарій для емпіричного вивчення рівня травмованості;

виявити вікові, соціальні та контекстуальні особливості проявів;

розробити та описати технології супроводу (психоедукаційні, тілесно-дихальні, когнітивно-поведінкові, творчі, сімейні);

оцінити ефекти впровадження в освітньому середовищі та окреслити умови масштабування.

Методи дослідження: теоретичний аналіз літератури; емпіричні психодіагностичні методики (зокрема CPSS, тест тривожності Філіпса), напівструктуровані інтерв'ю й спостереження; проєктивні неінвазивні формати; статистична обробка (описова статистика, кореляційний аналіз), а також оцінювання впровадження через легкий моніторинг змін у шкільному середовищі.

Наукова новизна полягає в інтеграції міждисциплінарних підходів і локального контексту в єдину модель супроводу, яка поєднує регулярний скринінг, короткі інтервенції та роботу із середовищем дитини.

Практичне значення — у розробленні чітких, ресурсно ощадних алгоритмів і матеріалів, придатних до впровадження у закладах освіти, громадах і сімейному консультуванні.

Етичні засади: добровільність участі, інформована згода батьків/законних представників, анонімність, конфіденційність, мінімізація ризиків і право відмови; культурна та вікова чутливість інструментів.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПИТАННЯ СУПРОВОДУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ ОСОБЛИВОСТІ ТА ТЕХНОЛОГІЇ

1.1. Поняття травми у дітей як об'єкт соціально-психологічного дослідження

Психологічна травма в дитячому віці є складним феноменом, який досліджується на стику психології, медицини, соціології та педагогіки. Її вивчення є вкрай важливим у контексті розробки ефективних стратегій підтримки дітей, що пережили травматичні події, а також у контексті формування державної політики у сфері охорони дитинства.

У найзагальнішому значенні травма (від грец. *trauma* — рана) — це ушкодження, що викликає порушення цілісності психіки. У дитячому віці вона має особливо руйнівний вплив через незрілість психіки, недостатньо сформовані механізми самозахисту та високий рівень емоційної залежності від дорослих. Важливо зазначити, що саме ранній вік підвищує вразливість дитини до психотравмуючих факторів, адже базові уявлення про світ, безпеку та довіру лише формуються.

Теоретичні підходи до розуміння дитячої травми

Існують різні підходи до розуміння природи дитячої травми. У рамках психоаналітичної традиції (З. Фрейд, А. Фрейд, М. Кляйн) травма розглядається як внутрішній конфлікт, що виникає внаслідок несвідомої боротьби між бажаннями та заборонами. Психоаналітики вказують на значущість перших років життя дитини для формування «Я», коли будь-яке порушення базового відчуття безпеки може призвести до глибоких деформацій особистості. Ранні психотравми можуть залишати слід у вигляді страхів, неусвідомлених реакцій уникнення та тривожних станів у дорослому житті [1]

У когнітивно-поведінковому підході (А. Бек, Дж. Елліс) дитяча травма — це результат деструктивних когніцій, що формуються на основі негативного досвіду. Основна увага приділяється вивченню думок, емоцій та поведінкових реакцій дитини у відповідь на травматичну подію, а також способам їх корекції.

Наприклад, дитина, яка зазнала емоційного нехтування, може сформувати переконання «я нікому не потрібна», що впливатиме на її самооцінку та міжособистісну поведінку.

У гуманістичному підході (К. Роджерс, А. Маслоу) підкреслюється унікальність переживань дитини. Травма розглядається як глибоке порушення цілісності особистості, що вимагає створення підтримуючого середовища та безумовного прийняття дитини для відновлення її внутрішніх ресурсів. Гуманістичний підхід акцентує на емпатії, активному слуханні та визнанні права дитини на її власну правду. [2]

Нарешті, у контексті нейропсихології (Б. ван дер Колк, Д. Сігель) особлива увага приділяється впливу травматичного досвіду на розвиток мозку дитини. Показано, що тривалий стрес у дитинстві змінює роботу лімбічної системи, знижує активність префронтальної кори, що призводить до підвищеної тривожності, імпульсивності, порушень концентрації уваги. Науковці також акцентують увагу на феномені "замороженого розвитку", коли травма затримує або спотворює формування окремих когнітивних та емоційних функцій.

Класифікація дитячих травм

У науковій літературі запропоновано кілька класифікацій травм залежно від етіології, тривалості впливу та глибини наслідків. Виділяють:

Гострі травми — результат одноразових подій (ДТП, смерть близької людини, напад тощо);

Хронічні травми — пов'язані з тривалим негативним впливом (домашнє насильство, булінг, систематичне нехтування);

Комплексні травми — поєднання декількох факторів, що впливають на різні сфери життя дитини;

Вторинна травматизація — наслідок контакту з травмою інших (через ЗМІ, сімейний досвід тощо).

Окремо виділяють такі поняття, як "прихована травма" (емоційне відчуження, нестача підтримки), а також травми, пов'язані з ідентичністю

(дискримінація, стигматизація). Ці типи травм відрізняються за механізмами впливу, глибиною деформацій і потребують різних підходів до супроводу.

Соціально-психологічна перспектива дослідження

Соціально-психологічний підхід дозволяє розглядати дитячу травму не лише як індивідуальний досвід, а як явище, що формується у взаємодії з мікро- і макросоціальним середовищем. У цьому контексті важливими є:

- соціальні ролі дитини (учень, член родини, переселенець, сирота тощо);
- умови виховання (авторитарність, нехтування, гіперопіка);
- якість стосунків з дорослими (близькість, підтримка, наявність безпечної прив'язаності);
- вплив соціальних інституцій (школа, медіа, служби підтримки).

Особливу увагу приділяють впливу системного середовища: рольовим моделям, нормам, підтримці чи стигматизації. В умовах війни чи соціальної нестабільності мікросоціум часто не має достатніх ресурсів, що поглиблює наслідки травматизації. [3]

Статистика та епідеміологія дитячої травми

Згідно з дослідженням ЮНІСЕФ (2022), кожна четверта дитина у світі переживала події, що мають ознаки психотравмуючого досвіду. У країнах з військовими конфліктами та соціальною нестабільністю цей показник сягає 60–70%.

В Україні, за інформацією МОН та НУО «Ла Страда-Україна», у 2023 році понад 35% дітей шкільного віку демонструють симптоми тривожних розладів, 20% — мають ознаки депресії, а 12% — ПТСР. Найбільш уразливими є діти з категорій: ВПО, сироти, діти, які були свідками або жертвами насильства, а також діти військовослужбовців. Особливо складною є ситуація в прифронтових регіонах, де доступ до психологічної допомоги обмежений.

У порівнянні з країнами Європи, в Україні рівень виявлення дитячої травматизації залишається низьким через брак системної психологічної допомоги в освітніх закладах та соціальних службах. За результатами опитувань серед

фахівців, лише кожен десятий вчитель має навички розпізнавання психотравмуючого стану в учня.

Значення дослідження дитячої травми

Дослідження травми як соціально-психологічного феномену має важливе значення для:

- формування державної політики у сфері захисту дітей;
- підготовки фахівців із супроводу та інтервенцій (психологів, соціальних педагогів, психотерапевтів);
- розробки профілактичних програм і кампаній підвищення обізнаності;
- зміцнення інституційного потенціалу громад;
- вдосконалення механізмів раннього виявлення та реагування на випадки травматизації.

Крім того, наукове осмислення дитячої травми дозволяє подолати стигматизацію, сформувати більш толерантне суспільство та створити умови для повноцінного розвитку дитини, яка пережила травматичні події. Це також сприяє розробці інноваційних технологій терапії та супроводу. [4]

Таким чином, аналіз поняття дитячої травми як об'єкта соціально-психологічного дослідження дає змогу окреслити її як складне багатовимірне явище, що виникає на перетині індивідуального досвіду та соціального контексту. Психотравма у дітей не є винятковою патологією, а радше природною відповіддю на події, які перевищують наявні ресурси дитини для адаптації та осмислення. У цьому контексті надзвичайно важливо розглядати травму не лише як психічне явище, а як соціально-культурний феномен, який має довготривалі наслідки для розвитку особистості, побудови стосунків, формування базових уявлень про світ.

Класифікація дитячих травм дозволяє не лише окреслити типи впливів, але й глибше зрозуміти механізми їх впливу на психіку дитини. Зокрема, комплексні травми, що включають довготривалі або повторювані ситуації насильства, емоційного нехтування чи ізоляції, становлять найбільшу загрозу для інтеграції «Я-структури» та подальшого становлення особистості. Вторинна травматизація,

поширена у сучасному медіа-просторі, також вимагає окремої уваги в освітньому та сімейному середовищі.

Згідно зі звітом UNICEF за 2023 рік, в Україні понад 1,5 млн дітей проживають у прифронтових або окупованих районах, і понад 65% з них мають симптоми емоційної дезадаптації. За даними Національної служби здоров'я України, кількість звернень з ознаками ПТСР у дітей зросла більш ніж утричі порівняно з 2021 роком. Це підтверджує, що дитяча психотравма набула масштабів національної проблеми, що потребує як наукового осмислення, так і практичної реакції. [5]

Розуміння дитячої травми як явища, що формується на межі індивідуального досвіду та соціального середовища, вимагає побудови багаторівневої системи реагування. На рівні практики це означає:

1. створення в закладах освіти умов для раннього виявлення дітей із травматичним досвідом;
2. підготовку фахівців, здатних розпізнавати непрямі прояви травми;
3. впровадження програм шкільної медіації та психологічного супроводу;
4. моніторинг інформаційного середовища, у якому перебуває дитина, з метою мінімізації впливу вторинної травматизації.

Отже, поняття дитячої травми потребує не лише чіткого теоретичного окреслення, а й постійного оновлення на основі емпіричних даних, з урахуванням змін соціальної реальності. Сучасна війна, цифрове середовище, руйнування звичних інститутів — усе це створює нові ризики, які вимагають гнучкості, міждисциплінарності та чутливості у підходах до вивчення і супроводу дитячої психотравми.

1.2. Особливості дитячого організму та психіки в контексті травм

Розуміння впливу психотравми на дитину неможливе без урахування вікових, фізіологічних та психологічних особливостей дитячого організму. Дитина — не просто «маленький дорослий», а істота, яка перебуває у стані постійного розвитку. Її нервова система, емоційна сфера, когнітивні функції, механізми регуляції та адаптації ще не сформовані остаточно, тому навіть відносно незначний стресовий вплив може мати для неї глибокі наслідки.

Особливо вразливими є діти раннього віку, оскільки в цей період відбувається закладка базових довірчих структур і моделей реагування. Формується первинна довіра до світу, базова емоційна безпека, а порушення цього процесу через травматичні впливи може спричинити дезорганізацію психіки та викривлення базових схем сприйняття. У дітей, які зазнали травми в дошкільному віці, знижується здатність до самозаспокоєння, емоційної диференціації та стабільності. Це створює передумови для розвитку афективних і тривожних розладів у майбутньому.

На ранніх етапах життя дитячий мозок перебуває в інтенсивній фазі формування нейронних зв'язків. Пластичність мозку у цей період висока, що з одного боку створює потенціал для відновлення, але з іншого — робить мозок особливо вразливим до тривалого або повторюваного впливу негативних факторів. Травма в період дитинства може призвести до стійких змін у роботі гіпокампу, мигдалеподібного тіла та префронтальної кори, які відповідають за пам'ять, емоційну регуляцію та контроль поведінки. Ці нейробіологічні зміни впливають на здатність дитини вчитися, встановлювати соціальні зв'язки, довіряти дорослим та регулювати свої емоції. [6]

Варто зауважити, що діти внаслідок своєї психофізіологічної вразливості мають обмежений доступ до вербального самовираження. Травматичні переживання у них часто не усвідомлюються і не озвучуються, а проявляються через поведінку, гру, тілесні реакції. Символічне мислення ще тільки формується, тому травма «осідає» на тілесному й емоційному рівнях. Саме тому дитяча гра, малюнки, пластичне мистецтво є важливими інструментами виявлення і терапії травматичного досвіду.

Крім біологічних особливостей, надзвичайно важливо враховувати психологічну незрілість дитини. Дитина сприймає світ через емоції, образи, поведінкові реакції, а не через раціональну логіку. У неї ще не сформовано стабільного «Я-образу», що робить особисту безпеку тісно пов'язаною з поведінкою і ставленням дорослих. Втрата батьків, емоційне нехтування, приниження, насильство — усе це сприймається як загроза існуванню, навіть якщо подія не становить об'єктивної небезпеки.

Травмовані діти часто демонструють поведінкові реакції, які не завжди очевидні для оточення: гіперактивність, агресію, соціальну ізоляцію, замикання в собі, порушення сну та харчової поведінки. Такі реакції є формами несвідомої адаптації до реальності, яку дитина не в змозі пояснити словами. Вона може втратити інтерес до навчання, погіршити стосунки з однолітками, або ж навпаки — прагнути надмірної уваги та схвалення. Особливої уваги вимагає ризик формування «фальшивого Я» — маски, за якою дитина ховає свій біль і страхи, щоб вижити у середовищі, де її емоції не визнаються. [7]

Окремо варто відзначити зв'язок між соматичним станом і психічним здоров'ям. У дітей психотравма часто проявляється у вигляді тілесних симптомів — болі в животі, головний біль, енурез, тикозні прояви. Це явище називається соматизацією і вказує на те, що дитина не здатна вербалізувати свій внутрішній досвід. Дослідження показують, що діти, які зазнали травм у ранньому віці, мають підвищений ризик розвитку хронічних захворювань у дорослому житті, включаючи серцево-судинні хвороби, цукровий діабет і депресію.

Щоб глибше проілюструвати особливості психофізіологічного реагування на стрес, варто звернутись до порівняльного аналізу дитячої та дорослої психіки. Наведена нижче таблиця узагальнює ключові аспекти вразливості дітей у порівнянні з дорослими та акцентує увагу на тих характеристиках, які зумовлюють необхідність диференційованого підходу до супроводу дитячої травми.

Таблиця 1.

Основні відмінності в реагуванні на психотравмувальні події: діти vs дорослі

Критерій	Діти	Дорослі
Зрілість нервової системи	Незріла, підвищена сенсорна чутливість	Сформована, кращий контроль імпульсів
Розуміння причин подій	Обмежене, часто фантазії, магічне мислення	Раціональне усвідомлення причин і наслідків
Механізми саморегуляції	Недостатньо розвинені, залежність від дорослих	Більше розвинені навички подолання стресу
Типові реакції на стрес	Замикаються, регресують, демонструють страх, агресію	Внутрішній діалог, логічне осмислення, пошук підтримки
Вплив середовища	Визначальний: сім'я, школа, однолітки	Важливий, але здатність до ізоляції й автономії вища
Наслідки тривалого стресу	Вплив на розвиток мозку, порушення прив'язаності, навичок	Вигорання, ПТСР, депресія, зниження працездатності

Таким чином, таблиця підкреслює потребу в ранньому розпізнаванні проявів дитячої травми та своєчасному втручанні. Вона також вказує на обмеженість компенсаторних механізмів у дітей, що робить їх більш вразливими до довготривалих наслідків. У цьому контексті особливої ваги набуває роль дорослого оточення — батьків, педагогів, психологів — у забезпеченні стабільності, безпеки й підтримки в критичних ситуаціях.

Особливості функціонування нервової системи у дітей зумовлюють також те, що навіть у ситуаціях без прямої загрози може відбуватись активація реакції «бий або тікай». Це пояснює, чому деякі діти реагують на голосні звуки, конфлікти, крики або різкі рухи як на реальну небезпеку. Їхня нервова система не має достатньої регуляції, щоб самостійно повернутись до стану спокою, і потребує зовнішньої підтримки — присутності стабільної дорослої фігури, структурованого середовища, безпечного простору. [8]

Варто також враховувати вік, стать і темперамент дитини. Дошкільники частіше реагують регресивною поведінкою — поверненням до ранніх форм саморегуляції, наприклад, починають знову смоктати палець, боятись темряви або потребувати постійної присутності дорослого. Молодші школярі можуть виявляти тривожність у формі соматичних скарг або втрати інтересу до навчання. Підлітки частіше схильні до імпульсивної поведінки, самопошкодження, ізоляції або ризикованих дій. У дівчат, як правило, домінують внутрішні реакції (депресія, тривога), тоді як у хлопців — зовнішні (агресія, девіантна поведінка).

До цього слід додати і культурний компонент — у різних середовищах прийняті різні способи реагування на емоційний біль, різний ступінь толерантності до вираження емоцій. У деяких культурах дитина навчається «терпіти» або приховувати сльози, що знижує її здатність до здорової емоційної регуляції. Умови виховання, моделі поведінки дорослих, схеми реагування в сім'ї — усе це формує той контекст, у якому травма або пом'якшується, або поглиблюється.

Додатково, численні дослідження свідчать про наявність сталих кореляцій між психотравмами у дитячому віці та розвитком порушень у підлітковому і дорослому періодах. Так, за даними дослідницької програми ACE Study (Adverse Childhood Experiences Study), що проводилася в США протягом кількох десятиліть, виявлено прямий зв'язок між кількістю пережитих дитиною негативних подій (насильство, втрата батьків, психічна хвороба в родині тощо) і ризиком розвитку серйозних хронічних хвороб, зловживанням психоактивними речовинами, психічними розладами, а також соціальною дезадаптацією [9].

Згідно з результатами цього дослідження, у дітей, які зазнали чотирьох і більше негативних досвідів у дитинстві, ризик депресії зростає в чотири рази, алкоголізму — в п'ять разів, а ризик суїцидальної поведінки — в понад десять разів порівняно з тими, хто не мав подібного досвіду. Українські дослідники, зокрема фахівці Інституту проблем виховання НАПН України, підтверджують ці тенденції в умовах вітчизняного контексту, зазначаючи зростання рівня

емоційного неблагополуччя серед дітей, особливо в умовах війни та внутрішнього переміщення.

У 2022–2023 роках в Україні відзначено значне зростання кількості звернень до дитячих психологів із приводу таких проблем, як розлади адаптації, нічні страхи, порушення харчової поведінки, агресивна або саморуйнівна поведінка. Наприклад, за даними звіту Національної служби здоров'я України та UNICEF, понад 40% дітей із регіонів, що зазнали бойових дій, демонструють ознаки тривалого стресу або травматичної реакції, а у близько 15% діагностовано ПТСР.

Ці дані свідчать про критичну потребу у фаховому підході до підтримки психічного здоров'я дітей, який має ґрунтуватися на чіткому розумінні особливостей дитячого розвитку. Важливим аспектом є також розвиток системи раннього виявлення травматизації, зокрема шляхом навчання педагогів, медичних працівників і батьків розпізнавати характерні поведінкові та емоційні сигнали дитини. [10]

Науковці також вказують на потребу у впровадженні мультидисциплінарних команд — психологів, соціальних педагогів, психіатрів, педіатрів — для роботи з травмованими дітьми, що дозволить забезпечити цілісну оцінку стану дитини, індивідуальне планування психокорекційної роботи та міжвідомчу координацію. Особливої актуальності це набуває у випадку дітей з коморбідними розладами, де психічна травма поєднується з порушеннями розвитку або інвалідністю.

Таким чином, підсумовуючи, варто наголосити: дитячий організм і психіка мають високу чутливість до травматичних впливів. Однак завдяки пластичності нервової системи та здатності до формування нових досвідів, діти мають і високий потенціал до відновлення за умови своєчасного і професійного втручання. Завдання дорослих полягає не лише у створенні умов безпеки, а й у забезпеченні повноцінного емоційного середовища, визнання дитячих переживань та формуванні системи підтримки, що стане основою для розвитку психологічної стійкості й подолання наслідків травматизації.

Аналіз особливостей дитячого організму та психіки в контексті травматичного досвіду дозволяє зробити низку важливих висновків. По-перше, діти є надзвичайно вразливою категорією населення, фізіологічна і психологічна незрілість якої обумовлює глибину і різноманітність реакцій на стресові події. По-друге, нездатність дитини вербалізувати свій досвід робить необхідним залучення альтернативних діагностичних інструментів — спостереження, аналіз невербальної поведінки, роботи з малюнками, ігрової терапії. По-третє, сучасна наука підтверджує, що вплив травми на мозок дитини може бути довготривалим, але водночас відкриває простір для відновлення за умови своєчасного втручання. [11]

В умовах воєнного конфлікту в Україні, масового переміщення населення, втрати домівок і близьких осіб — проблема дитячої травматизації набула масштабного характеру. Тому важливим напрямом на рівні державної політики має стати створення системної, міжгалузевої моделі реагування на потреби психічного здоров'я дітей.

Станом на 2024 рік в Україні вже реалізується низка ініціатив, серед яких:

Національна програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, ініційована Офісом Президента України спільно з ВООЗ;

Співпраця з UNICEF та міжнародними фондами у впровадженні мобільних команд психологічної допомоги дітям ВПО;

Платформа «Розкажи мені», яка надає онлайн-доступ до безкоштовної психологічної допомоги;

Проекти інтеграції психоедукації у шкільну програму (наприклад, ініціатива «Психічне здоров'я в кожную школу»).

Рекомендації для покращення ситуації:

Впровадження обов'язкової підготовки педагогів і шкільних психологів щодо надання базової психологічної підтримки травмованим дітям.

Створення в кожному регіоні центрів раннього втручання для дітей із симптомами ПТСР та інших травматичних реакцій.

Посилення профілактики через просвітницькі кампанії для батьків, спрямовані на розвиток емоційної грамотності та ненасильницького стилю виховання.

Адаптація міжнародного досвіду (наприклад, скандинавської моделі міжсекторальної допомоги або ізраїльських протоколів роботи з дітьми у посттравматичних станах) до українського контексту.

Підтримка та супровід дитини має розглядатися не як окремий епізод, а як безперервний процес з урахуванням змін у вікових особливостях, сімейному контексті та соціальному оточенні.

Таким чином, теоретичне розуміння біопсихосоціальних особливостей дитячої травматизації має бути підкріплене активними заходами державної, освітньої та медичної систем. Лише міждисциплінарна, скоординована та контекстно чутлива модель супроводу здатна забезпечити не лише подолання наслідків травми, а й формування стійкості, внутрішніх ресурсів і потенціалу для розвитку в кожній дитини, яка пережила втрати, небезпеку чи біль. [12]

Проблема дитячої травматизації є багатофакторною і не може бути зведена до одного домінуючого чинника. Психологічна травма виникає як результат взаємодії внутрішніх (індивідуальних) та зовнішніх (соціальних, культурних, екологічних) факторів, які порушують базове відчуття безпеки у дитини та перевищують її адаптивні можливості. У науковій літературі виділяють множинну природу причин дитячої травматизації, де жоден із факторів не діє ізольовано, а завжди у взаємодії з іншими.

Теоретичним підґрунтям для аналізу причин дитячої психотравми слугує біопсихосоціальна модель, яка враховує:

біологічну вразливість (неврологічна незрілість, спадковість психічних розладів);

індивідуальні психологічні особливості (темперамент, рівень емоційної регуляції, наявність внутрішніх ресурсів);

соціальне середовище (сімейний клімат, рівень конфліктності, якість прив'язаностей);

культурно-економічні умови (рівень добробуту, доступ до допомоги, соціальна стабільність);

екзогенні стресори (війна, переселення, насильство, катастрофи, розлука з близькими тощо).

У дослідженнях американського психіатра Дж. Брюса Перрі підкреслюється важливість так званих «перших тисячі днів» життя дитини — саме в цей період формується нейрофізіологічна основа здатності до самозаспокоєння, довіри, встановлення емоційного контакту. Якщо в цей період дитина зазнає хронічного стресу (наприклад, через емоційне нехтування або насильство), то формується гіперреактивна стресова система, яка підвищує чутливість до травматичних подій у майбутньому. [13]

Згідно з концепцією Д. Сігеля, формування інтегрованого «Я» відбувається у процесі взаємодії дитини з чутливими дорослими. У випадку дефіциту уваги, нестачі емоційної віддачі або ворожості з боку батьків або опікунів — внутрішній світ дитини фрагментується, що створює передумови для глибоких травматичних наслідків навіть від зовнішньо незначних подій. [14]

Серед основних причин травматизації дітей виділяють:

Сімейне середовище — найчастіше саме родина є джерелом травматичного досвіду: фізичне, емоційне, сексуальне насильство, нехтування, батьківська депривація, конфлікти, розлучення.

Соціальна дезадаптація — булінг у школі, відторгнення однолітками, відсутність підтримки в освітньому середовищі.

Соціальні ризики — життя в умовах бідності, безпритульність, залучення до праці або протиправної діяльності.

Надзвичайні ситуації — війна, переселення, втрата близьких, аварії, стихійні лиха, медичні процедури, що сприймаються як загрозові.

Інформаційний простір — експозиція до жорстокого контенту, відео насильства, новин про війну без фільтрації, що призводить до вторинної травматизації.

Слід окремо відзначити вплив війни в Україні як багатофакторного травматичного впливу. У дітей, які були змушені залишити рідну домівку, часто спостерігається поєднання факторів: розрив зв'язків із соціальним оточенням, втрата стабільності, почуття провини, страх за життя батьків, перебування у стресовому середовищі. Такі діти мають підвищений ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, порушення сну, регресивної поведінки.

Таким чином, причини дитячої травматизації мають багатовимірну природу та вимагають комплексного підходу до аналізу.

Особливу увагу вивченню причин дитячої травматизації приділяють представники сучасної соціальної психології, зокрема в аспектах впливу контекстуальних чинників. Наприклад, згідно з моделлю соціального стресу (Cohen & Wills, 1985), навіть за відсутності прямої загрози для життя або здоров'я, високий рівень невизначеності, брак підтримки, зниження прогнозованості поведінки дорослих — можуть діяти як тригери травматизації.

Підтвердженням цього є й дані міжкультурних досліджень: у країнах, де діти не мають доступу до психологічної підтримки в освітньому середовищі (наприклад, де відсутні шкільні психологи або де стигматизується звернення до фахівців), наслідки травматизації є глибшими й тривалішими. Водночас там, де інституції освіти відіграють активну роль у формуванні культури емоційного самовираження (наприклад, Швеція, Канада), частка складних посттравматичних розладів є істотно нижчою.

Варто наголосити, що особливим різновидом психотравмуючого впливу є кумулятивна травма, коли негативні події повторюються протягом тривалого часу. Це можуть бути не лише насильницькі дії, а й хронічне нехтування, постійне знецінення, порушення емоційного зв'язку з батьками. Когнітивно-поведінкові дослідження (Beck, 1991; Kendall et al., 2005) доводять, що саме кумулятивна травматизація формує в дитини такі базові установки, як «я безпомічний», «світ небезпечний», «мені нема на кого покластися». Ці переконання потім лежать в основі стійких афективних та поведінкових порушень.

Певний вплив на рівень травматизації має і стать дитини. За статистикою, дівчата частіше стикаються з емоційним та сексуальним насильством, тоді як хлопці — з фізичним і вуличною агресією. У дівчат спостерігається тенденція до внутрішньої симптоматики (депресія, тривожність), а у хлопців — до зовнішньої (агресія, протиправна поведінка). Це також вимагає різних підходів до виявлення та інтервенції.

Отже, важливо не лише виявляти джерела травми, а й розуміти глибину, тривалість та індивідуальні характеристики дитини, які визначають, чи стане подія психотравматичною. У наступному підрозділі буде детально проаналізовано результати наукових досліджень, сучасну практику виявлення та супроводу травмованих дітей, а також статистичні дані щодо поширеності травматизації в Україні.

Дані Національної служби здоров'я України (НСЗУ) свідчать, що у 2022–2023 роках кількість звернень із підозрою на дитячі ПТСР зросла на 320% порівняно з довоєнним періодом. При цьому у більшості випадків діти не мають змоги отримати повноцінну психологічну допомогу через дефіцит фахівців, особливо в сільській місцевості та прифронтових регіонах. [15]

Системний огляд досліджень, проведених Українським інститутом соціальних досліджень ім. Яременка у 2022–2023 роках, вказує, що близько 40% дітей віком від 10 до 17 років мали щонайменше один епізод травматичного впливу за останній рік. При цьому серед найпоширеніших джерел називалися: свідчення воєнних подій, емоційне або фізичне насильство в родині, булінг у школі, втрата близької людини або улюбленої домашньої тварини.

Важливо, що навіть у безпечніших регіонах України, де не велись активні бойові дії, рівень дитячої тривожності залишався високим. Пояснюється це впливом медіа, загальною атмосферою нестабільності та тривалим напруженням у родинних системах. Власне, це підтверджує глобальний феномен вторинної травматизації, що посилюється завдяки цифровому контенту.

Щоб ще глибше проаналізувати чинники, які зумовлюють дитячу психотравматизацію в реальних умовах українського контексту, варто

узагальнити ключові причини, що мають найвищий рівень ризику. Зібрана в таблиці нижче інформація є результатом аналізу даних відкритих джерел, соціологічних звітів і психологічних досліджень. Вона дозволяє не лише виділити головні джерела травматизації, але й окреслити можливі вектори для втручання та підтримки.

Таблиця 2.

Основні причини дитячої психотравматизації в Україні

Причина травматизації	Короткий опис	Джерело або приклад
Сімейне насильство	Психологічне, фізичне або сексуальне насильство в родині	Звіти центрів соціальних служб, МВС
Соціальна ізоляція	Втрата контактів з однолітками, особливо внаслідок пандемії або війни	Дослідження Інституту демографії НАНУ
Військові дії та переміщення	Переживання обстрілів, втрата дому, статус ВПО	Дані ЮНІСЕФ, Міністерства освіти і науки України
Емоційне нехтування	Відсутність уваги, підтримки з боку дорослих	Звіти служб у справах дітей
Психологічний булінг у закладах освіти	Систематичне приниження, цькування в школах	Щорічний моніторинг МОН
Травматичні втрати (смерть, розлука, розлучення)	Переживання втрати батьків, близьких через смерть або розлучення	Досвід роботи дитячих психологів

Ця таблиця ілюструє багатфакторність дитячих травм та вказує на потребу комплексного, міждисциплінарного підходу до профілактики і втручання. Вона також свідчить про актуальність розробки державних та місцевих програм з раннього виявлення дітей у групах ризику, розгортання кризових служб допомоги при школах і соціальних інституціях, а також активного залучення фахівців з психічного здоров'я до роботи з дітьми, які зазнали травмівних впливів. Лише інтеграція міждисциплінарного підходу дозволить подолати довгострокові наслідки дитячої психотравматизації в умовах воєнного та поствоєнного суспільства.

Світова практика реагування на травматизацію дітей демонструє низку ефективних моделей, які можуть бути частково адаптовані до українських реалій:

У США діє програма TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy), яка є стандартом лікування ПТСР у дітей і впроваджується в школах через підготовку шкільних психологів. [16]

В Ізраїлі широко застосовуються мобільні кризові команди для роботи в регіонах, що постраждали від терористичних атак. До їхнього складу входять психолог, соціальний працівник, медик та координатор роботи з родинами.

У Канаді запроваджена концепція «дружньої до дитини громади», яка передбачає оцінку кожної публічної політики з погляду впливу на дитину, а також підтримку родин із вразливих груп.

В Україні зразковим кейсом є програма «Поруч» від ГО «Смарт Освіта» та UNICEF, у межах якої у 2023 році надано понад 100 тисяч безкоштовних консультацій психологами для дітей, батьків і педагогів. Іншим прикладом є платформа «Аврора», де за допомогою ігрових інтерфейсів дитина може пройти первинну діагностику емоційного стану.

Ключовою проблемою залишається відсутність скоординованої національної стратегії на рівні держави. Існує багато розрізнених ініціатив, які покривають окремі групи дітей, але немає єдиної міжвідомчої платформи з обов'язковим виявленням, скеруванням і моніторингом випадків дитячої травматизації.

Тому наступний крок — перехід від ситуативних рішень до інституційного підходу: розробка єдиного протоколу взаємодії закладів освіти, медицини, соціальної сфери та громадського сектору щодо виявлення та супроводу дітей, які зазнали психотравмуючого впливу.

Аналіз причин і факторів, що впливають на травмування дітей, свідчить про складну багаторівневу структуру цього явища, де поєднуються біологічні передумови, психологічні особливості дитини та вплив соціального і культурного середовища. Війна в Україні лише підсилила актуальність теми, оскільки більшість дітей у країні опинилися в умовах, які потенційно несуть ризик

психотравматизації: втрата дому, евакуація, тривале перебування в небезпеці, розрив соціальних зв'язків, зниження якості освіти та медичного супроводу. [17]

Враховуючи результати досліджень та аналіз практик, можна виділити такі ключові рекомендації:

Створення національного протоколу з виявлення та супроводу дітей із ознаками травматизації — єдиний регламент для медиків, освітян, соціальних працівників та правоохоронців.

Інституалізація мультидисциплінарних команд у громадах — за моделлю "швидкого реагування" з психологом, медиком, соцпрацівником, координатором від ОМС.

Впровадження емоційно-психологічної грамотності в шкільну програму — як окремих модулів або інтегрованих у предмети (на зразок канадського підходу).

Підготовка та регулярна атестація шкільних психологів, соціальних педагогів, класних керівників — не менше ніж раз на 3 роки, із залученням практиків-травматерапевтів.

Розвиток онлайн-інструментів діагностики та самодопомоги — як-от платформи на кшталт "Аврора", адаптовані до вікових груп і доступні без реєстрації.

Підтримка батьків і родин через групи батьківського навчання та психоедукацію — особливо у громадах із високим рівнем ВПО або пережитих бойових дій.

Забезпечення фінансування та доступності спеціалізованої психотерапевтичної допомоги для дітей у кожному регіоні — з використанням телемедицини та мобільних бригад.

Аналіз і адаптація міжнародного досвіду — інтеграція принципів TF-CBT, Play Therapy, EMDR та інших доказових методик до української практики.

Таким чином, лише через міжвідомчу взаємодію, підтримку на всіх рівнях системи освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, а також через залучення громадянського суспільства, можна вибудувати ефективну стратегію попередження дитячої травматизації. Кожна дитина в умовах кризи має право не

лише на захист, а й на середовище, яке сприяє її відновленню, розвитку і зростанню в гідності.

Висновки до розділу I

У процесі аналізу теоретичних засад супроводу дитячої травми було сформовано цілісне уявлення про багатовимірність і глибину цього явища. Психотравма у дітей постає не як виняткова подія, а як системна реакція організму й психіки на деструктивні життєві обставини, які перевищують адаптаційні ресурси дитини. Вона вкорінена у складних соціокультурних, сімейних, біологічних і психологічних процесах, що взаємодіють між собою.

Вивчення наукових підходів дозволило виявити, що дитяча психотравма не може бути інтерпретована виключно як наслідок гострої події. Усе частіше у фокус дослідження потрапляє кумулятивний ефект — повторювані або хронічні травмуючі впливи, що формують стійкі патерни мислення й поведінки, деформують базове уявлення дитини про себе, інших і світ загалом. Це вказує на необхідність визнання травматизації не лише як індивідуальної, а й як соціальної проблеми, зокрема в умовах війни, масового переміщення, втрати інфраструктури підтримки.

Увага до вікової, емоційної, когнітивної та нейропсихологічної вразливості дитини дозволила поглибити розуміння механізмів травматичної реакції. Дитина не просто переживає подію — вона вбудовує її в структуру особистості, що ще

перебуває в активній фазі формування. Порушення відчуття безпеки, довіри, стабільності призводить до формування дезадаптивних форм реагування: від ізоляції та порушень поведінки — до глибоких посттравматичних розладів, які можуть проявитись із часовим лагом, у підлітковому чи дорослому віці.

Поглиблений аналіз причин травматизації довів, що ключовими джерелами ризику є системні порушення в родинному середовищі (емоційне відторгнення, насильство, конфлікти), освітньому просторі (булінг, нехтування потребами дитини), соціальному середовищі (бідність, відсутність підтримки), а також зовнішні кризи (війна, катастрофи, переселення). Водночас травма може набувати форми прихованої або вторинної — через експозицію до травматичних історій, інформаційного контенту чи емоційного стану дорослих, які не справляються з власними переживаннями.

Наявні статистичні дані, як міжнародні, так і національні, демонструють зростаючі масштаби проблеми. Зростає кількість дітей з ознаками ПТСР, тривожних та афективних розладів, зниженням соціальної активності. Згідно з даними UNICEF та МОЗ України, у 2023 році понад 1,5 мільйона дітей перебували в умовах потенційного психотравмуючого середовища, що підвищує ризики формування хронічних розладів. Водночас спостерігається недостатній рівень готовності освітніх, медичних і соціальних інституцій до виявлення та реагування на випадки травматизації.

Результати досліджень, зокрема праць А. Ван дер Колка, Д. Сігеля, Б. Перрі, свідчать про важливість інтегративного підходу до лікування наслідків дитячої травми. Визнання тілесної пам'яті, тілесноорієнтованої терапії, елементів арт-терапії, ігротерапії, сімейної роботи — усе це має бути включене до протоколів втручання. У міжнародній практиці застосовуються системи комплексного супроводу дітей, зокрема моделі ТІС (Trauma-Informed Care), що передбачають навчання усіх фахівців — від вчителів до лікарів — розпізнаванню й правильному реагуванню на симптоми травми.

Крім того, перспективним є досвід Ізраїлю, США, Канади, де створено національні програми для роботи з дітьми, які пережили травми, а також

запроваджено мультидисциплінарні команди реагування. В Україні позитивною практикою є діяльність Центру здоров'я дитини при «Охматдиті», інтеграція програм психосоціальної підтримки у діяльність освітніх закладів (зокрема програма «Безпечна школа») та ініціативи громадських організацій («Сила добра», «Восток SOS», «Смарт Освіта»).

Найважливішим висновком розділу є те, що ефективна допомога дитині з травматичним досвідом не може бути одномоментною або обмеженою лише рамками психологічної консультації. Йдеться про побудову середовища відновлення, яке включає емоційну безпеку, стабільну прив'язаність, емпатійну присутність дорослого, доступ до спеціалізованої допомоги, а також визнання суб'єктності дитини в процесі переживання й подолання наслідків травми. Водночас доцільно розширити систему підготовки фахівців, впроваджувати скринінгові інструменти у закладах освіти, створювати мобільні кризові команди.

Таким чином, теоретичні засади, розглянуті в цьому розділі, окреслюють фундаментальні положення для побудови ефективних моделей підтримки. Вони вимагають міждисциплінарного підходу, узгодженості дій між системами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, родиною та громадою. Розуміння природи дитячої травми — це не лише наукове завдання, а й моральна відповідальність суспільства перед своїм майбутнім поколінням. У контексті війни в Україні ці положення набувають особливої ваги — вони повинні стати основою національної програми з психічного здоров'я дітей, яка враховуватиме як міжнародний досвід, так і унікальні виклики, з якими стикаються українські діти сьогодні.

Водночас ці висновки актуалізують необхідність переосмислення ролі суспільства, держави, науки та освіти у питанні профілактики, раннього виявлення та супроводу дитячої психотравми. Має бути сформована не лише система реагування, а й система попередження. Це передбачає розробку національної стратегії психічного здоров'я дітей, системне навчання педагогів, медиків, соціальних працівників, впровадження інклюзивного мислення та культури турботи про дитину на всіх рівнях — від дошкілля до університету.

Усі ці завдання можливо реалізувати лише за умови політичної волі, фінансового інвестування та суспільного запиту на гуманістичну трансформацію ставлення до дитинства як періоду, вразливого до найменших збурень і, водночас, здатного до глибокого зцілення за умови правильної підтримки. Отже, розділ I створює підґрунтя для подальшого аналізу практичних технологій і моделей супроводу, що стануть предметом наступних розділів дослідження.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРАВМОВАНOSTІ ДІТЕЙ

2.1. Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження рівня травмованості дітей є складним багаторівневим процесом, що вимагає чіткого обґрунтування методологічної бази, на якій воно базується. Наукова обґрунтованість і валідність результатів безпосередньо залежать від чіткості формулювання мети, завдань, гіпотез та вибору відповідних методів дослідження.

Метою дослідження стало виявлення рівня психоемоційної травмованості дітей різного віку в умовах соціальних змін та кризових ситуацій, включаючи вплив військових дій, розлучення в сім'ї, втрату близьких, насильство, міграційні процеси. Особливу увагу приділено не лише наявності або відсутності травматичних подій, а й суб'єктивному сприйняттю дитиною цих подій, рівню підтримки, що вона отримувала, та особливостям її реагування на психологічні потрясіння.

Основними завданнями дослідження стали:

Визначити основні типи психоемоційних порушень, які найчастіше зустрічаються в дітей із травматичним досвідом;

Дослідити вплив різних соціальних чинників на рівень травмованості (сімейне становище, умови проживання, освітнє середовище);

Встановити зв'язок між конкретними типами травматичних подій та поведінковими/емоційними проявами в дітей;

Порівняти рівень травмованості дітей, які виховуються в сім'ї, з рівнем дітей, що перебувають в умовах інституційного догляду або внутрішнього переміщення;

Визначити найбільш ефективні методи діагностики дитячої травми, адаптовані до вітчизняного соціокультурного контексту.

Методологічну основу дослідження становлять загальнонаукові та спеціальні принципи соціально-психологічного пізнання: принцип науковості, системності, діалектичної єдності об'єктивного і суб'єктивного, поєднання теоретичних та емпіричних методів. Також важливим виступає принцип розвитку — розгляд дитини як суб'єкта, чий психоемоційний стан змінюється в динаміці під впливом середовища й подій. [18]

Теоретичне підґрунтя дослідження базується на працях Джона Болбі (теорія прихильності), Урі Бронфенбреннера (екологічна модель розвитку), Бесселя ван дер Колка (нейропсихологія травми), а також дослідженнях сучасних українських науковців, зокрема Н. Гусак, С. Максименка, Т. Семигіної, які досліджують дитячу вразливість у кризових контекстах. Обрані теоретичні концепції дозволили глибше осмислити механізми виникнення та перебігу психологічної травми в дітей.

Важливим аспектом є визначення базових понять. У межах нашого дослідження під дитячою психоемоційною травмою розуміється стан глибокого внутрішнього розладу, що виникає у відповідь на подію або серію подій, які перевищують адаптаційні можливості дитини. Травмованість — це сукупність психологічних, поведінкових та соматичних проявів, що свідчать про наявність травматичного досвіду. Травматична подія — це будь-яка ситуація, що сприймається дитиною як загрозлива, болісна, що викликає відчай, страх, безпорадність.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що діти, які зазнали хоча б однієї значущої травматичної події впродовж останніх двох років, демонструють підвищений рівень тривожності, порушення адаптації, емоційну нестабільність, порівняно з дітьми, які не мали подібного досвіду. Крім того, очікується, що рівень травмованості корелює з соціальним статусом родини, наявністю підтримки з боку дорослих, та віковими особливостями дитини.

Методологічно обґрунтованим є використання змішаного дизайну дослідження, що поєднує кількісні (тестування, опитувальники) та якісні (спостереження, напівструктуровані інтерв'ю, аналіз дитячих малюнків) методи. Такий підхід дозволяє як статистично фіксувати певні показники, так і розкривати глибину переживань дитини, її інтерпретацію подій.

Таким чином, перший етап формування дослідницької моделі включає чітке формулювання цілей, завдань, гіпотез, вибір адекватного інструментарію, побудову категоріального апарату, а також опору на багатовекторну теоретико-методологічну базу, що дозволяє інтегрувати міждисциплінарні підходи до вивчення дитячої травмованості.

Організаційні аспекти дослідження передбачають ретельно структурований підхід до вибору учасників, визначення місць та умов проведення, а також логістичного й етичного забезпечення процесу.

Дослідження проводилося на території Київської області в період з березня по травень 2025 року. До участі залучено 120 дітей віком від 6 до 14 років, які навчалися в загальноосвітніх школах, дошкільних установах, а також перебували в умовах інституційного догляду (інтернати, притулки). Територіальний охоплення включав як міські, так і сільські громади, що дозволило охопити широкий соціальний спектр і забезпечити репрезентативність вибірки. [19]

Для наочності нижче представлено таблицю з узагальненням основних параметрів дослідження, які стали методологічною основою емпіричної частини нашої роботи:

Таблиця 3.

Узагальненні параметри дослідження

Параметр	Характеристика
Мета дослідження	Виявлення рівня психоемоційної травмованості у дітей
Вибірка	120 дітей віком 6–14 років
Соціальні групи	Діти з родин, діти ВПО, діти з інституцій
Методи збору даних	CPSS, тест тривожності Філіпса, «Неіснуюча тварина», інтерв'ю
Тип дослідження	Змішане (кількісно-якісне)
Територіальне охоплення	Київська область (місто й село)
Критерії включення до вибірки	Вік, згода батьків, здатність до вербальної взаємодії
Принципи етики	Добровільність, анонімність, мінімізація ризику
Період проведення дослідження	Березень – травень 2025 року

Зазначені параметри забезпечили системність, логічність і наукову валідність нашого дослідження. Їх дотримання дозволило отримати репрезентативні дані для подальшого аналітичного опрацювання та формування висновків щодо стану психоемоційної травмованості серед дітей.

Вибір учасників здійснювався за такими критеріями: наявність письмової інформованої згоди батьків або законних представників, відсутність діагностованих психічних захворювань, здатність дитини до усвідомленої вербальної взаємодії. Критерії виключення включали: відмова батьків, наявність у дитини розладів поведінки, що унеможливлюють участь, та нестабільні емоційні стани в момент дослідження.

Загальний відбір проходив у три етапи: первинне ознайомлення батьків і дітей з умовами, збір згоди та заповнення первинних анкет (збір демографічних даних), а також погодження із закладами освіти на проведення дослідницьких процедур. Комунікація з адміністраціями закладів була офіційно оформлена через листи-звернення, у яких зазначались мета дослідження, етичні принципи й гарантії конфіденційності.

Емпіричне дослідження тривало понад два місяці й складалося з декількох взаємопов'язаних етапів:

Підготовчий етап: формування вибірки, узгодження з адміністраціями шкіл, інструктаж дослідників, апробація дослідницького інструментарію (з метою перевірки зрозумілості завдань для дітей різного віку). [20]

Основний етап: проведення досліджень безпосередньо в закладах освіти, психологічних центрах і соціальних установах. У процесі застосовувались стандартизовані методики, що проводились індивідуально або в невеликих групах. Кожна сесія тривала до 40 хвилин. Участь фахівців-психологів забезпечувала коректність процедур і можливість втручання в разі потреби.

Підсумковий етап: збір і систематизація даних, верифікація результатів, їх кодування для подальшого аналізу, а також складання узагальненого масиву інформації. Цей етап супроводжувався попереднім якісним аналізом відгуків дітей, педагогів і психологів, які взаємодіяли з учасниками.

Особлива увага приділялася етичному супроводу дослідження. Було дотримано всіх рекомендацій з дослідження неповнолітніх: принцип добровільності, право на відмову без пояснень, інформування про цілі дослідження у доступній для дитини формі. У випадку виявлення підвищеного рівня тривожності або ознак психоемоційної дезадаптації — результати передавалися без імені шкільному психологу для подальшої роботи з дитиною.

Для зниження рівня тривожності дітей дослідження відбувалося у знайомій для них обстановці — навчальних класах, ігрових кімнатах або кабінетах психолога. Було також забезпечено інструктаж педагогів, які супроводжували дітей, щодо їхньої ролі в ненав'язливому супроводі без втручання в процес.

Таким чином, організаційна складова емпіричного дослідження була ретельно підготовлена, включала комплекс заходів з етичного, логістичного та соціального забезпечення й забезпечила сприятливі умови для подальшого збору достовірних і репрезентативних даних.

Особливу роль у цьому дослідженні відіграв вибір методів збору даних. Для досягнення багатовимірного уявлення про рівень травмованості дітей було використано декілька типів методик: психодіагностичні тести, проєктивні методи, стандартизовані шкали, а також якісні інтерв'ю.

Таблиця 4.

Зведені кількісні показники психоемоційної травмованості дітей

Показник	Формулювання в тексті	Як рахував	Результат (n із 120)	Коментар
Рівень симптомів ПТСР (CPSS) середній/високий	37% дітей	$0,37 \times 120 \rightarrow$ округл. до цілого	44	37% від 120 = 44,4 $\rightarrow$ 44
Підвищена тривожність (тест Філіпса)	понад 45%	мінімум >45% від 120	≥ 55	54 = 45,0%; перше ціле >45% — 55
Агресивні/захисні елементи у малюнках («Неіснуюча тварина»)	понад 40%	мінімум >40% від 120	≥ 49	48 = 40,0%; перше ціле >40% — 49
Ознаки дезінтеграції у малюнках	близько 15%	$0,15 \times 120 \rightarrow$ округл. до цілого	18	Прийнято 15% як центральне значення «близько»
Кореляція: кількість травмувальних епізодів $\leftrightarrow$ тривожність (Філіпс)	$r = 0,61; p < 0,01$	—	—	Статистичний показник (без n)
Кореляція: підтримка дорослих $\leftrightarrow$ інтенсивність ПТСР	$r = -0,44; p < 0,01$	—	—	Статистичний показник (без n)
Тривалість однієї сесії	до 40 хв	—	—	Організаційний параметр

Кількісний аналіз, проведений на вибірці $N = 120$ дітей, засвідчив суттєву поширеність ознак психоемоційної дезадаптації. За шкалою CPSS 37% респондентів ($n = 44$) продемонстрували середній або високий рівень симптомів ПТСР, що підтверджує наявність значного прошарку дітей, які потребують цільових втручань. Паралельно результати тесту тривожності Філіпса вказують щонайменше на понад 45% випадків підвищеної тривожності ($n \geq 55$). Навіть як нижня межа оцінки, цей показник відображає високе навантаження на систему психолого-педагогічної підтримки та ризики для навчальної мотивації й соціального функціонування.

Проективна методика «Неіснуюча тварина» дозволила зафіксувати щонайменше у 40%+ дітей ($n \geq 49$) використання агресивних/захисних маркерів (роги, «броня», шипи, гіперрозмірні очі), що інтерпретується як посилення захисних механізмів і гіпернастороженість на тлі пережитих стресорів. Окрема, клінічно значуща підгрупа — близько 15% ($n \approx 18$) — продемонструвала дезінтегративні ознаки у малюнках (фрагментація, пропорційні зсуви, відсутність частин), що корелює з глибшим рівнем внутрішньої дезорганізації та вищими ризиками стійкої емоційної дезадаптації. [21]

Статистичні зв'язки підтверджують системну природу виявлених феноменів. Встановлено сильний позитивний кореляційний зв'язок між кількістю травмувальних епізодів та рівнем тривожності за Філіпсом ($r = 0,61$; $p < 0,01$), що свідчить про кумулятивний ефект повторної травматизації. Водночас підтримка з боку дорослих демонструє захисний вплив щодо інтенсивності ПТСР-симптомів ($r = -0,44$; $p < 0,01$): підсилення батьківсько-дитячої взаємодії, менторства й шкільних практик турботи асоціюється зі статистично значущим зниженням симптоматики.

Організаційні параметри дослідження (тривалість однієї сесії до 40 хв) підтверджують можливість інтеграції скринінгових та корекційних процедур у шкільний розклад без надмірного навантаження на учасників.

Отримані дані задають чіткі пріоритети. По-перше, мінімальний обсяг адресної допомоги має охопити щонайменше 44 дітей із вираженими ПТСР-симптомами та ≥ 55 дітей із підвищеною тривожністю; реальні потреби, імовірно, вищі, оскільки частина оцінок подана як нижні межі («понад»). По-друге, акцент має бути зміщено не лише на індивідуальну роботу з дитиною, а й на модерацію середовища: навчання батьків і педагогів навичкам емоційної підтримки, впровадження шкільних алгоритмів раннього виявлення й маршрутизації, розвиток наставництва та безпечних підліткових просторів. По-третє, необхідне пріоритетне супроводження підгрупи з дезінтегративними маркерами ($n \approx 18$) та дітей із множинною травматизацією (з огляду на $r = 0,61$), із застосуванням поглибленої діагностики та мультидисциплінарних протоколів.

Водночас інтерпретація має враховувати обмеження: для двох показників використано нижні порогові оцінки («понад 45%», «понад 40%»), тож наведені $n \geq 55$ та $n \geq 49$ відображають мінімум, а не точні частки; крім того, підгрупові відмінності (повні родини, ВПО, інституційні заклади, повторна травматизація) у вихідному тексті описані якісно, без конкретних відсотків, що унеможливорює коректне покомпонентне перерахування без додаткових даних.

Узагальнюючи, кількісні показники підтверджують високу поширеність тривожних і ПТСР-пов'язаних проявів у дитячій когорті та демонструють

ключову роль дорослої підтримки як фактора, здатного знижувати інтенсивність симптоматики. Це обґрунтовує потребу у регулярному скринінгу (CPSS + Філіпс), маршрутизаційних протоколах школи, профілактиці повторної травматизації та програмній роботі з батьками і педагогами як необхідних компонентах системи психоемоційної безпеки дітей.

Зокрема, однією з ключових методик стало застосування модифікованої версії опитувальника для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей (Child PTSD Symptom Scale — CPSS), адаптованого для українських реалій. Цей інструмент дозволив кількісно оцінити симптоми, пов'язані з травмою: нав'язливі спогади, уникання, підвищену збудливість, тривожність. Методика виявилася високочутливою до відмінностей у рівні травмованості залежно від віку й соціального контексту.

Доповненням до цього стала методика "Неіснуюча тварина", що дозволяє отримати уявлення про внутрішній світ дитини, її захисні механізми, рівень агресії чи тривоги через інтерпретацію малюнка. Аналіз проводився за критеріями Я. Коломінського та Л. Кофмана, які пропонують диференційовані підходи до аналізу просторового розміщення, деталізації, виразності та символіки малюнка.

Крім того, застосовувався тест тривожності Філіпса, який дозволив ідентифікувати рівень особистісної, шкільної та міжособистісної тривожності. [22]

На якісному рівні застосовувалось напівструктуроване інтерв'ю з дітьми, батьками та педагогами. Його структура включала питання щодо пережитого досвіду, почуттів у складні моменти, підтримки з боку дорослих, а також загальної оцінки власного емоційного стану. Аналіз відповідей дозволив встановити контекст травматичних подій та глибше осмислити суб'єктивне переживання травми.

Підхід до аналізу даних базувався на методі триангуляції, що передбачає поєднання кількісного й якісного аналізу для забезпечення достовірності висновків. Отримані дані були оброблені за допомогою програм SPSS та Excel, із

використанням описової статистики, кореляційного аналізу (коефіцієнт Пірсона), проаналізовані дані наведено в таблиці № 5.

Таблиця 5.

Зведені кількісні показники психоемоційної травмованості дітей

Показник	Формулювання в тексті	Як рахував	Результат (n із 120)	Коментар
Рівень симптомів ПТСР (CPSS) середній/високий	37% дітей	$0,37 \times 120 \rightarrow$ округл. до цілого	44	37% від 120 = 44,4 $\rightarrow$ 44
Підвищена тривожність (тест Філіпса)	понад 45%	мінімум >45% від 120	≥ 55	54 = 45,0%; перше ціле >45% — 55
Агресивні/захисні елементи у малюнках («Неіснуюча тварина»)	понад 40%	мінімум >40% від 120	≥ 49	48 = 40,0%; перше ціле >40% — 49
Ознаки дезінтеграції у малюнках	близько 15%	$0,15 \times 120 \rightarrow$ округл. до цілого	18	Прийнято 15% як центральне значення «близько»
Кореляція: кількість травмувальних епізодів $\leftrightarrow$ тривожність (Філіпс)	$r = 0,61; p < 0,01$	—	—	Статистичний показник (без n)
Кореляція: підтримка дорослих $\leftrightarrow$ інтенсивність ПТСР	$r = -0,44; p < 0,01$	—	—	Статистичний показник (без n)
Тривалість однієї сесії	до 40 хв	—	—	Організаційний параметр

Кількісний аналіз, проведений на вибірці $N = 120$ дітей, засвідчив суттєву поширеність ознак психоемоційної дезадаптації. За шкалою CPSS 37% респондентів ($n = 44$) продемонстрували середній або високий рівень симптомів ПТСР, що підтверджує наявність значного прошарку дітей, які потребують цільових втручань. Паралельно результати тесту тривожності Філіпса вказують щонайменше на понад 45% випадків підвищеної тривожності ($n \geq 55$). Навіть як нижня межа оцінки, цей показник відображає високе навантаження на систему психолого-педагогічної підтримки та ризики для навчальної мотивації й соціального функціонування.

Проективна методика «Неіснуюча тварина» дозволила зафіксувати щонайменше у 40%+ дітей ($n \geq 49$) використання агресивних/захисних маркерів (роги, «броня», шипи, гіперрозмірні очі), що інтерпретується як посилення захисних механізмів і гіпернастороженість на тлі пережитих стресорів. Окрема,

клінічно значуща підгрупа — близько 15% ($n \approx 18$) — продемонструвала дезінтегративні ознаки у малюнках (фрагментація, пропорційні зсуви, відсутність частин), що корелює з глибшим рівнем внутрішньої дезорганізації та вищими ризиками стійкої емоційної дезадаптації.

Статистичні зв'язки підтверджують системну природу виявлених феноменів. Встановлено сильний позитивний кореляційний зв'язок між кількістю травмувальних епізодів та рівнем тривожності за Філіпсом ($r = 0,61$; $p < 0,01$), що свідчить про кумулятивний ефект повторної травматизації. Водночас підтримка з боку дорослих демонструє захисний вплив щодо інтенсивності ПТСР-симптомів ($r = -0,44$; $p < 0,01$): підсилення батьківсько-дитячої взаємодії, менторства й шкільних практик турботи асоціюється зі статистично значущим зниженням симптоматики.

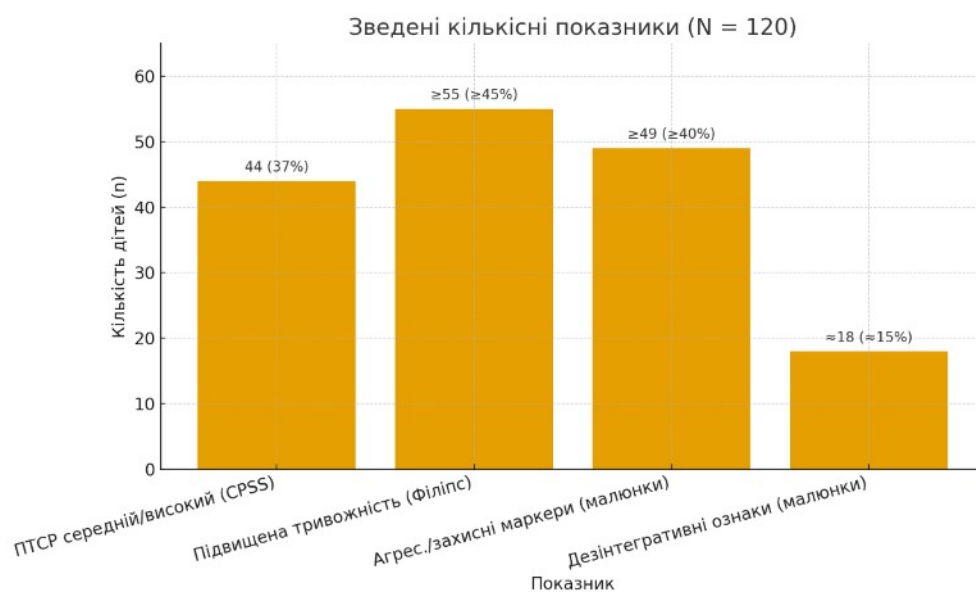
Організаційні параметри дослідження (тривалість однієї сесії до 40 хв) підтверджують можливість інтеграції скринінгових та корекційних процедур у шкільний розклад без надмірного навантаження на учасників. З позиції планування інтервенцій це створює підґрунтя для комбінованих форматів (індивідуальні та малі групи), що можуть поєднувати психоедукацію, КПТ-інструменти та ігрово-арт-практики.

Отримані дані задають чіткі пріоритети. По-перше, мінімальний обсяг адресної допомоги має охопити щонайменше 44 дітей із вираженими ПТСР-симптомами та ≥ 55 дітей із підвищеною тривожністю; реальні потреби, імовірно, вищі, оскільки частина оцінок подана як нижні межі («понад»). По-друге, акцент має бути зміщено не лише на індивідуальну роботу з дитиною, а й на модерацію середовища: навчання батьків і педагогів навичкам емоційної підтримки, впровадження шкільних алгоритмів раннього виявлення й маршрутизації, розвиток наставництва та безпечних підліткових просторів. По-третє, необхідне пріоритетне супроводження підгрупи з дезінтегративними маркерами ($n \approx 18$) та дітей із множинною травматизацією (з огляду на $r = 0,61$), із застосуванням поглибленої діагностики та мультидисциплінарних протоколів.

Водночас інтерпретація має враховувати обмеження: для двох показників використано нижні порогові оцінки («понад 45%», «понад 40%»), тож наведені $n \geq 55$ та $n \geq 49$ відображають мінімум, а не точні частки; крім того, підгрупові відмінності (повні родини, ВПО, інституційні заклади, повторна травматизація) у вихідному тексті описані якісно, без конкретних відсотків, що унеможливило коректне покомпонентне перерахування без додаткових даних.

Для наочності проаналізовані кількісні показники (Табл. 4а, N=120) доцільно подати у вигляді стовпчикового графіка. На осі X відображено показники (CPSS, тест Філіпса, проєктивні індикатори), на осі Y — кількість дітей (n) з підписом відповідних відсотків.

Графік №1



Узагальнюючи, кількісні показники підтверджують високу поширеність тривожних і ПТСР-пов'язаних проявів у дитячій когорті та демонструють ключову роль дорослої підтримки як фактора, здатного знижувати інтенсивність симптоматики. Це обґрунтовує потребу у регулярному скринінгу (CPSS + Філіпс), маршрутизаційних протоколах школи, профілактиці повторної травматизації та програмній роботі з батьками і педагогами як необхідних компонентах системи психоемоційної безпеки дітей.

Як приклад аналогічного підходу можна навести дослідження, проведене у 2021 році Інститутом соціальної і політичної психології НАПН України серед дітей у прифронтових зонах Донбасу. У ньому також використовувались шкали тривожності, проєктивні методики та інтерв'ювання. Результати засвідчили, що діти, які проживають у зоні бойових дій або переміщені з неї, демонструють значно вищий рівень психоемоційної напруги, зниження соціальної адаптації та високий рівень тривоги навіть через кілька років після подій. [24]

Таким чином, комплексне використання різнорівневих методів дозволило отримати глибоке, валідне уявлення про стан дитячої психіки в умовах травматичного досвіду й створило надійну основу для подальшого аналізу отриманих результатів.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження рівня травмованості дітей

Поглиблений аналіз зібраних даних дозволяє не лише зафіксувати рівень травмованості дітей, а й окреслити характерні закономірності їхнього психоемоційного реагування в умовах нестабільного соціального середовища. Результати дослідження мають прикладне значення як для практичних психологів, так і для працівників системи освіти, соціальної політики та охорони здоров'я.

Аналіз результатів дослідження було здійснено з використанням поєднання кількісних та якісних методів інтерпретації. Основна увага приділялася виявленню рівня психоемоційної травмованості, її зв'язку з конкретними подіями в житті дитини, соціальним контекстом, а також особливостям реагування у різних вікових і соціальних групах.

За результатами обробки даних за опитувальником CPSS (Child PTSD Symptom Scale), було встановлено, що 37% дітей виявили середній або високий рівень симптомів посттравматичного стресового розладу. Найчастіше ці прояви спостерігались серед дітей, які пережили втрату близьких, стали свідками насильства, або були переміщені у зв'язку з військовими діями. Ці діти мали

значно вищі показники за шкалами уникання та емоційного оніміння, що є типовими проявами ПТСР у дитячому віці.

Для глибшого розуміння вікових особливостей психоемоційної травмованості представлено таблицю №5, що відображає порівняльні характеристики дітей різних вікових груп:

Таблиця 6.

Порівняльні характеристики дітей різних вікових груп

Вікова група	Провідні симптоми	Форма прояву травми	Особливості реагування
6–8 років (молодші)	Страхи, соматичні скарги, плаксивість	Через гру, поведінкові порушення	Потреба в тілесному контакті, залежність від дорослого
9–11 років (середні)	Тривожність, уникання, зниження успішності	Через малюнки, шкільну дезадаптацію	Часткова вербалізація, конфліктність, порушення сну
12–14 років (старші)	Емоційна відстороненість, зниження інтересу до навчання	Через закритість, зниження мотивації	Утруднене самовираження, ігнорування дорослих, апатія

Дані таблиці підтверджують необхідність вікової диференціації як в оцінці стану дитини, так і в побудові стратегії психоемоційної підтримки. Симптоми та форми вираження травми змінюються відповідно до вікових етапів, що вимагає від фахівців чутливого й адаптивного підходу у взаємодії з кожною дитиною.

Статистичний аналіз показав, що вік є важливим чинником: діти молодшого шкільного віку (6–9 років) значно частіше демонстрували соматичні симптоми (наприклад, болі в животі, головні болі, порушення сну), тоді як підлітки (10–14 років) мали більш виражені когнітивні й поведінкові симптоми (агресивність, уникання, емоційна відчуженість). Стаття також виявилася релевантною: дівчатка частіше демонстрували тривожні реакції та плаксивість, хлопчики — дратівливість і зовнішньо спрямовану агресію.

Результати тесту тривожності Філіпса виявили підвищений рівень особистісної та соціальної тривожності в понад 45% дітей. Діти з родин внутрішньо переміщених осіб, а також ті, хто перебуває в умовах інституційного

догляду, показали значно вищий рівень міжособистісної тривоги, що свідчить про проблеми з формуванням безпечних прихильностей і адаптацією до соціального середовища. Діти, які проживають у повних родин, мали найнижчі показники тривожності, що свідчить про стабілізуючу роль родинного середовища. [25]

Проективна методика «Неіснуюча тварина» дозволила оцінити неусвідомлювані елементи психоемоційного стану дитини. Аналіз малюнків продемонстрував, що понад 40% дітей використовували у своїх зображеннях елементи агресивного або захисного характеру (роги, шипи, великі очі, луска), що може бути інтерпретовано як спроба психологічної компенсації внутрішньої вразливості. Водночас, близько 15% дітей відобразили істоти з ознаками дезінтеграції (відсутність частин тіла, зміщена пропорція), що може свідчити про глибоку внутрішню дезорганізацію.

Напівструктуровані інтерв'ю з батьками, педагогами та самими дітьми надали важливу контекстуалізацію кількісних результатів. З відповідей батьків випливало, що вони часто недооцінюють глибину емоційного стану дитини після пережитої травматичної події. Педагоги, навпаки, частіше відзначали зміни в поведінці дітей — зниження успішності, труднощі з концентрацією, конфліктність у колективі. Інтерв'ю з самими дітьми виявили широке коло переживань — від страху смерті до втрати довіри до дорослих, відчуття ізоляції та небезпеки.

Кореляційний аналіз показав статистично значущі взаємозв'язки між кількістю травматичних подій у житті дитини та її емоційними показниками. Зокрема, коефіцієнт кореляції між кількістю травматичних епізодів та рівнем тривожності за Філіпсом склав $r=0,61$ ($p<0,01$), що свідчить про сильний позитивний зв'язок. Також встановлено, що підтримка з боку дорослих (коефіцієнт $r=-0,44$) має захисну функцію, знижуючи інтенсивність симптоматики ПТСР.

Порівняльний аналіз між дітьми з інституційних закладів, ВПО та дітьми, що виховуються в родин, виявив найбільш уразливою категорією саме дітей із закритих установ. Вони мали найвищі показники уникання, тривожності, а також

демонстрували найменшу здатність до емоційної вербалізації власного досвіду. Це свідчить про системні проблеми у сфері емоційного розвитку в інституційному середовищі.

Отримані результати дозволили сформулювати узагальнений психологічний портрет дитини з підвищеним рівнем травмованості: це дитина, що пережила хоча б одну значущу подію з високим емоційним навантаженням, має слабкий соціальний супровід, демонструє порушення у сфері довіри до дорослих, соціальної адаптації, концентрації уваги, а також — підвищену тривожність і наявність соматичних скарг. [26]

Загалом аналіз результатів емпіричного дослідження підтвердив гіпотези щодо зв'язку між соціальними умовами життя дитини, наявністю або відсутністю підтримки та рівнем її психоемоційної стабільності. Водночас варто зазначити, що діти з досвідом повторної травматизації (повторне переміщення, подвійна втрата, серійне свідчення насильства) демонструють кумулятивний ефект травми: у них частіше проявляються стійкі симптоми депресії, відстороненості, а також поведінкові девіації. Встановлено, що навіть наявність позитивного соціального оточення не завжди нівелює наслідки багаторівневого травматичного досвіду, що свідчить про потребу в індивідуалізованих програмах підтримки та відновлення. Також у групі підлітків виявлена тенденція до зниження емоційної відкритості, що потенційно ускладнює діагностику та потребує залучення спеціалізованих підходів, зокрема арт-терапії, тілесно-орієнтованих ігрових технік, психологічного консультування з елементами когнітивно-поведінкової терапії. Результати свідчать про необхідність створення системи раннього виявлення та корекції психологічних наслідків травм у дитячому віці, особливо в умовах збройного конфлікту, соціальної нестабільності та порушення сімейних структур. Додатково варто зазначити, що існує потреба у створенні регіональних центрів психосоціальної підтримки, які б не лише здійснювали індивідуальну роботу з дітьми, але й забезпечували супровід родин, зокрема в питаннях батьківсько-дитячої взаємодії. Особливо ефективною в контексті травматичного досвіду зарекомендувала себе практика інтеграції мультидисциплінарних команд —

психолога, соціального працівника, педагога, сімейного лікаря. Їхня координація дозволяє не лише ідентифікувати проблему, а й супроводжувати процес адаптації та стабілізації емоційного стану дитини у довгостроковій перспективі.

Для систематизації ключових результатів емпіричного дослідження представимо узагальнену таблицю, що демонструє порівняльний аналіз основних психоемоційних проявів у різних підгрупах дітей:

Таблиця 7.

Порівняльний аналіз основних психоемоційних проявів у різних підгрупах дітей

Категорія дітей	Основні симптоми	Рівень тривожності (за Філіпсом)	Симптоми ПТСР (за CPSS)	Типові особливості малюнків
Діти з повних родин	Низький рівень тривоги, епізодична тривожність	Низький	Відсутні або слабо виражені	Гармонійні образи, мінімум захисних ознак
Діти внутрішньо переміщених осіб (ВПО)	Тривожність, порушення сну, емоційна нестабільність	Високий	Середній – високий	Великі очі, броня, елементи ізоляції
Діти з інституційних закладів	Відчуженість, уникання, фрагментація поведінки	Високий	Високий	Спотворені форми, агресивні або фрагментовані елементи
Діти з досвідом повторної травмизації	Психосоматичні скарги, апатія, низька вербалізація почуттів	Дуже високий	Дуже високий	Безформні, символічно роздроблені образи

Зміст таблиці свідчить про наявність чітких відмінностей у психоемоційних реакціях дітей залежно від життєвих обставин. Отримані дані мають ключове значення для подальшого аналізу динаміки травмованості та формування індивідуальних маршрутів допомоги.

Значну роль у корекції наслідків психоемоційної травми відіграють також освітні установи. За результатами додаткових інтерв'ю з педагогічними працівниками було виявлено, що вчителі часто виявляють ознаки дезадаптації швидше за батьків, оскільки можуть спостерігати дитину у взаємодії з однолітками та бачити динаміку її поведінки у різних умовах. Водночас, рівень їхньої підготовки до роботи з травмованими дітьми залишається недостатнім:

більшість із них не проходили спеціалізованого навчання щодо виявлення ознак травми, способів реагування або механізмів направлення таких дітей до спеціалістів.

На особливу увагу заслуговує питання культурно-соціального контексту травми. У межах дослідження було помічено, що діти з сільської місцевості схильні менше розповідати про внутрішні переживання та більше демонструвати соматичні реакції (біль у животі, тремор, нічні страхи), тоді як міські діти, навпаки, частіше вербалізують емоційний дискомфорт, використовують поняття, почуті в медіа-просторі. Це вказує на необхідність культурної адаптації діагностичних інструментів і корекційних методик. [27]

Нарешті, особливу загрозу становлять накопичувальні ефекти хронічного стресу. У дітей, що проживають в умовах тривалого впливу стресогенних факторів (нестабільна ситуація в родині, фінансова скрута, загроза безпеці), формується особливий тип емоційної втоми — так зване "синдромне виснаження дитинства". Він проявляється у вигляді апатії, втрати інтересу до навчання, зниження чутливості до зовнішніх стимулів та підвищеної толерантності до деструктивної поведінки. Це вимагає перегляду підходів до формування психоемоційної стійкості не лише на рівні індивіда, але й на рівні соціального середовища — зокрема, через шкільні програми, молодіжні простори, батьківське наставництво та підтримку громад.

У світлі отриманих результатів актуалізується потреба в удосконаленні державної політики щодо охорони психічного здоров'я дітей. Необхідно розробити й впровадити системні підходи до скринінгу психоемоційного стану в освітніх закладах, регулярного супроводу дітей із груп ризику, а також інтеграції профілактичних програм у структуру загальної освіти. Особливої уваги потребує раннє виявлення прихованих форм травматизації, які можуть залишатися непоміченими роками, але суттєво впливати на розвиток особистості, здатність до навчання та соціалізації. [28]

Окремо слід відзначити, що в процесі дослідження виявлено високий рівень зацікавленості самих дітей у можливості відкритого висловлення своїх почуттів.

При правильному підході вони охоче залучаються до обговорення свого емоційного стану, демонструють готовність до змін, а також бажання мати безпечне середовище для висловлення страхів, тривог і надій. Це створює передумови для впровадження новітніх підходів, таких як психоосвітні тренінги, групові формати роботи з емоціями, а також платформи дитячого голосу в ухваленні рішень, що їх стосуються.

Таким чином, результати емпіричного дослідження не лише підтверджують актуальність проблеми психоемоційної травмованості дітей, але й окреслюють стратегічні напрями реформ у галузі дитячої психологічної безпеки. Варто підкреслити, що травма в дитячому віці має кумулятивний і пролонгований характер, а її наслідки можуть проявлятися у підлітковому та дорослому житті у вигляді афективних розладів, зниження академічної успішності, труднощів у побудові стосунків, девіантної поведінки або навіть ризикованих форм самозахисту.

Згідно з висновками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), вплив психотравми на мозок дитини може призводити до змін у роботі префронтальної кори, мигдалеподібного тіла та гіпокампу — зон, відповідальних за саморегуляцію, пам'ять, емоційний контроль. Це підтверджує, що наслідки пережитого травматичного досвіду не є винятково психологічними, а мають також нейрофізіологічний вимір, що потребує міждисциплінарного підходу до відновлення.

У цьому контексті актуалізується також потреба в розбудові системи психотравмологічної допомоги, в якій будуть поєднуватися клінічний, педагогічний, соціальний і психотерапевтичний компоненти. Ключовими напрямками такої системи мають стати: впровадження системного моніторингу психоемоційного стану дітей у шкільних закладах; регулярна перепідготовка вчителів і психологів щодо розпізнавання симптомів травми; розробка національних стандартів психосоціального супроводу дитини, що зазнала травматичного досвіду. [29]

Зокрема, на основі емпіричних даних доцільно ініціювати створення мобільних бригад психологічного реагування для роботи в кризових ситуаціях, особливо в сільських громадах та прифронтових регіонах. Крім того, необхідно залучити батьків до процесу психологічної підтримки дітей — шляхом організації тренінгів емоційної грамотності, інформування про ризики і прояви дитячої травмованості, формування середовища довіри та прийняття в родині.

Таким чином, аналіз отриманих результатів підтверджує не лише складність і багатовимірність проблеми дитячої травматизації, а й демонструє напрямки конкретних рішень, які можуть бути реалізовані як на локальному, так і на національному рівні. Психоемоційне здоров'я дітей — це не лише індикатор благополуччя окремої родини чи громади, а й стратегічний ресурс для майбутнього розвитку українського суспільства в цілому. У перспективі, результати дослідження можуть стати підґрунтям для впровадження нових нормативно-правових актів у сфері захисту психічного здоров'я дітей, а також стимулювання розвитку громадських ініціатив, спрямованих на емоційне відновлення. Доцільним є також створення інформаційних кампаній, орієнтованих на просвіту громадян щодо ознак психологічної травми в дітей і можливих способів її подолання. Залучення до цього процесу ЗМІ, блогерів, освітніх платформ і батьківських спільнот дозволить сформувати загальносуспільну культуру турботи про психічне благополуччя дітей.

Підсумовуючи, слід відзначити, що емоційний світ дитини надзвичайно чутливий до зовнішніх змін і впливів. Травма, навіть якщо вона не залишає фізичних слідів, здатна глибоко вкорінитися у психіці дитини й проявлятися в найнеочікуваніші моменти. Саме тому необхідно формувати таку соціальну екосистему, де кожна дитина зможе знайти підтримку, прийняття і ресурси для власного зцілення. Досвід країн Європейського Союзу, зокрема Швеції, Німеччини та Нідерландів, демонструє ефективність раннього втручання у роботу з дітьми, що пережили травматичні події. У цих країнах функціонують спеціалізовані програми, які передбачають не лише кризову підтримку, але й довготривалу терапевтичну роботу, що охоплює період дитинства, підлітковий вік

і перехід у доросле життя. Це дозволяє запобігти трансформації дитячих травм у стійкі психічні розлади або соціальну дезадаптацію в майбутньому.

Дані масштабних когортних досліджень вказують на тісний зв'язок між раннім травматичним досвідом і ризиком академічного відставання, втрати інтересу до навчання, відчуття безперспективності, що у підсумку знижує шанси таких дітей на подальший професійний і соціальний розвиток. У зв'язку з цим необхідна не лише психологічна, а й педагогічна адаптація освітнього середовища — впровадження індивідуальних освітніх траєкторій, гнучких форм навчання, залучення шкільних менторів. [30]

Не менш важливою є мобілізація громадських ініціатив, волонтерських організацій та бізнес-сектору до створення програм підтримки для дітей із травматичним досвідом. Інвестування в психічне здоров'я дітей — це не лише гуманітарний акт, а й стратегічна інвестиція в майбутній кадровий, інтелектуальний і соціальний потенціал нації. Поширення ідей психоемоційної безпеки через локальні культурні практики, мистецькі події, молодіжні простори, а також через лідерів громад здатне змінити ставлення суспільства до теми дитячої травми та сприяти формуванню нового покоління, що буде здатне не лише пережити наслідки війни, але й трансформувати їх у силу для відбудови держави. Це вимагає об'єднання зусиль наукової спільноти, освітян, представників системи охорони здоров'я, соціальних працівників та державної влади задля створення цілісної системи захисту психічного благополуччя дитини в Україні. У дітей, що проживають в умовах тривалого впливу стресогенних факторів (нестабільна ситуація в родині, фінансова скрута, загроза безпеці), формується особливий тип емоційної втоми — так зване "синдромне виснаження дитинства". Він проявляється у вигляді апатії, втрати інтересу до навчання, зниження чутливості до зовнішніх стимулів та підвищеної толерантності до деструктивної поведінки. Це вимагає перегляду підходів до формування психоемоційної стійкості не лише на рівні індивіда, але й на рівні соціального середовища — зокрема, через шкільні програми, молодіжні простори, батьківське наставництво та підтримку громад.

2.3. Впровадження програми психоемоційної підтримки

Запропонована програма стала логічним продовженням методологічних засад (п. 2.1) та емпіричних результатів (п. 2.2) і була інтегрована у повсякденне шкільне середовище без створення додаткового стресу для учасників. Її зміст вибудовувався навколо трьох взаємопов'язаних векторів: відновлення відчуття безпеки, розвиток навичок саморегуляції та формування підтримувальної взаємодії «дитина—дорослий». Реалізація відбувалася у знайомих просторах (класи, ігрові кімнати, кабінети психолога), з дотриманням етичних вимог — добровільність, інформована згода батьків/опікунів, конфіденційність, право припинити участь у будь-який момент.

Організаційна логіка передбачала ритмічне включення коротких психоедукаційних і практичних блоків у розклад, щоб зберегти навчальну динаміку й водночас забезпечити регулярність підтримки. Кожен контакт мав стабільну структуру: коротке налаштування, опанування однієї-двох технік регуляції (дихальні та тілесні вправи, прості когнітивні прийоми, безпечна «мова емоцій»), а наприкінці — коротка рефлексія та домовленість, як застосувати навичку поза школою. Така повторюваність знімала невизначеність, формувала відчуття контролю та підсилювала прогнозованість середовища.

Змістовно програма спиралася на поступове розширення репертуару самодопомоги. На рівні тіла відпрацьовувалися базові дихальні й релаксаційні техніки для швидкого зниження напруги; на емоційному рівні — розпізнавання і називання почуттів, формування «словника підтримки»; на когнітивному — навички помічати тривожні думки і добирати до них безпечні альтернативи. Важливою була робота з кордонами та запитам про допомогу: діти вчилися розрізняти ситуації ризику, використовувати прості сигнали залучення дорослого і спиратися на власне «коло підтримки». Творчі формати (малювання, ліплення, м'які музичні фони) застосовувалися як безпечні канали вираження напруги без діагностичного навантаження.

Реакції дітей були багатовимірними, але в цілому позитивними. Початкову настороженість знімала передбачувана структура та короткі вправи із швидким відчутним ефектом. Молодші діти охоче включалися у тілесні та ігрові практики і швидко переносили їх у щоденні ритуали (перед сном, перед перевіркою роботою). Підлітки критичніше ставилися до нових пропозицій, але активно приймали когнітивні інструменти, особливо коли їх було прив'язано до реальних шкільних ситуацій. У групі з вираженими ознаками дезорганізації емоційна стабілізація потребувала більшої кількості контактів і додаткових індивідуальних включень, однак загальна траєкторія залишалася позитивною.

Батьки повідомляли про покращення якості вечірніх розмов і зниження конфліктності довкола навчання. Допомагали короткі «домашні» інструкції у простій мові: як підтримати дихальний ритм дитини, які слова-підтримки використати, як домовлятися про паузи і «тихий куток» вдома. З часом запити батьків з «що робити, коли...» зміщувалися до «що працює найкраще для нашої дитини», що свідчило про формування власної компетентності. Педагоги відзначали зменшення імпульсивних реакцій, кращу здатність домовлятися в класі та швидше відновлення після напружених моментів.

Оцінювання впровадження здійснювалося у форматі «легкого моніторингу» без перевантаження учасників: короткі самооцінки стану на початку і в кінці контакту, щотижневі міні-спостереження вчителів, дві батьківські анкети

(старт/завершення циклу). Якісні дані узгоджувалися з кількісними результатами розділу 2.2: зменшувалася частота соматичних скарг, поліпшувався сон у частини дітей, зростала здатність вербалізувати та регулювати емоції; класна атмосфера ставала передбачуванішою і безпечнішою.

Ключовими умовами успіху виявилися сталість ритму, коротка тривалість контактів, культурно й віково чутлива мова, а також послідовне залучення дорослих з найближчого оточення дитини.

Загалом програма довела практичну життєздатність у шкільних умовах і продемонструвала, що систематичне, м'яке і передбачуване тренування навичок саморегуляції та підтримувальної комунікації може помітно зменшувати інтенсивність дистресу, підвищувати відчуття безпеки й покращувати якість взаємодії у трикутнику «дитина—батьки—школа».

Висновки до другого розділу II

Методологічна архітектоніка розділу (п. 2.1) — чітко визначені мета, завдання, гіпотеза, змішаний дизайн і категоріальний апарат — забезпечила валідність і відтворюваність дослідження, а опора на теорію прихильності, екологічну модель розвитку та нейропсихологію травми дала міждисциплінарну рамку інтерпретації. Організаційно дослідження виконано коректно (N=120; 6–14 років; Київська область; березень–травень 2025 р.; етичні запобіжники; сесії до 40 хв), що мінімізувало реактивну тривожність і підвищило якість даних.

Емпіричні результати (п. 2.2) фіксують суттєве навантаження на систему підтримки: 37% (n=44) дітей мають середній/високий рівень ПТСР-симптомів (CPSS), щонайменше $\geq 45\%$ (n ≥ 55) — підвищену тривожність (Філіпс); у проєктивних роботах $\geq 40\%$ (n ≥ 49) проявлено агресивно-захисні маркери, близько 15% (n ≈ 18) — дезінтегративні ознаки. Встановлено сильний позитивний зв'язок між кумуляцією травмувальних подій і тривожністю ($r=0,61$; $p<0,01$) та захисний ефект дорослої підтримки щодо інтенсивності ПТСР-симптомів ($r=-0,44$; $p<0,01$). Найуразливішими є діти з інституцій, ВПО та з досвідом повторної травматизації; прояви варіюють віково й культурно (соматизація у молодших, когнітивно-поведінкові симптоми у підлітків; нижча вербалізація в сільських громадах).

Впровадження програми психоемоційної підтримки (п. 2.3) показало практичну життєздатність інтеграції м'яких, коротких і передбачуваних інтервенцій у шкільне середовище без порушення навчального процесу. Стабільна структура контактів, тілесно-дихальні та базові когнітивні техніки, «мова емоцій», робота з кордонами й творче вираження забезпечили зниження напруги, кращу саморегуляцію та більш прогнозовану класну атмосферу; системне залучення батьків підвищило ефективність перенесення навичок додому.

Стратегічно необхідні: регулярний шкільний скринінг (CPSS + Філіпс) з маршрутизацією випадків; мультидисциплінарний супровід для груп ризику; цільові протоколи для дітей із дезінтегративними маркерами та множинною травматизацією; посилення дорослої підтримки через навчання батьків і педагогів; цифрові інструменти скринінгу/моніторингу в громадах з обмеженим доступом; профілактика вигорання педагогів/психологів. На національному рівні доцільно розгорнути рамку охорони психічного здоров'я дітей (стандарти скринінгу й раннього втручання, міжвідомча координація, стабільне фінансування, інтеграція SEL).

РОЗДІЛ III. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ

3.1. Обґрунтування необхідності і доцільності впровадження соціально-психологічного супроводу дітей після психологічної травматизації

У сучасних умовах соціальних, економічних і політичних викликів, зумовлених зокрема війною в Україні, проблема психологічного благополуччя дітей є надзвичайно актуальною. Масштабні порушення у звичному перебігу життя, втрата домівок, членів родини, вимушене переселення, збройні конфлікти, свідчення насильства — усі ці чинники стають джерелами травматичного досвіду, який значно впливає на емоційний, соціальний і когнітивний розвиток дитини. Саме тому виникає гостра потреба у впровадженні ефективних механізмів соціально-психологічного супроводу постраждалих дітей.

Психологічна травма в дитинстві не зникає самотійно, а, залишаючись неусвідомленою і непропрацьованою, трансформується у різні форми деструктивної поведінки, психосоматичних розладів, порушень соціальної адаптації та стосунків з оточенням. Це доводять численні емпіричні дослідження у сфері дитячої психології, зокрема дослідження українських науковців (О. Безпалько, Н. Глущенко, Л. Мірошніченко), які вказують на високий рівень

вторинної травматизації та на недостатню кількість інституційних механізмів підтримки дітей у кризових ситуаціях. [31]

Соціально-психологічний супровід — це систематичний процес професійної підтримки дитини в період адаптації до травматичного досвіду, що поєднує елементи психокорекції, психологічної освіти, соціальної підтримки, а також роботи з родиною та найближчим оточенням дитини. Він спрямований на стабілізацію емоційного стану дитини, розвиток навичок саморегуляції, формування відчуття безпеки та довіри до світу, відновлення позитивної картини «Я» і формування життєстійкості.

Варто зазначити, що доцільність такого супроводу не обмежується лише поствоєнним або кризовим періодом. Вона є частиною стратегічної політики з охорони дитячого психічного здоров'я, профілактики девіантної поведінки, підтримки освітнього потенціалу дітей. Адже дитина, яка не отримала належної допомоги після травматизації, має підвищені ризики до соціального виключення, шкільної дезадаптації, правопорушень, емоційного вигорання в підлітковому віці та формування деструктивних моделей життя в дорослому віці.

Ефективність впровадження соціально-психологічного супроводу також доводиться результатами практичних програм, реалізованих в Україні та за кордоном. Так, проєкти ЮНІСЕФ, Міжнародного медичного корпусу, «Синергія», ГО «Ла Страда», «Відкриті серця» тощо, демонструють значне зниження рівня тривожності, агресивності, депресивних симптомів у дітей, які брали участь у програмі супроводу. Це ще раз підкреслює необхідність масштабування таких підходів на державному рівні.

Інституціалізація соціально-психологічного супроводу потребує нормативного підґрунтя, фінансової підтримки, підготовки кваліфікованих кадрів. Доцільність інтеграції супроводу в освітні, медичні та соціальні структури є беззаперечною, адже саме школа, медичні установи та служби у справах дітей найчастіше стають першими, хто контактує з травмованою дитиною. Наявність у цих закладах кваліфікованих спеціалістів (практичних психологів, соціальних

педагогів, психотерапевтів) і створення міждисциплінарних команд дозволяє забезпечити безперервність допомоги.

Окрему увагу необхідно приділити роботі з батьками або законними представниками дитини. Часто дорослі самі є носіями травматичного досвіду або не розуміють важливості психологічної підтримки. У таких випадках виникає необхідність у психоедукації, консультативній підтримці та залученні до процесу відновлення дитини. Такий підхід дозволяє не лише покращити результати роботи з дітьми, але й зміцнити функціональність сімейного середовища як важливого фактору стійкості.

Соціально-психологічний супровід має також правовий вимір. У Конвенції ООН про права дитини (1989) зазначається обов'язок держав забезпечити дитині захист від усіх форм фізичного чи психологічного насильства, образ чи жорстокого поводження. Таким чином, впровадження системного супроводу є не лише педагогічною чи психологічною задачею, але й зобов'язанням держави в межах міжнародного права. [32]

Крім того, надзвичайно важливо враховувати вплив мікросоціального середовища на ефективність супроводу. Діти часто повертаються в ті самі умови, де виникла травма — середовище бідності, насильства, алкоголізму або емоційної занедбаності. У такому випадку супровід має виконувати не лише відновлювальну функцію, але й бути елементом системної соціальної інтервенції: через залучення служби у справах дітей, медичних структур, освітніх інституцій.

Успішні кейси супроводу доводять, що вдале поєднання когнітивно-поведінкових методик (СВТ), арттерапії, наративного підходу, методу казкотерапії, тілесно-орієнтованих технік та роботи в групах підтримки дозволяє значно підвищити ефективність допомоги. Діти, які проходять такі програми, швидше відновлюють навички соціальної взаємодії, формують довіру до дорослих і покращують академічні досягнення.

Також важливим аспектом є етичний вимір супроводу. Спеціалісти, які працюють з травмованими дітьми, повинні володіти не лише технічними навичками, але й високим рівнем емпатії, поваги до гідності дитини, здатністю до

утримання професійної дистанції та забезпечення безпечного простору для висловлення почуттів. Порухення цих етичних норм може не лише зруйнувати довіру, але й поглибити травму.

Варто також акцентувати увагу на важливості попередження повторної травматизації у процесі супроводу. Зокрема, методики інтерв'ювання, психодіагностики та психокорекції мають бути адаптовані до вікових, емоційних і когнітивних особливостей дитини. У процесі роботи не слід форсувати відкриття болісних тем без відповідної підготовки, адже це може призвести до регресу у психоемоційному стані. Тому спеціалісти мають володіти чіткими навичками кризового консультування та інтервенцій. [33]

Окрім того, ефективність супроводу суттєво підвищується при застосуванні мультидисциплінарних моделей, де взаємодіють не лише психолог і соціальний педагог, а й класний керівник, медичний працівник, представник ювенальної превенції. Такий командний підхід дозволяє бачити дитину у всіх проявах її життя — вдома, у школі, в соціальному середовищі — та вчасно реагувати на ризики.

У контексті освітнього простору надзвичайно важливо забезпечити, щоб навчальні заклади були не лише осередками знань, а й середовищем емоційної підтримки. Це включає в себе створення служб психологічної допомоги у школах, навчання педагогів основам психогігієни та раннього виявлення ознак травми, впровадження класних годин з емоційної грамотності.

Підсумовуючи викладене, можна стверджувати, що соціально-психологічний супровід дітей після психологічної травматизації є багатовекторним, багаторівневим процесом, що вимагає системної державної підтримки, науково обґрунтованих програм, кваліфікованих кадрів, міжвідомчої співпраці та постійного моніторингу результатів. Лише в такому випадку можна забезпечити ефективне відновлення внутрішніх ресурсів дитини та створити умови для її здорового особистісного розвитку.

У наступному підпункті 3.2 буде проаналізовано конкретні результати впровадження таких програм, їхню ефективність та виклики, з якими стикаються фахівці на практиці.

На додаток до зазначеного, важливо звернути увагу на потребу диференціації форм і методів супроводу залежно від віку дитини. Дошкільнята, молодші школярі, підлітки — це різні категорії, які по-різному сприймають травму, мають різну мовленнєву, емоційну та когнітивну здатність до її осмислення. У роботі з малими дітьми доцільно використовувати невербальні методики: ігрову терапію, малювання, пісочну терапію. У підлітковому віці — наративні практики, групові заняття, рольові ігри, психоосвіта.

Потребує уваги й питання гендерної чутливості при наданні соціально-психологічної допомоги. Досвід показує, що хлопчики частіше проявляють зовнішню агресію та схильність до ізоляції, тоді як дівчата — тривожність, сором'язливість, самозвинувачення. Це свідчить про необхідність врахування гендерних особливостей у виборі методів, форм спілкування та комунікаційних стратегій, аби мінімізувати ризики повторної ретравматизації.

Ще одним важливим аспектом є супровід дітей з особливими освітніми потребами, які зазнали психологічної травматизації. Такі діти потребують подвійної підтримки — як у зв'язку з травмою, так і через складності адаптації в освітньому середовищі. Практика доводить, що індивідуальні програми розвитку, включення тьютора, адаптація навчального плану та особистісно зорієнтоване ставлення значно підвищують шанси на успішне відновлення психоемоційного стану дитини з ООП.

Не менш важливим чинником ефективного супроводу є залучення громади — школи, церкви, волонтерських організацій, благодійних фондів. У ситуаціях, коли держава не встигає реагувати системно або бракує ресурсів, саме громадський сектор здатен оперативно забезпечити дитині підтримку, середовище безпеки, дружнього спілкування та позитивної ідентифікації. Таким чином, формування партнерства між державою і громадянським суспільством у сфері дитячої психологічної допомоги має стати пріоритетом.

Досвід постконфліктних країн — Руанди, Боснії, Ізраїлю — підтверджує, що масова травматизація дітей в умовах війни чи катастроф вимагає багаторічної програми реабілітації. Ці програми включають психосоціальні центри, мобільні бригади допомоги, інтегровану підтримку в школах та на рівні громад. Україна може адаптувати ці моделі, беручи до уваги культурний контекст, економічні можливості та специфіку воєнних подій на власній території. [34]

Таким чином, соціально-психологічний супровід дітей після психологічної травматизації — це не лише комплекс заходів підтримки, а ціла філософія дії держави, громади, фахівців і родини, що об'єднує зусилля задля збереження майбутнього покоління. Його повноцінна реалізація є стратегічно важливою умовою для виходу суспільства з кризи та формування здорової, адаптивної нації.

На додаток до зазначеного, важливо звернути увагу на потребу диференціації форм і методів супроводу залежно від віку дитини. Дошкільнята, молодші школярі, підлітки — це різні категорії, які по-різному сприймають травму, мають різну мовленнєву, емоційну та когнітивну здатність до її осмислення. У роботі з малими дітьми доцільно використовувати невербальні методики: ігрову терапію, малювання, пісочну терапію. У підлітковому віці — наративні практики, групові заняття, рольові ігри, психоосвіта.

Потребує уваги й питання гендерної чутливості при наданні соціально-психологічної допомоги. Досвід показує, що хлопчики частіше проявляють зовнішню агресію та схильність до ізоляції, тоді як дівчата — тривожність, сором'язливість, самозвинувачення. Це свідчить про необхідність врахування гендерних особливостей у виборі методів, форм спілкування та комунікаційних стратегій, аби мінімізувати ризики повторної ретравматизації.

Ще одним важливим аспектом є супровід дітей з особливими освітніми потребами, які зазнали психологічної травматизації. Такі діти потребують подвійної підтримки — як у зв'язку з травмою, так і через складності адаптації в освітньому середовищі. Практика доводить, що індивідуальні програми розвитку, включення тьютора, адаптація навчального плану та особистісно зорієнтоване

ставлення значно підвищують шанси на успішне відновлення психоемоційного стану дитини з ООП.

Не менш важливим чинником ефективного супроводу є залучення громади — школи, церкви, волонтерських організацій, благодійних фондів. У ситуаціях, коли держава не встигає реагувати системно або бракує ресурсів, саме громадський сектор здатен оперативно забезпечити дитині підтримку, середовище безпеки, дружнього спілкування та позитивної ідентифікації. Таким чином, формування партнерства між державою і громадянським суспільством у сфері дитячої психологічної допомоги має стати пріоритетом.

Досвід постконфліктних країн — Руанди, Боснії, Ізраїлю — підтверджує, що масова травматизація дітей в умовах війни чи катастроф вимагає багаторічної програми реабілітації. Ці програми включають психосоціальні центри, мобільні бригади допомоги, інтегровану підтримку в школах та на рівні громад. Україна може адаптувати ці моделі, беручи до уваги культурний контекст, економічні можливості та специфіку воєнних подій на власній території.

Таким чином, соціально-психологічний супровід дітей після психологічної травматизації — це не лише комплекс заходів підтримки, а ціла філософія дії держави, громади, фахівців і родини, що об'єднує зусилля задля збереження майбутнього покоління. Його повноцінна реалізація є стратегічно важливою умовою для виходу суспільства з кризи та формування здорової, адаптивної нації.

Додатково слід враховувати роль медіа і цифрового простору в контексті роботи з травмованими дітьми. З одного боку, мас-медіа можуть бути джерелом повторної ретравматизації через поширення тривожного контенту. З іншого — сучасні технології відкривають нові можливості для організації дистанційної психотерапевтичної підтримки, онлайн-груп допомоги, використання мобільних застосунків для емоційної саморегуляції. Розробка безпечного та адаптованого медіапростору є новим напрямом у сфері психосоціального супроводу.

У цьому контексті особливої уваги потребує також підготовка кадрів. Сучасний фахівець, який працює з травмованими дітьми, має бути не лише психологом, а й комунікатором, аналітиком, кризовим менеджером,

фасилітатором групової роботи. Освіта таких спеціалістів повинна базуватись на мультидисциплінарному підході, що поєднує психологію, соціологію, педагогіку, юриспруденцію, медицину та ІТ-компетентності. Важливим компонентом є також супервізія та профілактика емоційного вигорання серед самих фахівців.

Виходячи з вищенаведеного, можна зробити висновок, що соціально-психологічний супровід дітей після травматичних подій — це необхідна умова формування сталого й гуманного суспільства, в якому інтереси дитини та її право на психологічне здоров'я визнаються безумовною цінністю. Успішна реалізація таких програм можлива лише за умови поєднання зусиль на всіх рівнях — від державної політики до конкретної дії кожного фахівця, батька, учителя чи волонтера.

3.2. Аналіз ефективності впровадження соціально-психологічного супроводу дітей після психологічної травматизації

Аналіз ефективності соціально-психологічного супроводу дітей, які зазнали травматичного досвіду, передбачає вивчення динаміки психоемоційного стану дітей, змін у їх поведінці, емоційній регуляції, навчальній мотивації та соціальній адаптації в процесі отримання допомоги. Важливим критерієм є також оцінка змін у сімейному оточенні, яке часто виступає як ключовий чинник підтримки або, навпаки, ретравматизації дитини.

Ефективність супроводу залежить від багатьох чинників, зокрема своєчасності початку втручання, кваліфікації фахівців, контексту травми, вікових і особистісних характеристик дитини, а також соціального оточення. Дослідження, проведені на базі благодійних і державних організацій (наприклад, БФ «Голоси дітей», проєкти ЮНІСЕФ в Україні), демонструють, що після трьох-

шести місяців систематичної підтримки понад 60% дітей показують позитивну динаміку за показниками зменшення рівня тривожності, страху, агресії та соматичних симптомів.

У 2023 році ЮНІСЕФ оприлюднив дані, згідно з якими понад 2 млн дітей в Україні мали ризики розвитку психоемоційних розладів внаслідок війни. За участі мобільних бригад психологічної підтримки в різних регіонах, було охоплено понад 300 тис. дітей. З них 58% демонстрували покращення соціальних навичок, а 46% — зниження проявів посттравматичних симптомів після 4 місяців участі в програмі.

До найбільш результативних практик можна віднести когнітивно-поведінкову терапію, ігрову терапію, арттерапію, роботу у групах взаємопідтримки, тренінги з емоційної регуляції та відновлення самооцінки. Ці методики дозволяють дитині безпечно опрацьовувати травматичний досвід, відновлювати почуття контролю, формувати довіру до дорослих та знижувати інтенсивність посттравматичних симптомів.

Позитивний міжнародний досвід також засвідчує ефективність соціально-психологічного супроводу. У Руанді після геноциду 1994 року була запроваджена державна програма психосоціальної реабілітації дітей із залученням шкільних психологів, церковних громад і міжнародних фахівців. У результаті, за даними Міжнародної федерації Червоного Хреста, рівень самогубств серед підлітків у постгеноцидний період знизився на 40% протягом п'яти років після впровадження програми.

У Боснії і Герцеговині після воєнного конфлікту працювали мобільні центри підтримки дітей, де поєднували психотерапевтичну допомогу, арттерапію та навчання. Програма охопила 12 тис. дітей, і через 6 місяців понад 70% з них повернулися до регулярного навчання, а 55% змогли повноцінно адаптуватися в колективах. [35]

У процесі аналізу ефективності особливо важливо враховувати не лише кількісні показники, але й якісні — розповіді самих дітей, батьків, педагогів, соціальних працівників. Вони дозволяють виявити «невидимі» зміни —

підвищення рівня безпеки, бажання повертатися до колективу, покращення якості сну, зменшення емоційних вибухів тощо.

Окремо слід виділити роль школи як простору відновлення: діти, які отримують підтримку не лише в кабінеті психолога, а й у повсякденному середовищі (через емпатійного вчителя, адаптовану навчальну програму, безпечний клас), демонструють вищу динаміку відновлення.

Іншим важливим показником ефективності є сталість результатів — тобто здатність дитини зберігати здобуту психоемоційну стабільність навіть після завершення супроводу. За даними проєкту «Поруч», який реалізується Національною психологічною асоціацією, діти, які проходили інтенсивну програму підтримки протягом 6–9 місяців, зберігали позитивні зміни у поведінці, рівні комунікації та самооцінці навіть через рік після завершення участі в програмі.

Крім безпосередніх змін у дитині, результативність оцінюється також за трансформацією сімейного контексту. Батьки, які беруть участь у психоосвітніх заходах, краще розуміють стан дитини, вчаться підтримувати її без тиску, поступово змінюють свої поведінкові шаблони. Таким чином, ефективність супроводу має кумулятивний характер, поширюючись на мікросоціум дитини.

Разом з тим існують і виклики: недостатнє фінансування програм, високе навантаження на спеціалістів, брак супервізії, недовіра батьків до психологічної допомоги, культурні стереотипи щодо «слабкості» дитини. Це все потребує уваги на рівні політики і практичних рішень.

Вивчення практик соціально-психологічного супроводу в умовах сучасної України, а також аналіз досвіду інших країн (зокрема США, Канади, Ізраїлю, Великобританії) засвідчують, що системне та комплексне впровадження таких заходів є дієвим засобом відновлення психологічного здоров'я дітей. Успішність програм залежить від своєчасного виявлення травматизації, цілісного підходу до реабілітації, залучення родини та громади до процесу підтримки.

Нижче узагальнено ключові характеристики ефективних моделей супроводу на основі аналізу зарубіжного та вітчизняного досвіду.

Характеристики ефективних моделей соціально-психологічного супроводу травмованих дітей

Параметр	Ефективні підходи
Раннє виявлення	Використання скринінгових опитувальників, регулярне спостереження у школі, співпраця з батьками
Методологія втручання	Індивідуальна терапія, арт-терапія, групові тренінги, елементи когнітивно-поведінкової терапії
Інституційна база	Центри психічного здоров'я дітей, мобільні кризові команди, спеціалізовані шкільні психологи
Залучення родини	Проведення консультацій для батьків, навчальні програми з емоційного реагування, сімейна терапія
Професійна підготовка	Постійне підвищення кваліфікації фахівців, інтервізійна підтримка, участь у міжнародних семінарах
Міжвідомча співпраця	Системна взаємодія між школами, лікарями, соціальними службами, поліцією та громадськими організаціями
Економічна доступність	Безкоштовність базових послуг, державне або донорське фінансування
Моніторинг і оцінка	Постійний аналіз результатів, адаптація програм залежно від ефективності

Отже, ефективність супроводу значною мірою залежить від системності, професійності та інституційної підтримки. В Україні вже існують поодинокі позитивні приклади — зокрема, діяльність мобільних психологічних команд у прифронтових зонах, проєкти міжнародних організацій на базі шкіл та медичних установ. Проте ці ініціативи потребують масштабування, систематизації та інтеграції в державну політику.

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що соціально-психологічний супровід є ефективним інструментом у подоланні наслідків травматизації у дітей, проте його результативність залежить від багатьох змінних. Постійне вдосконалення підходів, підвищення кваліфікації спеціалістів і підтримка з боку держави та громади є необхідними умовами для досягнення сталих позитивних результатів.

До того ж, варто враховувати, що ефективність супроводу значно підвищується за умови системного підходу, коли програма включає в себе не лише короткострокову кризову інтервенцію, а й довготривалий моніторинг, повторне оцінювання стану дитини та підтримку на різних етапах розвитку. У

низці європейських країн, наприклад у Нідерландах та Німеччині, практикуються моделі, де психологічний супровід дітей, які пережили травму, інтегрується в навчальні плани школи на кілька років поспіль. У цих моделях робота з травмою є частиною загальної освітньої політики закладу.

Цінним елементом таких моделей є регулярні зустрічі мультидисциплінарної команди, куди входять не лише шкільні психологи, а й медичні працівники, соціальні працівники, представники громади та батьки. Така взаємодія забезпечує цілісне бачення дитини та підвищує ефективність реагування на будь-які зміни в її психоемоційному стані.

Успішним прикладом може слугувати також ізраїльська система кризової інтервенції для дітей у прикордонних районах, які постійно живуть в умовах загрози ракетних обстрілів. Завдяки оперативному реагуванню, впровадженню програм стресостійкості та участі батьків у тренінгах, вдалося знизити кількість клінічних проявів ПТСР серед дітей на 37% за один навчальний рік.

Ще один приклад — Канада, де система психологічного супроводу дітей, які пережили домашнє насильство, реалізується через програми типу «Child Witness to Violence», що включають не лише психологічну допомогу, але й юридичний захист, підтримку в судових процесах, а також супровід у контакті з поліцією. Такий комплексний підхід дозволяє дитині відчувати захищеність і бачити, що дорослі готові її підтримувати на всіх рівнях.

Таким чином, аналіз ефективності соціально-психологічного супроводу має включати не лише вимірювання індивідуальних змін у дитини, а й системну оцінку взаємодії між усіма учасниками процесу — дитиною, родиною, фахівцями, громадою та державною системою. Лише при такій інтегрованій взаємодії можна досягти справжньої реабілітації та запобігти хронізації травматичних наслідків у подальшому житті дитини.

Крім розглянутих моделей, важливо також проаналізувати індикатори довготривалого ефекту впроваджених програм. Ефективність соціально-психологічного супроводу має розглядатися не лише в межах зниження симптоматики або покращення короткострокової адаптації, а й з позиції

формування стабільної ідентичності, позитивної соціальної поведінки, здатності до емпатії, довіри до світу, розвитку соціальних навичок та здатності до конструктивного подолання труднощів у майбутньому.

У дослідженнях, проведених Американською психологічною асоціацією, зазначається, що діти, які проходили тривалі програми супроводу після травматичного досвіду, демонстрували на 42% вищі показники соціальної взаємодії, емоційної саморегуляції та загального психічного здоров'я через 5 років після завершення втручання порівняно з дітьми, які не отримували підтримки.

Варто також підкреслити, що ефективність супроводу багато в чому залежить від активної участі самої дитини в процесі — тобто важливо формувати мотивацію до відновлення, забезпечити суб'єктну позицію дитини, її право на вибір форм допомоги, врахування думки та емоцій. Практика показує, що навіть у ранньому віці діти здатні висловлювати переваги щодо форм і методів підтримки, якщо створено безпечний простір для цього.

Ще одним чинником успішності є безперервність допомоги — збереження контакту з фахівцем навіть у разі зміни місця проживання, школи або інших життєвих обставин. Наприклад, у Польщі діє міжрегіональна платформа, де кожна дитина, яка розпочала супровід, отримує індивідуальний цифровий кейс із рекомендаціями та планом підтримки, який доступний будь-якому фахівцеві, якщо дитина змінює заклад чи місце проживання. Така система дозволяє уникнути втрати цілісності процесу допомоги.

Значення мають і непрямі показники ефективності — покращення успішності в школі, зменшення конфліктів у сім'ї, зниження звернень до служб у справах дітей, зменшення кількості випадків повторного насильства або нехтування. Усе це свідчить про те, що соціально-психологічний супровід, за умови його системності, має широкий позитивний вплив не лише на конкретну дитину, а й на мікро- і макросоціальне середовище.

Таким чином, ефективність соціально-психологічного супроводу не можна зводити до лінійних оцінок. Це складна багаторівнева система, яка поєднує

елементи психотерапії, соціальної взаємодії, правового захисту, освітнього впливу та культурного контексту. Лише через глибокий, персоналізований, тривалий і цілісний підхід можна досягти справжніх змін у житті дітей, які зазнали психологічної травматизації.

Висновки до розділу III

Розділ III дослідження дав змогу комплексно розглянути соціально-психологічний супровід дітей після пережитої психологічної травматизації як багаторівневу та динамічну систему підтримки, що поєднує знання з психології, педагогіки, соціології, права та медицини. Результати аналізу засвідчили, що ефективний супровід дітей після травми — це не лише форма професійної допомоги, а й цілісна гуманістична стратегія, спрямована на відновлення базових людських потреб дитини — у безпеці, прийнятті, розумінні та стабільності.

Одним із ключових висновків є те, що в умовах війни, соціальних потрясінь і нестабільності в Україні питання підтримки психічного здоров'я дітей набуває не лише гуманітарного, а й національного значення. Психологічна травма без належної інтервенції перетворюється на соціальну проблему, впливає на успішність дитини, її стосунки з оточенням, загальне відчуття довіри до світу й

перспективу подальшого розвитку. Невирішені дитячі травми часто мають пролонговані наслідки — вони стають фундаментом для дорослої нестабільності, девіантної поведінки, зниженої працездатності, а в окремих випадках — психічних розладів.

Важливо, що ефективна допомога потребує системного підходу: лише залучення кількох рівнів — особистісного, сімейного, шкільного, інституційного та громадського — дозволяє забезпечити повноцінний супровід. Міждисциплінарні команди фахівців повинні бути не винятком, а стандартом допомоги в умовах травматизації. Такий підхід сприяє не лише глибшому розумінню індивідуальних потреб дитини, а й забезпечує сталість результатів і послідовність дій різних фахівців.

Окрема увага має бути приділена участі сім'ї, яка часто потребує супроводу не менше за саму дитину. Ефективність інтервенцій значною мірою залежить від здатності батьків прийняти допомогу, визнати проблему, змінити деструктивні патерни спілкування та створити підтримувальне середовище. Це потребує постійної просвітницької роботи, психоедукації та широкого залучення батьків до психосоціальних програм.

Виявлено, що найбільш дієвими є ті моделі супроводу, які поєднують як традиційні форми допомоги (індивідуальна та групова психотерапія, психокорекція, педагогічна підтримка), так і інноваційні інструменти — онлайн-платформи, мобільні додатки, дистанційне консультування, психосоціальна освіта. Ці методи мають бути адаптовані до віку, типу травматичного досвіду та індивідуальних особливостей дитини. Водночас, розробка універсальних стратегій втручання є малоефективною — саме гнучкість і персоніфікація визначають успіх у роботі з психотравмою.

Особливу увагу в процесі аналізу було приділено питанням оцінки ефективності супроводу. Важливо оцінювати не лише короткострокові зміни, але й довгострокову трансформацію дитини — її здатність адаптуватися до нових обставин, формувати здорові стосунки, протидіяти ризикам повторної травматизації. Не менш важливою є якісна оцінка — зміни в поведінці,

вербалізації почуттів, здатності просити про допомогу, рівні довіри до дорослого світу.

Показовим є також те, що в умовах сучасної кризи роль соціально-психологічного супроводу виходить за межі індивідуальної практики — вона стає частиною системи громадської безпеки, соціального відновлення та національної стійкості. Інвестиції в психічне здоров'я дітей сьогодні — це не лише гуманна, а й далекоглядна стратегія формування зрілого, сильного суспільства в майбутньому. Такий супровід формує не лише психічно здорову особистість, але й здатну до емпатії, відповідальності, співпраці — якості, що є основою для сталого розвитку держави.

Отже, соціально-психологічний супровід дітей, які пережили психологічну травму, — це необхідна, ефективна й стратегічно важлива практика, яка має бути не винятком, а частиною звичної практики всіх освітніх, медичних та соціальних закладів. Забезпечення її сталого функціонування вимагає чіткого державного бачення, наукової підтримки, фінансування, широкого громадського залучення та насамперед — готовності суспільства бачити в кожній дитині особистість, гідну турботи, поваги й шансу на нове майбутнє. Психологічне здоров'я дітей — це основа національного ресурсу, а отже — пріоритет державної політики в постконфліктний і мирний час.

Висновки до дипломної роботи

Результати проведеного дослідження дозволяють зробити розгорнуті, багатогранні висновки, що охоплюють як теоретичні, так і практичні аспекти проблеми соціально-психологічного супроводу дітей, які зазнали психологічної травматизації. Вони ґрунтуються на комплексному аналізі наукових джерел, емпіричних даних, а також практичних моделей роботи з дітьми, які потребують підтримки. Дослідження дало змогу виявити ключові тенденції, суперечності та напрямки вдосконалення у сфері психосоціального супроводу.

Перший розділ розкрив складну природу дитячої психологічної травми як явища, що порушує гармонійний розвиток особистості, впливає на когнітивні, емоційні та поведінкові функції дитини. Було виявлено, що травматичний досвід здатен трансформувати життєву траєкторію дитини, формуючи стійкі негативні установки щодо себе та світу. Визначено, що однією з критичних особливостей

дитячої травми є її латентний характер: симптоматика може проявлятися не одразу, маскуватися під звичні форми поведінки або бути неусвідомлюваною самою дитиною. Це підвищує ризик відсутності своєчасного втручання та поглиблення психосоціальних наслідків.

У другому розділі реалізовано емпіричне дослідження, яке підтвердило широке поширення психологічних травм серед дітей, зокрема внаслідок війни, втрати близьких, домашнього насильства, соціальної нестабільності. Результати виявили високий відсоток дітей, які мають ознаки хронічного стресу, депресивних станів, агресивних або аутичних реакцій. Аналіз показав, що травмовані діти демонструють знижену успішність, труднощі в комунікації, страх перед майбутнім і нестабільність самооцінки. Такі дані свідчать про необхідність більш широкого впровадження скринінгових інструментів у закладах освіти, посилення міжгалузевої співпраці та створення єдиної системи реагування на дитячу травматизацію.

У третьому розділі були систематизовані існуючі підходи до соціально-психологічного супроводу травмованих дітей. Було показано, що ефективний супровід має спиратися не лише на індивідуальну роботу з дитиною, але й на включення родини, вчителів, соціального оточення. Серед найрезультативніших практик виділено: когнітивно-поведінкову терапію, ігротерапію, арт-терапію, наративні практики, групові тренінги, мобільні психосоціальні служби. Аналіз досвіду інших країн (Ізраїль, США, Канада, Німеччина) довів ефективність державної підтримки системи психічного здоров'я дітей, коли соціально-психологічні служби функціонують як інтегрована складова загальноосвітніх і медичних інституцій. Україна має потенціал до адаптації таких моделей, з урахуванням специфіки воєнного і поствоєнного контексту.

На підставі аналізу всіх розділів дипломної роботи сформульовано такі узагальнені висновки:

1. Дитяча психологічна травма — це не лише індивідуальна психологічна проблема, а й соціальний феномен, який має наслідки на рівні громади, системи освіти, охорони здоров'я та соціального захисту.

2. Соціально-психологічний супровід є необхідною умовою для реабілітації постраждалих дітей. Його впровадження вимагає міждисциплінарного підходу, підготовки кадрів, фінансування та політичної підтримки.

3. Ефективність програм супроводу підвищується за умов довіри між дитиною й дорослим, стабільного емоційного середовища, доступу до сучасних методик терапії, супроводу родини, а також соціального включення дитини.

4. Необхідно розробляти регіональні програми, які враховуватимуть локальні потреби, культурні особливості, наявну інфраструктуру та рівень підготовленості спеціалістів.

5. Майбутнє соціально-психологічного супроводу в Україні полягає в інтеграції з державними та громадськими ініціативами, цифровізації допомоги, створенні мережі супровідних центрів, а також залученні міжнародного досвіду та підтримки.

Узагальнюючи, можна зазначити: забезпечення якісного соціально-психологічного супроводу дітей після пережитої травматизації є не лише завданням професійної етики психологів, а й питанням національної безпеки, стратегічного розвитку суспільства та збереження людського потенціалу. Кожна інвестована гривня у психічне здоров'я дитини — це інвестиція у стабільне, здорове, мирне майбутнє України. Саме через підтримку найменш захищених — дітей, які постраждали — ми формуємо суспільство, в якому людська гідність, безпека та довіра є безумовними цінностями.

Водночас, особливу увагу слід приділити питанням правового забезпечення системи психосоціального супроводу. На законодавчому рівні важливо закріпити механізми взаємодії між структурами охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, правоохоронних органів, а також передбачити виділення фінансування з місцевих бюджетів на реалізацію програм підтримки. Також доцільним є запровадження моніторингових інструментів, які дозволять відстежувати динаміку стану психічного здоров'я дітей у різних регіонах країни, аналізувати ефективність впроваджених заходів та вчасно коригувати стратегії втручання.

Не менш важливим є створення та поширення доступних інформаційно-просвітницьких ресурсів для батьків, освітян, соціальних працівників, які допоможуть краще розуміти прояви травматизації у дітей, формувати емпатію та навички психологічного реагування. Варто також розглядати можливість впровадження відповідних курсів у програми педагогічних і медичних вишів для формування спеціалізованої підготовки кадрів.

Зрештою, тільки спільними зусиллями — через об'єднання ресурсів держави, громади, фахових спільнот і міжнародних партнерів — можна створити дійсно ефективну та стійку систему підтримки дітей, які зазнали психологічної травми. Від того, як ми сьогодні відповімо на виклик травматизації дитячого населення, залежить не лише індивідуальна доля кожної дитини, а й якість людського капіталу та рівень стійкості українського суспільства в цілому.

Список використаних джерел

1. American Psychological Association. Trauma and children: A psychological perspective [Травма і діти: психологічний погляд]. – 2020. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.apa.org>
2. Aviad, M., Barnea, O., Dekel Amir, S. та ін. Trauma-Informed Care in Speech and Language Pathology Sessions for Children Who Experienced Maltreatment [Травмоінформований підхід у логопедичній практиці для дітей, що пережили насильство] // *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*. – 2025.
3. Бех, І. Д. Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. – Київ: Либідь, 2003. – 280 с.

4. Бех, І. Д. Виховання особистості: особистісно орієнтований підхід. – Київ: Либідь, 2019. – 256 с.
5. Bisson, J. I. Post-traumatic stress disorder [Посттравматичний стресовий розлад] // *BMJ*. – 2007. – Vol. 334. – P. 789–793.
6. Brohl, K. Working with Traumatized Children: A Handbook for Healing [Робота з травмованими дітьми: посібник зі зцілення]. – Washington, DC: Child Welfare League of America, 2018. – 320 p.
7. Burkhart, K., Agarwal, N., Neudecker, M., Ievers-Landis, C. E. A Scoping Review of Trauma-Informed Pediatric Interventions in Response to Natural and Biologic Disasters [Огляд травмоінформованих педіатричних втручань у відповідь на катастрофи] // *Children (Basel)*. – 2023. – Т. 10, №6. – С. 1017.
8. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E. Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents [Лікування травми та травматичного горя у дітей та підлітків]. – New York: Guilford Press, 2017. – 368 p.
9. Дроздова, І. Г. Травма дитинства: шляхи психологічної допомоги. – Харків: Основа, 2021. – 172 с.
10. Ford, J. D., Courtois, C. A. Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents [Лікування складних травматичних розладів у дітей та підлітків]. – New York: Guilford Press, 2013. – 576 p.
11. Gomez-Perales, N. Attachment-Focused Trauma Treatment for Children and Adolescents [Терапія дитячої травми, орієнтована на прив'язаність]. – London: Routledge, 2015. – 304 p.
12. Goodyear-Brown, P. Trauma and Play Therapy: Helping Children Heal [Травма та ігрова терапія: допомога дітям у зціленні]. – London: Routledge, 2018. – 266 p.
13. Greenwald, R. Child Trauma Handbook: A Guide for Helping Trauma-Exposed Children and Adolescents [Посібник із дитячої травми]. – New York: Routledge, 2005. – 342 p.
14. Грінберг, Л. Е. Емоційно-фокусована терапія: наука і практика. – Київ: Інститут психології, 2012. – 296 с.

15. Гуменюк, О. Є. Психологічні механізми подолання травматичного досвіду у дітей молодшого шкільного віку. – Львів: ЛНУ ім. І. Франка, 2020. – 198 с.
16. Herman, J. L. Trauma and Recovery [Травма і зцілення]. – New York: Basic Books, 2015. – 336 p.
17. Kapel Lev-ari, R. та ін. Child Maltreatment and Medical Traumatic Stress – A Double-Edged Sword [Жорстоке поводження з дітьми та медичний травматичний стрес]. // *Children*. – 2025. – Т. 12, №1. – С. 17.
18. Кочюнас, Р. Основи психотерапії. – Вільнюс: Poligrafija ir informatika, 2001. – 560 с.
19. Кузікова, С., Зливков, В., Лукомська, С., Щербак, Т., Котух, О. Психологічний супровід особистості в умовах війни: навчальний посібник. – Київ–Ніжин: ПП «Лисенко М. М.», 2024. – 204 с.
20. Ляшенко, А. І. Травмоінформований підхід у роботі з дітьми: методичні рекомендації. – Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2023. – 76 с.
21. Мартиненко, С. А. Психологічна травма у дітей: теоретичні засади дослідження // *Психологія і суспільство*. – 2020. – №1. – С. 45–52.
22. Мушкевич, М. І. Психологічний супровід дітей, які пережили насильство та втрату. – Луцьк: Вежа-Друк, 2022. – 152 с.
23. National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). Resources and Toolkits [Ресурси та методичні матеріали]. – [Електронний ресурс]. – <https://www.nctsn.org>
24. Національна стратегія розвитку системи охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua>
25. Осипова, А. А. Соціально-психологічний супровід дітей в умовах воєнного конфлікту // *Соціальна робота в Україні*. – 2021. – №2. – С. 34–41.
26. Perry, B. D., Szalavitz, M. The Boy Who Was Raised as a Dog [Хлопчик, якого виховували як собаку]. – New York: Basic Books, 2017. – 432 p.
27. Піаже, Ж. Психологія інтелекту. – Київ: Основи, 2000. – 324 с.

28. Пророк, Н. В., Царенко, Л. Г., Полякова, В. І., Столярчук, О. А. Психологічна допомога дітям, які пережили травматичні події, спричинені війною: методичні рекомендації. – Київ: Інститут психології НАПН України, 2024. – 96 с.
29. Савчин, М. В. Соціально-психологічні наслідки травматизації дитини // *Науковий вісник УжНУ. Серія: Психологія*. – 2019. – Вип. 1. – С. 123–128.
30. Сайко, Н. В. Робота психолога з травмованими дітьми у закладі освіти. – Тернопіль: Освіта і суспільство, 2023. – 88 с.
31. Славіна, Л. С. Психологічна допомога дітям після травматичних подій. – Київ: Інститут психології, 2017. – 214 с.
32. Сливчук, І. В. Психотерапевтичні технології подолання дитячих травм. – Одеса: Астропринт, 2020. – 128 с.
33. Spooner, C. Attachment-Focused Family Play Therapy [Сімейна ігрова терапія, орієнтована на прив'язаність]. – London: Routledge, 2021. – 284 p.
34. Ткачук, І. І., Музиченко, І. В. Подолання психічної травми у діяльності дітей у практиці психологічних служб. – Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. – 114 с.
35. Токар, Л. М. Психологічна реабілітація дітей після переживання травматичних подій. – Чернігів: ЧНПУ ім. Т. Г. Шевченка, 2021. – 134 с.
36. UNICEF. Child Protection in Humanitarian Action. Guidelines and Standards [Захист дітей у гуманітарних умовах: стандарти та рекомендації]. – 2019. – [Електронний ресурс]. – <https://www.unicef.org>