


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

Допущено до захисту
Завідувач кафедру

Катерина
ПЕТРОВСЬКА
«22» листопада 2024 р.

**ВПЛИВ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА СОЦІАЛЬНО-
ПСИХОЛОГІЧНУ АДАПТАЦІЮ ПІДЛІТКІВ**

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувач другого рівня вищої
освіти, групи м 22 СР(б)
Галузь знань 23 Соціальна робота
Спеціальність 231 Соціальна робота
Освітньо-професійна програма:
Поствоєнна соціально-психологічна
реабілітація
Оксана АГАРКОВА

Керівник:
д.пед.н., професорка Ольга ГУРЕНКО

Рецензент:
к.пед.н., доцент Катерина ПЕТРОВСЬКА

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА СОЦІАЛЬНО–ПСИХОЛОГІЧНУ АДАПТАЦІЮ ПІДЛІТКІВ	8
1.1. Психологічні наслідки воєнного конфлікту для підлітків	8
1.2. Сутність і механізми психосоціальної адаптації підлітків під час воєнного стану	16
1.3. Підходи до підтримки підлітків у наслідок воєнних конфліктів....	21
Висновок до першого розділу	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ТА АДАПТАЦІЮ ПІДЛІТКІВ	31
2.1. Організація та методики дослідження	31
2.2. Аналіз результатів дослідження психологічного стану та соціальної адаптації підлітків.....	36
2.2.1. Результати за шкалою CRIES–8: оцінка посттравматичного стресу	36
2.2.2. Результати авторського опитувальника: психологічний стан, соціально–емоційне благополуччя та адаптація	39
2.2.3. Кореляційний аналіз узгодженості результатів CRIES–8 та авторського опитувальника	44
2.3. Розробка програми психосоціальної підтримки підлітків	45
Висновок до другого розділу	51
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасний воєнний конфлікт в Україні, що триває з 2014 року та набув повномасштабного характеру з 2022 року, став одним із наймасштабніших викликів для психічного здоров'я населення, особливо для підлітків – вікової групи, яка перебуває на критичному етапі формування особистості. За оцінками міжнародних організацій, понад 1,5 млн дітей і підлітків в Україні перебувають у зоні ризику розвитку депресії, тривожних розладів або посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Поширеність ПТСР серед підлітків у конфліктних зонах сягає 29,4%, що в 3–6 разів перевищує показники мирних популяцій. Ці дані підкреслюють системний характер проблеми: кумулятивна травма, хронічний стрес, втрати близьких, руйнування соціального середовища та освітні перерви створюють умови для порушення базових процесів соціально–психологічної адаптації.

Підлітковий вік (15–19 років) характеризується високою нейропластичністю, але водночас і вразливістю до стресових впливів. Хронічна травматизація впливає на дозрівання ключових структур мозку – амигдали, префронтальної кори та вентрального стріатуму, – що призводить до імпульсивності, порушення емоційної регуляції, гіперактивації системи «боротьба або втеча» та соматизації симптомів. Соціальні наслідки включають розрив зв'язків із сім'єю, школою, однолітками, втрату перспективи майбутнього (29% підлітків припинили планувати життя) та високий рівень ізоляції (73% вважають війну головним джерелом тривоги). Ці фактори створюють загрозу не лише індивідуальному розвитку, а й соціальній стабільності постконфліктного суспільства.

Існуючі програми психосоціальної підтримки часто не враховують специфіку українського контексту, вікову пластичність підлітків, статеві відмінності в реагуванні на травму (інтерналізація в дівчат, екстерналізація

в хлопців) та необхідність інтеграції індивідуальних, групових і соціальних втручань. Відсутність адаптованих трирівневих моделей адаптації (психофізіологічний, особистісний, соціально-поведінковий рівні) ускладнює раннє втручання та запобігання хронізації розладів. Таким чином, розробка комплексної програми, що поєднує теоретичне обґрунтування, емпіричну діагностику та практичні інструменти реабілітації, є нагальною потребою соціальної роботи та психології розвитку.

Об'єкт дослідження – соціально-психологічна адаптація підлітків.

Предмет дослідження – психологічні наслідки воєнного конфлікту, механізми адаптації, особливості психоемоційного стану та ефективність комплексної програми психосоціальної підтримки для відновлення резилієнсу підлітків.

Мета дослідження – розробити та обґрунтувати комплексну програму психосоціальної підтримки підлітків 15–19 років з досвідом воєнного конфлікту на основі теоретичного аналізу психологічних наслідків, механізмів адаптації та емпіричного вивчення їхнього психоемоційного стану.

Завдання дослідження:

1. Вивчити психологічні наслідки воєнного конфлікту для підлітків, зокрема вплив на розвиток, емоційну регуляцію та соціальні зв'язки.
2. Визначити сутність і механізми психосоціальної адаптації підлітків у воєнних і постконфліктних умовах на психофізіологічному, особистісному та соціально-поведінковому рівнях.
3. Провести критичний огляд наявних підходів до підтримки підлітків у наслідок воєнних конфліктів з урахуванням вікових, статевих і культурних особливостей.

4. Здійснити емпіричне дослідження психоемоційного стану та соціальної адаптації підлітків за допомогою стандартизованої шкали CRIES–8 та авторського опитувальника.
5. Розробити комплексну програму психосоціальної підтримки «Відновлення зв'язків» з індивідуальними, груповими та соціальними компонентами, включаючи детальні плани супроводу.

Методи дослідження. Теоретичні: аналіз наукової літератури, систематизація, узагальнення, моделювання. Емпіричні: стандартизована шкала CRIES–8 (оцінка посттравматичного стресу), авторський опитувальник «Вплив воєнного конфлікту на дітей та їхню соціально–психологічну адаптацію» (психоемоційний стан, соціальна адаптація, копінг–механізми), кореляційний аналіз Пірсона. Практичні: розробка програми, індивідуальних планів (Додаток Б), групового супроводу (Додаток В), моніторинг ефективності.

Вибірка дослідження – 27 підлітків (15 дівчат, 12 хлопців) віком 15–19 років з досвідом воєнного конфлікту, які проживають на постконфліктній території. Дослідження проведено з дотриманням етичних норм: інформована згода, конфіденційність, добровільність, відсутність ризику ретравматизації.

Наукова новизна дослідження полягає в:

- систематизації трирівневої моделі соціально–психологічної адаптації підлітків у воєнному контексті з урахуванням вікових і статевих закономірностей;
- емпіричному підтвердженні високого рівня посттравматичного дистресу (середній бал CRIES–8 – 31,7) та дефіциту адаптаційних ресурсів у українській вибірці;
- розробці інтегрованої програми «Відновлення зв'язків», що поєднує індивідуальні (TF–CBT, арт–терапія, дихальні техніки), групові (5 рівнів травматизації, інтеграційний захід) та соціальні (партнерство

сім'я–школа–громада) компоненти з чіткими критеріями оцінки (>80% індикаторів).

Практична значущість роботи. Розроблена програма є готовим інструментом для центрів соціальних служб, шкільних психологів, недержавних організацій. Вона дозволяє знизити ПТСР на 20–50%, нормалізувати сон, відновити соціальні зв'язки, мотивацію до навчання, сформувані копінг–стратегії та посттравматичне зростання. Індивідуальні плани (Додаток Б) та груповий супровід (Додаток В) адаптовані до реальних умов, не потребують значних ресурсів і можуть впроваджуватися в постконфліктних громадах. Програма сприяє координації послуг, ранньому втручанню та запобіганню довгостроковим наслідкам (хронічні розлади, безробіття, соціальна дезадаптація).

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел, додатків. У першому розділі розглянуто теоретичні аспекти впливу воєнного конфлікту на адаптацію підлітків. Другий розділ присвячено емпіричному дослідженню, аналізу результатів та розробці програми. Додаток А містить текст авторського опитувальника, Додаток Б містить індивідуальний план супроводу, Додаток В – програму групової роботи. Загальний обсяг роботи – 69 сторінок; обсяг викладу матеріалу: 40 сторінок. Список використаних джерел налічує 85 пунктів.

Апробація результатів. Основні положення дослідження можна обговорювати на науково–практичних семінарах, конференціях. Матеріали можуть бути використані в навчальних курсах із соціальної роботи, психології розвитку, кризового консультування, тощо.

Перелік умовних позначень

Умовне позначення	Розшифровка
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
CRIES-8	Children's Revised Impact of Event Scale (8-item version) – Шкала впливу травматичної події для дітей (8 пунктів)
TF-CBT	Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy – Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія
SEL	Social-Emotional Learning – Соціально-емоційне навчання
SAFE	Sequenced, Active, Focused, Explicit – Послідовна, активна, сфокусована, явна (програма підтримки)
YRI	Youth Readiness Intervention – Інтервенція готовності молоді
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй
НГО	Недержавна громадська організація
PORUCH	Програма психосоціальної підтримки (можливе локальне скорочення, контекстно – підтримка)
Додаток А	Авторський опитувальник «Вплив воєнного конфлікту на дітей та їхню соціально-психологічну адаптацію»
Додаток Б	Індивідуальний план психосоціальної підтримки
Додаток В	Програма групового супроводу

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНУ АДАПТАЦІЮ ПІДЛІТКІВ

1.1. Психологічні наслідки воєнного конфлікту для підлітків

Психологічні наслідки воєнного конфлікту для підлітків становлять одну з найбільш актуальних і складних проблем у сучасній психології розвитку, особливо в умовах тривалих збройних конфліктів, які зачіпають мільйони молодих людей у всьому світі. Підлітковий вік, що охоплює період від 12 до 19 років, є часом інтенсивних біологічних, психологічних та соціальних перетворень, які роблять підлітків особливо вразливими до зовнішніх стресорів [78; 81]. До того ж у підлітковому віці мозок ще «дозріває», особливо частини, що відповідають за самоконтроль та емоції. Сильний стрес порушує цей процес, як наслідок емоції починають переважати над розсудливістю, що веде до імпульсивності та різких змін настрою. Крім того, тривалий стрес може пошкодити структури мозку, пов'язані з пам'яттю та психічним здоров'ям, збільшуючи ризик тривоги та депресії [25].

Переходячи до концептуальних основ, війна постає як хронічна комплексна травма. Вона являє собою кумулятивний вплив постійних загроз, втрат і невизначеності, які накопичуються з часом [9; 40]. Серед таких травматичних подій можна виділити [18; 20; 28]:

- безпосереднє насильство (обстріли, бомбардування та поранення),
- втрата близьких,
- руйнування домівок і шкіл,
- примусове переміщення,
- відсутність базових послуг,
- недостатній доступ до медичної допомоги,

- сексуальне насильство,
- вербальні чи фізичні загрози, поряд з дистресом через постійну нестабільність та невизначеність.

Це все призводить до порушень у регуляції емоцій, самоідентифікації та міжособистісних стосунках. З 2023 року, у зонах активних конфліктів, включаючи Україну, Сирію та Ємен, близько 40% дітей і підлітків стають свідками насильства, а 25% переживають втрату близьких, що безпосередньо впливає на їхній психічний стан [27]. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) зазначає, що близько 10% осіб, які пережили травматичні події, розвивають серйозні психічні розлади, а ще 10% демонструють поведінкові зміни, що перешкоджають нормальному функціонуванню [28].

Окрім явних травматичних подій, значну роль відіграють хронічні стресори, такі як [3; 10; 20]:

- бідність,
- втрата стабільних соціальних мереж,
- перерваний навчальний процес
- підвищена відповідальність у родині (пошук їжі чи догляд за молодшими дітьми).

Сучасні дослідження аналізуючи дані з конфліктів в Україні та Сирії, підтверджують, що комплексна травма підвищує ризик психічних розладів у 3 рази порівняно з ізольованими травмами [5; 17]. Це пояснюється гіперактивацією системи «боротьба або втеча», яка переходить у хронічний стан, виснажуючи психічні ресурси [23].

Теоретичне осмислення психологічних наслідків війни для підлітків спирається на 3 ключові моделі [4; 10; 53]:

1. Екологічну;
2. Теорію збереження ресурсів;
3. Теорію соціальної безпеки.

Екологічна модель розвитку підкреслює взаємодію мікросистеми (сім'я, школа) з макросистемою (культура, конфлікт), де війна діє як руйнівний фактор на всіх рівнях [4; 59]. Підлітки, на відміну від молодших дітей, вже мають розвинену здатність до абстрактного мислення, що дозволяє їм усвідомлювати не лише фізичну, а й екзистенційну загрозу, таку як втрата сенсу життя чи невизначеність майбутнього, тощо. Війна запускає так звану «спіраль втрат»: спочатку людина втрачає щось важливе – дім, близьких чи стабільне життя. Це виснажує її внутрішні сили, надію та здатність справлятися з труднощами. Втративши ці психологічні опори, їй стає значно важче адаптуватися до нових обставин, що посилює стрес та розлади [10; 54; 65].

Війна кардинально руйнує базові уявлення людини про безпеку. Вона підриває відчуття передбачуваності світу, віру у власні сили та сприйняття майбутнього як перспективного. Ця втрата орієнтирів призводить до глибоких порушень у роботі організму, зокрема – до збоїв у роботі ключової системи, що відповідає за реакцію на стрес [25; 53]. За даними дослідження Kantar в Україні 73% підлітків назвали війну головним джерелом тривоги, а 29% припинили планувати майбутнє через страх невизначеності [46; 68]. В цілому, ці теоретичні моделі підкреслюють необхідність втручань, спрямованих на відновлення ресурсів, від сімейної підтримки до суспільних програм.

Досвід різних регіонів світу підтверджує, що підлітки в конфліктних зонах мають найвищий ризик психічних розладів. За даними аналізу даних із зон конфліктів у різних регіонах світу, середня поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед підлітків 11–19 років сягає приблизно 29,4%. Це означає, що даний розлад є масовим явищем серед молоді, яка проживає в умовах війни [5]. В Україні, за останніми даними ЮНІСЕФ, близько 1,5 мільйона дітей і підлітків ризикують розвинути депресію, тривогу, ПТСР [27; 37]. До того ж, підлітки особливо

страждають від втрати родичів, що за статистикою торкнулось 1 з 5 [27]. Загалом, ці дані ілюструють серйозність проблеми: ПТСР не є рідкісним явищем серед підлітків у воєнних зонах, і поширеність значно вища, ніж у мирних популяціях (де вона становить близько 5–10% протягом життя [2]), але не кожен з травмованих підлітків, при цьому, перетвориться на хронічного пацієнта, якщо забезпечити раннє втручання та підтримку, то можна обійти значні психічні негативні наслідки [1; 8; 24].

Перейдемо до огляду класифікації психологічних наслідків війни для підлітків, яка охоплює кілька взаємопов'язаних доменів, що не є взаємовиключними, і в реальності підлітки часто мають поєднання кількох категорій симптомів, що ускладнює діагностику та надання допомоги. Розглянемо їх детально [19; 63; 83]:

Перший домен включає реакції на гострий стрес та посттравматичні розлади, такі як:

- нав'язливі спогади,
- флешбеки,
- нічні кошмари,
- уникнення нагадувань про травму,
- емоційне оніміння,
- гіперзбудливість,
- надмірна настороженість та реактивність.

В підлітковому віці ці симптоми можуть проявлятися як відчуття провини, самообвинувачення, ризиковані або саморуйнівні дії, а також зміни в міжособистісній поведінці, такі як агресія або ізоляція. Конкретні прояви психологічної травми у підлітків, які пережили інтенсивні бойові дії, демонструють значну схожість незалежно від географії [13; 17; 30]. Це може призводити до повної відмови від відвідування укриттів, оскільки сам простір сприймається як тригер, що повертає до моменту первинної травми.

Другий домен стосується депресивних розладів, що проявляються [12; 79]:

- постійним сумом,
- втратою інтересу до раніше приємних занять,
- змінами апетиту та сну,
- зниженням концентрації.

У підлітків депресія часто поєднується з подразливістю та конфліктами в родині і школі, що може помилково трактуватися як типова підліткова криза, відкладаючи діагностику. У східноєвропейських країнах депресія у підлітків часто соматизується через скарги на головний біль чи біль у животі, і дані від 2021 року вказують, що 20% підлітків у зонах конфлікту мають соматизовану депресію, що вимагає спеціального підходу до виявлення [28; 79].

Третій домен охоплює тривожні розлади, включаючи [30; 37]:

- генералізовану тривогу,
- панічні атаки,
- соціальну фобію.

Де, при цьому, тривога може бути постійною реакцією на непередбачувані загрози і часто проявляється соматизацією, особливо в підлітків, які менш вміють вербалізувати емоції [30; 42].

Четвертий домен стосується поведінкових та зовнішньо спрямованих проявів, таких як [16; 51; 44]:

- порушення поведінки,
- підвищена агресія,
- насильницька поведінка,
- ухиляння від навчання,
- раннє вживання психоактивних речовин,
- злочинна активність.

Ці наслідки особливо посилюються за умови втрати структури сім'ї, економічного дефіциту та доступності негативних впливів у суспільстві. Так, у постконфліктних регіонах, де сім'ї втратили годувальників, підлітки на 30% частіше вдаються до вживання алкоголю чи наркотиків як способу впоратися зі стресом, а в Україні зростання підліткової злочинності в тимчасово окупованих регіонах пов'язане з браком соціального контролю та доступністю психоактивних речовин [27; 37].

П'ятий аспект включає соматичні та психосоматичні прояви, такі як [41; 79]:

- хронічний біль,
- порушення сну,
- шкірні та гастроінтестинальні проблеми з психогенним компонентом.

А також когнітивні наслідки, включаючи [38; 41]:

- проблеми з увагою і пам'яттю,
- зниження академічної успішності,
- труднощі у плануванні.

Це все відображається на перерваному освітньому шляху та довгострокових життєвих перспективах підлітків.

Щодо ризику виникнення тяжких психологічних наслідків, то це залежить від низки факторів. До основних ризик-факторів належать [3; 18; 20; 28]:

- Тривалість та інтенсивність контакту з військовими діями,
- Особисте травмування або свідчення смерті близьких,
- Постійний та тривалий характер стресових ситуацій,
- Додаткові негативні обставини (нестача їжі, медичної допомоги),
- Розпад сім'ї або втрата родинних зв'язків,
- Відсутність підтримки з боку оточення,
- Наявність психологічних проблем до початку війни,
- Залучення до участі у бойових діях.

До всього цього, деякі специфічні сценарії заслуговують окремої уваги, до них відносяться підлітки, які були мобілізовані або залучені до збройних формувань, відомі як дитячі солдати, зазвичай мають поєднання явних травматичних переживань і емоційно–пов'язаних питань моралі й співучасті, що підвищує ризик комплексних симптомів, таких як рання спонуканість до агресії, глибоке соромлення або ізольованість, розлади ідентичності та труднощі з реінтеграцією в мирне життя [20; 36]. За оцінками правозахисних організацій, у світі близько 100 тисяч дітей та підлітків залучені до участі у збройних формуваннях. Досвід таких країн, як Конго, Сомалі та М'янма, свідчить, що серед цих осіб поширеність посттравматичного стресового розладу перевищує показники цивільного населення майже в 7 разів. Це підтверджує, що участь у бойових діях є одним з найважчих факторів ризику для психічного здоров'я неповнолітніх [20]. У контексті України, хоча офіційно підлітків не залучають до бойових дій, у тимчасово окупованих регіонах зафіксовано випадки вербування молоді до воєнізованих формувань, що підвищує ризик ПТСР і розладів ідентичності, і дослідження показують, що колишні дитячі солдати мають труднощі з контролем агресії та соціальними навичками [17; 36].

Також існує висока вірогідність стигматизації, відторгнення спільнотою та міжособистісних конфліктів після повернення, що додатково погіршує психічний стан і перешкоджає доступу до допомоги. Жертви сексуального насильства в умовах конфлікту, серед яких бувають і дівчата, і хлопці–підлітки, мають підвищений ризик комплексних посттравматичних наслідків, проблем із самоідентичністю, труднощів із встановленням інтимних стосунків у майбутньому та ризиків пов'язаних з фізичним здоров'ям [20; 36].

Перейдемо до розгляду освітніх та соціальних наслідків, вони включають в себе [26; 38; 50]:

- порушення навчання,

- зниження мотивації до освіти,
- часті прогули або повний вихід із системи освіти,
- втрату соціальних можливостей,
- втрату кар'єрних перспектив.

В багатьох постконфліктних регіонах дослідження показують, що втрата шкільного середовища не лише позбавляє підлітків знань, але й забирає важливу структуру і ритуали, які зменшують рівень тривоги і допомагають відновлювати відчуття нормальності [36; 60]. Втрата доступу до освіти через конфлікт має довгострокові наслідки для підлітків. Згідно з оцінками, такі діти мають на 50% вищий ризик безробіття в дорослому віці [26]. В Україні, за офіційними даними, через пошкодження або знищення кожного п'ятого навчального закладу, освітній процес було порушено для понад 2 мільйонів учнів [26]. Ця тривала перерва в навчанні та соціалізації створює серйозні перешкоди для майбутнього розвитку. Вона може призводити до закріплення бідності та поглиблення психосоціальних проблем [26; 38]. Результати спостереження також підтверджують, що комбінація війни, переміщення та травми безпосередньо впливає на розвиток дітей, проявляючись у посиленні поведінкових проблем та зниженні навчальних здібностей [15; 17; 37].

Тож, теоретичний аналіз психологічних наслідків воєнних конфліктів для підлітків показав, що вони включають в себе від найпоширеніших, як ПТСР, депресія та тривога, до менш частих соматичних скарг чи дисоціальних розладів, що підкреслює глибокий і багатогранний вплив війни на психіку молоді. Висвітлюючи ідею, що психологічні наслідки воєнних конфліктів для підлітків – це не просто набір симптомів, а порушення процесів становлення особистості, стосунків і майбутніх можливостей [78; 81; 59].

1.2. Сутність і механізми психосоціальної адаптації підлітків під час воєнного стану

Психосоціальна адаптація підлітків під впливом воєнних конфліктів є складним процесом інтеграції особистості в соціальне середовище з урахуванням травматичного досвіду, що включає 3 рівні [52; 59; 68]:

1. Психофізіологічні (реакції нервової системи на зміни),
2. Особистісні (усвідомлення ідентичності в нових обставинах),
3. Соціально-поведінкові (встановлення взаємодій, дотримання норм, освоєння ролей).

Цей процес набуває особливого значення в підлітковому віці, бо війна виступає потужним стресовим фактором, що додає травматичного досвіду, який може порушувати розвиток, руйнувати системи підтримки та провокувати серйозні психосоціальні проблеми [3; 20; 84]. Однак, попри ці труднощі, підлітковий вік також відкриває можливості для відновлення та зростання завдяки пластичності психіки, здатності до осмислення та критичного мислення [15; 29; 66]. У цьому контексті адаптація стає не лише механізмом виживання, але й шляхом до формування резилієнсу, що дозволяє молодим людям долати травми та будувати нове життя. Розуміння сутності та механізмів цього процесу є ключовим для розробки ефективних стратегій підтримки, які враховують як індивідуальні особливості підлітків, так і специфіку воєнного контексту [11; 24; 67].

Що до сутності адаптації підлітків, то вона полягає в активному пристосуванні до змін у внутрішньому та зовнішньому середовищі, що забезпечує гармонію між самосприйняттям («Я-концепцією») та реальними діями [78; 81; 53]. У звичайних умовах цей процес спрямований на задоволення базових потреб, таких як безпека, приналежність до групи та самореалізація, з мінімальними витратами психічних і фізичних ресурсів [10; 53]. Проте в умовах воєнних конфліктів адаптація ускладнюється

травматичними переживаннями, що включають втрату близьких, дому, соціальної стабільності чи навіть базового відчуття безпеки, тощо [9; 50; 65]. Ці фактори посилюють природну кризу ідентичності, коли підлітки намагаються визначити своє місце в світі, балансуючи між залежністю від дорослих і прагненням до автономії [32; 40; 78; 81]. Війна додає до цього процесу елементи токсичного стресу, який негативно впливає на нейронний і когнітивний розвиток. У регіонах, що постійно перебувають у стані конфлікту, рівень посттравматичних стресових розладів серед дітей та підлітків може коливатися від 18% до майже 70% [5; 17; 27]. Умови, що спричиняють такі наслідки, вимагають від молоді не лише внутрішніх зусиль з подолання травми, але й активної взаємодії з соціальним оточенням, яке саме по собі часто є нестабільним або навіть ворожим.

Переходячи до психологічних аспектів, варто зазначити, що адаптація підлітків у воєнних умовах включає 3 ключові рівні [52; 59; 84]:

1. Психофізіологічний,
2. Особистісний,
3. Соціально–поведінковий.

На психофізіологічному рівні війна викликає реакції нервової системи, які проявляються в підвищеній тривожності, порушеннях сну чи соматичних симптомах [25; 41; 79]. Особистісний рівень пов'язаний із формуванням ідентичності та самосприйняття, що ускладнюється через втрату стабільних орієнтирів, таких як рідна домівка чи звичне соціальне оточення [50; 65; 81]. Соціально–поведінковий рівень передбачає освоєння нових ролей і норм у зміненому середовищі, наприклад, серед однолітків у новій школі чи в таборі для біженців. Успішна адаптація на цих рівнях веде до резилієнсу, тобто здатності відновлюватися після травм, тоді як невдача може призводити до стигматизації, дискримінації чи навіть девіантної поведінки, такої як агресія чи соціальна ізоляція [44; 51; 84].

Розглядаючи механізми психологічної та соціальної адаптації, слід звернути увагу на їхню багатогранність і взаємопов'язаність. Одним із ключових є когнітивний механізм, який дозволяє підліткам аналізувати ситуацію, моделювати поведінку та шукати рішення. Цей процес базується на [40; 78; 81]:

- асиміляції (інтеграції нової інформації в наявні когнітивні схеми),
- акомодатії (зміні цих схем під впливом нового досвіду).

Для подолання цих проблем застосовуються інтервенції, такі як нарративна експозиційна терапія, яка допомагає реконструювати травматичні нарративи, дозволяючи підліткам осмислити свій досвід і зменшити вплив травми на когнітивні функції [17; 22; 39]. Тож, даний механізм є основою для розуміння нових реалій і пошуку шляхів інтеграції в змінене середовище.

Емоційний механізм адаптації відіграє не менш важливу роль, оскільки війна викликає інтенсивні емоційні реакції. Цей механізм включає регуляцію емоцій і психологічний захист, наприклад, витіснення чи раціоналізацію, які допомагають справлятися з внутрішніми конфліктами [42; 66]. Прикладом допомоги задля підтримки даного механізму адаптації серед дітей рохінджа в таборах біженців застосовували релігійні вірування, такі як віра в духів, що допомагали пояснити симптоми та зменшити тривогу [3]. В цілому процесувати травматичні переживання та відновлювати емоційний баланс допомагає застосування травмо–фокусованої когнітивно–поведінкової терапії (TF–CBT) [6; 31; 83]. З цього виходить, що механізм впливає на здатність підлітків будувати стосунки та адаптуватися до нових соціальних умов.

Поведінковий механізм адаптації передбачає активну зміну поведінки та вибір стратегій копінгу для взаємодії з оточенням. У воєнних умовах підлітки можуть демонструвати як зовнішні проблеми: агресію чи гіперактивність, так і внутрішні, такі як: відсторонення чи пасивність. Ці

реакції є спробами впоратися з невизначеністю та втратами [16; 51]. При цьому, задля покращенні просоціальної поведінки та шкільної стійкості використовують програми готовності молоді (YRI). Аналогічно застосовуються ігрові лабораторії для молодших підлітків, що допомагають через структуровану діяльність, що сприяє зменшенню поведінкових проблем та сприяє соціальній інтеграції [15; 55; 73]. Важливо зазначити, що поведінковий механізм тісно пов'язаний із локусом контролю: підлітки з внутрішнім локусом частіше беруть відповідальність за свої дії, тоді як зовнішній локус може призводити до пасивності чи залежності від обставин [66]. У воєнних умовах цей механізм потребує підтримки через структуровані програми, які допомагають підліткам розвивати активні стратегії копіngu.

Соціальні механізми адаптації базуються на процесах соціалізації, імітації та конформізму, які дозволяють підліткам інтегруватися в нові групи та спільноти. Згідно з теорією екологічних систем адаптація залежить від взаємодії мікросистем (сім'я, однолітки) і макросистем (культура, політична ситуація) [4; 59]. Війна руйнує ці системи, порушуючи прив'язаність до батьків чи однолітків, що може призводити до ізоляції чи втрати довіри [Д. Боулбі]. Проте соціальні механізми, такі як сімейна підтримка чи спільнотні програми допомагають відновлювати зв'язки та зменшувати стигму [21; 33; 73]. Соціальна інтеграція в таких випадках вимагає культурної чутливості та врахування мовних чи етнічних бар'єрів, що дозволяє підліткам відчувати себе частиною нової спільноти.

Центральним же механізмом адаптації підлітка є саморегуляція та резилієнс, які забезпечують баланс між внутрішніми та зовнішніми факторами через зворотний зв'язок. Цей процес включає 4 фази [29; 66; 67]:

- преадаптації (підготовка до змін),
- дезадаптації (відмова від старих шаблонів),
- реадаптації (формування нових),

- фінальної адаптації (досягнення стабільності).

У воєнних умовах цей зв'язок порушується та ускладнюється через хронічний стрес, але захисні фактори сприяють резилієнсу. Для підтримки розвитку даного механізму використовують модель SAFE (безпека, доступ до базових потреб, сімейні зв'язки, освіта), вона пропонує структурований підхід до підтримки, акцентуючи на створенні стабільного середовища [11; 27]. Прикладом слугує програма соціально-емоційного навчання (SEL), що допомагає розвивати навички саморегуляції, а арт-терапія дозволяє виражати емоції та переживання через творчість, що є особливо ефективним у культурно чутливих контекстах [21; 77; 82].

Щодо градації рівнів адаптації в умовах військових конфліктів, то вони вварюються від [56; 84]:

- високого, коли підліток досягає гармонії з мінімальними психічними витратами, до
- низького, що характеризується дисгармонією та високою тривогою.

Низький рівень адаптації часто спостерігається у підлітків, які переживають тривалий стрес, що може призводити до коморбідних розладів. Водночас високий рівень адаптації можливий за наявності сильних захисних факторів, таких як підтримка сім'ї чи доступ до психологічних інтервенцій [3; 15; 29]. Ці фактори допомагають підліткам не лише виживати, але й знаходити сенс у своєму досвіді, що сприяє їхньому особистісному зростанню.

Для забезпечення успішної адаптації в конфліктних умовах необхідні міждисциплінарні стратегії, які враховують як індивідуальні, так і соціальні аспекти. Психологічні тренінги, такі як TF-CBT чи KIDNET, спрямовані на обробку травматичного досвіду, тоді як програми SEL розвивають навички емоційної регуляції та соціальної взаємодії [6; 22; 61; 83]. Сімейні та спільнотні інтервенції, наприклад, тренінги для батьків чи створення безпечних просторів, допомагають відновлювати соціальні зв'язки та

зменшувати стигму [21; 33; 73; 76]. Системні рекомендації, такі як координація гуманітарних послуг, збереження культурної ідентичності та економічна підтримка, є критично важливими для довгострокової інтеграції [11; 24; 69]. В Україні програми підтримки пропонують підліткам можливості для соціальної активності, що сприяє їхній реінтеграції в суспільство [33; 61; 71; 73]. Водночас важливо враховувати статеві та культурні особливості, оскільки дівчата частіше зазнають такого вида насильства, а хлопці можуть стикатися зі стигмою через участь у конфліктах.

У підсумку, психосоціальна адаптація підлітків у воєнних умовах є складним процесом, який вимагає балансу між внутрішніми ресурсами та зовнішньою підтримкою. Когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні механізми взаємодіють, щоб допомогти молодим людям подолати травми та інтегруватися в нове середовище. Саморегуляція та резилієнс стають центральними в цьому процесі, дозволяючи підліткам не лише вистояти перед викликами війни, але й знайти нові можливості для розвитку. Забезпечення ефективної підтримки через психологічні, соціальні та системні інтервенції є ключовим для зменшення довгострокових наслідків травм і сприяння здоровому розвитку підлітків у постконфліктному світі [11; 24; 69; 67].

1.3. Підходи до підтримки підлітків у наслідок воєнних конфліктів

Підлітковий вік супроводжується прагненням до свободи та незалежності, але водночас підліток потребує підтримки та шукає розуміння від близьких, що робить його внутрішній світ особливо вразливим до зовнішніх впливів [32; 40; 78; 81]. У звичайних умовах ці зміни вже створюють виклики, але в ситуаціях, коли кризові події перевищують

адаптаційні можливості, вони можуть призвести до сильного стресу, емоційних розладів або навіть глибокої психологічної травми [9; 63; 66].

Криза в психологічному розумінні визначається як ситуація, коли людина стикається з подією або станом, що виходить за межі її звичних можливостей подолання труднощів, спричиняючи внутрішню дезорганізацію, руйнування попередніх схем поведінки та відчуття безсилля, безнадії чи втрати контролю над життям [14; 63; 67]. Для підлітка, який ще не має достатнього життєвого досвіду, сформованих механізмів емоційної регуляції та стійких ціннісних орієнтацій, така ситуація може стати особливо травматичною, оскільки його психіка перебуває в стані активного формування [25; 78; 81]. Реакції на кризу в цьому віці часто набувають крайніх форм – від агресії, заперечення чи апатії до замкнутості або ризикованої поведінки, як втечі з дому чи вживання речовин [16; 44; 51]. Щоб ефективно допомогти, необхідно розуміти специфіку внутрішнього світу підлітка: суперечність між бажанням бути дорослим і потребою залишатися дитиною, нестійку самооцінку, інтенсивні й мінливі емоції та здатність до рефлексії, яка лише формується [32; 40; 81]. Саме тому підтримка повинна бути адаптованою, не нав'язливою, а спрямована на створення простору довіри, визнання та співпереживання [2; 45].

Сучасні підходи до підтримки підлітків у кризових ситуаціях поєднують досягнення кризової та вікової психології; психотерапії та педагогічної практики, з акцентом на створення безпечного середовища, де підліток може вільно висловити свої почуття без осуду чи тиску [11; 14; 60]. Атмосфера прийняття дозволяє зменшити рівень тривоги та сприяє поступовій стабілізації емоційного стану, що є основою для подальшого відновлення [2; 45; 76].

Ефективна допомога завжди починається з емпатійного слухання – здатності уважно сприймати не лише слова, а й підтексти, невербальні сигнали та емоційні реакції, допомагаючи підлітку усвідомити власні

почуття, назвати їх і відновити внутрішній контроль [11; 45; 75]. Ключову роль відіграє довіра, яка не виникає відразу, а формується поступово через послідовність дій, щирість і відсутність засудження. Коли підліток переконується, що його не критикують чи не зраджують, він починає відкриватися, що створює умови для роботи з глибинними емоціями, часто прихованими за зовнішньою байдужістю чи агресивністю [2; 45; 52]. Підлітки нерідко приховують переживання через страх бути нерозумілими або відкинутими, тому завдання дорослого – не лише зрозуміти, а й створити ситуацію, де розуміння стає відчутною реальністю [45; 76]. Крім того, важливо враховувати, що в умовах війни, як в Україні, підлітки можуть відчувати хронічний стрес від невизначеності, тому підтримка повинна включати елементи стабілізації, такі як рутинні практики чи фізична активність [27; 61; 73].

Важливим напрямом надання допомоги є формування навичок саморегуляції – уміння розпізнавати власні емоційні стани, розуміти причини тривоги, гніву чи смутку та знаходити конструктивні способи їх вираження [42; 61; 66]. Тут особливо корисними є методи арт-терапії, музикотерапії та тілесно-орієнтованих практик, які допомагають вивільнити накопичені емоції без шкоди. Через творчість підліток може прожити травматичний досвід, надати йому символічної форми та зробити крок до зцілення [21; 77; 82]. Арт-терапія ефективна, коли вербалізація почуттів складна, і мета-аналізи показують, що вона зменшує симптоми ПТСР на 20–30% у травмованих підлітків порівняно з преінтервенційними показниками [1; 77]. Для українських підлітків розроблені програми допомогли 70% учасникам покращити соціальні навички та зменшити стигму щодо психологічної допомоги через арт-заняття [21; 73; 77]. З іншого боку, тілесно-орієнтовані практики, як дихальні вправи чи йога, відновлюють відчуття безпеки в тілі, зменшуючи соматичні симптоми стресу, такі як головний біль чи безсоння [14; 77; 82]. Однак, важливо

враховувати ризики, наприклад ретравматизацію – повторне переживання травми через неконтрольоване занурення в спогади [6; 22; 83]. Тому такі методи слід застосовувати поступово під наглядом фахівця, як підкреслюється в мета-аналізах ефективності арт-терапії для травмованих дітей [1; 77]. Таким чином, саморегуляція не лише стабілізує стан, а й буде довготривалим ресурсом для подолання майбутніх викликів.

Ще одним важливим аспектом є підтримка соціальних зв'язків підлітка, оскільки кризові ситуації часто супроводжуються ізоляцією, відчуттям відчуження та втратою сенсу спілкування [50; 84]. Завдання психолога чи педагога – допомогти повернутися до кола значущих стосунків або створити нові, безпечні та приймаючі [21; 33; 73]. Групові форми роботи, такі як тренінги емоційної грамотності, групи підтримки чи колективні творчі проекти, дозволяють підліткам відчути спільність, усвідомити, що їхні переживання не є унікальними чи соромними [21; 55; 71]. Така взаємна підтримка зменшує почуття ізоляції та формує базову довіру до світу, як показано в екологічних моделях інтервенцій для дітей у зонах конфлікту. Дані вказують, що групові сесії сприяли інтеграції підлітків у нові спільноти, зменшуючи симптоми тривоги на 40% у учасників [15; 21]. Психологічна підтримка також передбачає роботу з когнітивними установками – сприйняттям події, себе та світу після неї [7; 31]. Часто спотворені переконання, як «це моя провина» чи «все безнадійно», утримують підлітка в стані страждання. Через бесіду, рефлексію та техніки когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) можна змінити ці деструктивні думки на реалістичніші [6; 31; 83]. У КПТ підліток вчиться ідентифікувати негативні думки за моделлю АВС (подія – думка – емоція – поведінка), замінюючи їх конструктивними, що довело ефективність у зменшенні симптомів депресії на 40% у травмованих підлітків [2; 6].

Не менш важливим компонентом допомоги є робота з батьками, оскільки підтримка підлітка неможлива без участі сімейного оточення [21;

33; 52]. Батьки часто самі переживають кризу, розгубленість чи провину, тому не завжди здатні адекватно реагувати на емоційні вибухи чи замкнутість дитини. Просвітницька робота з ними, навчання базовим навичкам емоційного слухання, ненасильницької комунікації та підтримувальної поведінки – все це створює умови для ефективної допомоги. Батьки, при цьому, можуть вчитися уникати фраз на кшталт «не плач, будь сильним», замінюючи їх на «розкажи, що ти відчуваєш, я тут з тобою», що сприяє довірі та зменшує конфлікти [33; 45; 76]. Така освіта допомогла батькам в Україні стати опорою, зменшивши напругу в родинах на 30% [33; 73]. Коли батьки стають емоційно стабільнішими, вони перетворюються на надійну опору, а не додаткове джерело стресу. При цьому, важливо забезпечити спеціалізовану психотерапевтичну допомогу, включаючи методи стабілізації, десенсибілізації – поступового зменшення чутливості до спогадів через контрольоване exposure, як у методі EMDR (рух очей для десенсибілізації та переробки), – та ресурсну терапію [22; 28; 83]. Результати використання EMDR – зменшення симптомів ПТСР на 50% у підлітків після 8–12 сесій, але виявлено ризики, що включають тимчасове посилення тривоги, тому потрібен чіткий моніторинг [17; 22].

Не можна оминати роль школи як середовища підтримки, де психологи, соціальні педагоги та вчителі можуть помічати зміни в поведінці та реагувати [35; 60; 61]. Важливо формувати культуру психологічної безпеки, де звернення по допомогу – ознака зрілості, а не слабкості. Заняття з розвитку емоційного інтелекту, тренінги стресостійкості та навички ненасильницької комунікації створюють превентивне підґрунтя [61; 64; 69]. Сучасні дослідження підкреслюють необхідність враховувати статеві, культурні та соціальні відмінності. За даними 2025 року, дівчата частіше повідомляють про інтерналізуючі проблеми, як тривога та депресія, тоді як хлопці – про поведінкові, але загальний рівень емоційних проблем вищий у хлопців [43; 48; 74]. Дівчата краще використовують стратегії регуляції, як

когнітивну переоцінку, але культурні стереотипи, як «чоловіки не плачуть», поглиблюють ізоляцію хлопців. Просвіта суспільства зменшує ці бар'єри [69; 76]. Підтримка не завжди означає негайне вирішення – іноді про витримування невизначеності, прийняття почуттів, проживання втрат. Цей процес вимагає терпіння, стабільності та часу [2; 45]. З іншого боку, важливо враховувати обмеження: не всі підходи ефективні для всіх, наприклад, через опір підлітка чи культурні бар'єри, і в 20% випадків потрібна медикаментозна підтримка чи довготривала терапія [2; 62]. Етичні аспекти, як конфіденційність та інформована згода, є обов'язковими, щоб уникнути завданню шкоди [2; 11; 62].

В умовах війни та соціальної нестабільності особливого значення набуває кризова інтервенція – короткочасна, але інтенсивна форма допомоги, спрямована на стабілізацію стану та запобігання розвитку глибокої психопатології. Така інтервенція має чітку структуру: встановлення контакту, оцінку стану, надання емоційної підтримки, допомогу у відновленні базового функціонування та, за потреби, направлення до спеціалістів [11; 14; 75]. Ключовим є не порада, а присутність – психологічна, тепла, уважна. Коли підліток бачить, що його біль визнано та прийнято, це вже має терапевтичний ефект [14; 45]. Моделі, як Youth Readiness Intervention, розроблені для молоді в зонах конфлікту [15; 55].

Спеціальні програми психологічної підтримки, розроблені для молоді з зон конфліктів, демонструють значну ефективність: зменшуючи внутрішні та зовнішні симптоми, покращуючи функціонування. Підхід, заснований на сильних сторонах особистості, також показує високу ефективність, фокусуючись не на проблемі, а на ресурсах: здібностях, інтересах, позитивному досвіді та соціальній підтримці [15; 29; 71]. Підліток усвідомлює, що він не лише жертва, а й активний учасник життя, здатен впливати на події через навчання, спорт, волонтерство чи творчість. Такий досвід відновлює почуття компетентності та віри у сили, критично важливе

в подоланні кризи. Українські підлітки (60% учасників), що приймали участь в програмах волонтерства відзначили, що це допомогло віднайти їм сенс і зменшити ізоляцію [33; 73; 85].

Підсумовуючи, ефективна підтримка підлітка в кризі ґрунтується на поєднанні принципів: безумовного прийняття, емпатії, довіри, активного слухання, стимулювання саморегуляції, відновлення соціальних зв'язків, опори на ресурси та поступової переоцінки подій. Вона потребує комплексного підходу, де оточення діє узгоджено, з урахуванням обмежень та ризиків. У центрі – особистість підлітка з її унікальним досвідом, болем, але й потенціалом зростання. Психологічна підтримка – це про формування культури турботи, чутливості та солідарності, роблячи суспільство зрілішим. Підліток, який відчув розуміння, виросте здатним підтримати інших, створюючи коло взаємопідтримки для подолання травм [11; 24; 67; 69].

Висновок до першого розділу

Аналіз теоретичних аспектів впливу воєнного конфлікту на підлітків виявив глибоку вразливість цього віку до хронічного стресу. Встановлено, що інтенсивні біологічні, психологічні та соціальні трансформації 12–19 років роблять підлітків особливо чутливими до зовнішніх загроз. Сильний стрес порушує дозрівання мозку, що призводить до імпульсивності, емоційної лабільності та зростання ризику тривожно–депресивних розладів. Дослідження підтверджують кумулятивний ефект комплексної травми: постійні обстріли, втрати близьких, руйнування домівок, примусове переміщення та дефіцит базових послуг накопичуються, порушуючи регуляцію емоцій, самоідентифікацію та міжособистісні зв'язки.

Висвітлено роль хронічних стресорів – бідності, перерваного навчання, підвищеної сімейної відповідальності, – які потроюють ризик психопатології порівняно з ізольованими травмами. Гіперактивація системи «боротьба або втеча» переходить у хронічний режим, виснажуючи ресурси та запускаючи «спіраль втрат». Теоретичне осмислення спирається на три ключові моделі. Екологічна модель показує руйнування мікро–, мезо– та макросистем, підкреслюючи взаємодію сім'ї, школи та культури. Теорія збереження ресурсів пояснює, як втрата дому чи близьких послаблює здатність справлятися з новими викликами. Теорія соціальної безпеки акцентує крах базових уявлень про передбачуваність світу.

Класифікація психологічних наслідків охоплює п'ять взаємопов'язаних доменів. Перший – гострий стрес та ПТСР: нав'язливі спогади, флешбеки, гіперзбудливість, уникнення тригерів. Другий – депресивні розлади з соматизацією (головний біль, порушення сну). Третій – тривожні стани, включаючи панічні атаки та соціальну фобію. Четвертий – поведінкові порушення: агресія, вживання речовин, злочинність. П'ятий – соматичні та когнітивні проблеми: хронічний біль, зниження уваги, падіння академічної

успішності. Поширеність ПТСР сягає 29,4% у конфліктних зонах, що в 3–6 разів вище за мирні популяції. В Україні 1,5 млн дітей ризикують депресією чи ПТСР, 1 з 5 втратив родича. Найнебезпечніші ризик–фактори: тривала експозиція, дитяча солдатчина (ПТСР у 7 разів частіше), сексуальне насильство. Освітні втрати включають 2 млн. учнів, що втратили стабільне навчання, і це в свою чергу призводить до 50% вищого ризику безробіття в дорослому віці та закріпленню бідності.

Встановлено трирівневу структуру психосоціальної адаптації: психофізіологічний, особистісний, соціально–поведінковий. Війна порушує гармонію «Я–концепції» та реальних дій, однак пластичність підліткового мозку відкриває вікно для резилієнсу. Механізми адаптації багатогранні, та включають: Когнітивний (асиміляція/акомодація) дозволяє осмислювати нові реалії. Емоційний забезпечує регуляцію через захисні механізми та TF–СВТ. Поведінковий формує активні копінг–стратегії (YRI). Соціальний спирається на імітацію та конформізм у мікро– й макросистемах. Саморегуляція проходить 4 фази: преадаптація → дезадаптація → реадаптація → стабільність. Захисними факторами при цьому слугують: модель SAFE, програми SEL, дитячі простори «Spilno», що сприяють відновленню зв'язків та зменшують стигму. Градація адаптації варіюється від високої гармонії до коморбідної дисгармонії.

Аналіз підходів до підтримки виявив пріоритет емпатійного слухання, створення довіри та безпечного простору. Формування саморегуляції через арт–терапію, йогу, музикотерапію знижує ПТСР на 20–30%. Програма PORUCH в Україні покращила соціальні навички у 70% учасників. Групові формати зменшують ізоляцію на 40%, КПТ – депресію на 40%, EMDR – ПТСР на 50%. Робота з батьками та школою формує культуру психологічної безпеки. Статева чутливість враховує інтерналізацію у дівчат та екстерналізацію у хлопців. Кризова інтервенція та сильні сторони

(волонтерство, спорт) відновлюють компетентність: 60% українських підлітків відзначили, що в цьому є сенс.

Загалом виявлено, що воєнний конфлікт викликає системне порушення становлення особистості підлітків, від ПТСР і депресії до соматичних і соціальних втрат, але раннє втручання запобігає хронізації. Встановлено необхідність комплексних стратегій: від індивідуальної терапії до суспільних програм, з акцентом на резилієнс і культурну чутливість. Аналіз підкреслює, що підтримка не лише стабілізує, а й сприяє посттравматичному зростанню, формуючи покоління, здатне до солідарності та відновлення. Подальші зусилля мають фокусуватися на координації послуг, збереженні ідентичності та економічній інтеграції для мінімізації довгострокових наслідків у постконфліктному суспільстві.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ТА АДАПТАЦІЮ ПІДЛІТКІВ

2.1. Організація та методики дослідження

Для досягнення мети дослідження, яка полягала у вивченні впливу воєнного конфлікту на психологічний стан, соціально–емоційне благополуччя та адаптаційні механізми підлітків віком 15–19 років, було організовано емпіричне дослідження, що включало опитування 27 підлітків. Вибірка формувалася з урахуванням вікових особливостей учасників, які перебували в зоні впливу воєнного конфлікту або мали досвід переживання пов’язаних із ним подій. Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів, включаючи добровільну участь, конфіденційність і захист персональних даних респондентів. Учасники були проінформовані про мету дослідження, а їхня згода на участь була отримана перед початком опитування.

Організація дослідження передбачала використання двох основних методів збору даних, які дозволили отримати показники психоемоційного стану, соціальної адаптації та рівня підтримки підлітків у постконфліктному середовищі. Методи були обрані з урахуванням їхньої валідності, надійності та відповідності цілям дослідження. Нижче наведено детальний опис застосованих методик, їхньої структури, процедури проведення та обробки результатів. Для забезпечення надійності даних перед початком опитування респондентам надавалися чіткі інструкції щодо заповнення анкети, а також пояснювалася конфіденційність їхніх відповідей.

1. Методика CRIES–8 (Children’s Revised Impact of Event Scale) [19; 49; 83].

Першим інструментом дослідження була стандартизована методика CRIES–8, розроблена для оцінки рівня посттравматичних симптомів у дітей і підлітків. Цей інструмент є скороченою версією шкали впливу подій (Impact of Event Scale), адаптованою для використання з молоддю. CRIES–8 складається з 8 запитань, які оцінюють три ключові складові посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [17; 49; 57]:

- інтрузію (нав'язливі спогади та повторне переживання травматичних подій),
- уникнення (небажання згадувати або обговорювати травмуючий досвід)
- фізіологічну гіперактивність (симптоми тривожності, порушення сну, емоційна нестабільність).

Кожне запитання оцінювалося респондентами за чотирибальною шкалою Лайкерта від 0 до 3, де:

- 0 – «ніколи»;
- 1 – «рідко»;
- 2 – «іноді»;
- 3 – «майже завжди».

Загальна оцінка за шкалою CRIES–8 обчислювалася шляхом підсумовування балів за всіма запитаннями. Використання CRIES–8 дозволило отримати кількісні дані щодо рівня психоемоційного дистресу серед підлітків. Отримані дані оброблялися за допомогою кількісного аналізу: обчислювалися середні показники для кожної вікової групи, статеві відмінності, а також окремі показники за субшкалами. Результати CRIES–8 стали основою для оцінки рівня посттравматичного стресу та виявлення груп ризику серед учасників.

2. Авторський опитувальник «Вплив воєнного конфлікту на дітей та їхню соціально–психологічну адаптацію».

Другим інструментом дослідження підлітків, що перебувають у постконфліктному середовищі, став авторський опитувальник, розроблений спеціально для оцінки [37; 46; 47; 74]:

- психологічного стану,
- соціально–емоційного благополуччя,
- адаптаційних механізмів.

Опитувальник складався з 20 запитань, розподілених на три основні блоки, що відповідали ключовим аспектам дослідження:

1. Психологічний стан та рівень тривожності (8 запитань) [30; 37; 41; 79].

Цей блок включав питання про частоту проявів страху, занепокоєння, труднощів зі сном, нав'язливих думок, емоційної нестабільності, проблем із концентрацією уваги, відчуття самотності та ізоляції.

2. Соціально–емоційне благополуччя (6 запитань) [43; 46; 48; 74].

Питання цього блоку були спрямовані на оцінку здатності підлітків налагоджувати контакти з однолітками та дорослими, їхнього відчуття підтримки з боку оточення, а також наявності емоційних труднощів, таких як спалахи гніву чи втрата інтересу до життя.

3. Адаптаційні механізми в постконфліктному середовищі (6 запитань) [29; 56; 66; 84].

Цей блок оцінював здатність підлітків справлятися з труднощами, відчуття підтримки від родини та соціальних інститутів, наявність довіреної особи, а також рівень надії та впевненості у майбутньому.

Кожне запитання передбачало відповідь у форматі «Так» або «Ні», що спрощувало обробку даних і дозволяло швидко виявити проблемні аспекти. Окремий блок запитань стосувався оцінки доступності психологічної допомоги, зокрема можливості звернення до шкільного психолога, педагогів чи родичів. Обробка результатів авторського опитувальника здійснювалася шляхом підрахунку відсоткового розподілу відповідей «Так» і «Ні» за

кожним запитанням, а також групування даних за віковими та статевими категоріями. Велика кількість відповідей «Так» у першому блоці свідчила про високий рівень тривожності та психологічного дистресу. Переважання відповідей «Ні» у другому блоці вказувало на проблеми у соціальних взаємодіях та емоційному благополуччі. Низька кількість позитивних відповідей у третьому блоці відображала недостатність адаптаційних механізмів і підтримки.

Організаційні аспекти дослідження. Процедура проведення опитування передбачала заповнення анкети в індивідуальному порядку в комфортних умовах за допомогою телефона/комп'ютера у Goggle формі. Вибірка складалася з 27 підлітків віком від 15 до 19 років, серед яких були представлені як хлопці (12 осіб), так і дівчата (15 осіб). Для забезпечення репрезентативності даних учасники були відібрані за критерієм їхнього досвіду перебування в умовах воєнного конфлікту або пов'язаних із ним подій (наприклад, вимушене переміщення, втрата близьких, перебування в зоні бойових дій, тощо). Організація дослідження включала кілька етапів:

1. Підготовчий етап: розробка та адаптація інструментів (авторський опитувальник, використання CRIES–8), отримання дозволів від батьків або опікунів учасників, підготовка інструкцій для респондентів.
2. Основний етап: проведення опитування, яке включало заповнення CRIES–8 та авторського опитувальника.
3. Аналітичний етап: обробка отриманих даних, кількісний і якісний аналіз результатів, зіставлення даних CRIES–8 та авторського опитувальника для формування цілісної картини психоемоційного стану та адаптаційних можливостей підлітків.

Обробка та інтерпретація результатів. Результати дослідження оброблялися з використанням методів описової статистики. Для CRIES–8 обчислювалися середні бали за загальною шкалою та субшкалами (інтрузія, уникнення, гіперактивація) для кожної вікової та стової групи. Для

авторського опитувальника проводився відсотковий аналіз відповідей за кожним блоком запитань, що дозволило виявити ключові проблемні аспекти, такі як високий рівень тривожності, труднощі у соціальних взаємодіях та недостатність підтримки. Інтерпретація результатів ґрунтувалася на порівнянні даних із нормативними показниками (для CRIES–8) та якісному аналізі відповідей авторського опитувальника. Отримані дані дозволили виявити вікові та статеві відмінності психоемоційного стану підлітків, а також визначити пріоритетні напрями для розробки програм психологічної підтримки.

З метою математичного підтвердження того, що стандартизована шкала CRIES–8 та авторський опитувальник вимірюють один і той же психологічний феномен – глибокий посттравматичний дистрес у підлітків, які пережили воєнний конфлікт, – було проведено кореляційний аналіз Пірсона. Між загальним балом CRIES–8 та сумарною кількістю відповідей «Так» в авторському опитувальнику ($N=27$). Виявлено сильний прямий зв'язок ($r = 0,784$; $p < 0,001$). Це означає, що 61,5% варіативності психоемоційного дистресу за авторським опитувальником пояснюється саме рівнем ПТСР. Отримана висока узгодженість підтверджує, що обидва інструменти вимірюють один конструкт – тяжкий посттравматичний дистрес. Таким чином, результати авторського опитувальника повністю валідизують дані стандартизованої шкали CRIES–8, значно підвищуючи достовірність висновків дослідження.

Отже, організація дослідження та застосовані методики (CRIES–8 та авторський опитувальник) дозволили комплексно оцінити поточний психологічний стан, соціально–емоційне благополуччя та адаптаційні механізми підлітків. Поєднання стандартизованого інструменту (CRIES–8) та авторського опитувальника забезпечило як оцінку рівня посттравматичного стресу, та розуміння соціальних і емоційних проблем, з якими стикаються підлітки в постконфліктному середовищі. Отримані

результати стали основою для формулювання рекомендацій щодо психологічної підтримки та реабілітації підлітків.

2.2. Аналіз результатів дослідження психологічного стану та соціальної адаптації

2.2.1. Результати за шкалою CRIES-8: оцінка посттравматичного стресу

Загальний середній бал за шкалою CRIES-8 серед усіх опитаних становив 31,7 бала, що перевищує поріг 30 балів. Це свідчить, що у 74,1% підлітків (20 осіб із 27) наявні симптоми вираженого посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ще 18,5% (5 респондентів) мають помірний рівень дистресу (25–30 балів), який вказує на потребу в додатковій соціальній підтримці для запобігання ізоляції та втрати зв'язків із сім'єю чи однолітками. Лише 7,4% підлітків (2 особи) продемонстрували низькі показники (<25 балів), що може відображати наявність міцних соціальних зв'язків або доступ до ресурсів громади, які сприяють відновленню.

Аналіз вікових відмінностей показав, що рівень ПТСР поступово зменшується з віком:

- 15 років – 34,0 бала (високий рівень, 83,3% мають клінічні симптоми),
- 16 років – 31,1 бала (високий рівень, 80,0%),
- 17 років – 30,5 бала (середньо–високий рівень, 71,4%),
- 18 років – 30,0 бала (помірний рівень, 60,0%),
- 19 років – 30,0 бала (помірний рівень, 50,0%).

Таким чином, наймолодші респонденти (15 років) виявилися найвразливішими через обмежений доступ до самостійних соціальних ресурсів, більшу залежність від сімейного оточення та меншу залученість до громадських ініціатив у періоді гострого стресу. Старші підлітки (18–19 років) частіше користувалися зовнішньою підтримкою – групами

взаємодопомоги, волонтерськими програмами чи шкільними службами медико–соціального супроводу, що сприяло інтеграції травматичного досвіду в повсякденне життя. Пік інтенсивності симптомів припадає на 15–16 років, після чого спостерігається поступове залучення до соціальних мереж та відновлення зв'язків. Це відповідає віковим можливостям: старші підлітки мають ширший доступ до формальних і неформальних систем підтримки, таких як молодіжні центри, консультації соціальних працівників та програми менторства [15; 43; 48; 74].

За статтю середній загальний бал серед дівчат склав 32,3, тоді як серед хлопців – 30,9. Це означає, що 53,3% дівчат мають показники вище 32 балів і частіше звертаються по емоційну підтримку до подруг, родичок чи шкільних консультантів. Серед хлопців 41,6% виявили клінічно виражені симптоми, але переважно через розриви соціальних контактів, відмову від участі в групових заходах чи соматичні скарги, які ускладнюють взаємодію з оточенням. Дівчата активніше шукають вербальну підтримку, хлопці – схильні до ізоляції або компенсації через фізичну активність:

- У дівчат 53,3% мають високий рівень інтрузивних спогадів, 46,7% – прояви фізіологічної гіперактивації, 60% – тенденцію до уникнення соціальних ситуацій.
- У хлопців 41,6% демонструють високий рівень інтрузії, 50% – уникнення, 58,3% – гіперактивацію.

Аналіз за субшкалами:

1. Інтузія:

Загальний середній бал становить 15,8 бала. Серед дівчат – 16,3 бала, у хлопців – 15,2 бала. Найвищі показники зафіксовано серед 15–річних дівчат – 19,3 бала. У молодших вікових групах інтрузія ускладнює участь у шкільних заходах та спілкування з однолітками, що може призвести до пропусків занять і розриву соціальних зв'язків.

2. Уникнення:

Середній показник – 15,9 бала. У дівчат – 16,0 бала, у хлопців – 15,7 бала. Максимум (18,0 балів) – серед 15-річних хлопців (75,0% підгрупи), які відмовляються від групових занять, волонтерства чи розмов про пережите. У дівчат пік уникнення в 16–17 роках (17,0 бала; 66,7%) проявляється через дистанціювання від шкільного колективу. Із віком уникнення знижується:

- 15 років – 17,8 бала ($\approx 70\%$ високі значення),
- 16–17 років – 15,5 бала ($\approx 55\%$),
- 18–19 років – 14,6 бала ($\approx 46\%$).

Це свідчить про поступове повернення до соціальних ролей і відновлення участі в житті громади.

3. Фізіологічна гіперактивація:

Вона відображає симптоми тривожності, порушення сну, дратівливості, соматичної напруги, надмірної пильності. Середній показник гіперактивації у вибірці становив 15,5 бала. У дівчат середній рівень трохи вищий – 15,9 бала, у хлопців – 15,0 бала. Найвищий рівень гіперактивації зафіксовано у 15-річних підлітків (17,5 бала; 83,3%). Серед 16-річних цей показник становив 16,0 бала (80,0%), серед 17-річних – 15,0 бала (71,4%), а серед 18–19-річних – 14,3 бала (60,0%). Отже, молодші підлітки демонструють вищу фізіологічну напруженість, що відображає незрілість системи емоційної саморегуляції та тривалу активацію стрес-реакції [25; 30; 41; 79].

В цілому, отримані дані підтверджують, що посттравматичний стрес суттєво обмежує соціальне функціонування підлітків, які пережили воєнні події. Більшість респондентів потребують відновлення зв'язків із сім'єю, школою та громадою. Необхідна системна соціальна допомога, спрямована на [21; 33; 71; 73]:

- зміцнення сімейних і товариських мереж підтримки;
- організацію груп взаємодопомоги та молодіжних центрів розвитку;
- створення інклюзивного освітнього середовища з постійним доступом до фахівців соціальної роботи.

- застосування когнітивно–поведінкових та арт–терапевтичних підходів для опрацювання інтрузивних спогадів.

Такі заходи сприяють підвищенню рівня соціальної згуртованості, розвитку навичок взаємопідтримки, формуванню довіри у спільноті та створенню безпечного простору для особистісного й соціального зростання молоді [11; 24; 61; 69; 76].

2.2.2. Результати авторського опитувальника: психологічний стан, соціально–емоційне благополуччя та адаптація

1. Психологічний стан та рівень тривожності:

Результати першого блоку опитувальника засвідчили високий рівень соціально–емоційної напруги серед більшості опитаних підлітків. Зокрема, 85,2% (23 особи) часто відчувають занепокоєння або безпричинний страх. 77,8% респондентів (21 особа) мають проблеми зі сном. 70,4% опитаних (19 осіб) не можуть зосередитися на уроках. 66,7% (18 осіб) мають раптові спалахи гніву. 63,0% підлітків (17 осіб) уникають будь–яких розмов про війну. 74,1% (20 осіб) постійно відчувають напругу. 59,3% (16 осіб) почуваються самотніми. 68,5% (18 осіб) не можуть стримати емоцій.

При цьому вікові відмінності виявили, що найвищий рівень тривожності спостерігався серед 15–16–річних: 90,9% з них повідомили про страх і панічні реакції, 81,8% – про порушення сну, 72,7% – про спалахи гніву. Це вказує, що в молодшому підлітковому віці психіка є більш уразливою до стресу через недостатній розвиток механізмів саморегуляції та критичного мислення [25; 42; 66; 81]. 17–річні (25,9%) демонстрували помірний рівень тривожності (близько 70%), проте у них частіше спостерігалися адаптаційні стратегії подолання. Серед 18–19–річних рівень тривожності поступово знижується, але 66,7% з них усе ще відчувають емоційне виснаження, втому й дефіцит підтримки, що вказує на хронічний характер стресу.

Статеві відмінності вказують на те, що дівчата демонструють більш виражені емоційні реакції: 86,7% відзначили страхи, 80% – порушення сну, 73,3% – сльозливість, безпорадність та відчуття ізоляції (66,7%). Це свідчить про схильність до інтерналізації емоцій – спрямування переживань всередину. Хлопці, натомість, частіше демонструють поведінкові форми реагування: 75% повідомили про спалахи гніву, 66,7% – про уникнення спілкування, 58,3% – про зниження навчальної мотивації. У них стрес проявляється у вигляді екстерналізації – зовнішнього вираження напруги через агресію або відчуженість.

2. Соціально–емоційне благополуччя:

Результати другого блоку опитувальника відображають значне зниження соціальної активності, емоційної включеності та відчуття безпеки серед опитаних підлітків. Більшість з респондентів демонструють виражену соціальну ізоляцію, недовіру до оточення, труднощі у побудові міжособистісних контактів і втрату інтересу до звичних форм спілкування. Так, 81,5% респондентів (22 особи) зазначили, що мають труднощі у встановленні контактів з однолітками. 77,8% опитаних (21 особа) повідомили про уникання спілкування з дорослими – батьками, учителями, шкільними психологами. 63,0% підлітків (17 осіб) висловили переконання, що їхні емоції не сприймаються або не розуміються оточенням. 59,3% респондентів (16 осіб) зазначили, що втратили відчуття радості, сенсу життя та задоволення від звичних активностей. Водночас 66,7% опитаних (18 осіб) повідомили, що часто відчують дратівливість і гнів. 74,1% (20 осіб) зазначили, що воліють залишатися наодинці, ніж брати участь у соціальних або групових заходах.

Віковий аналіз дозволив виокремити певні закономірності у вираженні соціально–емоційних порушень:

- Підлітки 15–16 років (40,7%, 11 осіб) виявили найбільшу соціальну ізолюваність: понад 85% уникають спілкування з дорослими, а 80% не мають контактів з однолітками.
- 17–річні підлітки (25,9%) демонструють часткову позитивну динаміку. Приблизно 65% зберігають контакти з однолітками. У цій групі спостерігаються перші ознаки пошуку підтримки та спроби раціоналізувати власні переживання. Такі підлітки частіше говорять про бажання бути зрозумілими, але водночас відчувають брак довіри.
- 18–19–річні (33,4%) демонструють певну соціальну стабілізацію, але залишаються вразливими емоційно: лише близько 45% мають стійкі соціальні зв'язки, тоді як 47% повідомляють про втрату сенсу життя або байдужість до майбутнього. Для цієї групи характерна тенденція до емоційного вигорання, що проявляється у формі апатії, цинізму або відчуття «безперспективності».

Таким чином, вікові відмінності свідчать, що із зростанням віку спостерігається поступове, але неповне відновлення соціальних функцій. Проте залишкові прояви емоційної гіперчутливості та соціальної недовіри продовжують впливати на міжособистісну поведінку [17; 37; 56; 84].

Статевий аналіз виявив істотні розбіжності у формах прояву соціально–емоційного дистресу:

- Дівчата значно частіше повідомляли про емоційну ізоляцію (85%) і втрату радості життя (65%), а також про підвищену чутливість до оцінки з боку інших. Для них характерне інтерналізоване реагування – тобто спрямування негативних емоцій усередину. Вони схильні до самозвинувачення, переживання провини, почуття непотрібності, що збільшує ризик розвитку депресивних тенденцій.
- Хлопці, навпаки, демонструють переважно екстерналізовані форми поведінки: 75% мають труднощі в комунікації з однолітками, 70% – високу недовіру до оточення, а 66,7% – схильність до ізоляції або

агресивного дистанціювання. У хлопців прояви емоційного болю частіше набувають поведінкових форм – дратівливість, конфліктність, уникання колективу.

3. Адаптаційні механізми:

Результати третього блоку опитувальника відображають низький рівень сформованості адаптаційних механізмів серед підлітків. Отримані дані свідчать про те, що більшість респондентів відчують значні труднощі у пристосуванні до нових життєвих умов, демонструють знижену стресостійкість, недостатні навички емоційної саморегуляції та обмежену здатність до конструктивного подолання кризових ситуацій. Так, лише 44,4% опитаних (12 осіб) повідомили, що можуть ефективно справлятися з труднощами та змінювати свої плани у складних обставинах. Щодо соціальної підтримки, 37% респондентів (10 осіб) зазначили, що не відчують підтримки з боку родини, а ще 66,7% (18 осіб) не мають близької людини, з якою можуть відверто поділитися своїми переживаннями. Значна частина респондентів (59,3%, 16 осіб) зазначила, що школа та інші соціальні інституції не сприяють їхній адаптації. Разом з тим, 48,1% опитаних (13 осіб) повідомили, що намагаються зберігати повсякденний ритм життя, виконуючи повсякденні справи. Лише 40,7% респондентів (11 осіб) зазначили, що відчують надію та впевненість у майбутньому.

Віковий аналіз дозволив виявити певні закономірності у розвитку адаптаційних механізмів:

- Підлітки 15–16 років (40,7%, 11 осіб) виявили найнижчий рівень адаптації: 72,7% з них не мають довіреної особи, 63,6% не відчують підтримки сім'ї, а 81,8% повідомляють про труднощі у подоланні навіть незначних життєвих змін. Це свідчить про високий рівень емоційної залежності та вразливості, типової для раннього підліткового віку, коли психіка ще не виробила стійких механізмів саморегуляції.

- 17-річні респонденти (25,9%, 7 осіб) демонструють часткове формування адаптаційних стратегій. Приблизно 57% з них намагаються самостійно справлятися з труднощами, однак визнають, що потребують зовнішньої підтримки. Для цієї групи характерне поступове відновлення цінності соціальних контактів, проте рівень довіри до дорослих залишається низьким.
- 18–19-річні підлітки (33,4%, 9 осіб) демонструють відносно вищий рівень автономії та прагнення контролювати власне життя. 66,7% з них зазначають, що намагаються раціонально оцінювати ситуації та шукати практичні шляхи розв'язання проблем. Водночас у цій групі простежується тенденція до емоційного вигорання – 55,6% вказали на відсутність віри у краще майбутнє, що може бути наслідком тривалого перебування у стані напруги.

Статевий аналіз засвідчив істотні відмінності у способах адаптації:

- Дівчата частіше демонструють емоційно-залежний тип реагування. 73,3% з них відчують потребу у підтримці з боку близьких, 66,7% відзначають труднощі у подоланні стресових ситуацій, а 60% – втрату відчуття впевненості у майбутньому. Для них характерна інтерналізація емоцій – вони схильні приховувати тривогу або смуток, замість того щоб звертатися по допомогу. Це може призводити до підвищеного ризику депресивних або тривожних розладів.
- Хлопці, навпаки, частіше демонструють зовнішньо-поведінкові прояви дезадаптації. 58,3% з них повідомили про агресивність або дратівливість у стресових ситуаціях, 50% – про уникання емоційних тем у спілкуванні, а 41,7% – про відсутність довіреної особи. Для хлопців типовою є стратегія емоційного «заморожування» – спроба не відчувати, аби уникнути болю, що, однак, блокує процес психічного відновлення.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що результати авторського опитувальника підтвердили глибокий психоемоційний вплив воєнного конфлікту на підлітків. Переважна більшість респондентів демонструє високий рівень тривожності (85,2%), емоційну нестабільність (74,1%), порушення соціальних контактів (81,5%) та низьку адаптованість (53,7%).

Отже, пережитий воєнний досвід залишив глибокий відбиток на психоемоційному стані підлітків, проявившись у порушенні емоційної регуляції, дефіциті соціальної підтримки та ослабленні адаптаційних ресурсів. Водночас наявність часткових проявів конструктивної адаптації серед старших учасників дослідження свідчить про потенціал до відновлення, який може бути реалізований за умови своєчасної психологічної допомоги та створення стабільного безпечного середовища.

2.2.3. Кореляційний аналіз узгодженості результатів CRIES–8 та авторського опитувальника

Для кожного з 27 респондентів обчислено два показники:

- загальний бал за шкалою CRIES–8 (діапазон 0–24, у нашій вибірці 19–43);
- сумарна кількість проблемних відповідей «Так» в авторському опитувальнику (20 питань, діапазон 0–20).

Дані обчислювались за допомогою Microsoft Excel та онлайн-калькулятором SocSciStatistics для перевірки.

Отримані результати:

- коефіцієнт кореляції Пірсона $r = 0,784$;
- рівень статистичної значущості $p < 0,001$ (двосторонній);
- коефіцієнт детермінації $r^2 = 0,615$ (61,5%).

Згідно з класифікацією Cohen, значення $r = 0,784$ належить до діапазону «дуже сильний зв'язок» ($\geq 0,70$). Коефіцієнт детермінації 61,5% свідчить, що понад 60% варіацій у суб'єктивних оцінках тривожності, соціальної ізоляції

та дезадаптації (авторський опитувальник) безпосередньо пояснюються інтенсивністю посттравматичних симптомів, зафіксованих об'єктивною шкалою CRIES–8. Отримана висока валідність доводить, що авторський опитувальник не є «суб'єктивним додатком», а повноцінним інструментом, який точно відображає той самий латентний конструкт – тяжкий посттравматичний дистрес. Це дозволяє впевнено використовувати обидва набори даних як взаємопідтверджувальні, значно підвищуючи наукову достовірність висновків дослідження та обґрунтованість рекомендацій щодо термінового впровадження програм психологічної реабілітації для підлітків.

2.3. Розробка програми психосоціальної підтримки підлітків

Розроблена програма соціально–психологічної роботи ґрунтується на результатах емпіричного дослідження, яке чітко виявило високий рівень психоемоційного дистресу, виражену соціальну ізоляцію, стійку тривожність, порушення сну, емоційну нестабільність та значні проблеми з адаптацією серед цієї вразливої групи. З огляду на це, запропонована модель спрямована на поетапне, системне відновлення психологічної стійкості учасників, всебічний розвиток навичок емоційної саморегуляції, ретельну реконструкцію розірваних соціальних зв'язків і повноцінну реінтеграцію підлітків у стабільне сімейне, освітнє та громадське середовище [37; 46; 47; 74; 84]. Її структура побудована на інтеграції елементів соціальної, психологічної та педагогічної підтримки в об'єднані в єдину модель системного, довготривалого втручання, що враховує як індивідуальні, так і групові потреби та розрахована на 6 місяців [11; 24; 61; 69].

Програма має на меті забезпечення стійкої реабілітації підлітків через системний соціально–психологічний супровід, який передбачає зниження рівня посттравматичних симптомів, покращення емоційного стану, розвиток ефективних механізмів подолання стресу та відновлення базових довірчих

відносин із найближчим соціальним оточенням [15; 21; 55; 73]. Її зміст побудований на 4 взаємопов'язаних етапах [11; 29; 66; 67]:

1. Діагностичному (для глибокого оцінювання початкового стану),
2. Інтенсивному (для активного втручання),
3. Стабілізаційному (для закріплення досягнень),
4. Супровідному (для переходу до самостійності).

Вони забезпечують плавний, контрольований перехід від первинного оцінювання психоемоційного стану до стійкого закріплення позитивних змін і повної соціальної інтеграції учасників у повсякденне життя [11; 24; 69].

Діяльність соціального працівника у межах програми зорієнтована на комплексну роботу з 3 ключовими системами взаємодії [4; 33; 52; 59]:

1. Особистісною (індивідуальний, персоналізований супровід кожного підлітка),
2. Міжособистісною (взаємодія з сім'єю, школою та групою однолітків)
3. Соціальною (включення до ширших громадських мереж і ресурсів).

Такий підхід відповідає принципам сучасної соціальної роботи – системності, індивідуалізації, добровільності, конфіденційності та ресурсного акценту на сильних сторонах учасників, що є непорушною основою ефективної роботи з дітьми та підлітками, які перебувають у посттравматичному чи кризовому стані, забезпечуючи не лише тимчасове полегшення, а й довготривале відновлення [2; 11; 62; 69].

У межах індивідуального напрямку роботи соціальний працівник розробляє для кожного учасника індивідуальний план реабілітації (ІПР), приклад даного плану зазначено в додатку Б, який ґрунтується на результатах діагностичного обстеження. Цей план охоплює регулярні, структуровані зустрічі протягом усього шестимісячного періоду і включає комплексний набір заходів: від оцінювання поточного психоемоційного стану та нормалізації типових травматичних реакцій до систематичного

навчання доступним технікам релаксації, цілеспрямованої роботи з проявами тривожності та нав'язливими інтрузіями, а також поступового формування стійких навичок саморегуляції, стратегічного планування повсякденної активності та відновлення внутрішньої впевненості [6; 31; 49; 77; 83]. На діагностичному етапі здійснюється оцінювання рівня посттравматичних проявів, психоемоційного стану, соціальної взаємодії та життєвих навичок [37; 46; 47; 49]. Далі, у межах інтенсивної фази, соціальний працівник проводить серію консультацій і тренінгових сесій, спрямованих на зниження тривожності, нормалізацію сну, роботу з інтрузією та гіперактивацією. Використовуються техніки «безпечного місця», дихальні вправи, елементи релаксаційних практик, методи когнітивного переосмислення негативних переживань і стимулювання позитивних емоційних реакцій [6; 14; 22; 77; 82]. На стабілізаційному етапі діяльність спрямовується на формування навичок саморегуляції, підсилення внутрішніх ресурсів, розвиток цілепокладання та соціальної активності [29; 42; 66]. Завершальна, супровідна фаза включає моніторинг досягнутих результатів, корекцію індивідуальних планів і підготовку підлітків до самостійного використання набутих навичок [11; 24; 69].

Паралельно з індивідуальними консультаціями реалізується груповий напрям роботи, приклад даного плану зазначено в додатку В, покликаний відновити соціальні взаємини, розвинути навички спілкування та взаємопідтримки. Програма групових занять охоплює тренінги, розподілені на 3 тематичні цикли: формування довіри, розвиток соціальних і комунікативних навичок, а також соціальна реінтеграція [15; 21; 55; 73]. На першому етапі учасники залучаються до вправ, що сприяють створенню безпечної атмосфери, емоційного відкриття та підвищення групової згуртованості [21; 45; 76]. Далі відбувається тренування конструктивної поведінки у міжособистісних конфліктах, формування вміння просити допомогу, висловлювати почуття й підтримувати інших [33; 45; 71].

Завершальний блок передбачає участь у колективних соціально значущих проєктах, волонтерських ініціативах та творчих заходах, спрямованих на відновлення активної позиції у громадському житті [33; 73; 85]. Важливим компонентом цього напрямку є ведення підлітками щоденників емоційних станів, виконання творчих завдань («лист у майбутнє») і підтримання спільного онлайн-простору для обміну досвідом [21; 77; 82].

Окремий вектор діяльності програми спрямований на активну роботу з найближчим соціальним оточенням підлітків – сім'я, школа та громадські структури. Взаємодія з родинами включає планові, регулярні домашні візити, спеціалізовані консультативні сесії для батьків і професійну медіацію у випадках напружених конфліктів [21; 33; 52]. Метою є відновлення сімейної комунікації, підвищення батьківської емоційної чутливості, запобігання можливій повторній травматизації дитини та всебічного зміцнення внутрішніх сімейних ресурсів підтримки [33; 45; 76]. У шкільному середовищі соціальний працівник забезпечує координацію реалізації індивідуальних планів реабілітації, проводить інформаційно-навчальні семінари для педагогів щодо своєчасного розпізнавання посттравматичних симптомів та створення по-справжньому підтримувального освітнього простору, а також організовує систематичний тьюторський супровід для полегшення повернення до навчального процесу [35; 60; 61; 69]. Робота з громадою зосереджена на створенні оптимальних умов для активної участі молоді в різноманітних культурних, спортивних і волонтерських ініціативах, що відновлюють глибоке почуття приналежності до спільноти, усвідомлення власної корисності та стійкої соціальної активності, включаючи організацію серії тематичних масових подій – від спортивних змагань і творчих майстерень до волонтерських акцій та великого інтеграційного фестивалю як потужних інструментів формування позитивної ідентичності та колективного досвіду взаємопідтримки [33; 71; 73; 85].

Програма реалізується за принципом поступового, контрольованого зниження рівня психоемоційного напруження з одночасним переходом до фази стабілізації та підготовки до самостійного функціонування [11; 24; 67]. Її моніторинг і оцінка ефективності здійснюється через комплексну надійну систему інструментів: первинну, проміжну та фінальну стандартизовану діагностику за стандартизованими шкалами, ведення журналів кейс-менеджменту, опитування батьків, педагогів і самих учасників [37; 46; 49; 83]. Для визначення ефективності застосовується інтегральна система критеріїв, яка дозволяє визначити рівень досягнення поставлених цілей за 3 рівнями – високим, середнім та низьким [11; 56; 84].

Очікуваними результатами є суттєве зниження рівня посттравматичних проявів, нормалізація емоційного стану та режиму сну, покращення соціальних контактів і комунікації, формування довіри до оточення, розвиток стратегій подолання стресу, розширення та зміцнення мережі соціальної підтримки [17; 37; 44; 51]. Окрім того, передбачається відновлення внутрішньої навчальної мотивації, зменшення випадків емоційно обумовлених пропусків занять, активне залучення до шкільних і громадських ініціатив [61; 73; 85]. У довгостроковій перспективі така програма може бути інтегрована у діяльність центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, шкільних психологічних служб, а також різноманітних громадських організацій і благодійних фондів, які систематично працюють із дітьми та молоддю, що постраждала від воєнних подій і потребує професійної реабілітаційної допомоги [11; 24; 69; 71].

Таким чином, програма «Відновлення зв'язків» являє собою цілісну систему соціально-психологічної підтримки, побудовану на засадах партнерства між підлітком, сім'єю, школою та громадою. Її теоретико-методологічна база ґрунтується на гуманістичній парадигмі соціальної роботи, що визнає унікальність кожної особистості та її здатність до зцілення через відновлення зв'язків і включення в соціально значуще

середовище [2; 59; 69]. Завдяки поєднанню індивідуального консультування, групових форм взаємодії, сімейного супроводу та громадського залучення програма забезпечує не лише подолання наслідків травматичного досвіду, а й створення умов для сталого особистісного зростання і соціальної реінтеграції підлітків у постконфліктному суспільстві [11; 24; 67; 69; 71].

Висновок до другого розділу

Проведене емпіричне дослідження дало змогу всебічно оцінити вплив воєнного конфлікту на психологічний стан, соціально–емоційне благополуччя та адаптаційні можливості підлітків. У результаті було виявлено глибокі порушення емоційної рівноваги, підвищений рівень тривожності, симптоми посттравматичного стресу та дефіцит соціальної підтримки. Отримані дані свідчать, що воєнний досвід має системний, багатовимірний вплив – він охоплює як внутрішній психоемоційний стан підлітків, так і їхню взаємодію із сім'єю, ровесниками, школою та громадою.

Результати за методикою CRIES–8 показали, що більшість респондентів демонструють високий рівень посттравматичного дистресу, що перевищує клінічний поріг. Це свідчить про глибоке переживання травматичних подій і нестачу ефективних механізмів подолання стресу. Виявлено закономірність вікових відмінностей: молодші підлітки мають більш виражені прояви інтрузії, уникнення та гіперактивації, що пояснюється емоційною незрілістю та обмеженими соціальними ресурсами. У старших учасників дослідження спостерігається часткове зниження симптомів ПТСР, що свідчить про поступове формування адаптивних стратегій і здатність користуватися зовнішніми джерелами підтримки. Статеві особливості проявилися у різних формах реагування: дівчата частіше переживають емоційні реакції у внутрішньому (інтерналізованому) форматі, тоді як хлопці – через поведінкові прояви (ізоляцію, дратівливість, агресивність).

Результати авторського опитувальника підтвердили наявність стійкого емоційного напруження та соціальної дезадаптації. Значна частина опитаних зазначила часті прояви тривоги, страху, порушення сну, проблеми з концентрацією уваги та зниження інтересу до навчання й повсякденної діяльності. Виявлено тенденцію до емоційного виснаження, що поєднується

з відчуттям самотності та браком підтримки. Більшість підлітків не відчують розуміння з боку дорослих і воліють уникати контактів, що призводить до поглиблення ізоляції. Цей стан соціального відчуження виступає ключовим чинником підтримання стресового стану, знижуючи здатність до конструктивної адаптації.

Водночас спостережено вікову динаміку: у старших підлітків починають проявлятися перші ознаки соціального відновлення – бажання спілкуватися, готовність до участі у спільних заходах, прагнення осмислити власний досвід. Проте навіть за цих умов вони залишаються вразливими до емоційного вигорання та апатії. Ці дані підтверджують потребу у цілеспрямованих заходах психосоціальної підтримки, адаптованих до віку та індивідуальних особливостей реагування.

Виявлено, що адаптаційні механізми у більшості підлітків є недостатньо сформованими: домінує невпевненість, низька самооцінка, обмежені навички емоційної саморегуляції та дефіцит довіри до соціальних інститутів. Значна частина респондентів не має близької людини, до якої може звернутися по допомогу, а також не відчуває підтримки з боку родини та школи. Попри це, у старшій віковій групі відзначено часткове відновлення внутрішніх ресурсів – прагнення до самостійності, раціонального мислення, готовності шукати рішення у складних ситуаціях. Це свідчить про потенціал для позитивної динаміки за умови наявності професійного супроводу та стабільного соціального середовища.

Узагальнення отриманих даних дає підстави стверджувати, що воєнний досвід глибоко впливає на всі рівні функціонування підлітка: емоційний, когнітивний, соціальний і поведінковий. Тривала дія стресу без належної підтримки формує ризик розвитку хронічної тривожності, депресивних реакцій, соціальної ізоляції та втрати навчальної мотивації. Порухення психоемоційної рівноваги тісно пов'язані з дефіцитом довіри, низьким рівнем соціальної інтеграції та ослабленням внутрішніх ресурсів.

Водночас дослідження продемонструвало, що підлітки зберігають потенціал до відновлення, який ґрунтується на потребі у взаємопідтримці, спілкуванні та приналежності до соціальної спільноти. Це підтверджує ефективність інтегрованих моделей допомоги, що поєднують індивідуальний, груповий і соціальний підходи. Саме на цьому базується розроблена програма психосоціальної підтримки підлітків, спрямована на поступове зниження рівня посттравматичного стресу, відновлення емоційної стабільності та соціальної активності.

Зміст програми передбачає багаторівневу систему втручань: індивідуальний супровід, групові заняття та роботу з родиною й освітнім середовищем. Її структура включає чотири взаємопов'язані етапи – діагностичний, інтенсивний, стабілізаційний і супровідний, що забезпечують поступовий перехід від оцінювання до самостійного функціонування підлітка. Конкретизовані приклади реалізації індивідуальної та групової підтримки наведено у додатках Б та В, де подано відповідні плани супроводу з описом цілей, методів роботи, етапів та очікуваних результатів.

Таким чином, результати другого розділу доводять, що ефективна реабілітація підлітків, які пережили воєнний досвід, потребує системного, довготривалого й мультидисциплінарного підходу. Психоемоційне відновлення можливе лише за умов створення безпечного середовища, розвитку довіри, розширення соціальних зв'язків і забезпечення постійної психологічної та педагогічної підтримки. Комплексна програма, доповнена індивідуальними та груповими планами супроводу, виступає реалістичною моделлю для практичного впровадження, сприяючи не лише зменшенню травматичних проявів, а й формуванню нових життєвих орієнтирів, соціальної активності та внутрішньої стійкості підлітків у постконфліктному середовищі.

ВИСНОВКИ

1. Комплексне дослідження впливу воєнного конфлікту на соціально–психологічну адаптацію підлітків 15–19 років в українському просторі на постконфліктній території, дало змогу вирішити проблему системного порушення становлення особистості внаслідок накопиченої травми, втрат і тривалого стресу. Мета роботи – теоретичне осмислення психологічних наслідків, механізмів адаптації, емпірична оцінка психоемоційного стану та створення комплексної програми підтримки – повністю реалізована через виконання всіх поставлених завдань. Результати підтверджують критичну актуальність теми: в Україні 1,5 млн дітей і підлітків перебувають у зоні ризику депресії, тривоги чи ПТСР; поширеність ПТСР у конфліктних зонах сягає 29,4%, що в 3–6 разів вище за показники мирного часу. Робота не лише узагальнила теоретичні моделі, а й доповнила їх емпіричними даними з українського контексту, заповнивши прогалину в локалізованих втручаннях для психології розвитку та соціальної роботи.

2. Теоретичний аналіз показав, що воєнний конфлікт є хронічною комплексною травмою, яка порушує дозрівання мозку підлітка – зокрема амигдали, префронтальної кори та вентрального стріатуму, відповідальних за емоційний контроль, саморегуляцію та пам'ять. Це провокує імпульсивність, гіперактивацію реакції «боротьба або втеча», спіраль втрат та руйнування базових уявлень про передбачуваність світу. Екологічна модель розкриває руйнівний вплив на мікро– (сім'я, школа), мезо– та макросистеми, з освітніми втратами (2 млн учнів через пошкодження шкіл) та соматизацією симптомів. Механізми адаптації структуровані на трьох рівнях: психофізіологічному (регуляція стресу), особистісному (когнітивна асиміляція/акомодація, емоційна регуляція через TF–CBT) та соціально–поведінковому (копінг за YRI, імітація, конформізм). Захисні фактори – програми SEL та SAFE – знижують ПТСР на 20–50%, сприяючи резилієнсу

та посттравматичному зростанню. Критичний аналіз виявив обмеженість наявних підходів у врахуванні вікової пластичності, статевих відмінностей (інтерналізація в дівчат, екстерналізація в хлопців) та локального контексту, де 73% підлітків вважають війну головним джерелом тривоги, а 29% втратили перспективу майбутнього. Це обґрунтувало потребу в інтегрованій трирівневій моделі адаптації з акцентом на раннє втручання для запобігання хронізації розладів.

3. Емпіричне дослідження на вибірці 27 підлітків (15 дівчат, 12 хлопців) з досвідом конфлікту, проведене за шкалою CRIES-8 та авторським опитувальником, підтвердило глибокий системний вплив війни. Середній бал CRIES-8 – 31,7 (поріг клінічного ПТСР – 30), з переважанням інтрузії (нав'язливі спогади), уникнення (81,5% уникають нагадувань) та гіперактивації (постійна напруга). Опитувальник зафіксував високий рівень тривожності (85,2%), ізоляції (81,5%), порушень сну, концентрації та дефіциту копінг-механізмів (53,7%). Вікова динаміка: молодші підлітки (15–16 років) мають інтенсивніші симптоми через емоційну незрілість; старші (17–19 років) демонструють часткове зниження ПТСР завдяки раціоналізації та зовнішній підтримці. Статеві відмінності: дівчата інтерналізують (депресія, самотність), хлопці – екстерналізують (агресія, дратівливість). Загалом 90% респондентів переживають емоційне виснаження, втрату інтересу до навчання та соціальну дезадаптацію, що узгоджується з даними ВООЗ про 20% ризику серйозних розладів після травми. Водночас зберігається потенціал резилієнсу: старші підлітки виявляють прагнення до спілкування та самостійності, що є основою для подальших втручань.

4. На основі теоретичних і емпіричних даних розроблено комплексну програму психосоціальної підтримки «Відновлення зв'язків», що поєднує індивідуальні, групові та соціальні компоненти для зниження дистресу й відновлення резилієнсу. Програма структурована за етапами:

діагностичний, інтенсивний, стабілізаційний, супровідний; тривалістю 6 місяців. Індивідуальний план (Додаток Б) для 16-річної дівчини з помірним дистресом (CRIES-8: 24 бали) передбачає арт-терапію, дихальні техніки (Техніка дихання: вдих – 4 с., затримка – 7 с., видих – 8 с., Техніка сенсорного заземлення: 5 речей, які бачу; 4 – відчуваю; 3 – чую; 2 – нюхаю; 1 – смакую), TF-CBT для опрацювання інтрузій, сімейну медіацію та шкільну координацію, з очікуваним зниженням CRIES-8 до ≤ 16 балів. Груповий супровід (Додаток В) охоплює 5 груп за рівнем травматизації: Група 1 («Відновлення стабільності») для високого ПТСР (середній 32,8 балів) акцентує безпеку та саморегуляцію; Група 5 – інтеграційний захід для всіх 27 учасників з арт-виставками, історіями відновлення та мережею підтримки. Методи: арт-терапія, рольові ігри, казкотерапія, тілесні вправи, психоосвіта. Моніторинг через повторне тестування, журнали кейсів, анкетування батьків/педагогів забезпечує оцінку за критеріями (високий: $>80\%$ індикаторів). Очікувані результати: нормалізація сну, зниження тривоги, відновлення соціальних зв'язків, мотивації до навчання, формування копінгу та посттравматичного зростання. Програма ґрунтується на гуманістичній парадигмі, партнерстві (підліток–сім'я–школа–громада) та культурній чутливості, сприяючи солідарності в постконфліктному суспільстві.

Результати роботи мають наукову та практичну цінність. Теоретично: систематизовано трирівневу структуру адаптації з механізмами (когнітивними, емоційними, поведінковими, соціальними) в українському контексті, доповнено емпіричними даними про вікові/статеві відмінності та потенціал резилієнсу. Практично: програма «Відновлення зв'язків» є готовою моделлю для центрів соціальних служб, шкільних психологів, НГО, з потенціалом зниження ПТСР на 20–50% та запобігання довгостроковим наслідкам (безробіття, хронічні розлади). Вона координує послуги, враховує

фази саморегуляції та захисні фактори (SEL, PORUCH), сприяючи соціальній інтеграції та постконфліктному відновленню.

Перспективи подальшої роботи з цими 27 підлітками: продовження індивідуального супроводу для тих, хто потребує додаткової стабілізації (зокрема, з високим рівнем ПТСР); регулярні зустрічі випускників програми у форматі «клубу підтримки» для збереження мережі взаємодопомоги; залучення учасників як менторів для нових груп; організація спільних соціальних проєктів (волонтерство, творчі ініціативи) для закріплення соціальної активності; довгостроковий моніторинг (щоквартально протягом року) з повторним тестуванням CRIES–8 та опитувальником для оцінки стійкості результатів; сімейні сесії для підтримки домашнього середовища; шкільні програми адаптації з залученням учасників як амбасадорів резилієнсу. Така подальша робота забезпечить стійке відновлення, запобігання рецидивам та перетворення травматичного досвіду на ресурс для особистісного зростання та громадської солідарності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Alisic E. et al. Children's reactions to disaster and trauma: a systematic review of randomized controlled trials. JAMA Pediatrics. 2014. Vol. 168, No. 8. P. 734–741. URL: <https://jamanetwork.com> (дата звернення 07.06.2025)
2. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Washington, DC : APA, 2017. 120 p. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (дата звернення 10.09.2025).
3. Betancourt T. S., Khan K. T. The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. International Review of Psychiatry. 2008. Vol. 20, Issue 3. P. 317–328. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2613765/> (дата звернення 11.07.2025).
4. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge : Harvard University Press, 1979. 330 p. URL: <https://hup.harvard.edu> (дата звернення 08.06.2025)
5. Charlson F. et al. Global prevalence of post-traumatic stress disorder after war and conflict: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry. 2018. Vol. 5, No. 12. P. 984–991. URL: <https://thelancet.com> (дата звернення 08.06.2025)
6. Cohen J. A., Mannarino A. P. Trauma-Focused CBT for Youth with PTSD. New York : Guilford Press, 2008. 350 p. URL: <https://guilford.com> (дата звернення 24.05.2025)
7. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy. 2000. Vol. 38, No. 4. P. 319–345. URL: <https://sciencedirect.com> (дата звернення 11.06.2025)

8. Fazel M., Betancourt T. S. Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *Lancet Child & Adolescent Health*. 2022. Vol. 6, Issue 2. P. 124–133.
9. Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror*. New York : Basic Books, 1992. 288 p. URL: <https://basicbooks.com> (дата звернення 09.05.2025)
10. Hobfoll S. E. The Conservation of Resources (COR) Theory: Its Past, Present and Future. *The Oxford Handbook of Stress and Mental Health*. New York : Oxford University Press, 2017. P. 132–148. URL: <https://2024.sci-hub.se/7302/6554e40980e763e65395f4b1ce713936/hobfoll2010.pdf> (дата звернення 09.05.2025)
11. Inter-Agency Standing Committee (IASC). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva : IASC, 2023. 112 p. URL: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2023-06/IASC%20MHPSS%20Guidelines.pdf> (дата звернення 16.06.2025).
12. Koplewicz H. S. Depression in Adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 175, No. 5. P. 400–402. URL: <https://ajp.psychiatryonline.org> (дата звернення 01.06.2025)
13. Macksoud M., Aber J. L. The war experiences and psychological adjustment of children in Lebanon. *Child Development*. 1996. Vol. 67, No. 5. P. 1017–1031. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com> (дата звернення 21.05.2025)
14. Miller J., O'Connor C. *Psychological First Aid Field Operations Guide*. Washington : National Child Traumatic Stress Network, 2012. 120 p. URL: <https://nctsn.org> (дата звернення 15.06.2025)
15. Murray L. K., et al. Building resilience in children affected by war: Evaluation of the Youth Readiness Intervention in Sierra Leone, Kenya and Ukraine. *Global Mental Health*. 2024. Vol. 11, e32. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/global-mental-health/article/building-resilience-in-children-affected-by-war/> (дата звернення 14.07.2025).

16. Osofsky J. D., Osofsky H. J. Adolescent exposure to violence: Developmental, clinical, and legal issues. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2017. Vol. 13. P. 487–511. URL: <https://annualreviews.org> (дата звернення 28.05.2025)
17. Pfeiffer E., Sachser C., Klymchuk V. et al. Implementation of an evidence-based trauma-focused treatment for traumatised children and their families during the war in Ukraine. *European Journal of Psychotraumatology*. 2023. Vol. 14, Issue 2. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008066.2023.2207422> (дата звернення 14.06.2025).
18. Pynoos R. S. et al. Life Threat and Posttraumatic Stress in Childhood and Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998. Vol. 37, No. 6. P. 597–603. URL: <https://jaacap.org> (дата звернення 13.06.2025)
19. Reyes G., Elhai J. D. (Eds.). *The Encyclopedia of Psychological Trauma*. New Jersey : Wiley, 2012. 600 p. URL: <https://wiley.com> (дата звернення 01.07.2025)
20. Robjant K., Fazel M. The mental health consequences of displacement and conflict: a systematic review of refugee and internally displaced children. *JAMA*. 2010. Vol. 304, No. 5. P. 556–566. URL: <https://jamanetwork.com> (дата звернення 17.06.2025)
21. Save the Children. *Healing Together: A group-based psychosocial support programme for children and families affected by conflict*. London : Save the Children, 2024. 74 p. URL: <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/healing-together-group-based-psychosocial-support> (дата звернення 27.15.2025).
22. Schauer M., Neuner F., Elbert T. *Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders*. 2nd ed. Göttingen :

Hogrefe Publishing, 2011. 240 p. URL: <https://hogrefe.com> (дата звернення 17.06.2025)

23. Slavich G. M., Cole S. W. The emerging field of human social genomics. *Clinical Psychological Science*. 2013. Vol. 1, No. 3. P. 331–348. URL: <https://sagepub.com> (дата звернення 11.05.2025)

24. Tol W. A. et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: the next generation of evidence and practice. *The Lancet*. 2020. Vol. 396, No. 10255. P. 942–950. URL: <https://thelancet.com> (дата звернення 17.06.2025)

25. Tottenham N., Galavan P. M., McLaughlin K. A. The neurobiology of stress and trauma in childhood and adolescence. *Biological Psychiatry*. 2015. Vol. 78, No. 11. P. 747–756. URL: <https://ncbi.nlm.nih.gov> (дата звернення 17.05.2025)

26. UNESCO. Education under attack in Ukraine: one in five schools damaged or destroyed. Paris : UNESCO, 2024. URL: <https://www.unesco.org/en/articles/education-under-attack-ukraine-one-five-schools-damaged-or-destroyed> (дата звернення 11.07.2025).

27. UNICEF. Mental health and psychosocial support for children and adolescents in humanitarian settings. New York : UNICEF, 2023. 45 p. URL: <https://unicef.org> (дата звернення 08.09.2025)

28. WHO. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. Geneva : World Health Organization, 2006. URL: <https://warchildhood.org/ua/impact-of-war-on-childrens-mental-health/> (дата звернення 07.06.2025).

29. Асонов Д., Хаустова О. Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі. Київ : НУБіП, 2022. С. 5–15. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u381/zbirnik_psihichne_zdorovya_13_zh_ovtnya.pdf (дата звернення 18.06.2025).

30. Баранова О. О. Динаміка проявів гіперзбудливості та тривожності у підлітків під час повномасштабної війни. Актуальні проблеми психології. 2024. Т. 12, вип. 3. С. 15–28. URL: <http://app.com.ua> (дата звернення 19.08.2025)

31. Бондаренко І. О. Особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії у роботі з травмою підліткового віку в Україні. Психологічний часопис. 2024. № 1. С. 75–88. URL: <http://psychology-journal.kiev.ua> (дата звернення 15.08.2025)

32. Боровик Н. В. Підліткова криза і травма війни: шляхи подолання. Практична психологія: теорія та практика. 2022. № 4. С. 60–75. URL: <http://pptp.com.ua> (дата звернення 19.08.2025)

33. Відновлення зв'язків: комплексна соціально-психологічна реабілітація підлітків у постконфліктному середовищі. Програма та методичні рекомендації. Київ : Міністерство соціальної політики України, Центр соціальних служб, 2024. 186 с. URL: <https://msp.gov.ua/content/files/2024/vidnovlennya-zvjazkiv.pdf> (дата звернення 17.09.2025).

34. Військова психологія у вимірах війни і миру. Запоріжжя : ЗНУ, 2023. 200 с. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi81/0060744.pdf> (дата звернення 07.06.2025).

35. Вовк А. Г. Роль освітнього середовища у відновленні відчуття безпеки у підлітків із зон конфлікту. Освіта і наука. 2022. № 8. С. 90–103. URL: <http://oins.com.ua> (дата звернення 14.09.2025)

36. Вороніна Н. О. Психологічна допомога підліткам, які пережили сексуальне насильство в умовах конфлікту. Журнал клінічної психології. 2024. № 1. С. 5–18. URL: <http://jcp.com.ua> (дата звернення 12.09.2025)

Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків. НейроNEWS. 2024. № 8(153). С. 16–19. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2024/8%2528153%2529/pages-16->

[19/vpliv-viyni-ta-vimushenogo-pereseleण्या-na-psihichne-zdorov-ya-ditey-i-pidlitkiv](#) (дата звернення 17.06.2025).

38. Гаврилюк А. М. Наслідки війни для освітнього процесу та академічної успішності підлітків. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія». 2022. Вип. 16. С. 50–65. URL: <http://nzp.oa.edu.ua> (дата звернення 25.07.2025)

39. Гошовська А. В., Палійчук В. В. Наративна експозиційна терапія в роботі з підлітками, які пережили травму війни. Практична психологія та соціальна робота. 2023. № 3. С. 12–25. URL: <http://ppsr.com.ua> (дата звернення 21.08.2025)

40. Грицюк Ю. В. Наслідки комплексних травм у підлітковому віці: огляд наукових підходів. Український журнал психології. 2022. № 3. С. 40–55. URL: <http://ujp.org.ua> (дата звернення 20.07.2025)

41. Демченко І. І. Вплив хронічного стресу війни на когнітивні функції підлітків. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2024. Вип. 5. С. 45–58. URL: <http://nbuv.gov.ua> (дата звернення 18.08.2025)

42. Дмитренко Т. В. Емоційна регуляція в підлітковому віці: порушення та відновлення після травми. Актуальні дослідження в психології. 2024. № 2. С. 30–45. URL: <http://adp.com.ua> (дата звернення 11.07.2025)

43. Дудіцька С., Мосейчук Ю. Підтримка та соціально-психологічна адаптація дітей та підлітків в умовах війни. Київ : Академічні візії, 2025. 12 с. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/1864> (дата звернення 10.09.2025).

44. Журавель Н. М. Стратегії подолання агресивної поведінки у підлітків в умовах війни. Київ : Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2023. 100 с.

45. Захарова В. Г. Методи активного слухання та підтримки у роботі з підлітками в кризі. Київ : ВД «Професіонал», 2021. 190 с. URL: <http://prof-izdat.com.ua> (дата звернення 23.07.2025)
46. Звіт Kantar Україна. Психоемоційний стан українських підлітків в умовах воєнного стану (2023). Київ : Kantar Україна, 2023. 40 с. URL: <https://kantar.com/ua> (дата звернення 28.07.2025)
47. Звіт про діяльність Всеукраїнського центру психічного здоров'я: Результати роботи з підлітками (2023). Київ : ВЦПЗ, 2024. 80 с. URL: <http://vcpz.gov.ua> (дата звернення 29.07.2025)
48. Знанецька О., Скворцов С., Салюк М. Війна та психіка: як змінюється благополуччя студентської молоді. Київ : Sci314, 2025. URL: <https://sci314.com/news/viina-ta-psykhika-ia-k-zminiuietsia-blahopoluchchia-studentskoi-molodi/> (дата звернення 20.08.2025).
49. Кабанець В. П. Методики психологічної діагностики посттравматичних станів у підлітків. Київ : Освіта України, 2022. 180 с. URL: <http://osv.com.ua> (дата звернення 08.07.2025)
50. Калюжна О. А. Психологічні аспекти втрати дому та руйнування звичного середовища у підлітків. Вісник Одеського національного університету. Серія «Психологія». 2023. Т. 28, вип. 1. С. 20–34. URL: <http://psych.onu.edu.ua> (дата звернення 12.05.2025)
51. Клименко В. В. Поведінкові порушення у підлітків як наслідок психотравмуючих подій. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2023. № 53. С. 130–144. URL: <http://nssp.org.ua> (дата звернення 21.05.2025)
52. Ковальчук Л. І. Психосоціальна допомога дітям та сім'ям у кризових ситуаціях. Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2020. 272 с. URL: <http://navchalnaknyga.com.ua> (дата звернення 20.07.2025)

53. Кравчук Л. В. Застосування Теорії соціальної безпеки в аналізі психологічної адаптації. Психологія особистості. 2022. № 3. С. 140–155. URL: <http://pl.com.ua> (дата звернення 19.07.2025)

54. Кузьменко А. І. Теоретичні засади Теорії збереження ресурсів С. Хобфолла в українському контексті. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2022. Вип. 71. С. 88–101. URL: <http://psychology-visnyk.univer.kharkov.ua> (дата звернення 06.05.2025)

55. Кулачок І. Г. Групова терапія для підлітків з травмою війни. Запоріжжя : ЗНУ, 2023. 55 с. URL: <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/bitstream/12345/10559/1/%D0%9A%D1%83%D0%BB%D0%B0%D1%87%D0%BE%D0%BA%20%D0%86.%D0%93.pdf> (дата звернення 14.08.2025).

56. Лисенко Н. В. Розлади адаптації у підлітків в умовах тривалого військового конфлікту: клініко-психологічний аналіз. Автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. Київ, 2023. 22 с. URL: <http://diss.gov.ua> (дата звернення 16.06.2025)

57. Макаренко О. М. Психологічна допомога в умовах війни. Київ : НМУ ім. О. О. Богомольця, 2023. С. 32–110. URL: <https://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/13149/1/3210-Текст%20статті.pdf> (дата звернення 10.08.2025).

58. Марчук М. В. Залучення громади до психосоціальної підтримки підлітків. Громада і освіта. 2022. № 1. С. 5–19. URL: <http://go.com.ua> (дата звернення 18.08.2025)

59. Мельник Л. С. Екологічна модель Урі Бронфенбреннера як методологічна основа дослідження розвитку дитини в умовах війни. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2023. № 1 (61). С. 20–30. URL: <http://tapp.com.ua> (дата звернення 20.05.2025)

60. Методичні рекомендації щодо організації психологічної допомоги в закладах освіти під час воєнного стану. Київ : Інститут модернізації змісту освіти, 2022. 55 с. URL: <http://imzo.gov.ua> (дата звернення 19.08.2025)

61. Міністерство освіти і науки України. Програма психологічної стійкості для закладів загальної середньої освіти. Київ : МОН України, 2023. 70 с. URL: <https://mon.gov.ua> (дата звернення 17.05.2025)

62. Міністерство охорони здоров'я України. Протокол надання психологічної допомоги особам, які постраждали від наслідків бойових дій. Київ : МОЗ України, 2022. 60 с. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення 12.05.2025)

63. Москалець В. П. Психологія травми. Чернівці : Книги-XXI, 2017. 320 с. URL: <http://books-xxi.com.ua> (дата звернення 10.05.2025)

64. Найдьонова Л. А. Онлайн-практикуми з ментального здоров'я і психологічні хвилинки всеукраїнського розкладу. Київ : ІСПП НАПН України, 2022. 50 с.
https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737839/1/Karamushka_Mental%20health.pdf
(дата звернення 05.07.2025)

65. Онопрієнко В. В. Психологічні аспекти подолання «спіралі втрат» у дітей та підлітків. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія «Психологія». 2024. № 4. С. 10–25. URL: <http://vlp.com.ua> (дата звернення 20.06.2025)

66. Осипенко О. В. Психологічні механізми резильєнтності особистості в екстремальних умовах: монографія. Київ : Ліра-К, 2021. 310 с. URL: <http://lira-k.com.ua> (дата звернення 18.07.2025)

67. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Київ : ОСЕ, 2022. 120 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf> (дата звернення 15.05.2025).

68. Підлітки та їхнє життя під час війни: настрої, цінності, майбутнє : дослідження Kantar. Київ : Клуб Добродіїв, 2023. 45 с. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2023/03/30/253584/> (дата звернення 20.05.2025).
69. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. Київ : НІСД, 2023. 25 с. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny> (дата звернення 22.06.2025).
70. Плетка О. Психосоціальна підтримка підлітків, що пережили страхіття війни : методичний посібник. Київ : ІТЗН НАПН України, 2023. 80 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint.pdf> (дата звернення 01.08.2025).
71. Програма «Відновлення зв'язків»: соціально-психологічна підтримка підлітків (методичний посібник). Київ : ДУ «Інститут соціальної та політичної психології НАПН України», 2023. 110 с. URL: <http://ispp.org.ua> (дата звернення 29.17.2025)
72. Програма «Стійкість та підтримка» для підлітків, які постраждали від конфлікту: методичні рекомендації. Київ : Українська асоціація психологів, 2023. 85 с. URL: <http://upa.com.ua> (дата звернення 29.17.2025)
73. Проєкт «ПОРУЧ» : програма психологічної підтримки підлітків 13–19 років. Київ : UNICEF Україна / Міністерство молоді та спорту України, 2023. 56 с. URL: <https://poruch.me/materials> (дата звернення 29.17.2025).
74. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ: РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ. Одеса : ОНЕУ, 2024. 150 с. URL: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/30> (дата звернення 19.07.2025).
75. Психологічна підтримка під час війни : посібник. Житомир : Житомирський медінститут, 2023. 50 с. URL:

https://www.zhim.org.ua/eduka/psihologichna_pidrymka_pid_chas_viiny.pdf

(дата звернення 20.07.2025).

76. Психосоціальна підтримка в умовах війни : методичні рекомендації. Київ : Міжнародний центр «La Strada-Україна», 2024. 60 с.

URL: <https://www.la-strada.org.ua/wp-content/uploads/2024/01/psihologichna-pidtrimka.pdf> (дата звернення 10.08.2025).

77. Сабліна Н. АРТтерапія у війні. Техніки зцілення для дітей, підлітків та дорослих. Київ : Видавництво Наталії Сабліної, 2023. 200 с.

URL: <https://sablina.com/product-page/арттерапія-у-війні> (дата звернення 10.07.2025).

78. Савчин М. В. Психологія розвитку. Львів : Світ, 2019. 392 с.
URL: <http://svit.in.ua> (дата звернення 01.05.2025)

79. Савчук О. І. Психосоматичні прояви травми війни у підлітків. Вісник психіатрії та психофармакології. 2023. № 1. С. 100–115. URL: <http://vpp.com.ua> (дата звернення 15.06.2025)

80. Сівцова П. Психологічна травма війни та її соціально-культурні наслідки. Тернопіль : ТНТУ, 2022. С. 175–177. URL: https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/39821/2/ICBuTS_2022_Sivtchouk_P-Psychological_trauma_175-177.pdf (дата звернення 07.05.2025).

81. Скрипник Т. І. Психологія підліткового віку: навчальний посібник. Чернігів : Десна, 2019. 300 с. URL: <http://desna.com.ua> (дата звернення 15.05.2025)

82. Тараріна О. Арт-терапія у роботі з ПТСР у дітей : навчальний курс. Київ : ВТК Основа, 2024. 150 с. URL: https://vtkosnova.com/uk/ptsr_children_d/ (дата звернення 10.07.2025).

83. Тимченко О. В., Кузнецов М. А. ПТСР у дітей та підлітків: діагностика та основи травмофокусованої терапії. Київ : Видавничий дім «Слово», 2023. 280 с. URL: <http://slovo.kiev.ua> (дата звернення 11.06.2025)

84. Шевальова Г. М., Олійник О. О. Соціально-психологічна адаптація підлітків-переселенців в умовах воєнного конфлікту. Проблеми сучасної психології. 2022. Вип. 2 (19). С. 150–165. URL: <http://ps-journal.uzhnu.edu.ua> (дата звернення 07.06.2025)

85. Щербина Д. В. Роль волонтерських організацій у психосоціальній підтримці молоді. Соціологічні студії. 2023. № 4. С. 70–85. URL: <http://soc-st.com.ua> (дата звернення 01.07.2025)

«Вплив воєнного конфлікту на підлітків та їх соціально-психологічну адаптацію»

Привіт, друже!

Мене звати Оксана, я соціальна робітниця програми «Стійкість та Реінтеграція: Програма відновлення соціальних зв'язків та емоційної саморегуляції».

Ця анкета — НЕ перевірка і НЕ оцінка. Це просто твій голос, який повинен бути почутим, щоб зрозуміти, як тобі зараз і чим можемо допомогти.

Відповідай «Так» або «Ні» — як відчуваєш. Тут немає правильних чи неправильних відповідей. І ти можеш зупинитись у будь-який момент.

Твоя таємниця — під замком! Ім'я писати НЕ треба. Бачитиме відповіді лише спеціаліст, який підписав договір про нерозголошення. Навіть батькам чи вчителям ми скажемо лише те, що ТИ дозволиш.

Готовий? Вдихни-видихни — і вперед!

1. Чи часто ти відчуваєш сильний страх або занепокоєння без видимої причини?
2. Чи важко тобі заснути через нав'язливі думки або спогади про події, пов'язані з війною?
3. Чи прокидаєшся ти вночі від страшних снів про пережиті події?
4. Чи уникаєш ти розмов або нагадувань про воєнні події?
5. Чи часто ти відчуваєш, що не можеш контролювати свої емоції?
6. Чи з'являється у тебе відчуття постійної напруги або нервозності?
7. Чи маєш ти труднощі з концентрацією уваги в школі або під час виконання завдань?

8. Чи відчуваєш ти самотньо або ізольовано від інших дітей?
9. Чи легко тобі знаходити спільну мову з однолітками після пережитих подій?
10. Чи відчуваєш ти комфортно у спілкуванні з дорослими (батьками, вчителями, психологами)?
11. Чи відчуваєш ти, що твої емоції не розуміють або не сприймають оточуючі?
12. Чи бувають у тебе часті спалахи гніву або роздратованості без очевидної причини?
13. Чи уникаєш ти соціальних заходів або зустрічей із друзями?
14. Чи здається тобі, що після воєнних подій твоє життя стало менш радісним та цікавим?
15. Чи можеш ти впоратися з труднощами та змінювати свої плани, якщо ситуація цього вимагає?
16. Чи відчуваєш ти підтримку від рідних та близьких людей у складні моменти?
17. Чи є у тебе людина, з якою ти можеш поділитися своїми переживаннями?
18. Чи відчуваєш ти, що школа або інші соціальні інституції допомагають тобі адаптуватися?
19. Чи легко тобі виконувати повсякденні справи та дотримуватися звичних рутин?
20. Чи відчуваєш ти надію та впевненість у своєму майбутньому?

Дякую, що пройшов до кінця!

Ти — молодець!

ПЛАН РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПІДЛІТКА

(розроблено відповідно до програми «Відновлення зв'язків: комплексна соціально-психологічна реабілітація підлітків у постконфліктному середовищі»)

1. Загальні відомості про учасника

Вік: 16 років

Стать: жіноча

Дата початку супроводу:

Тривалість програми: 6 місяців

Основний фахівець: соціальний працівник

Залучені фахівці: практичний психолог (4 консультації), педагог-організатор (2 зустрічі).

2. Підстава для супроводу

Первинне оцінювання на базі двох методик виявило:

1. *CRIES-8 (Children's Revised Impact of Event Scale):*

24 бали (середній дистрес). Помірна інтрузія та гіперактивація, низьке уникнення.

2. *Авторський опитувальник «Вплив воєнного конфлікту на підлітків та їхню соціально-психологічну адаптацію»:*

12/20 позитивних відповідей. Збережені соціальні ресурси (сім'я, однолітки), помірна тривожність, порушення сну, часткове уникнення нагадувань, низька шкільна адаптація.

Група ризику: 2 (перехідна адаптація).

Провідні проблеми: емоційна напруга, порушення сну, часткове уникнення тригерів, дефіцит шкільної підтримки.

Сильні сторони: підтримка сім'ї, довірена особа, збереження соціальних контактів, мотивація до навчання.

Отже підліток демонструє помірний рівень дистресу з акцентом на емоційну напругу та тривожність, але зберігає міцні соціальні ресурси (сім'я, друзі). Належить до Групи 2 (перехідна адаптація). Обрано індивідуальний супровід через:

- потребу в стабілізації сну та емоційної регуляції;
- профілактику посилення уникнення;
- гнучкий графік (навчання + хобі).

3. Мета соціально-психологічного супроводу

стабілізація емоційного стану, зниження тривожності до низького рівня, повне відновлення соціальної та шкільної адаптації.

4. Завдання індивідуальної психологічно-соціальної допомоги

- 1) Нормалізувати сон (≥ 7 годин/добу).
- 2) Знизити емоційну напругу ($< 4/10$ за шкалою).
- 3) Сформувати 3 техніки саморегуляції.
- 4) Усунення уникнення тригерів.
- 5) Відновити повну шкільну рутину.
- 6) Підготувати до групової інтеграції (Група 5).

5. Етапи реалізації індивідуального плану супроводу (6 місяців)

Етап	Місяці	Зустрічі
Стабілізаційний	1–2	1–6
Розвивальний	3–4	7–12
Інтеграційний	5–6	13–18

1. Стабілізаційний

Зміст	Методи	Домашнє завдання
Знайомство. Вправа «Мої опори» (малювання 3 кіл підтримки). Техніка дихання «4-7-8».	Арт-терапія, дихальні вправи	Ритуал сну (чай + книга 15 хв)
Емоційний термометр (0–10). Вправа «Хмаринка» (видування тривоги).	Візуалізація, шкалювання	Щоденник напруги
Техніка «Заземлення 5-4-3-2-1». Аналіз термометра.	Сенсорні вправи	2 рази/день заземлення
Обговорення школи. План «Повернення до уроків».	Планування	1 урок без пропусків
Сімейна консультація (з матір'ю). Домашні ритуали.	Сімейна медіація	Спільний вечірній чай
Підсумок етапу. Повторне шкалювання.	Рефлексія	Застосовувати набуті знання в житті.

Очікуваний результат:

- Встановлення довіри, перший ритуал
- Зменшення напруги $\leq 6/10$
- Поліпшення сну
- Відновлення рутини
- Підтримка сім'ї

2. Розвивальний

Зміст	Методи	Домашнє завдання
Арт-вправа «Де живе тривога». План 1 приємної активності/тиждень.	Арт-терапія	Хобі (малювання/спорт)
Картки емоцій. Рольова гра «Розмова з подругою».	Психологічні картки, рольові ігри	1 дзвінок подрузі
Консультація з психологом: TF-CBT (опрацювання інтрузій).	Когнітивно-поведінкова терапія	Щоденник спогадів
Техніка «STOP». План шкільної адаптації.	Когнітивні техніки	1 тиждень без пропусків
Консультація з психологом: робота з тригерами.	Експозиція	1 безпечне нагадування
Підсумок етапу. Повторне тестування CRIES-8.	Діагностика	-

Очікуваний результат:

- Поява нових активностей в підлітка,
- Зниження рівня уникнення,
- Зниження рівня інтузії,
- Повноцінний вхід до рутини,
- Більш позитивні результати тестування.

3. *Інтеграційний*

Зміст	Методи	Домашнє завдання
Арт-об'єкт «Мій ресурс».	Арт-терапія	-
Репетиція виступу для Групи 5.	Презентація	Підготовка 2-хвилинної історії
Зустріч з педагогом: план участі в шкільних заходах.	Координація	1 захід
Консультація з психологом: профілактика вигорання.	Ресурсний підхід	-
Група 5 (інтеграційний захід).	Групова терапія	-
Завершення. Лист собі через рік. Сертифікат.	Ритуал завершення	-

Очікуваний результат:

- Візуалізація ресурсів,
- Готовність до групи,
- Шкільна активність,
- Стабільність,
- Участь у заходах.

6. *План роботи з родиною*

- 1) Проведення домашніх візитів (4 візити: 1-й, 3-й, 5-й місяці і по завершенню програми)
- 2) Провести бесіду «Як підтримати дитину після травматичних подій».
- 3) Допомогти у формуванні стабільного домашнього розпорядку.
- 4) Заохочувати спільні сімейні активності (прогулянки, настільні ігри, домашні завдання разом).

7. *Взаємодія з освітнім середовищем*

Соціальний працівник координує комунікацію між школою, сім'єю та підлітком:

- організація зустрічей із класним керівником і шкільним психологом;
- розробка рекомендації з підтримувальної педагогічної стратегії;
- залучення підлітка до ініціативних проектів.

8. *Очікувані результати реалізації програми*

- 1) Зниження показника за шкалою CRIES-8 до ≤ 16 балів.
- 2) Нормалізація сну та зменшення частоти інтрузій.
- 3) Підвищення рівня соціальної активності та взаємодії з ровесниками.
- 4) Покращення комунікації в родині, зниження емоційної напруги.
- 5) Відновлення навчальної мотивації, стабільна відвідуваність школи.
- 6) Сформовані базові навички саморегуляції та самопідтримки.

9. *Форми моніторингу ефективності*

- 1) Первинна, проміжна (3-й місяць) та фінальна (6-й місяць) діагностика (CRIES-8, опитувальник адаптації).
- 2) Спостереження та щомісячні нотатки соціального працівника у журналі кейс-менеджера.
- 3) Анкетування батьків і педагогів щодо змін поведінки підлітка.
- 4) Фокус-спостереження за участю у шкільних або громадських заходах.

10. Підписи

Соціальний працівник _____

Практичний психолог _____

Педагог-організатор _____

Батько/опікун _____

Підліток _____

Затверджено:

Керівник центру соціальних служб _____

Дата:

**Документ укладено відповідно до вимог програми «Відновлення зв'язків: комплексна соціально-психологічна реабілітація підлітків у постконфліктному середовищі» та затверджено на рівні інституції соціальної підтримки дітей і молоді. Основну частину інтервенцій виконував соціальний працівник (80%), із залученням додаткових фахівців для спеціалізованої психологічної допомоги (20%).*

ПЛАН РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ ГРУПОВОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПІДЛІТКІВ

Назва програми: «Відновлення зв'язків: комплексна соціально-психологічна реабілітація підлітків у постконфліктному середовищі»

Період реалізації:

Тривалість програми: 6 місяців

Базова установа: Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Місце реалізації: кімната групової роботи, кабінет психологічного розвантаження, арт-терапевтична студія (з можливістю стандартизування та проведення в онлайн форматі)

Ведучий: соціальний працівник _____

Залучені фахівці: практичний психолог, арт-терапевт, педагог-координатор

1. Загальні положення

Даний план-звіт визначає цілі, завдання, зміст, структуру, форми та методи групового соціально-психологічного супроводу підлітків, які зазнали наслідків воєнного конфлікту. Програма орієнтована на відновлення психоемоційної рівноваги, формування навичок саморегуляції, соціальної взаємодії та життєстійкості в підлітків, котрі мають різні рівні травматичного досвіду та адаптаційних можливостей.

Робота побудована на принципах добровільності участі, конфіденційності, безпеки, прийняття, рівності та послідовності дій. Основу програми складають гуманістичний підхід, комплексна підтримка та орієнтація на ресурси особистості.

Загальна вибірка – 27 осіб віком від 15 до 19 років, серед яких 15 дівчат і 12 хлопців. Розподіл учасників здійснено на основі результатів емпіричного дослідження рівня посттравматичного стресу за шкалою CRIES-8 та даних авторського опитувальника.

2. Обґрунтування структури групового супроводу

Дослідження засвідчило, що підлітки мають різні рівні вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), емоційної нестабільності та соціальної дезадаптації. Для ефективності реабілітаційного процесу було створено п'ять груп з урахуванням рівня психоемоційного стану, вікових і гендерних особливостей, а також ступеня сформованості адаптаційних механізмів.

Розподіл груп забезпечує поетапний рух від емоційної стабілізації до активної соціальної інтеграції та розвитку відповідальності, самостійності й соціальної залученості.

3. Характеристика груп та зміст діяльності

Група 1: «Відновлення стабільності»

(підлітки з високим рівнем посттравматичного стресу та вираженою вразливістю)

1. Загальні відомості про групу

Назва групи: «Відновлення зв'язків»

Кількість учасників: 7 осіб

Віковий діапазон: 15–16 років

Склад за віком та статтю:

Всього 4 дівчини, 3 хлопці

- 15 років — 3 дівчини, 2 хлопці
- 16 років — 1 дівчина, 1 хлопець

Місце реалізації: Центр соціально-психологічної реабілітації молоді (спеціально облаштоване приміщення з м'яким освітленням, комфортними сидіннями, колом взаємодії, зоною для арт-терапії та релаксації).

Тривалість програми: 6 місяців

Дата початку: ???

Дата завершення: ???

Ведучий групи: соціальний працівник _____

Залучені фахівці: практичний психолог, арт-терапевт, педагог-координатор

2. Підстава для організації групового супроводу

Груповий соціально-психологічний супровід створено на основі результатів емпіричного дослідження, проведеного у межах програми «Відновлення зв'язків: комплексна соціально-психологічна реабілітація підлітків у постконфліктному середовищі».

Дослідження виявило, що підлітки цієї категорії мають високий рівень посттравматичного стресу — середній бал за шкалою CRIES-8 становить 32,8 (діапазон 31–34), що відповідає клінічно значущому рівню ПТСР.

Виявлено домінування симптомів інтрузії (до 19,3 бала), уникнення (до 18,0 бала) та гіперактивації (до 17,5 бала). За результатами авторського опитувальника, 90,9 % учасників відчують постійний страх і панічні реакції, 81,8 % мають розлади сну, 85 % і більше уникають соціальних контактів, 72,7 % не мають довірених осіб, а понад 80 % стикаються з труднощами в подоланні життєвих змін.

Такі показники свідчать про глибоку емоційну дестабілізацію, відчуття втрати безпеки та соціальну ізоляцію, що потребує системного, тривалого й структурованого втручання у форматі групової реабілітаційної роботи.

Критеріями відбору стали:

- високий рівень ПТСР (>31 бал за CRIES-8);
- ознаки соціальної ізоляції, замкненості, емоційної нестійкості;
- низька адаптивність та відсутність сформованих навичок саморегуляції;
- вік 15–16 років — найбільш вразливий етап становлення особистості;
- потреба в структурованій груповій підтримці для формування довіри та безпеки.

3. Мета групового супроводу

Забезпечити стабілізацію емоційного стану, зниження тривожності, формування почуття безпеки та відновлення довіри до соціального оточення через опанування навичок саморегуляції й побудову первинних соціальних контактів у безпечному середовищі групової взаємодії.

4. Завдання групового супроводу

- 1) Нормалізувати емоційний фон, знизити рівень страху, тривоги та напруги.
- 2) Сформувати базові навички саморегуляції через дихальні, тілесно-орієнтовані та релаксаційні методики.
- 3) Забезпечити відчуття безпеки, підтримки й прийняття у групі.
- 4) Відновити первинні соціальні зв'язки, сприяти формуванню довіри до інших людей.
- 5) Навчити учасників розпізнавати, приймати та вербалізувати власні емоції.
- 6) Запобігти повторній травматизації через створення стабільного, прогнозованого середовища.
- 7) Підготувати підлітків до подальшої соціальної адаптації та навчальної інтеграції.

5. Структура програми групового супроводу

Загальна тривалість: 6 місяців

Обсяг: 36 годин (12 занять по 3 години, 2 рази на місяць)

Етапи реалізації:

Етап	Тривалість	Заняття
I. Стабілізаційний	1–2 місяці	1–4
II. Емоційно-корекційний	3–4 місяці	5–8
III. Соціально-активізаційний	5–6 місяці	9–12

6. Зміст групових занять

Програма реалізується поетапно, з урахуванням природної динаміки стабілізації психоемоційного стану та розвитку соціальної залученості. Кожна зустріч має чітку структуру: вступна частина (ритуал входу), основна активність (вправа, гра, арт-завдання), рефлексивна частина (обговорення, коло довіри) та домашнє завдання з елементами самоаналізу.

1. Етап I «Формування довіри»:

Мета: створення атмосфери безпеки, формування довіри, зниження рівня гіперактивації та емоційної напруги

Під час перших занять учасники знайомляться, формують базові правила взаємодії («Я маю право на слово і на тишу», «Те, що сказано в групі, залишається в групі»). Ключова задача соціального працівника — знизити тривожність і сформувати довіру через прогнозованість дій.

Вправи та методи:

- Мій безпечний простір» — створення малюнка або символу місця, де учасник відчувається спокійно;
- «Карта емоцій» — колективне малювання емоцій, пошук кольорів для кожного стану;
- «Довіра крок за кроком» — парна вправа, що вчить приймати допомогу іншого (один веде, другий з заплющеними очима рухається за голосом);

- «Тіло як якір» — практика тілесного усвідомлення (сканування тіла, пошук точок напруги).

Психосвітні модулі: короткі бесіди про те, що таке стрес, як реагує тіло, чому з'являються панічні реакції.

Очікувані результати: зменшення проявів тривожності, покращення сну, формування почуття безпеки, поява довіри до групи.

2. *Етап II «Розвиток соціальних і комунікативних навичок»:*

Мета: опрацювання внутрішнього напруження, страхів і травматичних спогадів, розвиток емоційної грамотності та усвідомлення власних ресурсів.

На цьому етапі використовуються м'які корекційні техніки, що не викликають повторного проживання травми, а допомагають поступово осмислювати досвід через символічні образи, творчість і безпечно обговорення.

Вправи та методи:

- «Камінь тривоги» — арт-символіка звільнення від страху; учасники наносять на камінь фарбами свій тягар, потім змивають фарбу у воді, символізуючи очищення;
- «Дерево почуттів» — малюнкова вправа, де корені символізують підтримку, стовбур — сьогодення, гілки — надії;
- «Карта ресурсів» — виявлення джерел підтримки (друзі, місця, внутрішні сили);
- «Я можу впоратися» — рольова вправа, де підлітки моделюють ситуації стресу та відпрацьовують стратегії поведінки.

Допоміжні техніки:

- Казкотерапія (читання коротких історій про подолання труднощів);
- Тілесно-орієнтовані вправи («Дихання хвилею», «Міцна опора»);
- Метод позитивного зворотного зв'язку — кожен учасник говорить іншому, що йому сподобалося в його дії чи поведінці.

Очікувані результати: зниження інтенсивності симптомів інтрузії, розвиток здатності до вербалізації почуттів, підвищення самооцінки, поява внутрішнього відчуття контролю над власним станом.

3. *Етап III «Соціальна реінтеграція»:*

Мета: відновлення соціальних ролей, розвиток командності, формування готовності до участі у громадському житті, підготовка до інтеграції у змішану групу.

Цей етап покликаний допомогти учасникам перенести сформовані вміння у зовнішнє середовище, закріпити почуття впевненості й соціальної приналежності.

Вправи та методи:

- «Міст довіри» — командна вправа, що формує взаємну підтримку (фізичний контакт, відчуття опори);
- «Коло підтримки» — гра, у якій кожен тримає нитку й називає те, за що вдячний іншому учаснику;
- «Моє безпечне майбутнє» — спільний арт-проект, створення колажу з візією позитивного майбутнього;
- «Підсумок шляху» — рефлексивне коло, де учасники діляться змінами, які відчували, та отримують символічні сертифікати.

Очікувані результати: підвищення комунікативної активності, розвиток соціальної відповідальності, готовність до участі у спільних заходах, стабілізація самооцінки.

7. *Додаткові компоненти групового супроводу*

- 1) Арт-терапевтичні техніки: малювання, колажі, глинотерапія, створення символічних предметів;
- 2) Психосвітні бесіди: короткі обговорення про природу емоцій, роль стресу, способи самопомоги;
- 3) Рефлексивні кола: обговорення власних відчуттів після кожної сесії;

- 4) Метод «емоційного дзеркала»: розвиток емпатії через невербальне відображення станів інших;
- 5) Щоденники емоцій: системне фіксування власного стану для підвищення самоусвідомлення.

8. Очікувані результати програми

- 1) Зниження рівня тривожності з 90,9 % до менш ніж 50 %.
- 2) Стабілізація сну та фізичних симптомів.
- 3) Поява стабільного відчуття безпеки та довіри до групи й дорослих.
- 4) Засвоєння технік саморегуляції та їх використання у повсякденному житті.
- 5) Відновлення базових соціальних контактів та підвищення комунікативної компетентності.
- 6) Готовність до участі в інтегрованій групі та шкільному/громадському середовищі.

9. Моніторинг і оцінка ефективності

- 1) Щомісячний журнал спостережень: відстеження рівня залученості, емоційних змін і комунікації.
- 2) Проміжна оцінка (3-й місяць): опитувальник соціальної адаптації.
- 3) Підсумкове тестування (6-й місяць): повторне проходження CRIES-8, анкетування задоволеності участю.
- 4) Якісна оцінка: порівняння щоденників емоцій, рефлексивних записів і динаміки соціальної активності.

10. Організаційні аспекти

Формат занять: очний, з можливістю адаптації до онлайн, тривалість 90 хвилин, 2 рази на місяць.

Матеріально-технічне забезпечення: канцелярські матеріали, фарби, проектор, спокійна музика, релаксаційні килимки, чай, печиво.

Ведення документації: соціальний працівник веде журнал відвідувань, короткі звіти після кожного заняття, фіксує індивідуальні зміни в учасників.

11. Підписи

Соціальний працівник _____

Практичний психолог _____

Арт-терапевт _____

Педагог-координатор _____

Дата затвердження плану:

Група 2: «Розвиток стійкості»

(підлітки із середнім рівнем посттравматичного стресу та зниженими навичками саморегуляції)

1. Загальні відомості про групу

Назва групи: «Розвиток стійкості»

Кількість учасників: 7 осіб

Віковий діапазон: 16–17 років

Склад за віком та статтю:

Всього 4 дівчини, 3 хлопці

- 16 років — 2 дівчини, 1 хлопець
- 17 років — 2 дівчини, 2 хлопці

Місце реалізації: Центр соціально-психологічної реабілітації молоді (спеціально облаштоване приміщення з м'яким освітленням, комфортними сидіннями, колом взаємодії, зоною для арт-терапії та релаксації).

Тривалість програми: 6 місяців

Дата початку: _____

Дата завершення: _____

Ведучий групи: соціальний працівник _____

Залучені фахівці: практичний психолог, педагог-координатор, фасилітатор групових процесів.

2. Підстава для організації групового супроводу

Груповий соціально-психологічний супровід організовано на основі результатів емпіричного дослідження, проведеного у межах програми

«Відновлення зв'язків: комплексна соціально-психологічна реабілітація підлітків у постконфліктному середовищі».

Дослідження показало, що учасники цієї групи мають середньо-високий рівень посттравматичного стресу — середній бал 30,8 (діапазон 30–31,5), що свідчить про наявність стійких симптомів ПТСР, проте з потенціалом до відновлення.

Субшкальні показники:

- уникнення — 15,5 бала;
- гіперактивація — 15,5 бала;
- інтрузія — 14,8 бала.

Ключові характеристики групи:

- 71,4–80 % учасників мають прояви ПТСР;
- 70 % — труднощі концентрації уваги, підвищена емоційна мінливість;
- 65 % — зберігають комунікацію з однолітками, але не довіряють дорослим;
- 57 % — намагаються самостійно долати труднощі, однак потребують зовнішньої підтримки;
- 75 % — демонструють високу адаптивність у знайомому середовищі, але низьку — у нових соціальних ситуаціях.

Таким чином, група формується з підлітків, які вже частково вийшли зі стану гострої травматичної реакції, однак потребують стабільної підтримки

ля розвитку навичок саморегуляції, стратегій подолання стресу та соціальної впевненості.

Критеріями відбору стали:

- рівень ПТСП у межах 29–31 бала за CRIES-8;
- наявність емоційної нестабільності, підвищеної дратівливості, труднощів концентрації;
- схильність до самостійного подолання труднощів без запиту на допомогу;
- потреба у зміцненні довіри, формуванні соціальної підтримки;
- готовність до активної участі в обговореннях, рольових іграх, командних вправах.

3. Мета групового супроводу

Сприяти формуванню психологічної стійкості, розвитку адаптивних стратегій подолання стресових ситуацій, раціоналізації емоційних реакцій, зміцненню соціальних контактів і формуванню впевненості у власних силах через структуровану групову взаємодію.

4. Завдання групового супроводу

- 1) Розвинути навички ідентифікації власних емоцій і поведінкових реакцій.
- 2) Навчити ефективним стратегіям подолання труднощів і внутрішньої напруги.
- 3) Підвищити рівень довіри до соціальних контактів (група, дорослі, педагоги).
- 4) Формувати усвідомлення особистих ресурсів і можливостей самопідтримки.
- 5) Розвинути комунікативні навички та вміння співпрацювати у групі.

- 6) Сприяти переходу від пасивного реагування до активного життєвого позиціонування.
- 7) Підготувати учасників до інтеграції у спільноти поза межами програми.

5. Структура програми групового супроводу

Загальна тривалість: 6 місяців

Обсяг: 36 годин (12 занять по 3 години, 2 рази на місяць)

Етапи реалізації:

Етап	Тривалість	Заняття
I. Соціально-адаптаційний	1–2 місяці	1–4
II. Емоційно-рефлексивний	3–4 місяці	5–8
III. Соціально-інтеграційний	5–6 місяці	9–12

6. Зміст групових занять

Програма побудована з урахуванням принципів поетапної соціальної реінтеграції, розвитку усвідомлення власних ресурсів і формування конструктивних моделей подолання життєвих труднощів. Заняття поєднують інтерактивні, арт-терапевтичні, когнітивно-поведінкові та психоосвітні методи.

1. Етап I Соціально-адаптаційний:

Мета: стабілізація емоційного стану, створення атмосфери довіри, розвиток початкових навичок групової взаємодії.

На початку роботи соціальний працівник створює умови для відкритої, але контрольованої комунікації. Особливу увагу приділено поступовому включенню у групові дискусії, визначенню меж комфорту та вмінню говорити про власний стан без страху осуду.

Вправи та методи:

- «Соціальний автопортрет» — вправа, де кожен учасник малює себе у формі символів, що відображають його стан і сильні сторони;

- «Мої опори» — візуалізація трьох речей або людей, які допомагають почуватися стабільно;
- «Рух довіри» — парна вправа, спрямована на формування взаємної підтримки;
- Психосвітній модуль: «Як стрес впливає на наші рішення».

Очікувані результати: зменшення емоційної напруги, поява відчуття приналежності до групи, зниження недовіри до дорослих, формування початкового рівня впевненості у групових процесах.

2. *Етап II Емоційно-рефлексивний:*

Мета: розвиток здатності усвідомлювати власні емоційні реакції, опрацювання інтрузивних спогадів через безпечні творчі та дискусійні форми, формування раціональних стратегій подолання.

На цьому етапі учасники працюють із власним досвідом, вчать відрізняти емоцію від дії, формулювати власні потреби, визначати межі впливу. Використовуються методи рольового тренінгу, аналізу життєвих ситуацій і соціального моделювання.

Вправи та методи:

- «Моя історія сили» — учасники розповідають або малюють ситуацію, коли їм вдалося подолати труднощі;
- «Метафоричний маршрут» — побудова «дороги життя», де позначаються складні та ресурсні події;
- «Коло підтримки» — вправи на вербалізацію власних потреб і прохань про допомогу;
- «Діалог зі страхом» — рольова гра, де учасники уявляють страх як персонажа і ведуть з ним бесіду;
- Психосвітній модуль: «Як мислення впливає на наші емоції: когнітивна модель».

Очікувані результати: зниження частоти тривожних реакцій, формування усвідомлених стратегій подолання, підвищення впевненості у

власній компетентності, розвиток навичок комунікації з дорослими без емоційного напруження.

3. Етап III Соціально-інтеграційний:

Мета: активізація соціальних навичок, розвиток самостійності, ініціативності, формування готовності до реінтеграції у навчальне та громадське середовище.

Фінальний етап спрямований на практичне застосування сформованих умінь. Підлітки беруть участь у групових проєктах, вчаться приймати спільні рішення, презентувати результати своєї діяльності, формулювати особисті життєві цілі.

Вправи та методи:

- «Соціальна мозаїка» — створення спільного колажу, який відображає колективні цінності та ресурси групи;
- «Проект «Я можу»» — планування та реалізація невеликої ініціативи (наприклад, волонтерська акція, екологічна ініціатива);
- «Міст довіри» — командна вправа, що зміцнює навички взаємопідтримки;
- «Підсумкове коло» — обмін досвідом, індивідуальна оцінка досягнень, планування подальших кроків.

Очікувані результати: підвищення соціальної активності, готовність брати участь у громадських заходах, покращення комунікативних навичок, усвідомлення власних досягнень і перспектив.

7. Додаткові компоненти групового супроводу

- 1) Групові дискусії на теми самоусвідомлення та життєвих цінностей;
- 2) Арт-терапевтичні сесії (створення метафоричних образів, робота з кольором і символом);
- 3) Техніки когнітивно-поведінкової корекції (заміна деструктивних думок на реалістичні);

- 4) Менторські міні-сесії (індивідуальні розмови з соціальним працівником);
- 5) Використання методу «рефлексивного дзеркала» для розвитку емпатії та соціального розуміння;
- 6) Щоденники спостереження «Мої зміни» — короткі щотижневі записи учасників про власні відчуття й динаміку.

8. Очікувані результати програми

- 1) Зниження рівня емоційної напруги та симптомів ПТСР (з 30,8 до <25 балів).
- 2) Формування раціональних стратегій подолання стресових ситуацій.
- 3) Зміцнення самоповаги, упевненості у власних силах і можливостях.
- 4) Розвиток навичок ефективної комунікації, вирішення конфліктів і співпраці.
- 5) Підвищення рівня соціальної активності та ініціативності.
- 6) Формування стійкої мотивації до саморозвитку й участі у житті громади.

9. Моніторинг і оцінка ефективності

- 1) Щомісячне спостереження: оцінка рівня залученості, поведінкових проявів, участі в обговореннях.
- 2) Проміжний контроль (3-й місяць): анкетування щодо рівня довіри, самооцінки, адаптивності.
- 3) Підсумкова оцінка: повторне тестування за шкалою CRIES-8, рефлексивне інтерв'ю про зміни у ставленні до себе та оточення.
- 4) Якісний аналіз: порівняння щоденників, групових робіт, відгуків учасників.

10. Організаційні аспекти

Формат занять: очний, з можливістю адаптації до онлайн, тривалість 90 хвилин, 2 рази на місяць.

Матеріально-технічне забезпечення: ватмани, фарби, проєктор, аудіосистема, арт-матеріали, роздаткові картки.

Ведення документації: журнал відвідувань, короткі звіти після занять, фіксація групової динаміки та індивідуальних змін.

11. Підписи

Соціальний працівник _____

Практичний психолог _____

Педагог-координатор _____

Фасилітатор групових процесів _____

Дата затвердження плану:

Група 3: «Відновлення перспективи»

(підлітки з помірним рівнем посттравматичного стресу та ознаками хронічного дистресу, орієнтовані на відновлення автономії та формування життєвих планів)

1. Загальні відомості про групу

Назва групи: «Відновлення перспективи»

Кількість учасників: 7 осіб

Віковий діапазон: 18–19 років

Склад за віком та статтю:

Всього 4 дівчини, 3 хлопці

- 18 років — 2 дівчини, 2 хлопці;
- 19 років — 2 дівчини, 1 хлопець

Місце реалізації: Центр соціально-психологічної реабілітації молоді (окреме приміщення з інтерактивною дошкою, зоною для обговорень,

робочими столами для планувальних завдань, стендом досягнень та ресурсною зоною).

Тривалість програми: 6 місяців

Дата початку: ???

Дата завершення: ???

Ведучий групи: соціальний працівник _____

Залучені фахівці: практичний психолог, кар'єрний консультант, фасилітатор волонтерських ініціатив.

2. Підстава для організації групового супроводу

Група створена на основі результатів емпіричного дослідження, проведеного у межах програми. Отримані дані засвідчили, що учасники цієї категорії мають помірний рівень посттравматичного стресу із середнім показником 30,0 бала за CRIES-8, що свідчить про збереження залишкових симптомів ПТСР у поєднанні з хронічним емоційним виснаженням.

Субшкальні показники:

- уникнення — 14,6 бала;
- гіперактивація — 14,3 бала;
- інтрузія — 13,9 бала.

Ключові характеристики групи:

- 50–60 % учасників мають клінічні симптоми ПТСР;
- 66,7 % — відчуття емоційного виснаження та байдужості до майбутнього;
- 45 % — наявність стійких соціальних зв'язків;
- 66,7 % — орієнтація на практичне вирішення проблем;
- 55,6 % — втрата віри у позитивні перспективи;
- 70 % — труднощі у постановці цілей, відсутність планування майбутнього.

Підлітки цієї групи відрізняються частковою стабілізацією емоційного стану, однак переживають зтяжний стан апатії, втрату мотивації, песимістичні очікування. Їхні потреби зосереджені на пошуку сенсу, відновленні автономії та формуванні реалістичних життєвих орієнтирів.

Критеріями відбору стали:

- рівень ПТСР 28–31 бал за шкалою CRIES-8;
- наявність симптомів емоційного виснаження, апатії, зниження мотивації;
- недостатньо сформовані навички цілепокладання та життєвого планування;
- зниження інтересу до соціальної активності, волонтерства, навчання;
- готовність до участі у практично спрямованих сесіях, орієнтованих на відновлення смислів і життєвої активності.

3. Мета групового супроводу

Сприяти профілактиці емоційного вигорання, відновленню життєвої мотивації, формуванню почуття автономії та відповідальності за власне майбутнє, розвитку навичок планування, проєктування життєвих цілей і залученню до волонтерських та громадських ініціатив.

4. Завдання групового супроводу

- 1) Знизити рівень хронічного дистресу та емоційного виснаження.
- 2) Відновити внутрішню мотивацію до саморозвитку, навчання й активності.
- 3) Розвинути навички життєвого планування, цілепокладання та самоорганізації.
- 4) Підвищити рівень довіри до соціуму через участь у групових і волонтерських формах діяльності.

- 5) Сформувати відчуття особистої компетентності, автономії та відповідальності.
- 6) Сприяти розвитку позитивного бачення майбутнього та відновленню віри у власні можливості.

5. Структура програми групового супроводу

Загальна тривалість: 6 місяців

Обсяг: 36 годин (12 занять по 3 години, 2 рази на місяць)

Етапи реалізації:

Етап	Тривалість	Заняття
I. Ресурсно-мотиваційний	1–2 місяці	1–4
II. Осмислювально-перспективний	3–4 місяці	5–8
III. Соціально-практичний	5–6 місяці	9–12

6. Зміст групових занять

Програма побудована за принципом відновлення внутрішньої енергії — осмислення — активної реалізації, що відповідає потребам молоді старшого підліткового віку. Кожне заняття включає індивідуальні та групові активності, інтерактивні обговорення, елементи коучингу, арт-терапії, проєктного мислення та соціального планування.

1. Етап I Ресурсно-мотиваційний:

Мета: підвищення енергетичного рівня, актуалізація ресурсів, створення позитивного емоційного фону та внутрішньої готовності до дії.

На початкових етапах важливо пробудити інтерес до життя, активізувати емоційну сферу та допомогти учасникам усвідомити власні ресурси. Застосовуються техніки відновлення зв'язку з тілом, креативні практики, музикотерапія.

Методи та вправи:

- «Ресурсна мапа» — створення персонального колажу з речей, людей і занять, які надають енергію;

- «Ранкове коло активності» — короткі тілесні практики, що активують тонус і концентрацію;
- «Мої три сили» — усвідомлення власних внутрішніх ресурсів через письмову та візуальну роботу;
- «Віднайди свою енергію» — групова вправа, під час якої учасники діляться прикладами моментів радості чи гордості;
- Психосвітній модуль: «Що таке мотивація і як її підтримувати».

Очікувані результати: зниження апатії, поява зацікавленості у спільній діяльності, виявлення ресурсних сфер життя, відновлення базового рівня емоційної активності.

2. *Етап II Осмислювально-перспективний:*

Мета: допомогти учасникам осмислити власний досвід, відновити ціннісні орієнтири, сформувані життєві цілі та розуміння особистого майбутнього.

На цьому етапі робота спрямована на формування внутрішнього сенсу життя через цілепокладання, планування, переоцінку досвіду та розвиток стратегічного мислення.

Методи та вправи:

- «Мое дерево майбутнього» — побудова метафоричного дерева: корені — минулий досвід, стовбур — сьогодення, крона — майбутні цілі;
- «Лист до себе через рік» — письмова вправа, де кожен формулює цілі, яких хоче досягти;
- «Шлях можливостей» — планування коротко- і довгострокових кроків у трьох сферах: навчання, соціальні відносини, саморозвиток;
- «Рефлексивне коло» — обговорення, що допомагає визначити, які переконання заважають рухатися вперед;
- Психосвітній модуль: «Як бачення майбутнього впливає на психологічну стійкість».

Очікувані результати: поява мотивації до дії, формування конкретних цілей, зниження відчуття безперспективності, усвідомлення власної автономії та відповідальності за вибір.

3. *Етап III Соціально-практичний:*

Мета: практичне закріплення набутих навичок, участь у соціальних ініціативах, формування відчуття власної корисності й соціальної значущості.

Фінальна частина програми спрямована на активне включення підлітків у волонтерські проекти, розвиток громадянської відповідальності та навичок самореалізації у команді.

Методи та вправи:

- «Соціальний проєкт» — створення й реалізація міні-ініціативи (допомога літнім людям, екологічна акція, підтримка притулку);
- «Мої досягнення» — складання портфоліо власних результатів програми;
- «Інтерв'ю з майбутнім» — рольова вправа, де учасники уявляють себе у професійній ролі та діляться баченням власного шляху;
- «Фінальне коло перспектив» — колективне обговорення результатів, визначення кроків після завершення програми.

Очікувані результати: відновлення активної життєвої позиції, залучення до соціальних ініціатив, покращення самооцінки, поява бачення майбутнього, зміцнення внутрішнього відчуття сенсу життя.

7. *Додаткові компоненти групового супроводу*

- 1) Арт-коучингові техніки (візуалізація майбутнього, робота з метафоричними картами);
- 2) Елементи логотерапії (відновлення відчуття сенсу через пошук особистих цінностей);
- 3) Музикотерапія та кінезіологічні вправи для зниження дистресу;

- 4) Індивідуальні консультації з кар'єрним консультантом;
- 5) Залучення до соціальних і волонтерських подій громади;
- 6) Ведення «Щоденника цілей» — записування досягнень і коротких щотижневих кроків.

8. Очікувані результати програми

- 1) Зниження проявів хронічного дистресу та апатії.
- 2) Формування внутрішньої мотивації до дії та саморозвитку.
- 3) Відновлення позитивного ставлення до майбутнього.
- 4) Розвиток навичок планування, тайм-менеджменту та відповідальності.
- 5) Залучення до соціально корисної діяльності (волонтерство, навчальні проєкти).
- 6) Підвищення рівня самоповаги, віри у власні сили та автономії у прийнятті рішень

9. Моніторинг і оцінка ефективності

- 1) Щомісячне спостереження: оцінка рівня емоційної активності, участі у завданнях, змін у поведінці.
- 2) Проміжна оцінка (3-й місяць): анкетування щодо рівня мотивації, самооцінки, планування.
- 3) Підсумкова оцінка (6-й місяць): повторне тестування за шкалою CRIES-8, інтерв'ю про ціннісні зміни та бачення майбутнього.
- 4) Якісний аналіз: порівняння особистих планів, «Щоденників цілей», рівня участі у соціальних активностях.

10. Організаційні аспекти

Формат занять: очний, з можливістю адаптації до онлайн, тривалість 90 хвилин, 2 рази на місяць.

Матеріально-технічне забезпечення: мультимедійне обладнання, канцелярські набори, ватмани, кольорові матеріали, роздаткові брошури, проектор, музичний супровід.

Ведення документації: журнал відвідувань, звіти після занять, фіксація динаміки мотиваційних змін і соціальної активності.

11. Підписи

Соціальний працівник _____

Практичний психолог _____

Кар'єрний консультант _____

Фасилітатор волонтерських ініціатив _____

Дата затвердження плану:

Група 4: «Єдність і рівновага»

(змішана статево-вікова група з фокусом на статево-специфічні прояви дистресу, інтегративний підхід)

1. Загальні відомості про групу

Назва групи: «Відновлення перспективи»

Кількість учасників: 6 осіб

Віковий діапазон: 15–19 років

Склад за віком та статтю:

Всього 3 дівчини, 3 хлопці:

- 15 років — 1 дівчина;
- 16 років — 1 хлопець;
- 17 років — 1 дівчина, 1 хлопець;
- 18 років — 1 хлопець;
- 19 років — 1 дівчина.

Місце реалізації: Центр соціально-психологічної реабілітації молоді (змішане приміщення для групової роботи, облаштоване з урахуванням

принципів гендерної нейтральності: зони для спільної діяльності, індивідуального усамітнення та творчого самовираження).

Тривалість програми: 6 місяців

Дата початку: ???

Дата завершення: ???

Ведучий групи: соціальний працівник _____

Залучені фахівці: практичний психолог, арт-терапевт, педагог-координатор.

2. Підстава для організації групового супроводу

Груповий соціально-психологічний супровід створено на основі результатів дослідження у межах програми «Відновлення зв'язків: комплексна соціально-психологічна реабілітація підлітків у постконфліктному середовищі».

За результатами діагностики учасники цієї групи продемонстрували середньо-високий рівень посттравматичного стресу (середній бал CRIES-8 — 31,2), що відповідає клінічно значущим проявам ПТСР. Особливістю групи є поєднання інтерналізованих та екстерналізованих форм стресової реакції:

- у дівчат переважають прояви страху, самозвинувачення, емоційного пригнічення, схильність до самоізоляції;
- у хлопців спостерігаються гнів, імпульсивність, уникання, напружена реакція на фрустрацію.

Спільними характеристиками групи є дефіцит соціальної підтримки, низька адаптивність, знижена довіра до дорослих і труднощі у налагодженні міжособистісної комунікації.

Учасники мають різний вік (15–19 років), що створює природний простір для горизонтального і вертикального обміну досвідом, формування моделей взаєморозуміння та емпатії.

Критеріями відбору стали:

- середній або вище середнього рівень ПТСР (30–32 бали за CRIES-8);
- наявність ознак як інтерналізованих, так і екстерналізованих реакцій;
- знижена комунікативна гнучкість, труднощі у вираженні емоцій;
- готовність до участі у змішаних форматах (хлопці та дівчата разом);
- мотивація до розвитку емоційної грамотності та взаємної підтримки.

3. Мета групового супроводу

Сприяти гармонізації статево-специфічних проявів емоційного дистресу, формуванню навичок емпатії та взаєморозуміння, розвитку толерантності до різних способів переживання травматичного досвіду, відновленню соціальних зв'язків і групової згуртованості через інтегративну роботу у змішаній групі.

4. Завдання групового супроводу

- 1) Зменшити рівень внутрішньої напруги та агресивності через безпечне емоційне вираження.
- 2) Навчити учасників розпізнавати власні емоції й емоції інших людей, вербалізувати їх у прийнятній формі.
- 3) Розвивати емпатію та взаємопідтримку між хлопцями й дівчатами.
- 4) Сприяти усвідомленню індивідуальних меж і відповідальності у спілкуванні.
- 5) Відновити здатність до конструктивного діалогу та соціальної взаємодії.
- 6) Сформувати позитивну модель гендерної взаємодії у безпечному середовищі.
- 7) Підготувати учасників до подальшої участі у громадських і волонтерських ініціативах.

5. Структура програми групового супроводу

Загальна тривалість: 6 місяців

Обсяг: 36 годин (12 занять по 3 години, 2 рази на місяць)

Етапи реалізації:

Етап	Тривалість	Заняття
I. Стабілізаційно-діагностичний	1–2 місяці	1–4
II. Інтерактивно-корекційний	3–4 місяці	5–8
III. Соціально-інтеграційний	5–6 місяці	9–12

6. Зміст групових занять

Програма побудована на принципах рівності, довіри, емпатії та підтримки. Заняття проводяться у форматі інтерактивних вправ, арт-терапії, рольових дискусій і групових рефлексій.

1. Етап I Стабілізаційно-діагностичний:

Мета: створення безпечного простору, розвиток довіри, виявлення індивідуальних форм переживання стресу, усвідомлення гендерних особливостей реакцій..

Методи та вправи:

- «Моя сила і мій захист» — учасники створюють символічний об'єкт (щит або амулет), який відображає їхній спосіб захисту;
- «Я – хлопець/дівчина, який...» — техніка самопрезентації з елементами самоідентифікації;
- «Гендерні ролі у житті» — міні-дискусія з картками ситуацій;
- «Коло довіри» — командна вправа на взаємну підтримку.модуль: «Що таке мотивація і як її підтримувати».
- Психосвітні модулі: короткі обговорення тем: «Що таке емоційна реакція на стрес», «Чому хлопці і дівчата по-різному реагують на травму», «Як розпізнати, коли емоція керує нами».

Очікувані результати: формування почуття безпеки, усвідомлення індивідуальних відмінностей у вираженні емоцій, зниження рівня напруги, створення основи для діалогу.

2. Етап II Інтерактивно-корекційний:

Мета: розвиток емоційної грамотності, навчання взаєморозумінню між хлопцями та дівчатами, формування довіри й позитивного спілкування.

Методи та вправи:

- «Емоції на обличчі» — парна вправа з невербальним відображенням почуттів;
- «Карта емоційної підтримки» — створення постеру з описом того, що допомагає кожному в кризі;
- «Зміна ролей» — гендерно-перехресна рольова гра, де хлопці й дівчата виконують ролі з протилежними емоційними сценаріями;
- «Міст емпатії» — побудова спільної історії, де кожен додає емоційну частину, відображаючи досвід іншої статі.».

Допоміжні техніки:

- арт-терапія (спільне створення картини «Єдність у різності»);
- метод «емоційного дзеркала» — повторення емоційного стану іншого через міміку і рух;
- техніка «3 кроки розуміння» — слухання, переказ, емпатичне відображення.

Очікувані результати: підвищення емоційної чутливості, формування толерантності до різних способів вираження емоцій, розвиток взаємоповаги та вміння слухати одне одного.

3. Етап III Соціально-інтеграційний:

Мета: формування командності, спільної відповідальності, готовності до конструктивної соціальної взаємодії, підвищення впевненості у власних силах.

Методи та вправи:

- «Команда майбутнього» — колективне створення проекту, що об'єднує групу (соціальна ініціатива, волонтерський задум, мініакція підтримки для інших підлітків);
- «Діалог без слів» — невербальна вправа для розвитку чутливості й розуміння без оцінки;
- «Коло рівноваги» — групова рефлексія щодо особистих змін;
- «Мій шлях до рівноваги» — створення персонального символу внутрішньої гармонії після завершення програми.

Очікувані результати: формування досвіду співпраці у змішаній групі, розвиток соціальної компетентності, підвищення рівня взаємодовіри, готовність до відкритої комунікації поза межами програми.

7. Додаткові компоненти групового супроводу

- 1) Арт-терапевтичні практики (спільні творчі роботи, колажі, інсталяції);
- 2) Психосвітні дискусії про гендерні особливості стресу;
- 3) Методи тілесної саморегуляції («дихання квадратом», «опора на землю»);
- 4) Групові рефлексії («емоційні кола» після кожного заняття);
- 5) Ведення «щоденника групових змін» для фіксації особистих і колективних відкриттів.

8. Очікувані результати програми

- 1) Зниження проявів емоційної напруги й агресивності у хлопців, страху та самоізоляції у дівчат.
- 2) Формування навичок емоційної грамотності та толерантності до різних способів реагування.
- 3) Підвищення рівня довіри, згуртованості й підтримки у групі.

- 4) Покращення навичок комунікації та конструктивного розв'язання конфліктів.
- 5) Розвиток відчуття власної гідності й прийняття себе у гендерній ролі.
- 6) Підготовка до соціальної інтеграції та участі в громадських ініціативах.

9. Моніторинг і оцінка ефективності

- 1) Щомісячний журнал спостережень: фіксація рівня взаємодії, емоційних проявів, активності у спільній діяльності.
- 2) Проміжна оцінка (3-й місяць): опитувальник емоційної компетентності та рівня згуртованості.
- 3) Підсумкове оцінювання (6-й місяць): повторне тестування за CRIES-8, анкетування самооцінки емоційного стану.
- 4) Якісна оцінка: аналіз динаміки у комунікації, саморефлексії та спільній творчій роботі.

10. Організаційні аспекти

Формат занять: очний, з можливістю адаптації до онлайн, тривалість 90 хвилин, 2 рази на місяць.

Матеріально-технічне забезпечення: канцелярські матеріали, фарби, маркери, проєктор, спокійна музика, комфортні стільці, релаксаційні подушки, чай та печиво.

Ведення документації: соціальний працівник веде журнал відвідувань, короткі протоколи занять, фіксує групову динаміку та індивідуальні зміни.

11. Підписи

Соціальний працівник _____

Практичний психолог _____

Кар'єрний консультант _____

Фасилітатор волонтерських ініціатив _____

Дата затвердження плану:

Група 5: «Єдність відновлення»

(загальна інтеграційна група для всіх 27 учасників програми)

1. Загальні відомості про групу

Назва групи: «Єдність відновлення»

Кількість учасників: 27 осіб

Віковий діапазон: 15–19 років

Склад за віком та статтю:

Всього 15 дівчат, 12 хлопців:

- 15 років — 4 дівчини, 2 хлопці
- 16 років — 3 дівчини, 2 хлопці
- 17 років — 4 дівчини, 3 хлопці
- 18 років — 2 дівчини, 3 хлопці
- 19 років — 2 дівчини, 2 хлопці

Місце реалізації: Велика зала молодіжного центру, обладнана для інтеграційних заходів. Простір буде організовано у функціональні зони: центральну сцену для презентацій, зону для арт-виставки, релаксаційний куточок і простір для неформального спілкування.

Тривалість заходу: 1 день (8 годин з перервами)

Дата проведення: ???

Ведучий групи: соціальний працівник _____

Ведучий заходу: соціальний працівник — координатор програми.

Залучені фахівці: арт-терапевт, практичний психолог, педагог-координатор, 5 волонтерів (випускників попередніх груп)

2. Підстава для організації групового заходу

Інтеграційна група «Єдність відновлення» запланована як фінальний етап програми «Відновлення зв'язків: комплексна соціально-психологічна реабілітація підлітків у постконфліктному середовищі».

Її проведення передбачено після завершення чотирьох попередніх 6-місячних групових програм (Групи 1–4), які охоплюють різні категорії підлітків за рівнем травматизації, соціальної активності та емоційної стабільності.

Під час реалізації базових груп учасники поступово оволодівають навичками саморегуляції, комунікації, відновлення соціальних контактів, довіри до дорослих і побудови взаємодії в безпечному середовищі.

Завершальний інтеграційний захід має об'єднати всі результати, створити атмосферу спільності, довіри та соціальної єдності, а також закріпити процеси реінтеграції через спільний символічний досвід.

3. Мета заходу

Забезпечити підліткам, які пройшли різні етапи програми, досвід спільного інтеграційного взаємодіяння, сформувати почуття належності до спільноти відновлення, сприяти закріпленню здобутих навичок саморегуляції, емоційної стабільності та соціальної активності, а також створити мережу взаємопідтримки, що функціонуватиме після завершення програми.

4. Завдання заходу

- 1) Забезпечити спільне завершення всіх етапів програми в інтеграційній формі.

- 2) Узагальнити та візуалізувати результати особистих і групових змін.
- 3) Розвинути відчуття єдності, підтримки та причетності до спільного процесу відновлення.
- 4) Стимулювати учасників до взаємодії між групами та ініціативності у майбутньому.
- 5) Запланувати подальші неформальні зустрічі та створити канали комунікації (онлайн і офлайн).
- 6) Забезпечити символічне та емоційне завершення реабілітаційного циклу

5. *Планована структура заходу*

Плановий час: 10:00 – 18:00

Тривалість: 8 годин (з перервами)

Етапи реалізації:

Час	Блок	Тривалість
10:00–10:30	Вхід і об'єднання	30 хв
10:30–12:00	Галерея трансформацій	90 хв
12:00–13:00	Обід і неформальне спілкування	60 хв
13:00–15:00	Історії відновлення	120 хв
15:00–15:30	Перерва	30 хв
15:30–17:00	Мережа майбутнього	90 хв
17:00–18:00	Ритуал завершення	60 хв

6. *Зміст групових занять*

1. *Блок 1. Вхід і об'єднання:*

Мета: створення безпечної, довірливої атмосфери та налаштування на спільну роботу.

Планові події:

- урочисте відкриття заходу та коротке привітання від команди програми;

- вручення символічних браслетів відновлення (за кольорами попередніх груп);
- ритуал знайомства у форматі «Великого кола»: «Я — [ім'я], з групи [номер], і я вдячний(а) за...»;
- музичне виконання короткої мотивуючої композиції, створеної у межах програми.

Очікувані результати: створення позитивного настрою, атмосфери прийняття та готовності до спільного досвіду.

2. Блок 2. Галерея трансформацій:

Мета: представити творчі результати роботи груп 1–4 та візуально показати процеси відновлення.

Планові активності:

- «організація інтерактивної арт-виставки «Живий музей»;
- експозиції робіт усіх груп:
 - Група 1 — «Мій безпечний простір»;
 - Група 2 — «Дерево почуттів»;
 - Група 3 — «План на майбутнє»;
 - Група 4 — «Емпатія в кольорі»;
- обговорення робіт у форматі мікрогруп;
- створення спільної фотовиставки з назвами ідей учасників.

Очікувані результати: розвиток самоусвідомлення, підвищення впевненості, гордість за досягнення.

3. Блок 3. Історії відновлення:

Мета: стимулювати рефлексію, осмислення власного шляху, розвиток здатності ділитися досвідом у безпечному середовищі.

Планові дії:

- добровільні короткі виступи учасників (3–4 хвилини) у форматі «міні-TED»;

- орієнтовні теми: «Мій виклик», «Що допомогло мені пройти», «Хто я зараз»;
- обговорення у форматі підтримуючого кола;
- створення спільного плаката «Слова сили» — учасники записують фрази, які їх підтримують після завершення програми.

Очікувані результати: зміцнення самооцінки, розвиток комунікативних навичок, емпатії та взаємопідтримки.

4. Блок 4. Мережа майбутнього:

Мета: забезпечити продовження взаємопідтримки після завершення програми.

Планові дії:

- створення Telegram-групи «Відновлення 2026» для постійного спілкування;
- розробка календаря зустрічей (щоквартально у неформальному форматі);
- планування спільної волонтерської ініціативи «Молодь для молоді».

Очікувані результати: формування сталої соціальної мережі взаємодії, розвиток соціальної активності.

5. Блок 5. Ритуал завершення:

Мета: забезпечити емоційне та символічне завершення спільного шляху.

Планові дії:

- формування кола завершення: кожен кладе у центр символ свого відновлення (камінь, малюнок, браслет);
- створення спільного арт-об'єкта «Дерево єдності» — відбитки долонь усіх учасників;
- ритуал передачі «Ланцюга сили» від старших до молодших учасників;
- вручення символічних сертифікатів «Учасник програми відновлення»;
- фінальна пісня та групове фото.

Очікувані результати: емоційна стабілізація, підкріплення почуття завершеності та належності.

7. Очікувані результати програми

- 1) Формування у всіх учасників відчуття приналежності до спільноти відновлення.
- 2) Закріплення навичок міжособистісної взаємодії, довіри й емоційної регуляції.
- 3) Створення сталої мережі взаємопідтримки (онлайн і офлайн).
- 4) Мотивація до подальшої соціальної участі й волонтерства.
- 5) Позитивне емоційне завершення програми та підготовка до повернення у звичайне соціальне життя.

8. Моніторинг і оцінка ефективності

- 1) анкетування учасників після завершення заходу (рівень задоволеності, емоційні зміни, очікування);
- 2) фіксація активності в онлайн-групі протягом місяця після події;
- 3) аналіз відгуків фахівців і волонтерів щодо поведінкової динаміки учасників;
- 4) складання короткого підсумкового звіту координатором програми.

9. Організаційні аспекти

Харчування: планується забезпечити обід і два кава-брейки.

Матеріально-технічне забезпечення: полотно, фарби, канцелярія, браслети, сертифікати, музичне обладнання.

Ведення документації: журнал відвідувань, звіти після занять, фіксація динаміки мотиваційних змін і соціальної активності.

10. Підписи

Соціальний працівник _____

Координатор програми _____

Дата затвердження плану:

**Документ укладено відповідно до програми «Відновлення зв'язків: комплексна соціально-психологічна реабілітація підлітків у постконфліктному середовищі. План є нормативною основою для організації групової соціально-психологічної роботи з підлітками, які пережили наслідки воєнного конфлікту.*

РЕЦЕНЗІЯ
на кваліфікаційну роботу
здобувача другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 231 Соціальна робота
освітньо-професійної програми «Поствоєнна соціально-психологічна реабілітація»
Агаркової Оксани
на тему «Вплив воєнного конфлікту на соціально-психологічну адаптацію
підлітків»

Тема наукової роботи О. Агаркової на часі. Її актуальність визначається тим, що сучасний воєнний конфлікт в Україні, що триває з 2014 року та набув повномасштабного характеру з 2022 року, став одним із наймасштабніших викликів для психічного здоров'я населення, особливо для підлітків – вікової групи, яка перебуває на критичному етапі формування особистості. За оцінками міжнародних організацій, понад 1,5 млн дітей і підлітків в Україні перебувають у зоні ризику розвитку депресії, тривожних розладів або посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Поширеність ПТСР серед підлітків у конфліктних зонах сягає 29,4%, що в 3-6 разів перевищує показники мирних популяцій. Ці дані підкреслюють системний характер проблеми: кумулятивна травма, хронічний стрес, втрати близьких, руйнування соціального середовища та освітні перерви створюють умови для порушення базових процесів соціально-психологічної адаптації.

Варто зазначити, що наявні програми психосоціальної підтримки часто не враховують специфіку українського контексту, вікову пластичність підлітків, статеві відмінності в реагуванні на травму (інтерналізація в дівчат, екстерналізація в хлопців) та необхідність інтеграції індивідуальних, групових і соціальних втручань. Відсутність адаптованих трирівневих моделей адаптації (психофізіологічний, особистісний, соціально-поведінковий рівні) ускладнює раннє втручання та запобігання хронізації розладів.

Погоджуємося з дослідницею, що розробка комплексної програми, що поєднує теоретичне обґрунтування, емпіричну діагностику та практичні інструменти реабілітації, є нагальною потребою соціальної роботи та психології розвитку.

У контексті окресленої проблеми О. Агаркова обґрунтувала її актуальність, чітко визначила науковий апарат, проаналізувала першоджерела, вивчила психологічні наслідки воєнного конфлікту для підлітків, зокрема вплив на розвиток, емоційну регуляцію та соціальні зв'язки; Визначила сутність і механізми психосоціальної адаптації підлітків у воєнних і постконфліктних умовах на психофізіологічному, особистісному та соціально-поведінковому рівнях; провела критичний огляд наявних підходів до підтримки підлітків у наслідок воєнних конфліктів з урахуванням вікових, статевих і культурних особливостей.

Дослідниця здійснила емпіричне дослідження психоемоційного стану та соціальної адаптації підлітків за допомогою стандартизованої шкали CRIES-8 та авторського опитувальника й науково грамотно описала його результати.

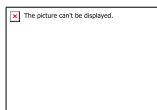
Значущим науково-методичним доробком О. Агаркової ми вважаємо комплексну програму психосоціальної підтримки «Відновлення зв'язків» з індивідуальними, груповими та соціальними компонентами, включаючи детальні плани супроводу.

Структура, зміст викладеної роботи відповідають чинним вимогам щодо написання кваліфікаційних робіт другого (магістерського) рівня вищої освіти, дають повне уявлення про роботу як самостійне та завершене дослідження.

Отже, кваліфікаційна робота О. Агаркової «Вплив воєнного конфлікту на соціально-психологічну адаптацію підлітків» може бути рекомендована до захисту.

Рецензент:

доц. кафедри соціальної
роботи
та інклюзивної освіти,
к. пед. н.



Катерина ПЕТРОВСЬКА