Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка

Факультет педагогіки і психології
Кафедра психології розвитку та консультування

Кваліфікаційна робота

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

Спеціальність 053 Психологія
ОПП «Психологія»

Здобувачки першого (бакалаврського)
рівня вищої освіти, групи зПст-34
Михайлюк Оксани Василівни

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:
доктор психолог. наук, професор
Радчук Галина Кіндратівна

РЕЦЕЗЕНТ:
кандидат психол. наук, доцент
Періг Ірина Мирославівна

Тернопіль – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП 5

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ 8

1.1 Визначення та причини посттравматичного стресового розладу у дітей молодшого шкільного віку 8

1.2 Розвиток особистості за травматичним типом внаслідок пережитого травматичного досвіду 13

1.3 Шляхи профілактики та допомоги молодшим школярам із посттравматичним стресовим розладом 15

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ 22

2.1 Організація та методика емпіричного дослідження 22

2.2 Емпіричні показники посттравматичного стресового розладу у дітей молодшого шкільного віку 27

2.3 Аналіз результатів емпіричного дослідження ПТСР у дітей молодшого шкільного віку 34

РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ 42

3.1 Загальна характеристика програми психологічної корекції посттравматичного стресового розладу у молодших школярів 42

3.2 Рекомендації для батьків та вчителів щодо роботи з дітьми з проявами посттравматичного стресового розладу 51

ВИСНОВКИ 57

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 60

ДОДАТКИ 64

ВСТУП

У сучасному світі проблема психічного здоров'я дітей залучає все більше уваги науковців, педагогів та психологів. Однією зі складних психічних розладів, що можуть впливати на дитинство та майбутнє дитини, є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Особливо важливо дослідження цієї проблеми в контексті дітей молодшого шкільного віку, оскільки в цьому віці формуються основи психологічного та емоційного стану дитини.

На сьогодні практично мільйон українських дітей втратили нормальне дитинство через війну. Навіть у свої маленькі роки вони пережили жахливі сцени військових дій та їхні наслідки: обстріли, поранення, загибель близьких, зруйновані будівлі, страх перед смертю. Ці травми не залишаться безслідною, і вони можуть проявитися в подальшому житті. Багато з цих дітей були прямими свідками жахіття війни, яке і для дорослих є важким випробуванням, не кажучи вже про їхню непідготовлену психіку. Війна позбавила мільйони дітей можливості насолоджуватися святкуванням днів народження, часом з родиною та друзями, а також іншими радощами дитинства. Українські діти стали свідками жорстоких бомбардувань, ракетних атак, пожеж, вибухів, руйнувань, вбивств і насильства.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей молодшого шкільного віку є серйозною проблемою, яка потребує уваги та вивчення. Саме в цьому віці діти зазнають значного розвитку психічних, емоційних та соціальних навичок, тому будь – який стресовий вплив може мати довгострокові наслідки для їхнього психічного здоров'я та розвитку. Обґрунтування теми роботи ПТСР у дітей молодшого шкільного віку вимагає уваги та дослідження з кількох причин.

По – перше, це віковий період, коли дитина ще формує свою особистість та ментальні здібності, тому будь – яка травматична подія може вплинути на її подальший розвиток. По – друге, молодші школярі зазвичай не мають відповідних навичок управління емоціями та виявлення стресу, що може ускладнити їхню реакцію на стресові ситуації. У зв'язку зі зростанням кількості

конфліктних ситуацій у сучасному суспільстві, ризик розвитку ПТСР у дітей молодшого шкільного віку стає все більш актуальним.

Актуальність дослідження полягає в тому, що ПТСР може виникати внаслідок різноманітних стресових ситуацій, таких як травми, насильство, розлучення батьків, природні катастрофи тощо. Дослідження цього психічного розладу у дітей молодшого шкільного віку дозволить розкрити особливості його прояву, виявити можливі фактори ризику та визначити шляхи профілактики та підтримки психічного здоров'я дітей.

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад.

Предмет дослідження – особливості психологічної корекції посттравматичного стресового розладу у дітей молодшого шкільного віку.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати і емпірично дослідити особливості проявів посттравматичного стресового розладу у дітей молодшого шкільного віку та розробити програму його психологічної корекції.

Завдання дослідження передбачається вирішення наступних завдань:

1. Проаналізувати наукову літературу щодо сучасних уявлень про посттравматичний стресовий розлад, його особливості прояву.

2. На підставі аналізу джерел визначити чинники розвитку ПТСР у дітей молодшого шкільного віку.

3. Організувати і провести емпіричне дослідження особливостей проявів посттравматичного стресового розладу у дітей молодшого шкільного віку.

4. Розробити програму психологічної корекції посттравматичного стресового розладу у молодших школярів.

Методи дослідження:

- *теоретичні*: аналіз психологічної літератури, класифікація видів посттравматичного стресового розладу та представлені шляхи вирішення проблематики у дітей молодшого шкільного віку.
- *емпіричні*: бесіда, спостереження, психодіагностичні: методики «Діагностика вад особистісного розвитку (ДВОР)» (автор З.Карпенко); «Шкала оцінки тривожних розладів у дітей (версія для батьків,

SCARED-P,)» (автор Б.Бірмахер); «Шкала батьківства та адаптації в сім'ї (PAFAS)» (автор М.Сандерс); Проективна методика «Людина під дощем» (автори О.Романова, Т.Ситько).

Експериментальна база дослідження: Тернопільська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів № 26 імені Дмитра Заплітного Тернопільської міської ради Тернопільської області. У дослідженні взяли участь 40 учнів четвертих класів, із них: 22 дівчини та 18 хлопців. Діагностичну вибірку було сформовано на базі двох паралельних класів: 4-А клас – 21 учень (11 дівчат, 10 хлопців); 4-В клас – 19 учнів (11 дівчат, 8 хлопців).

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості безпосереднього використання напрацювань у роботі шкільних психологів, педагогів та батьків. Проведені методики можуть бути використаний для моніторингу психологічного стану учнів у закладах загальної середньої освіти.

Структура роботи: вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел. Загальний обсяг роботи – 75 сторінок.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1 Визначення та причини посттравматичного стресового розладу у дітей молодшого шкільного віку

В умовах війни більшість українців відчули на собі що таке війна та пережили болючий травмований досвід як дорослі так і діти. Варто зазначити що більшість дітей під час війни зазнали втрат близьких людей, а також відчули на собі жахіття війни. Отриманий досвід може викликати у дитини посттравматичний стресовий розлад [15].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це порушення психічного стану, що може розвинутися після пережитої травматичної події.[16] Посттравматичний стресовий розлад був вперше запропонований М. Горовіц, ним були розроблені діагностичні критерії ПТСР. Проявитися посттравматичний стресовий розлад може після 1 – 6 місяців від травмованої події. Н.Є. Гоцуляк вважає що посттравматичний стресовий розлад може підвищитися коли дитина довший час перебувала в травматичних обставинах таких як: окупація, обстріли, повітряні тривоги [17].

Вчені, такі як С. Гончарова, М. Яковчук, твердять, що ситуація психотравми розглядається як взаємодія між особистістю і середовищем, де ключову роль відіграють суб'єктивні чинники: сприйняття та розуміння ситуації людиною, її відношення до неї та тлумачення подій [9].

Д. Калшед стверджує, що психічні травми можуть бути такими ж руйнівними для особистості, як і фізичні травми для тіла. Після таких травм особистість може перетворитися на таку, якої раніше не існувало. Проте, на відміну від фізичних травм, психічна травма може бути вилікувана. Тому процес терапії повинен розпочинатися зі створення довіри, яке виникає з

розуміння та співчуття психолога, і лише після цього переходити до поступового відновлення нормальних захисних механізмів, а потім – до відновлення втраченого сенсу існування [23].

За класифікацією посттравматичний стресовий розлад поділяється на такі види: гострий, хронічний, відстрочений. Суть посттравматичного стресового розладу – втрата відчуття безпеки та довіри до світу. Людина живе в постійному страху за своє життя [23].

При гострому виді посттравматичного стресового розладу з'являється в перші дні після стресової ситуації. Симптоми проявляються дуже яскраво протягом 2 – місяців. Для нього характерна надмірна тривожність за власне життя, загальмованість, сплутаність свідомості.

Прояви ПТСР можуть зберігатись протягом тривалого часу. До основних ознак належить напливи нав'язливих спогадів про небезпечні для життя ситуації, учасником яких була дитина; прояви емоційної агресії; невпевненість через страх; втома, дратівливість, порушення концентрації уваги, постійна готовність до небезпеки, напруга в тілі, внаслідок чого труднощі засипання і неспокійний сон [4].

Симптоми посттравматичного стресового розладу можуть нагадувати психічні та поведінкові розлади. У дітей дошкільного віку, які пережили травму можуть спостерігатися такі прояви ПТСР: страх самотності, підвищена потреба в увазі, проблеми зі сном, істерика, переживання травмуючої події через ігри або малюнки, замкненість, байдужість до навчання, головний біль, проблема з пам'яттю та концентрацією [16].

Після травматичного досвіду дитяча системи самозбереження переходить у стан постійної тривоги, так ніби небезпека може повернутися у будь – який момент. Виникають за А. Меркером симптоми уникнення, симптоми настрою та симптоми настороженості.

Таблиця 1.1

Симптоми посттравматичного стресового розладу

При симптомах уникнення виникає дисоціативна амнезія, тобто нездатність згадати фрагменти травмуючої події.

Дисоціативна амнезія – це один з проявів дисоціативного розладу, яке характеризується втратою пам’яті на певний період або певні події. Ця форма передбачає значну втрату пам’яті, яку не можна пояснити звичайною забудькуватістю, не може пізнати своїх знайомих і близьких людей. Вона зазвичай включає нездатність згадати особисту інформацію або спогади про конкретні події минулого [26].

Коли у крові підвищується рівень адреналіну та інших гормонів стресу, спогади глибоко закарбовуються в пам’яті. Дитина яка в даний момент відчуває

на собі стрес, не може уявити що це відбувається саме з нею. В дитини повертаються відчуття наче травмуюча подія повторюється знову. Не може згадати важливі деталі свого минулого, навіть якщо вона була наявна в її свідомості раніше. Це може включати в себе амнезію, відчуження від власного тіла або відчуття нереальності навколишнього світу. Втрата пам’яті може стосуватися короткочасної пам’яті (поточного дня чи кількох годин) або значних періодів часу, включаючи місяці або навіть роки. Щоб запобігти дисоціативній амнезії, важливо звернути увагу на своє психічне здоров'я та дотримуватися стратегій релаксації або використовувати арт – терапію.

Відчуття відстороненості та уникнення розмов і думок виникає в дитини тоді коли вона після травмуючої події не може довіряти близьким людям. З відчуттям відстороненості, в дитини відсутня емоційна близькість з близькими людьми після травмуючої події ніж була раніше. Дитина уникає розмови з дорослими про травмуючи події, а також уникає асоціацій які пов’язані з травматичною подією. Більше всього дитина хоче не згадувати те що пережила, забути про спогади та думки [14].

Крім того після негативного досвіду багато дітей не можуть відчувати позитивні емоції. Наскільки важко їм було переживати це, що ця подія закарбовується в пам’яті назавжди. Постійно коли дитина згадує ці моменти пережитого, здається що більше нічого не приносить радість та щастя, улюблені справи чи заняття не дають енергії та задоволення. В таких ситуаціях варто належним чином підтримати дитину батькам та знайти нові захоплення що можливо принесуть емоції натхнення [28].

Симптоми настороженості виникають при надмірній пильності та легкою лякливістю. Після пережитої травматичної ситуації дитина не може почувати себе в спокої та розслабленні. Коли виникає будь – яка ситуація дитина одразу контролює все що відбувається навколо неї. Це відбувається так тому що коли виникла травмована ситуація дитина була не в змозі змінити ситуацію та ухилити її подальший розвиток.

Після цього досвіду дитина хоче усвідомлювати все що відбувається навкруги та тримати під своїм контролем, щоб ця ситуація чи інша не повторилася ще раз. Може виникати лякливість, наприклад шуми або рухи, які нагадують про травмуючі події. Дитина не хоче повертатися в цей стан знову, відчувати негативні емоції, тому старається будь – яким способом чи дією уникнути цього вважаючи це вірним рішення для себе контролюючи все навкруги [27].

При труднощах зі сном дитина переживає травматичні сни, які не подібні на звичайні. Часто буває так, що багато разів сниться один і той самий сон. Такі сни жахають своєю раптовістю, ніби усе відбувається тут і тепер. Може виникнути дратівливість та безрозсудність, різні спалахи агресії по відношенню до батьків чи до самої себе.

Як і будь – який процес, посттравматичний стресовий розлад має відповідні фази проходження. Це впершу чергу відчай, тобто гостра тривога без ясного усвідомлення важливості того, що сталося; заперечення – безсоння, амнезія, заціпеніння, психосоматичні симптоми; агресія та провина; депресія – вибухові реакції, перепади настрою; завершення – розуміння причин травми, щасливе життя без травми [23].

Перший етап – фаза заперечення. Під час цієї фази, яка настає безпосередньо після дії травмуючого фактора, людина не може емоційно прийняти те, що сталося. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації.

Другий етап – фаза агресії та провини. Поступово, коли людина починає усвідомлювати події, що сталися, вона може спробувати звинувачувати тих, хто прямо чи опосередковано був пов'язаний з подією. Потім ця агресія може перенестися на самого себе, і особа може відчувати інтенсивну вину.

Третій етап – депресивна поведінка. Після того, як особа розуміє, що обставини перевищують її можливості, може виникнути депресія. Це супроводжується почуттями безсилля, відчуженості, самотності та власної

непотрібності. Дитина може втратити віру в те, що зможе вибратися з цієї ситуації. На цій стадії дуже важлива підтримка близьких, щоб дитина не відчувала себе покинутою та самотньою.

Четвертий етап – опрацювання травми або фаза зцілення. Для такої особи характерне повне прийняття свого минулого і здобуття нового сенсу життя. Дитина виявляється здатною винести з подій корисний життєвий досвід. Ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо дитина не пройде проживання травматичної ситуації, етапи можуть стати занадто тривалими, не доходячи до логічного завершення, і це може призвести до появи симптомів, з якими він вже не може впоратися самостійно [11].

Посттравматичний стресовий розлад може супроводжуватися різноманітними психосоматичними симптомами, включаючи: біль та дискомфорт: діти можуть скаржитися на головні болі, біль у животі, м'язові болі без медичної причини, нудота; проблеми зі сном: безсоння, тривожні сни, кошмари або відчуття втоми можуть виникнути у дітей; травлення: здуття, діарея або запор можуть бути спровоковані стресом і тривогою; дихальні проблеми: задишка, відчуття стискання горла, частість важкості з диханням; серцево – судинні проблеми: підвищений пульс, серцебиття, відчуття стиску у грудях; шкірні проблеми: висипи, свербіж, сухість шкіри або інші шкірні реакції [18].

Отже, при проявах посттравматичного стресового розладу виникає постійні згадування про пережиті події, коли в дитини виникає відчуття уникнення всього що нагадує їй про пережите. Виникають психосоматичні симптоми які супроводжуються проблемами з травленням, дихальними, шкірними, та серцево – судинними проблемами та болем.

1.2 Розвиток особистості за травматичним типом внаслідок пережитого травматичного досвіду

Під час того як дитина отримала психологічну травму її емоційна сфера стала нестабільною та зазнала безліч душевних переживань що супроводжується проявом психічних станів [15].

Психічний стан – психологічна характеристика людини, що відображає її тривалі, статичні душевні переживання. Психічним станом може бути страх, гнів, настрій, сором, радість, агресія та ін. [23].

Паніка – це один з психічних станів, що виникають у екстремальних ситуаціях. Вона проявляється в дефектах мислення, втраті свідомого контролю, перехід на інстинктивні захисні реакції, які можуть бути невідповідними ситуації [25].

Соціальна ізоляція, яка є одиночною і триває довгий час, може викликати прояв самотності, який може призводити до “створення співрозмовника”, коли дитина “спілкується” з фотографіями близьких або неживими предметами [21].

Відсутність можливості бути наодинці може вимагати від дитини підвищеної зосередженості і контролю над своїми діями, а коли такий контроль зменшується, багато дітей можуть відчувати емоційну напругу. Ще одним специфічним психологічним фактором, що виникає в умовах групової ізоляції, є інформаційне виснаження партнерів у спілкуванні. Для уникнення конфліктів діти можуть обмежувати спілкування один з одним та зосереджуватися на своєму внутрішньому світі [9].

Сенсорна ізоляція – це стан, коли людина не має контакту з зоровими, звуковими, тактильними, смаковими та іншими подразниками. У звичайних умовах дитина мало коли стикається з цим явищем, тому не розуміє, наскільки важливі впливи подразників на рецептори та функціонування мозку. Недостатнє навантаження мозку може призвести до сенсорного голоду або депривації, коли дитина відчуває гостру потребу в різноманітних сприйняттях [1].

В умовах загрози для життя розрізняються дві основні форми реакції: стан ажіотації і короткочасний ступор. Короткочасний ступор характеризується раптовим заціпенінням, застиганням на місці при цьому дитина знаходиться в

ясному розумі та можуть виникати різні психосоматичні наслідки. Зазвичай психосоматичні наслідки впливу травмуючих ситуацій у дітей можна класифікувати наступним чином:

1) Фізіологічні наслідки: включають у себе реакції організму на стрес, такі як болі у животі, головний біль, блювота, зниження апетиту, зміни в апетиті або сні;

2) Поведінкові наслідки: це можуть бути зміни в поведінці дитини, такі як агресивність, роздратування, збільшена чутливість, ізольованість, зниження інтересу до звичних занять або активностей;

3) Емоційні наслідки: включають в себе реакції емоційного стану, такі як тривога, депресія, страх, відчуття безпорадності, почуття вини або безнадійності;

4) Соціальні наслідки: це можуть бути зміни відносин з ровесниками, втрата довіри до дорослих, проблеми з адаптацією у школі або в інших соціальних середовищах, виникнення конфліктів з оточуючими;

5) Когнітивні наслідки: зниження уваги, погіршення пам’яті, зниження здатності до концентрації, зміни в способі мислення або сприйняття світу.

Ці психосоматичні наслідки впливають на дитину по різному та викликають емоційні, соціальні, поведінкові та когнітивні наслідки.

1.3 Шляхи профілактики та допомоги молодшим школярам із посттравматичним стресовим розладом

Система профілактики ПТСР складається з таких компонентів: психологічної підготовки (розвиток психологічної готовності та психологічної стійкості, управління психічними станами); психологічної корекції (подолання негативних психічних станів); психологічної реабілітації (відновлення, корекція і компенсація).

У психологічній травмі базовими відчуттями є втрата контролю над

собою та відчуженість від оточуючих. Таким чином, для одужання важливо повернути собі контроль та встановити нові зв’язки. Відновлення можливе лише у взаємодії з іншими [11].

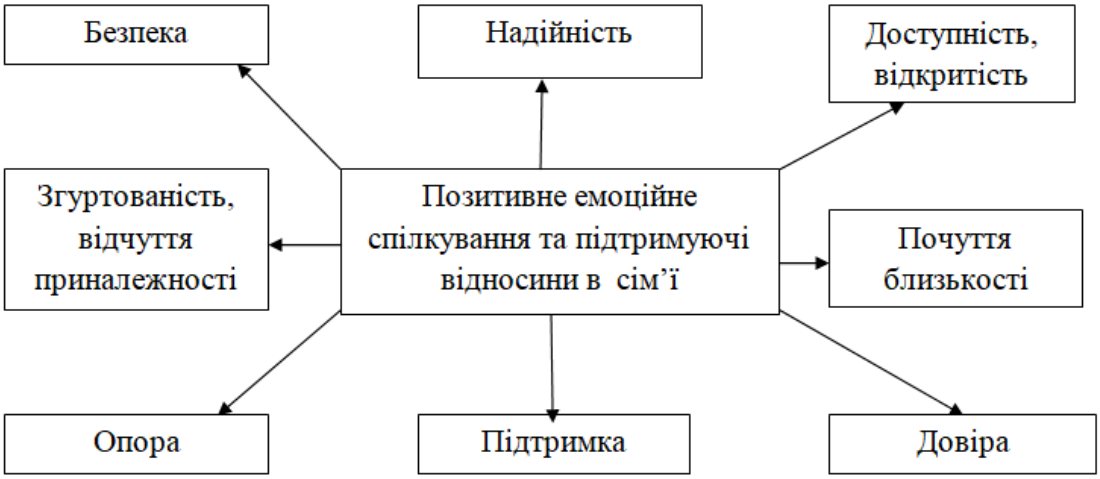
Першим кроком у відновленні для постраждалої особи є повернення контролю над власним життям. Вона має бути головним архітектором свого одужання. Інші можуть надавати поради, підтримку, допомогу, любов та турботу, але сам процес відновлення лежить на її плечах. Буває так що діти які переживають травматичну ситуацію емоційні реакції на будь – яку людину, яка перебуває в позиції влади над нею, спотворені пережиттям жахіття [5].

Робота з оточенням, в якому перебувають діти, вимагає відновлення таких його складових, як безпечність, стійкість та ритмічність, щоб забезпечити позитивні стосунки і покращити умови для подолання негативних проявів. Дитина, яка переживає наслідки великого стресу або психотравми, може відчувати відчуженість, сумніватися у тому, що її приймають та люблять, страждати від самотності, безсилля та безпорадності.

Однак дитина глибоко потребує підтримки, надійної присутності значущих дорослих та стурбована можливістю втратити зв’язок з батьками. Тому однією з ключових умов подолання симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей є відновлення позитивного зв’язку з батьками та створення сприятливих взаємин загалом у родині. При цьому визначаються певні ознаки сприятливого психоемоційного контакту та відносин дітей з батьками, які є необхідними як для подолання симптомів посттравматичного стресового розладу так і для розвитку життєстійкості дітей можна побачити в таблиці 1.2:

Таблиця 1.2

Ознаки сприятливого емоційного контакту та стосунків у родині



Основним фактором успішного подолання симптомів посттравматичного стресового розладу та розвитку життєстійкості у дітей є відновлення позитивного емоційного контакту та відносин у родині. Оскільки діти потребують уваги батьків та підтримки після травми. Діти є особливо вразливою групою, яка реагує на стресові чинники вкрай чутливо. Механізми їхнього опрацювання все ще не стабільні, тому вони специфічно реагують на стрес, часто виявляючи його через фізичні симптоми, емоційну нестабільність та зміни у поведінці [18].

Успішність подолання наслідків стресу у дітей значно залежить від емоційного стану та стійкості близьких дорослих, особливо батьків. Негативний емоційний стан батьків може значно збільшити рівень стресу у дітей, оскільки він підштовхує до втрати відчуття безпеки та стабільності в їхньому оточенні.

Дорослі відіграють ключову роль у формуванні стратегій подолання стресу не лише через власні реакції на стресові ситуації, але й через забезпечення психологічної підтримки та стабільності, яка є необхідною для здорового розвитку та функціонування психіки дитини [17].

Зцілення від посттравматичного стресового розладу — це поступовий процес, який не відбувається за одну ніч, і спогади про травму можуть залишатися з дитиною назавжди. Іноді життя може виглядати важким. Проте наведені поради можуть запропонувати ефективні методи, які допоможуть вам почати зцілюватися і рухатися вперед.

Важливим є залучати дитину до різних видів діяльності, записати дитину на різні гуртки. Коли в дитини є посттравматичний стресовий розлад, фізичні вправи можуть бути корисними не лише для вивільнення ендорфінів та покращення настрою, але й для активізації нервової системи і виходу зі стану стресової реакції [40].

Ритмічні вправи, що включають рухи рук і ніг, такі як ходьба, біг, плавання або танці, можуть бути дуже корисними. Замість того, щоб дитина думала за проблеми варто сфокусуватися на відчуттях вашого тіла під час руху. Скелелазіння, бокс, силові тренування або бойові мистецтва також можуть бути корисними. Вони допоможуть дитині сконцентруватися на рухах тіла, що є важливим для уникнення травм [22].

Симптоми посттравматичного стресового розладу можуть важко впливати на організм дитини, тому важливо подбати про вироблення звичок здорового способу життя. Для початку варто дитині почати харчуватися здоровою правильною їжею. Важливо щоб в раціоні дитини були білки, жири та вуглеводи, варто включити рибу оскільки в ній є омега – 3, м’ясні продукти, а також свіжі фрукти, зелень та овочі та горіхи. Варто не вживати оброблену їжу смажену їжу, рафінований крохмаль і цукор, які можуть посилити перепади настрою і викликати коливання енергії [20].

Щоб організм дитини функціонував якнайкраще варто щоб дитина висипалася. Недосипання може спровокувати гнів, дратівливість і примхливість. Діти шкільного віку (6-12 років) повинні спати 9 – 12 годин на добу.

Потрібно розуміти, що гостра реакція на стресову подію – це нормально, травматичні події можуть змусити дитину відчувати, що життя вийшло з-під

контролю, дитині важко почуватися у безпеці та довіряти іншим людям, собі та своїм судженням. Тому варто впершу чергу батькам підтримувати своїх дітей та допомагати їм впоратися з травмою швидше завдяки допомозі психолога або дати можливість дитині відвідувати гуртки та зацікавити найкращим чином щоб позбутися та проживати щасливе життя без травми [36].

Теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дозволив встановити, що в умовах воєнного стану цей розлад є специфічною реакцією психіки молодших школярів на пережиті екстремальні події, які характеризуються втратою базового відчуття безпеки та довіри до навколишнього світу. Ми визначили, що симптоматика ПТСР у дитячому віці має комплексну структуру і проявляється через механізми уникнення, дисоціативну амнезію, нав'язливі спогади (флешбеки) та стан постійної психофізіологічної настороженості. Було доведено, що травматичний досвід не лише спричиняє емоційну нестабільність, а й детермінує розвиток особистості за травматичним типом, що супроводжується глибокими змінами у психічних станах — від панічних атак та соціальної ізоляції до виражених психосоматичних порушень у роботі серцево-судинної, травної та дихальної систем. Особливу увагу приділено когнітивним та соціальним наслідкам травми, які проявляються у зниженні концентрації уваги, порушенні пам'яті та деформації міжособистісних стосунків, що значно ускладнює процес навчання та соціалізації дитини [37].

Отже, було встановлено, що динаміка проходження ПТСР має фазовий характер, де успішність переходу від фаз заперечення та агресії до фази зцілення безпосередньо залежить від якості зовнішньої підтримки. Ключовим фактором профілактики та подолання наслідків ПТСР у молодшому шкільному віці є відновлення позитивного психоемоційного контакту в родині, оскільки батьки виступають головним джерелом стабільності та «безпечним контейнером» для емоцій дитини. Система допомоги має бути багатовекторною і включати не лише психологічну корекцію та реабілітацію, а й зміцнення загальної резильєнтності (життєстійкості) через здоровий спосіб життя,

ритмічні фізичні вправи та залучення дитини до творчої активності. Таким чином, теоретичне дослідження підтвердило, що успішне подолання ПТСР можливе лише за умови консолідації зусиль професійних психологів, педагогів та батьків, де головною метою є повернення дитині суб'єктивного відчуття контролю над власним життям та формування нових сенсів існування після пережитої травми.

У першому розділі здійснено комплексний теоретичний аналіз сутності, чинників, специфіки прояву та шляхів профілактики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей молодшого шкільного віку в умовах воєнного стану. Визначено, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей молодшого шкільного віку є специфічним порушенням психічного стану, яке розвивається внаслідок пережитих екстремальних, загрозливих для життя подій (обстріли, окупація, повітряні тривоги, втрата близьких) та супроводжується руйнацією базового відчуття безпеки й довіри до світу. Встановлено, що клінічна картина ПТСР у цьому віці має фазовий характер (фази відчаю, заперечення, агресії та провини, депресії, зцілення) та структурується навколо трьох ключових груп симптомів: уникнення (зокрема, дисоціативна амнезія), нав'язливих спогадів (флешбеків, нічних кошмарів) та хронічної психофізіологічної настороженості [38].

З'ясовано особливості розвитку особистості за травматичним типом, що детермінується нестабільністю емоційної сфери дитини після пережитої психотравми. Доведено, що тривалий дистрес провокує стійкі негативні зміни у психічних станах (виникнення панічних реакцій, хронічної емоційної напруги, деструктивних форм захисту) та може призводити до соціальної й сенсорної ізоляції. Конкретизовано комплексний характер наслідків травматизації, які охоплюють фізіологічний (психосоматичні розлади серцево-судинної, травної та дихальної систем, больові синдроми), поведінковий (агресія, дратівливість), емоційний (депресивні прояви, страхи), когнітивний (зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті) та соціальний (деформація стосунків з оточенням)

рівні, що сукупно блокує нормальний процес навчання та соціалізації молодшого школяра.

Обґрунтовано, що система профілактики та подолання наслідків ПТСР у молодших школярів має бути багатовекторною і включати три взаємопов'язані компоненти: психологічну підготовку (формування резильєнтності), корекцію (подолання деструктивних станів) та реабілітацію (відновлення втрачених функцій і сенсів). Визначено, що провідною умовою успішного зцілення дитини є повернення їй суб'єктивного відчуття контролю над власним життям та ревіталізація міжособистісних зв'язків. Ключовим чинником у цьому процесі виступає відновлення позитивного, стабільного психоемоційного контакту в родині, оскільки емоційна стійкість батьків є «безпечним контейнером» для проживання травми дитиною. Додатковими дієвими засобами подолання розладу визначено нормалізацію способу життя (здоровий сон, збалансоване харчування), включення в ритмічну фізичну активність та залучення до творчих видів діяльності (арттерапії).

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1 Організація та методика емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження стало виявлення психологічних проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей молодшого шкільного віку, які пережили психотравмуючі події, пов’язані з воєнним станом, вимушеним переселенням, втратою близьких або тривалим перебуванням у стресових умовах [34]. У дослідженні взяли участь 20 дітей віком від 6 до 9 років**,** які навчаються у початкових класах. Вибірка формувалася за критерієм пережитих травматичних подій та/або психоемоційної нестабільності, що спостерігалася в поведінці чи була вказана педагогами й батьками.

Емпіричне дослідження здійснювалося на базі Тернопільської загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів №26. Етичний регламент: перед початком діагностики було проведено попередні консультації з адміністрацією закладу та отримано письмові згоди від батьків (або законних опікунів) на участь дітей у дослідженні. Учням було роз’яснено право на відмову від виконання будь-якого завдання без пояснення причин.

Для забезпечення наукової достовірності результатів, робота була розподілена на такі кроки: Первинне знайомство з класом, спостереження за поведінкою дітей на уроках та перервах , Проведення комплексу методик. Батьки заповнювали опитувальники SCARED-P та PAFAS дистанційно (або під час батьківських зборів), що дозволило отримати більш щирі відповіді щодо сімейної атмосфери. Порівняння результатів дитячих малюнків із даними, отриманими від батьків та вчителів, для формування цілісного психологічного профілю кожного учня. Для досягнення поставленої мети було використано

комплекс психодіагностичних методик, які дозволяють вивчити внутрішній світ дитини, її емоційний стан, реакції на стрес і адаптаційні можливості:

1) Опитувальник «Діагностика вад особистісного розвитку» (ДВОР) (З. Карпенко)

2) Шкала оцінки тривожних розладів у дітей SCARED-P (Б. Бірмахер)

3) Шкала батьківства та адаптації в сім'ї (PAFAS) (М. Сандерс)

4) Проєктивна методика «Людина під дощем» (О. Романова, Т. Ситько)

Методика ДВОР (Діагностика вад особистісного розвитку) Мета методики є виявлення порушень особистісного розвитку у дітей, пов'язаних із травмуючим досвідом, конфліктами у родині, емоційною депривацією, педагогічною занедбаністю, насильством тощо (Додаток А).

Дана методика має такі основні завдання як визначення наявності психотравмуючих факторів у житті дитини; оцінка особистісного розвитку, зокрема емоційної сфери, соціальних навичок, самооцінки; виявлення особливостей поведінки, що свідчать про внутрішні конфлікти, страхи, агресію, соціальну ізоляцію, почуття провини тощо (https://schoolj.at.ua/Documents/Psykholog/diagnostika_vad_osobistogo_rozvitku-dvor.pdf). Структура методики містить психодіагностичну карту спостереження та анкету-опитувальник**,** яку можуть заповнювати педагоги, батьки або спеціаліст (психолог/соціальний педагог).

У спеціальному бланку для відповідей навпроти відповідного номера твердження треба поставити знак «+», якщо ти згоден з твердженням, і знак «-», якщо ти з твердженням не згоден. До складу методики Двор входять такі компоненти як: Поведінкові прояви: імпульсивність, агресивність, замкненість, схильність до фантазування, уникнення контактів. Емоційна сфера**:**часті прояви страху, тривожності, сором'язливість, байдужість, емоційна нестабільність. Особистісні якості: самооцінка, рівень самостійності, здатність до саморефлексії. Сімейні фактори:наявність порушень у родині (розлучення, насильство, нехтування), брак підтримки, нестача емоційного контакту [10]. Процедура проведення:

Перший етап – спостереження (у школі чи поза нею): аналіз поведінки дитини в різних ситуаціях.

Другий етап – опитування дітей**.** В анкеті міститься 90 тверджень, яка інтерпретується (8-10 балів – високий рівень вираженості вади; 4-7 балів – середній рівень вираженості вади; 1—3 бали – низький рівень вираженості вади).

Методика «Діагностика вад особистісного розвитку» має такі переваги: дає можливість виявити приховані емоційні порушення. Орієнтована як на пряме спостереження, так і на думку дорослих, що контактують із дитиною. Універсальна у використанні як у шкільних умовах, так і в корекційній роботі.

За методикою «Шкала оцінки тривожних розладів у дітей SCARED-P» є симптоми тривожності та ймовірність наявності тривожних розладів у дітей за даними батьків або опікунів. В дослідженнях її адаптують і для молодших дітей 6–7 років. Структура опитувальника**:** SCARED-P складається з 41 твердження, кожне з яких оцінює наявність певного тривожного симптому**.** Опитувальник поділяється на 5 підшкал**:** соматичні симптоми / Панічні атаки**.** Генералізована тривожність **,** сепараційна тривожність, соціальна тривожність**,** шкільна фобія. Батьки мають оцінити, наскільки часто дитина демонструє кожну ознаку, за 3-бальною шкалою: 0 – зовсім не правда, 1 – трохи або іноді, 2 дуже або часто. Загальний бал**:**підраховується сума всіх відповідей. Якщо загальна сума >25–30 балів, це свідчить про високу ймовірність тривожного розладу (Додаток Б)**.**

Методика тривожних розладів у дітей SCARED-P (https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/SCAREDp_ukr.pdf) допомагає виявити поведінкові та соматичні симптоми**,** характерні для посттравматичних розладів, такі як: тривожність без чіткої причини; страхи, пов’язані з минулим досвідом;проблеми зі сном; уникнення певних ситуацій; соматичні скарги (живіт, голова, серце); соціальна ізоляція. Переваги методики є проста у використанні (може бути заповнена батьками вдома); дає повну картину емоційного стану дитини; підходить як для скринінгу, так і для динамічного спостереження [32].

За методикою «Шкала батьківства та адаптації в сім'ї (PAFAS)» є сучасним стандартизованим інструментом, що дає змогу комплексно оцінити як стиль виховання батьків, так і загальну психологічну атмосферу в родині. Ця методика базується на уявленні про сім'ю як на систему, в якій батьківські практики та внутрішньосімейні процеси безпосередньо впливають на емоційне благополуччя та поведінковий розвиток дитини (file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/9-1.pdf). Опитувальник PAFAS складається з тридцяти тверджень, які охоплюють два взаємопов'язані блоки. Перший блок присвячений особливостям безпосередньої взаємодії батьків із дітьми: рівню позитивної підтримки, послідовності та передбачуваності у виховних реакціях, а також прагненню батьків брати активну участь у житті своєї дитини. Другий блок фокусується на загальному емоційному кліматі в родині — рівні сімейних конфліктів, наявності джерел соціальної підтримки та власній емоційній стійкості дорослих у вирішенні побутових і виховних труднощів. Кожне твердження оцінюється за чотирибальною шкалою від «ніколи» до «завжди», що дозволяє виявити, з якою частотою батьки застосовують ту чи іншу поведінкову стратегію або відчувають ті чи інші емоційні реакції (Додаток В).

Після заповнення опитувальника підраховують бали окремо за кожним із блоків: високі сумарні бали в першому блоці свідчать про дефіцит позитивних виховних практик або надмірну жорсткість та невизначеність у реакціях, у другому — про підвищений рівень стресу та конфліктності в сім'ї.

У контексті вивчення посттравматичного стресового розладу в дітей молодшого шкільного віку шкала PAFAS дозволяє виявити ті сімейні чинники, які можуть посилювати або пом'якшувати симптоми тривоги, порушень адаптації та емоційної нестабільності. Так, батьки, які демонструють високу залученість і здатність надавати дитині емоційну підтримку, зазвичай мають дітей із нижчим рівнем тривожності та кращими адаптивними стратегіями подолання стресу. Натомість авторитарні, непослідовні або критичні виховні підходи часто корелюють із вираженішими проявами ПТСР пов'язані зі страхом, униканням спілкування та підвищеною емоційною вразливістю.

Перевагою PAFAS є її універсальність та можливість застосовувати як на етапі скринінгу, так і для відстеження динаміки сімейних змін під час корекційної роботи. Саме тому ця шкала займає центральне місце в нашому емпіричному дослідженні: вона дає змогу одночасно оцінити виховні установки батьків і внутрішньосімейний клімат, що становлять критичний фон для формування або подолання посттравматичних симптомів у дитини [24].

Одним із найпоширеніших інструментів діагностики рівня стресостійкості та внутрішніх ресурсів дитини є проективна методика «Людина під дощем». Вона заснована на припущенні, що підсвідомі установки, емоційні переживання та рівень психологічного захисту проявляються у стилі виконання простого графічного завдання (https://edu.forlan.org.ua/?p=55460) .

Дитині пропонують аркуш паперу та фарби (або олівці) і просять намалювати «людину, яка стоїть під дощем». Інструкція досить вільна – важливо не навантажувати дитину деталями, аби малюнок був максимально щирим і нецензурованим. У процесі малювання спостерігач робить нотатки: наскільки дитина зосереджена, чи запитує про «правильність» виконання, як реагує на власні помилки, чи виявляє емоції (страх, роздратування, сум тощо). При інтерпретації центральними є такі компоненти:

Зовнішній контур фігури**:** чіткі, замкнені лінії вказують на бажання контролю і потребу в безпеці; розмиті, перервані — на внутрішню тривогу, небажання «завершувати» образ, відчуття невизначеності.

Захисні елементи: зображення парасолі, капелюха, плаща чи інших «оболонок» говорить про прагнення до захисту; відсутність таких елементів може свідчити про почуття безпорадності перед стресором.

Співвідношення людини і дощу**:** розмір фігури відносно «крапель» або «хмар» демонструє, наскільки дитина відчуває власні ресурси достатніми для протистояння складнощам. Маленька фігура на великому фоні дощу — вираз тривоги й страху; навпаки, велика людина і дрібні невизначені «крапельки» — ознака впевненості та оптимізму.

Емоційне забарвлення: вибір кольорів (якщо дозволено фарби) та спосіб їх накладання (рівномірний, мазками, плямами) відображає емоційний тонус – від спокійного прийняття ситуації до хаотичного хвилювання чи збудження. У контексті дослідження ПТСР у дітей молодшого шкільного віку методика «Людина під дощем» особливо цінна тим, що дозволяє виявити ступінь внутрішньої вразливості й здатності до самозахисту. Діти, які пережили тяжкі події, часто не додають захисних елементів у свій малюнок або роблять їх умовними («парасолька» лише умовно намальована), а сама фігура виглядає ізольованою, згорбленою, з темними мазками навколо. Навпаки, діти з більш стійкою психікою демонструють чіткі контури, наявність засобів захисту й спокійне співвідношення розмірів (Додаток Г).

Перевагою цієї методики є її простота й емоційна безпека: малюнок не вимагає словесного програвання травматичного досвіду, а відтак знижує ризик додаткового стресу під час діагностики. Водночас вона дає цінну інформацію про внутрішній світ дитини, допомагає планувати корекційну роботу й відстежувати динаміку адаптації в процесі психологічного супроводу.

Отже, використання комплексу діагностичних інструментів забезпечує багатовимірний підхід: від об’єктивного опису травматичних подій (ДВОР) і сімейного фону (PAFAS) — до тонких проективних відображень емоційних станів (НТР, “Людина під дощем”) і кількісної оцінки тривожності (Карпенко). Такий підхід не лише підтверджує мультифакторну природу ПТСР у дітей, але й дозволяє виділити ключові шляхи корекції — роботу з батьками задля зміни виховних практик, розвиток психологічних захисних ресурсів дитини та адресну роботу з тривожністю. Ця методологічна платформа створює ґрунт для подальших індивідуальних або групових корекційних програм, спрямованих на відновлення емоційної рівноваги дитини.

2.2 Емпіричні показники посттравматичного стресового розладу у дітей молодшого шкільного віку

Проаналізувавши аналіз отриманих результатів за діагностикою вад особистісного розвитку (ДВОР), можна виявити що 15 % дітей (6 осіб) виявили високий рівень особистісних порушень**.** Це може проявлятися як замкнутість або, навпаки, немотивована агресія, що свідчить про тимчасове виснаження ресурсів життєстійкості.

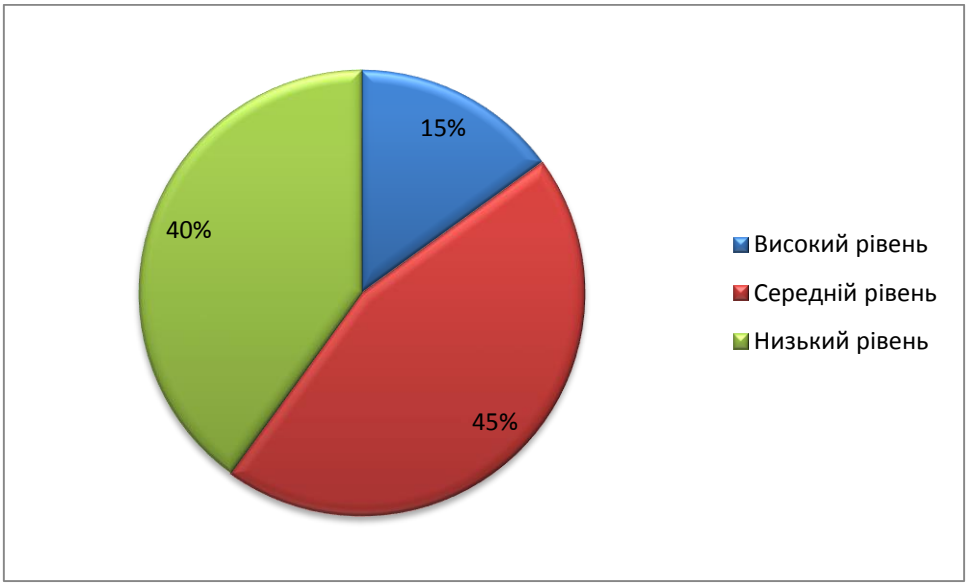


Рис 2.1 Рівень особистісних порушень за методикою ДВОР

У 40% дітей (16 осіб) мали середній рівень порушень**,** що може свідчити про наявність окремих труднощів адаптації, емоційної нестійкості або тривожних рис. Резильєнтність цих дітей є функціональною, але «крихкою». Саме тому вони найбільше потребують нашої програми, щоб перевести ці помірні порушення у стан стабільної норми. У 45 % дітей (18 особи) показали низький рівень порушень, що свідчить про більш-менш стабільний розвиток особистості без помітних ознак внутрішніх конфліктів.

За Шкалою оцінки тривожних розладів у дітей SCARED-P можна зазначити, що високий рівень становить 15%, помірний рівень становить 50%, низький рівень – 35%.

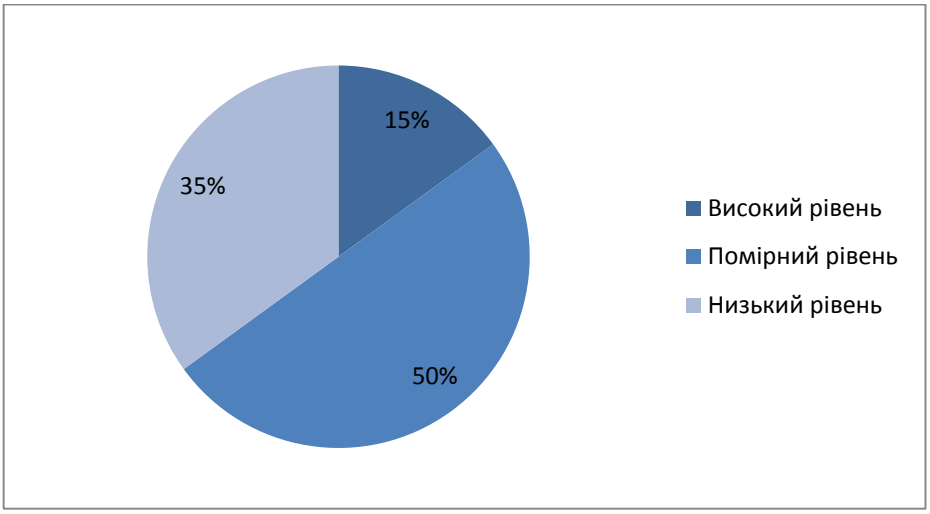


Рис 2.2 Рівень тривожності «Шкала оцінки тривожних розладів у дітей SCARED-P»

За результатами методики виявлено, що 15 % дітей (6 осіб) виявили високий рівень тривожності. Це може свідчити про наявність глибоких переживань, сильного емоційного напруження та потенційних симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Такі діти, як правило, проявляють гіперчутливість до зовнішніх подразників, уникнення певних ситуацій, страхи, порушення сну та концентрації уваги.

50 % дітей (20 осіб**)** мали помірний рівень тривожності**.** У цих дітей спостерігаються ситуативні тривожні симптоми (хвилювання перед уроками, легка соціальна тривога), проте вони не призводять до дезадаптації. Їхня життєстійкість перебуває у стані «хиткої рівноваги».

35 % дітей (14 осіб) показали низький рівень тривожності**,** що є позитивним показником емоційної стабільності. Такі діти, як правило, краще справляються зі стресом, мають адекватну самооцінку та менше схильні до проявів ПТСР.

Результати свідчать про те, що значна частина дітей молодшого шкільного віку переживає різні форми тривожності, серед яких переважає високий рівень. Це підкреслює потребу в ранньому виявленні таких станів та своєчасному наданні психологічної підтримки задля запобігання розвитку

стійких тривожних або посттравматичних розладів. Таким чином, резильєнтність виступає головним медіатором між травматичною подією та подальшою адаптацією дитини. Виявлений дефіцит життєстійкості у 50% вибірки підтверджує необхідність впровадження спеціальної корекційної програми, спрямованої на зміцнення внутрішніх ресурсів особистості та стабілізацію сімейного мікроклімату.

Шкала батьківства та адаптації в сім'ї (PAFAS)

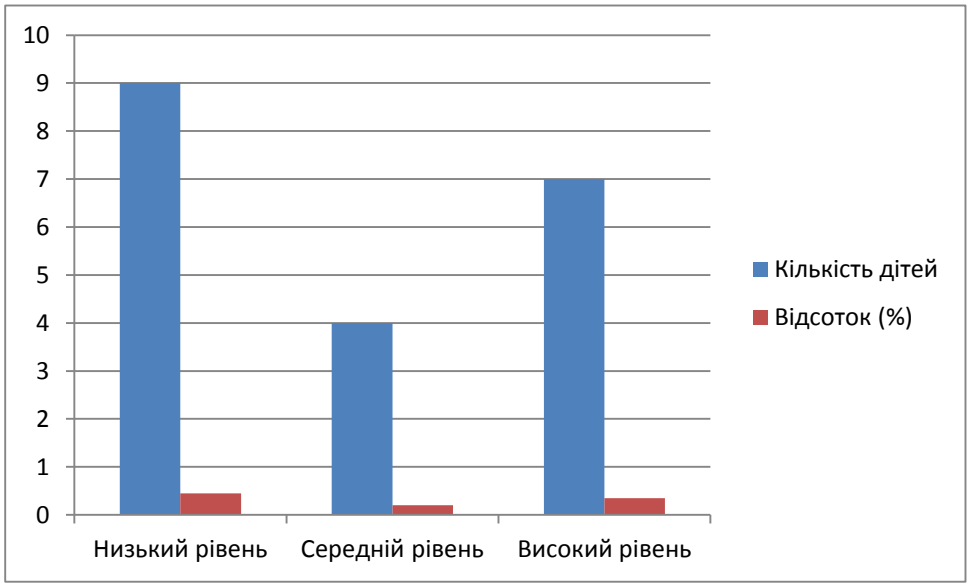


Рис 2.3 Рівні батьківського ставлення та адаптації «Шкала батьківства та адаптації в сім'ї (PAFAS)»

Згідно з отриманими результатами дослідження за шкалою батьківського ставлення та адаптації в сім'ї (PAFAS), були визначені рівні для кожного з двох аспектів:

1. Батьківське ставлення**:**Високий рівень: 24 дітей (60% з усіх учасників дослідження) мають позитивне, підтримуюче батьківське ставлення, що свідчить про здорову та стабільну взаємодію з батьками.

Середній рівень**:** 12 дітей (30% з усіх учасників) демонструють середній рівень батьківського ставлення, що може вказувати на наявність деяких труднощів у взаємодії з батьками, але загалом ставлення є адекватним.

Низький рівень**:** 4 дитини (10% з усіх учасників) мають низький рівень батьківського ставлення, що може свідчити про певні труднощі у відносинах з батьками або негативні виховні практики.

2. Адаптація**:** Високий рівень**:** 9 дітей (45% з усіх учасників) продемонстрували високий рівень адаптації до соціальних і емоційних змін, що свідчить про здатність цих дітей швидко адаптуватися до нових умов і змін у середовищі.

Середній рівень: 8 дітей (40% з усіх учасників) мають середній рівень адаптації, що вказує на наявність певних труднощів у процесі адаптації, але загалом вони здатні впоратися з більшістю ситуацій.

Низький рівень**:** 3 дитини (15% з усіх учасників) мають низький рівень адаптації, що може свідчити про труднощі у пристосуванні до змін у навколишньому середовищі або високий рівень стресу в нових умовах. Таким чином, отримані дані за методикою PAFAS дозволяють констатувати, що рівень резильєнтності молодших школярів безпосередньо залежить від типу батьківського ставлення. Позитивна взаємодія у 60% випадків виступає захисним фактором, який підвищує копінг-ресурси дитини. Проте низька адаптація у 15% досліджуваних вказує на критичне виснаження механізмів резильєнтності, що потребує цілеспрямованої психокорекційної допомоги.

За проективною методикою «Людина під дощем» отримано такі результати відображені на рис.2.4 «Рівні тривожності за методикою «Людина під дощем» »

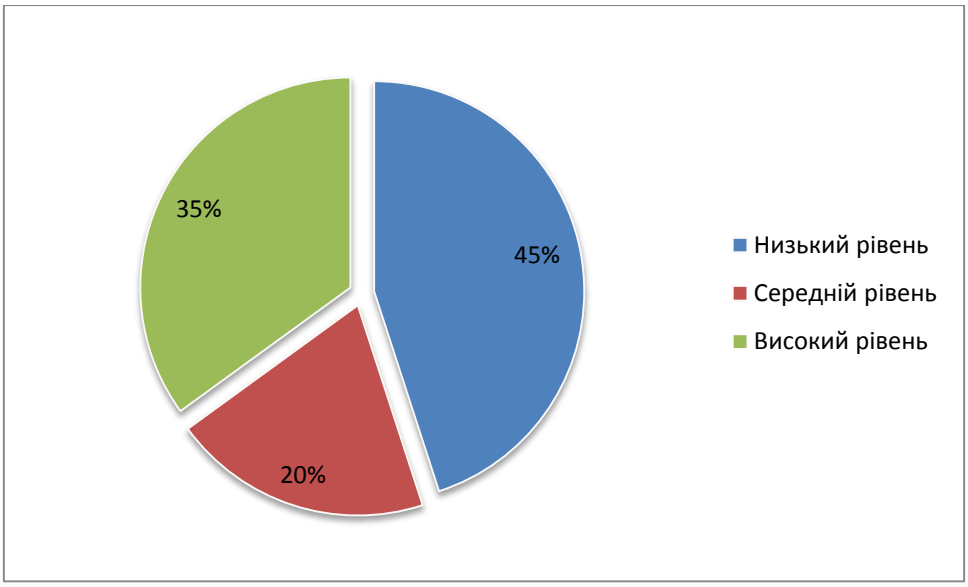


Рис 2.4 Рівні тривожності за методикою «Людина під дощем»

Після проведення проективної методики «Людина під дощем» були визначені різні рівні тривожності серед дітей. Результати показали наступний розподіл:

Низький рівень тривожності (9 дітей, 45%): Більшість дітей продемонстрували здатність адаптуватися до стресових умов, зберігаючи спокій і контроль у ситуаціях, що могли б викликати тривогу. Середній рівень тривожності (4 дітей, 20%): Четверо дітей виявили помірну тривожність, що вказує на певні емоційні труднощі у процесі адаптації до змін або непередбачуваних ситуацій.

Високий рівень тривожності (7 дітей, 35%): Ці діти виявили значну тривогу, що проявлялася у фізичних та емоційних реакціях (засмучення, хування під деревом тощо), що може вказувати на труднощі в адаптації до стресових факторів.

Аналіз результатів за методикою «Людина під дощем» дозволяє зробити висновок про стан резильєнтності досліджуваних. Висока тривожність у 35% вибірки безпосередньо вказує на низький рівень резильєнтності: ці діти не відобразили на малюнках жодних засобів психологічного захисту, що свідчить про їхню вразливість перед травматичними обставинами. Натомість, група з

низькою тривожністю (45%) демонструє високу резильєнтність, використовуючи активні копінг-стратегії (зображення парасоль, дощовиків), що дозволяє їм зберігати емоційну стабільність навіть за умов ПТСР.

Отже, узагальнення результатів емпіричного дослідження дозволяє констатувати наявність чіткої залежності між травматичним досвідом дитини та деформацією її особистісного розвитку. Проведений аналіз за методиками ДВОР та SCARED-P засвідчив, що у 15% вибірки спостерігається критичне поєднання високого рівня особистісних порушень та гострої тривожності, що є прямим клінічним маркером ПТСР. У цих дітей посттравматичні симптоми проявляються через стійку емоційну дисрегуляцію, соціальну відгородженість та когнітивне виснаження, що свідчить про перехід психіки в режим «постійної загрози». Особливу увагу привертає група дітей із помірним рівнем тривожності (50%) та середнім рівнем порушень за шкалою ДВОР (45%), чия резильєнтність перебуває у стані «крихкої рівноваги». Для цієї категорії характерна прихована форма травматизації, де зовнішня адаптованість супроводжується внутрішньою напругою, що за відсутності корекції може трансформуватися у відстрочений тип ПТСР.

Важливим результатом дослідження стало підтвердження ролі сімейного мікроклімату як ключового медіатора посттравматичного відновлення. Дані методики PAFAS виявили, що хоча 60% батьків зберігають підтримуючу позицію, низький рівень адаптації у 15% дітей свідчить про невідповідність між наявними ресурсами сім'ї та глибиною стресу, якого зазнала дитина. Це підкріплюється результатами проєктивної методики «Людина під дощем», де 35% досліджуваних продемонстрували повну відсутність засобів психологічного захисту (парасоль, укриттів) та високу вразливість перед зовнішніми обставинами. Натомість наявність активних допінг - стратегій у 45% дітей підтверджує, що висока резильєнтність є головним чинником, який нівелює руйнівний вплив травми. Таким чином, отримані дані доводять, що прояви ПТСР у молодших школярів мають системний характер і потребують невідкладного впровадження комплексної програми, спрямованої на

трансформацію «крихкої» життєстійкості у стабільну здатність до подолання дистресу через активізацію внутрішніх ресурсів та зміцнення дитячо-батьківської взаємодії.

Проведене емпіричне дослідження дозволило отримати важливі дані щодо рівня адаптації та емоційного стану дітей. Аналіз результатів показав різноманітні прояви адаптаційних можливостей та рівня тривожності серед дітей. Отримані дані дозволяють зробити висновок про необхідність подальшої роботи з дітьми, зокрема з урахуванням сімейних умов та емоційного стану, для корекції тривожних реакцій та покращення адаптаційних процесів. Використані методики допомогли виявити слабкі місця в розвитку дітей, що дозволяє створити індивідуалізовані підходи до їх підтримки та розвитку.

2.3 Аналіз результатів емпіричного дослідження ПТСР у дітей молодшого шкільного віку

Метою емпіричного аналізу є виявлення та обґрунтування зв’язків між індивідуально-психологічними характеристиками дітей молодшого шкільного віку та чинниками сімейного середовища, які детермінують їхній емоційний стан. Математико-статистичний аналіз спрямований на визначення когнітивно-поведінкових та емоційних корелятів ПТСР, зокрема того, як рівень тривожності, деформації особистісного розвитку та особливості батьківського ставлення взаємодіють між собою в умовах воєнного дистресу.

За результатами методики ДВОР, 30% дітей (6 осіб) виявили середній рівень особистісних порушень, що вказує на можливі труднощі адаптації, емоційну нестійкість або наявність тривожних рис. Водночас, 20% дітей (4 особи) показали низький рівень порушень, що може свідчити про відсутність серйозних внутрішніх конфліктів і більш-менш стабільний розвиток особистості.

Рівень особистісних порушень, особливо середній, може бути пов’язаний з підвищеним рівнем тривожності, оскільки діти, які демонструють емоційну

нестійкість, можуть бути більш вразливими до стресових факторів. Це співвідноситься з результатами методики SCARED-P (Шкала оцінки тривожних розладів у дітей), де 45% дітей продемонстрували високий рівень тривожності. Наявність стійких емоційних розладів такого типу у майже половини вибірки може слугувати тривожним індикатором ризику розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Діти цієї групи характеризуються гіперчутливістю до змін, вираженим неспокоєм у нових ситуаціях і загальним хронічним страхом перед майбутнім.

За результатами методики SCARED-P 45% дітей виявили високий рівень тривожності, що може вказувати на наявність стійких емоційних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Підвищена тривожність у дітей може бути обумовлена як зовнішніми факторами (сімейними або соціальними труднощами), так і внутрішніми психологічними бар'єрами. Цей високий рівень тривожності має прямий вплив на рівень адаптації дітей до змін. Виявлено, що 45% дітей демонструють високий рівень адаптації, 40% – середній, а 15% – низький. Діти з високим рівнем тривожності (45% з усіх учасників) часто мають проблеми з адаптацією до нових умов. Тривожність може значно ускладнити процес адаптації, адже діти, що переживають сильний стрес, можуть демонструвати уникнення соціальних ситуацій, дефіцит емоційної реакції або гіперчутливість до змін у навколишньому середовищі. Це вказує на необхідність спеціальних інтервенцій, спрямованих на покращення адаптаційних стратегій і зниження рівня тривожності.

Рівень батьківського ставлення, визначений за шкалою PAFAS, також має значний вплив на рівень тривожності дітей. Високий рівень батьківського ставлення виявлено у 60% дітей, що свідчить про підтримуюче, здорове взаємодію з батьками, яке є важливим фактором емоційної стабільності дитини. Батьки з позитивним ставленням зазвичай надають дітям почуття безпеки та стабільності, що знижує рівень тривожності і підвищує здатність адаптуватися до змін.

Низький рівень батьківського ставлення (10% дітей) може бути пов’язаний з високим рівнем тривожності у цих дітей, адже відсутність підтримки та уваги з боку батьків зазвичай призводить до емоційної нестабільності, відчуття небезпеки та недостатньої адаптації до навколишнього середовища. Отже, існує важливий зв’язок між підтримкою з боку батьків і емоційною стабільністю дітей: чим вище рівень підтримки, тим менше тривожності виявляється у дітей.

Результати проективної методики «Людина під дощем» показали різні рівні тривожності серед дітей. Згідно з отриманими результатами: 45% дітей показали низький рівень тривожності, що свідчить про здатність до адаптації та спокійне ставлення до стресових умов.

35% дітей виявили високий рівень тривожності, що проявлялося в емоційних реакціях на стрес (наприклад, хования під деревом, засмучення). Така тривожність вказує на потенційні труднощі в адаптації до стресових умов або наявність більш серйозних емоційних проблем.

Діти з високими показниками особистісних порушень (середній рівень за методикою ДВОР) часто мають вищий рівень тривожності, що підкреслює важливість психотерапевтичних заходів для стабілізації емоційного стану.

Батьківське ставлення є важливим фактором, що визначає рівень тривожності та здатність дитини адаптуватися до змін. Позитивне ставлення батьків сприяє зниженню тривожності, в той час як низький рівень підтримки може призвести до емоційних труднощів.

Адаптація та тривожність: діти з високим рівнем тривожності мають проблеми з адаптацією, що може бути ознакою емоційної нестабільності та потреби в додаткових підтримуючих заходах.

Необхідність психологічної підтримки: виявлений високий рівень тривожності у значної частини дітей вказує на необхідність раннього виявлення проблем і надання психологічної підтримки для запобігання розвитку ПТСР та інших емоційних розладів.

Результати дослідження надають чітке уявлення про емоційний стан дітей молодшого шкільного віку, зокрема щодо рівня тривожності та особистісних порушень. Виявлено, що значна частина дітей проявляє високий рівень тривожності, що може бути свідченням емоційної нестабільності або переживань, пов'язаних із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Це підтверджується як результатами методик CCARED-P і ДВОР, так і даними проективної методики «Людина під дощем», які вказують на значну частину дітей з високим рівнем тривожності (45%) і помірним рівнем (35%).

Діти, які демонструють середній рівень особистісних порушень, часто стикаються з труднощами адаптації, що може бути ознакою емоційної нестійкості або тривожних рис. Показники за методикою «Шкала оцінки тривожних розладів у дітей SCARED-P» виявили важливий аспект, оскільки велику частину дітей (45%) можна віднести до групи з високим рівнем тривожності, що потребує уваги для корекції емоційного стану.

Аналіз батьківського ставлення та адаптації в сім'ї (за методикою PAFAS) показав, що батьківська підтримка безпосередньо впливає на рівень тривожності і здатність дитини адаптуватися до змін. Батьки, які проявляють позитивне ставлення до своїх дітей, сприяють емоційному розвитку дитини та полегшують її адаптацію до соціальних умов. Водночас діти з низьким рівнем батьківської підтримки мають значні труднощі в емоційному розвитку та адаптації, що підвищує рівень тривожності.

Для перевірки гіпотези дослідження, визначення сили та напрямку зв'язків між рівнями вираженості емоційних станів, особистісних властивостей та параметрів сімейного середовища було здійснено статистичну обробку емпіричних даних. З огляду на потребу аналізу лінійної залежності між кількісними показниками інтервальних шкал, нами було застосовано коефіцієнт лінійної кореляції r – Пірсона (для загальної вибірки досліджуваних, $n = 40$).

Математичний аналіз дозволив виявити три ключові статистичні закономірності:

Між загальним рівнем тривожності (SCARED-P) та інтегральним показником вад особистісного розвитку (ДВОР) зафіксовано сильний прямий кореляційний зв'язок ($r = 0{,}71$; при $p \leq 0{,}01$). Це математично доводить, що тривога виступає потужним деструктивним чинником: зростання емоційного напруження дитини закономірно активізує прояви особистісних вад (дратівливість, аутизованість, егоцентризм). Отже, ефективна корекція особистісних деформацій неможлива без первинного зниження базового рівня тривоги.

Між якістю батьківської підтримки й сімейної адаптації (PAFAS) та рівнем дитячої тривожності (SCARED-P) виявлено сильний зворотний кореляційний зв'язок ($r = -0{,}64$; при $p \leq 0{,}01$). Негативне значення коефіцієнта наочно ілюструє «захисний ефект» («буферну функцію») родини: підвищення якості батьківської підтримки статистично значущо мінімізує прояви дитячого дистресу й тривоги.

1. Між сімейною адаптацією (PAFAS) та рівнем особистісних порушень дитини (ДВОР) встановлено помірний зворотний зв'язок ($r = -0{,}58$; при $p \leq 0{,}05$). Даний результат підтверджує, що стабільне родинне середовище допомагає молодшому школяру зберігати інтегративність та цілісність свого «Я» навіть під впливом інтенсивних зовнішніх стресорів (умовах війни, соціальної нестабільності).

Даний результат свідчить про те, що діти, які відчувають підтримку вдома, мають значно меншу схильність до деформації особистісного розвитку. Навіть у складних зовнішніх обставинах (війна, соціальний дистрес) стабільне родинне середовище допомагає дитині зберігати цілісність свого «Я». Оскільки емоційний стан дитини прямо залежить від сімейного ресурсу, профілактична програма, представлена у наступному розділі, базуватиметься на комплексному підході: навчанні дітей навичкам саморегуляції та психологічній підтримці батьків.

Отже, емпіричне дослідження на базі Тернопільської загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів № 26 імені Дмитра Заплітного дозволило отримати

об'єктивну картину психоемоційного стану молодших школярів. Застосований комплекс психодіагностичних методик підтвердив мультифакторну природу посттравматичних реакцій, унаочнивши критичну потребу майже половини досліджуваних (45%) у спеціалізованій психологічній допомозі. Статистично доведена за допомогою критерію r–Пірсона взаємозалежність між тривожністю, особистісними вадами та родинним ресурсом визначає вектор подальшої роботи: подолання симптомів ПТСР та розбудова резильєнтності дітей потребує системного підходу, що поєднує розвиток навичок саморегуляції учнів із психологічним супроводом та оптимізацією виховного потенціалу батьків. На цих засадах у наступному розділі роботи буде розроблено відповідну програму психологічної корекції.

Результати проєктивної методики «Людина під дощем» наочно продемонстрували дефіцит внутрішніх копінг-ресурсів у 35% дітей, які не відобразили на малюнках жодних засобів психологічного захисту (парасольки, плаща, накриття тощо), що свідчить про їхню глибоку вразливість перед зовнішніми стресорами воєнного стану.

Математико-статистична обробка даних за методом лінійної кореляції r-Пірсона математично підтвердила деструктивний вплив емоційного напруження на структуру особистості молодшого школяра. Виявлений сильний прямий зв’язок ($r = 0{,}71$; при $p \leq 0{,}01$) доводить, що зростання рівня тривоги безпосередньо провокує актуалізацію особистісних вад, зокрема дратівливості, аутизованості та замкнутості. Це підкреслює важливість раннього виявлення тривожних симптомів у дітей, адже хронічна тривожність виступає патогенною основою для розвитку ПТСР та інших тривалих емоційних розладів.

Водночас було емпірично встановлено критичну роль сімейного середовища як головного чинника резильєнтності. Сильний зворотний зв’язок ($r = -0{,}64$; при $p \leq 0{,}01$) між якістю батьківської підтримки (за шкалою PAFAS) та рівнем тривожності дитини підтверджує, що позитивне родинне ставлення виступає надійним захисним «буфером». Додатково зафіксований помірний зворотний зв'язок ($r = -0{,}58$; при $p \leq 0{,}05$) між сімейною

адаптацією та особистісними вадами свідчить, що діти, які відчувають безумовну підтримку вдома, мають значно нижчу схильність до деформацій особистісного розвитку.

Таким чином, отримані результати переконливо свідчать, що подолання симптомів ПТСР та зниження ризику серйозних психологічних ускладнень у майбутньому потребує комплексного, системного підходу. Психодіагностичні методики, застосовані в дослідженні, довели свою високу ефективність та взаємодоповнюваність, забезпечивши цілісну картину психоемоційного стану вибірки.

Враховуючи емпірично виявлені закономірності, стає очевидною необхідність розробки та впровадження спеціалізованої програми психологічної допомоги. Така інтервенція має поєднувати два вектори:

- розвиток у дітей навичок саморегуляції, емоційної стабільності та покращення їхніх адаптаційних стратегій;
- активну психокорекційну роботу з батьками задля зміцнення внутрішньосімейної взаємодії та підвищення їхньої психологічної компетентності.

Консолідація цих напрямків виступає надійним підґрунтям для розробки та практичної реалізації програми психологічної корекції, яка детально представлена у наступному розділі роботи.

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що подолання симптомів ПТСР потребує системного підходу, який поєднує зниження рівня тривожності дитини з активізацією підтримуючих ресурсів сім'ї, що і стане підґрунтям для розробки корекційної програми у наступному розділі. Дослідження підтвердило важливість раннього виявлення тривожних симптомів у дітей, адже тривожність може стати основою для розвитку серйозних психічних розладів, таких як ПТСР.

Це підкреслює необхідність застосування комплексного підходу до психотерапевтичної підтримки, зокрема для дітей з високим рівнем

тривожності. Важливою є також робота з батьками, оскільки підтримка в сім'ї є критично важливою для розвитку емоційної стабільності дитини.

Раннє виявлення та корекція таких станів дозволяє знижувати ризик серйозних психологічних проблем у майбутньому.

Методики, застосовані в дослідженні, показали свою ефективність у виявленні рівня тривожності та адаптаційних труднощів. Вони взаємодоповнюють одна одну, надаючи більш повну картину емоційного стану дітей. Враховуючи отримані результати, можна зробити висновок, що для подальшої роботи необхідно впроваджувати програми психологічної підтримки для дітей з високим рівнем тривожності, спрямовані на розвиток емоційної стабільності, покращення адаптаційних навичок та зміцнення взаємодії в сім'ї.

РОЗДІЛ 3
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПТСР У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

3.1 Загальна характеристика програми психологічної корекції посттравматичного стресового розладу у молодших школярів

Побудова корекційної програми для дітей молодшого шкільного віку з проявами посттравматичного стресового розладу ґрунтується на поєднанні теоретичних концепцій розвитку особистості, сучасних методів психокорекції та науково підтверджених підходів до роботи з травматичним досвідом. Корекційна допомога дітям цього віку має враховувати їхні вікові особливості, рівень когнітивної та емоційної зрілості, індивідуальні реакції на стрес та поведінкові прояви [18].

Метою корекційної програми є зниження проявів тривожності, емоційного напруження та поведінкових реакцій, пов’язаних із посттравматичним стресовим розладом у дітей молодшого шкільного віку, а також розвиток навичок емоційної саморегуляції, підвищення рівня психологічної стійкості та формування відчуття безпеки.

Завдання корекційної програми:

1. Сприяти розвитку емоційної компетентності дітей: розпізнавання власних емоцій, вираження почуттів прийнятними способами, розуміння емоцій інших людей.

2. Знизити рівень тривожності та напруги, пов’язаних із травматичним досвідом, через використання арт-терапевтичних, тілесноорієнтованих та релаксаційних технік.

3. Опрацювати страхи та переживання, що проявляються у поведінці, через метафоричні та ігрові методи.

4. Розвивати навички самоконтролю та саморегуляції, включно з дихальними вправами, техніками заземлення та простими способами стабілізації.

5. Формувати позитивний образ “Я”, підвищувати самооцінку та впевненість у власних можливостях.

6. Покращити здатність до соціальної взаємодії, підвищити відчуття підтримки й безпеки в групі/індивідуальному форматі.

7. Створити умови для поступового усвідомлення й переживання травматичного досвіду у безпечних терапевтичних формах (малюнок, казка, символічні образи).

8. Забезпечити позитивну динаміку в емоційному стані, яка підтверджується повторною діагностикою (методики: «Діагностика вад особистісного розвитку» (ДВОР); Шкала оцінки тривожних розладів у дітей SCARED-P; Шкала батьківства та адаптації в сім’ї (PAFAS); Проєктивна методика «Людина під дощем»).

Фундаментальні засади корекційного навчання:

1) Корекційна спрямованість: Освітній процес має на меті не тільки передачу знань, але й активне виправлення наявних відхилень та компенсацію функціональних порушень.

2) Інтеграція освіти та формування особистості: Процеси засвоєння матеріалу, розвитку мовленнєвих навичок та пізнавальної сфери (пам'ять, мислення, увага) розглядаються як єдине ціле і не можуть існувати відокремлено.

3) Соціальна інтеграція та адаптація: Основне завдання програми — забезпечити дитині максимальну готовність до життя в соціумі, сприяти її ефективній адаптації в суспільстві та вихованню важливих позитивних якостей характеру.

4) Комплексний підхід (Системність**):** Розвиток особистості відбувається цілісно, охоплюючи всі ключові аспекти: фізичний розвиток (психомоторика), комунікативні здібності (мовлення), емоційний стан та вольові якості.

Одним із ключових методологічних положень є опора на принципи вікової та педагогічної психології, згідно з якими дитина молодшого шкільного віку потребує чіткої структури, передбачуваності та підтримки дорослого. Наявність травматичного досвіду призводить до порушення відчуття безпеки, тому корекційна програма повинна відновлювати базову довіру, сприяти стабілізації емоційного стану та зниженню рівня тривожності.

Важливою методологічною основою виступає когнітивно-поведінковий підхід, який описує взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою. Для дітей це реалізується через ігрові форми, вправи на усвідомлення емоцій, поступове формування навичок саморегуляції, відновлення почуття контролю та керування власним станом. Значущим також є використання елементів травмофокусованої терапії, яка передбачає поступове зниження інтенсивності емоційних переживань шляхом безпечного відреагування та переосмислення.

Методологічно виправданим є включення арттерапевтичних технік, адже діти цього віку ще не володіють достатнім рівнем вербальної рефлексії для повного опису свого внутрішнього переживання. Малювання, ліплення, метафоричні вправи, робота з кольором і формою допомагають дитині виражати емоції, опрацьовувати страхи й знижувати напругу. Також значну роль відіграють елементи тілесно-орієнтованих практик, спрямованих на стабілізацію нервової системи, розвиток здатності відчувати й розслабляти тіло, що особливо актуально при ПТСР.

Корекційна програма повинна носити системний характер. Це означає послідовне включення завдань, спрямованих на:

– нормалізацію емоційного стану;

– розвиток навичок розпізнавання та вираження емоцій;

– формування навичок саморегуляції;

– подолання страхів і тривожних очікувань;

– відновлення почуття безпеки;

– зміцнення самооцінки та внутрішніх ресурсів;

– розвиток резильєнтності – здатності долати труднощі.

Важливим методологічним компонентом є інтеграція результатів попереднього психодіагностичного обстеження. Дані, отримані за допомогою методик «Діагностика вад особистісного розвитку (ДВОР)», «Шкала оцінки тривожних розладів у дітей» (SCARED-P), «Шкала батьківства та адаптації в сім'ї (PAFAS) » та Проективної методики «Людина під дощем», дозволяють диференціювати провідні проблемні зони молодших школярів дозволяють визначити провідні проблемні зони дитини, рівень її тривожності, особливості емоційних реакцій та характер сімейної підтримки. Це забезпечує індивідуалізацію програми, адаптацію завдань до потреб дітей та вибір найбільш ефективних корекційних методів.

Таким чином, теоретико-методологічні основи корекційної програми передбачають поєднання науково обґрунтованих принципів, діагностичних даних і практичних методів психологічної допомоги. Створення безпечного, підтримувального середовища, опора на ігрові та арттерапевтичні форми, формування стійких допінг – умінь та розвиток внутрішніх ресурсів дитини забезпечують комплексний і результативний характер корекційної роботи.

На основі результатів дослідження, детально представлених у Розділі 2 про емпіричні дослідження було виявлено значну поширеність симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та низький рівень соціально-психологічної адаптації у молодших школярів. Ці дані вимагали розробки та впровадження спеціалізованої психокорекційної програми.

Програма була розроблена з урахуванням вікових особливостей дітей молодшого шкільного віку та специфіки травматичного досвіду, а її загальна мета полягала у редукції виражених симптомів ПТСР та формуванні стійких навичок емоційної саморегуляції та адаптації.

Програма складається з 10 занять, кожне тривалістю 45 хвилин, і була реалізована на вибірці 60 дітей. Усі заняття мають чітку структуру, що включає фази встановлення контакту, основну роботу з травматичним матеріалом та ресурсами, а також рефлексію та інтеграцію досвіду. Зміст та послідовність занять, представлені у Таблиці 3.1 Корекційно-розвивальна програма,

забезпечують поступовий перехід від стабілізації та заземлення (Заняття 1-3) до символічного опрацювання травми (Заняття 4-6) і, нарешті, до соціальної інтеграції та закріплення ресурсів (Заняття 7-10).

Таблиця 3.1

Корекційно-розвивальна програма для дітей

№	Тема	Мета	Завдання	Етап та зміст діяльності
1	Територія Безпеки	Створення довіри та психологічного комфорту	1.Налагодити емоційний контакт. 2. Сформувати правила роботи групи. 3. Активізувати почуття безпеки.	Вступ Ритуал привітання ("Мій настрій сьогодні")
				Правила: Спільне обговорення та прийняття "Правил нашого кола".
				Вправа "Територія дружби" (створення символічного захисного кола).
				Вправа "Безпечне ім'я" або "Місце сили".
				Завершення: Рефлексія, Ритуал прощання ("Павутинка побажань").
2	Світ Моїх Почуттів	Розвиток емоційної грамотності	1. Навчити розпізнавати базові емоції. 2. Вербалізувати та ідентифікувати страх/тривогу. 3. Навчитися виражати настрій невербально.	Вступ: Ритуал привітання
				Знайомство з "Емоційним термометром" та обговорення "Колеса почуттів".
				Арт-терапія: Вправа "Малюнок мого настрою"

				Продовження таблиці 3.1
				Обговорення малюнків, названия емоцій
				Дихальна вправа "Свічка".
3	Тіло та Тривога	Усвідомлення тілесних реакцій та релаксація	1. Навчити усвідомлювати тілесні прояви стресу. 2. Освоїти техніки м'язового розслаблення. 3. Знизити тілесну напругу, пов'язану з тривогою.	Вступ: Привітання, коротке повторення емоцій
				Вправа "Де живе тривога?" (локалізація напруги в тілі).
				Тілесні: Техніка "Черепаха" (навчання напруженню та розслабленню).
				Гра "Заморожування та розморожування" під музику
				Завершення: Рефлексія, прощання.
4	Мої Внутрішні Ресурси	Активізація сили та подолання страху	1. Переорієнтувати увагу з травми на ресурс. 2. Сформувати образ "Сміливого Я". 3. Підвищити самооцінку.	Вступ: Привітання, "Подаруй посмішку сусіду".
				Казкотерапія: Обговорення історії про героя, який знайшов силу.
				Вправа "Скарбничка моїх перемог" (запис чи малювання успіхів).
				Презентація "скарбів", наголос на внутрішніх силах.
				Завершення: Обмін рукостисканнями.
5	Я Тут і Зараз	Освоєння навичок заземлення та	1. Навчити швидкому поверненню до реальності.	Вступ: Привітання, обговорення

		стабілізації	2. Формувати навик заземлення під час флешбеків. 3. Створити уявний безпечний простір.	хвилюючих почуттів.
				Техніка "5-4-3-2-1" (Заземлення через 5 органів чуття).
				Арт-техніка: "Малювання безпечного місця" (уявна схованка).
				Завершення: Дихальна вправа "Квадратне дихання".
6	Розмова зі Страхом"	Символічна робота зі страхом	1. Символічно виразити страх/травматичний досвід. 2. Створити дистанцію між "Я" і страхом. 3. Відновити відчуття контролю над ситуацією.	Вступ: Вправа "Зосередження на звуках" (заземлення).
				Символічне вираження страху/турботи (малювання/ліплення почуття).
				"Знищення/Контроль над страхом" (зміна або символічне знищення образу).
				Завершення: М'язова релаксація (скидання напруги, що виникла).
7	Ми Разом	Розвиток комунікації та соціальної підтримки	1. Посилити згуртованість групи. 2. Навчити просити про допомогу. 3. Відпрацювати навички підтримки однолітків.	Вступ: Вправа "Енергетичний заряд".
				Вправа "Компліменти по колу".
				Рольова гра: "Складні ситуації" (відпрацювання прохання про допомогу та підтримки).

Продовження таблиці 3.1

				Завершення: Вправа "Велике коло підтримки".
8	Моє Світле Майбутнє	Відновлення перспективи та надії	1. Перемкнути фокус з минулого на майбутнє. 2. Сформувати позитивні очікування та цілі. 3. Протидіяти відчуттю безнадії.	Вступ: Обговорення позитивних подій.
				Обговорення поняття "Майбутнє".
				Творча робота: Колаж "Мої Мрії та Плани" (візуалізація позитивного майбутнього).
				Завершення: Презентація колажів, рефлексія про майбутнє.
9	Я – Майстер Саморегуляції	Інтеграція та закріплення навичок	1. Повторити всі вивчені техніки самодопомоги. 2. Навчити швидкому вибору ефективної техніки. 3. Закріпити відчуття контролю над емоціями.	Вступ: Гра "Мій улюблений ресурс" (повторення найкращої техніки).
				Інтеграція навичок: швидке повторення всіх ключових технік.
				Рольова гра "Аптечка самодопомоги" (практичне застосування технік у стресі).
				Завершення: Рефлексія: "Що ти тепер знаєш про свій страх?".
10	Фінальний Акорд та Новий Старт	Підведення підсумків та оцінка	1. Підбити підсумки корекційної роботи. 2. Візуалізувати особистісні зміни. 3. Забезпечити позитивний вихід з програми.	Вступ: Останній ритуал привітання.

Продовження таблиці 3.1

				Закріплення: Вправа "Дерево Змін" (візуалізація змін).
				Зворотний зв'язок: Оцінка програми.
				Завершення: Прощання

Проаналізувавши структуру корекційно-розвивальної програми представлену в Таблиці 3.1, можна виділити три ключові фази, які відображають послідовність психокорекційної роботи з травмованими дітьми:

1. Фаза Стабілізації та Заземлення (Заняття 1–3)

Перші заняття були критично важливими для забезпечення безпеки та відновлення контролю.

- Фокус: На цьому етапі робота велася переважно на рівні "тут і зараз".
- Ключові завдання: Встановлення довіри за допомогою дихальних технік та технік заземлення (Заняття 1), навчання ідентифікації та вербалізації емоцій (Заняття 2), а також освоєння тілесних технік (техніка "Черепаха", Заняття 3), які допомагають дитині швидко знижувати фізіологічну напругу (гіперзбудження), характерну для ПТСР.

2. Фаза Опрацювання Травматичного Досвіду та Ресурсування (Заняття 4–6)

Після того, як діти набули базових навичок саморегуляції, робота переходила до символічного опрацювання травми.

- Фокус: Робота з внутрішніми ресурсами та образом травми.
- Ключові завдання: Акцент робився на пошуку внутрішніх сил (Заняття 4), заземленні та створенні безпечного місця (Заняття 5). Кульмінацією цієї фази було Заняття 6 – "Розмова зі Страхом", де травматичний досвід

символічно виражався і знищувався або трансформувався, що допомагало дитині відновити відчуття контролю над подією, а не бути її жертвою.

3. Фаза Інтеграції та Адаптації (Заняття 7–10)

Цей етап був спрямований на перенесення набутих навичок у соціальне середовище та планування майбутнього.

- Фокус: Соціальна взаємодія, комунікація, відновлення надії.
- Ключові завдання: Розвиток навичок соціальної підтримки та вміння просити про допомогу (Заняття 7 – підвищення адаптації за PAFAS), відновлення відчуття перспективи (Заняття 8 – боротьба з безнадією). Фінальні заняття (9-10) були присвячені інтеграції всіх вивчених технік через рольові ігри та візуалізацію позитивних змін ("Дерево Змін"), що завершувало процес редукції симптомів ПТСР та сприяло стійкій адаптації.

Таким чином, послідовна та структурована програма, орієнтована на стабілізацію, опрацювання та реінтеграцію, закладає методологічну основу для отримання позитивних результатів, які будуть проаналізовані у наступному підрозділі (3.2).

Для обґрунтування ефективності розробленої корекційно-розвивальної програми (КРП), спрямованої на редукцію проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та підвищення адаптаційних можливостей у молодших школярів, було проведено повторне діагностичне обстеження (формувальний етап).

3.2 Рекомендації для батьків та вчителів щодо роботи з дітьми з проявами посттравматичного стресового розладу

Психологічна стійкість – це важливий процес який допомагає дитині адаптуватися до стресу, долати невдачі, зберігати впевненість в собі та ментальне здоров’я. Ключову роль відіграють батьки створюючи підтримуюче середовище для дитини. Завдяки батькам дитина бере приклад наслідування і

навчається самостійно вирішувати проблеми шкільного віку. Важливо батькам зберігати свій внутрішній ресурс для стабілізації емоційного стану дитини у критичних ситуаціях.

Результати нашого дослідження підтвердили, що сімейне середовище є фундаментальним ресурсом, який допомагає дитині долати наслідки стресу. Виявлений сильний зв'язок між якістю сімейної адаптації та рівнем емоційної стабільності учнів дозволяє сформулювати практичні рекомендації для батьків.

В умовах зовнішньої нестабільності дитина потребує чітких орієнтирів, які повертають їй відчуття контролю над власним життям ось деякі з них:

– батькам рекомендується запровадити незмінні сімейні традиції (спільний сніданок, вечірні розмови, обійми перед сном). Це створює безпеку, де світ є зрозумілим і передбачуваним;

– обмежити дитину від перегляду тривожних новин та обговорення дорослими складних подій у її присутності;

– легітимізація страху, що пояснення мають бути короткими, чесними, але позбавленими надмірної емоційної напруги. Дитина має відчувати, що її переживання є прийнятними та зрозумілими для дорослих. Замість фраз "не бійся" або "не звертай уваги", батькам варто використовувати підхід прийняття: "Я бачу, що ти хвилюєшся. Це нормальна реакція, і я поруч, щоб тебе підтримати";

– тілесний контакт: фізична близькість (обійми, тримання за руку) є найшвидшим способом зниження рівня гормонів стресу. Важливо забезпечити дитині такий контакт щоразу, коли вона виявляє в цьому потребу;

– техніки дихання та заземлення: навчання дитини простим ігровим вправам (наприклад, «дихання животиком» або пошук предметів певного кольору навколо себе) допомагає швидко повернутися до стану рівноваги під час сплесків тривоги;

– творче розвантаження: заохочення дитини до малювання, ліплення чи гри без оцінювання результату. Це дозволяє дитині виразити внутрішню напругу, яку вона ще не може описати словами.

Ефективність усіх запропонованих рекомендацій безпосередньо залежить від внутрішнього ресурсу батьків, оскільки їхня психологічна виснаженість автоматично знижує здатність бути надійною опорою для дитини. Це зумовлено явищем «емоційного зараження», через яке тривога дорослих швидко поширюється на всіх членів родини. Саме тому першочерговим завданням батьків стає стабілізація власного стану, адже дитина на підсвідомому рівні зчитує найменші зміни в міміці, інтонації та рівні напруги оточуючих.

Для успішної саморегуляції батькам необхідно вчасно помічати ознаки власного виснаження – такі як дратівливість, порушення сну чи апатія – і вчасно визнавати своє право на відпочинок. Відновлення починається з пошуку занять, що допомагають повернути відчуття внутрішнього балансу: навіть 15 – 20 хвилин на день, присвячених хобі, читанню чи тиші, дозволяють нервовій системі перезавантажитися. Поряд із цим, фундаментальну роль у зміцненні психологічної витривалості відіграють базові потреби: якісний сон, дотримання питного режиму та регулярна фізична активність.

Окрім фізичного відновлення, важливою є соціальна підтримка – спілкування з друзями, іншими батьками або участь у профільних групах допомагає розділити переживання й подолати відчуття самотності. Паралельно з цим варто приділяти увагу екологічному виходу накопиченого гніву чи суму через спорт, записи у щоденнику або творчість, аби не спрямовувати ці складні почуття на дитину. Завершальним елементом збереження когнітивного ресурсу є свідоме обмеження часу в новинах та соцмережах, що дозволяє батькам залишатися розсудливими та ефективно підтримувати свою сім’ю в критичних ситуаціях.

Діяльність педагога в роботі з дітьми, що мають ознаки посттравматичного стресу, повинна базуватися на принципах створення безпечного освітнього середовища, де першочерговим завданням стає не лише надання знань, а й підтримка емоційної рівноваги учня. Це стає можливим завдяки запровадженню чіткої рутини та передбачуваності навчального

процесу, адже дотримання сталого розкладу та попередження про будь-які зміни в плані уроку заздалегідь повертають дитині втрачене відчуття контролю. Така структурованість логічно доповнюється адаптацією навчальних інструкцій, коли вчитель розбиває складні завдання на маленькі зрозумілі кроки, що дозволяє уникнути когнітивного перевантаження, яке часто виникає внаслідок пережитої травми.

Водночас важливою є здатність педагога розпізнавати прояви дистресу – такі як надмірна збудливість або розсіяність – не як порушення дисципліни, а як симптоми емоційної напруги, що потребують гнучкості в оцінюванні та уникання публічного тиску на дитину. Для зниження цієї напруги вчителю варто інтегрувати в уроки короткі паузи для дихальних вправ або фізичної активності, що не лише заспокоює нервову систему учня, а й сприяє відновленню його концентрації та здатності до навчання. На завершення, успіх такої підтримки закріплюється через побудову довірливих стосунків та постійну комунікацію з родиною дитини, оскільки спільна стратегія вчителя та батьків дозволяє створити навколо учня єдине коло підтримки, де він відчуває себе захищеним і здатним до поступового емоційного відновлення.

Отже, результативність усіх запропонованих рекомендацій безпосередньо залежить від внутрішнього ресурсу батьків, оскільки їхня психологічна виснаженість автоматично знижує здатність бути надійною опорою для дитини. Це зумовлено тим, що тривога дорослих швидко поширюється на всіх членів родини, тому першочерговим завданням батьків стає стабілізація власного стану, адже дитина на підсвідомому рівні зчитує найменші зміни в міміці, інтонації та рівні напруги оточуючих.

Для успішної саморегуляції батькам необхідно вчасно помічати ознаки власного виснаження — такі як дратівливість, порушення сну чи апатія – і вчасно визнавати своє право на відпочинок, знаходячи заняття, що допомагають повернути відчуття внутрішнього балансу. Навіть 15–20 хвилин на день, присвячених хобі, читанню чи тиші, дозволяють нервовій системі перезавантажитися, а фундаментальну роль у зміцненні психологічної

витривалості відіграють базові потреби: якісний сон, дотримання питного режиму та регулярна фізична активність.

Окрім фізичного відновлення, важливою є соціальна підтримка через спілкування з друзями чи участь у групах підтримки, що дозволяє розділити переживання й подолати відчуття самотності, паралельно знаходячи способи екологічного виходу накопиченого гніву чи суму через спорт або творчість, аби не спрямовувати ці складні почуття на дитину. Завершальним елементом збереження когнітивного ресурсу є свідоме обмеження часу в новинах та соцмережах, що дозволяє батькам залишатися розсудливими та зберігати власну стійкість. Не менш важливою детермінантою відновлення дитини є професійна позиція вчителя, оскільки школа виступає другим після родини середовищем, що формує відчуття безпеки та стабільності.

Батькам рекомендується зосередитися на створенні атмосфери абсолютної безпеки: дотримуватися стабільного розпорядку дня, бути терплячими до емоційних сплесків дитини та завжди валідувати її почуття, підкреслюючи, що вона знаходиться під захистом. Важливо обмежити доступ до травмуючих новин та забезпечити спокійне дозвілля.

Вчителям рекомендується проявляти гнучкість у навчальному процесі: знизити академічний тиск, надавати додатковий час на виконання завдань та уникати публічних зауважень. Створення «зони спокою» в класі та попередження про будь-які зміни в розкладі допоможуть дитині почуватися в школі більш передбачувано та впевнено. Спільна робота сім'ї, школи та психолога є ключовою умовою для подолання наслідків ПТСР та повернення дитини до гармонійного розвитку.

Діяльність педагога має ґрунтуватися на принципі передбачуваності навчального процесу, де дотримання сталого розкладу та попередження про будь-які зміни в плані уроку допомагають дитині повернути відчуття контролю над ситуацією. Це логічно доповнюється адаптацією навчальних інструкцій, коли вчитель розбиває складні завдання на маленькі зрозумілі кроки, запобігаючи когнітивному перевантаженню, яке часто супроводжує

посттравматичні стани. Паралельно з цим вчителю важливо виявляти гнучкість у вимогах та оцінюванні, уникаючи публічного тиску на учня та створюючи умови для його поступового залучення до активної роботи. Інтеграція в уроки коротких пауз для дихальних вправ або фізичної активності сприяє зниженню загального рівня напруги в класі, а позитивне підкріплення успіхів дитини допомагає відновити її самооцінку. Таким чином, лише консолідація зусиль батьків, які дбають про власний ресурс, та вчителів, що забезпечують підтримуючу атмосферу в школі, дозволяє створити цілісну систему супроводу, яка забезпечує успішну реабілітацію молодшого школяра та розвиток його особистісної стійкості.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей молодшого шкільного віку, що дозволило сформулювати такі висновки відповідно до поставлених завдань. Теоретичний аналіз наукових джерел засвідчив, що ПТСР у молодших школярів є специфічною комплексною реакцією психіки на пережиті екстремальні події (воєнний стан, вимушене переселення, загроза життю, втрата близьких), які руйнують базове відчуття безпеки та довіри до світу [34].

Встановлено, що симптоматика розладу зазвичай маніфестує у період від 1 до 6 місяців після психотравмуючої події. Вона має складну структуру й виявляється через нав’язливі спогади (флешбеки), механізми уникнення, дисоціативну амнезію, емоційну агресію, дратівливість, страхи та стійкий стан психофізіологічної настороженості.

Доведено, що тривалий травматичний досвід детермінує розвиток особистості за травматичним типом, супроводжуючись глибокими емоційними, поведінковими та когнітивними деформаціями [15]. На когнітивному рівні розлад призводить до зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті та труднощів у навчанні [16]. На соматичному рівні ПТСР провокує серйозні психосоматичні порушення: хронічні болі у животі, головний біль, порушення сну, травлення, серцево-судинні та шкірні проблеми [18]. У разі відсутності своєчасної допомоги у дитини формуються депресивні стани, схильність до соціальної ізоляції та саморуйнівної поведінки.

Емпіричне дослідження, проведене на базі Тернопільської загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів №26 із залученням 20 учнів початкових класів, підтвердило чіткий зв’язок між пережитими психотравмуючими подіями та рівнем соціально-психологічної дезадаптації дітей. Застосування комплексу методик дозволило зафіксувати у значної частини вибірки помірні показники тривожності, труднощі з концентрацією уваги, емоційну лабільність

та виражену тенденцію до соціальної ізоляції й порушення міжособистісного спілкування з однолітками та було впроваджено корекційну програму для зниження рівня тривожності у дітей. Отриманий посттравматичний стресовий розлад впливає на життєдіяльність дитини. Проявитися посттравматичний стресовий розлад може після 1 – 6 місяців від травмованої події. Після пережитої травмуючої ситуації у дитини з'являються безліч симптомів та проявляються види посттравматичного стресового розладу. Супроводжуються ці симптоми напливами нав'язливих спогадів про небезпечні для життя ситуації, учасником яких була дитина; прояви емоційної агресії; невпевненість через страх; втома, дратівливість, порушення концентрації уваги.

Оцінка сімейного контексту показала фундаментальне значення внутрішньородинної атмосфери: виявлено сильний зв'язок між емоційним станом батьків і динамікою подолання ПТСР у дітей. Негативний емоційний стан, виснаження чи деструктивні стилі виховання з боку дорослих виступають додатковим фактором ризику, що посилює дитячі страхи. Натомість позитивний емоційний контакт у родині та здатність батьків виступати «безпечним контейнером» є головною умовою розвитку життєстійкості й успішної адаптації дитини

На основі отриманих результатів обґрунтовано загальні характеристики програми психологічної корекції ПТСР для молодших школярів. Визначено, що система допомоги має базуватися на принципах м'якого, невербального та емоційно безпечного впливу, де найбільшу ефективність виявляють методи арт-терапії, казкотерапії, тілесно-орієнтованих практик та когнітивно-поведінкового підходу. Ці методи допомагають дитині безпечно відреагувати на біль, опрацювати страхи та відновити внутрішні ресурси саморегуляції без ризику повторної ретравматизації.

Сформульовано багаторівневі практичні рекомендації для суб'єктів взаємодії. Батькам рекомендовано зосередитися на стабілізації власного психоемоційного стану, дотриманні сімейних традицій, забезпеченні тілесного контакту, валідації почуттів дитини та впровадженні технік заземлення [22].

Педагогам рекомендовано розбудовувати передбачуване й безпечне освітнє середовище через чітку рутину, адаптацію інструкцій, зниження академічного тиску та інтеграцію релаксаційних пауз в уроки [11]. Наголошено, що подолання наслідків ПТСР, звільнення від травматичних симптомів та повернення дитини до гармонійного розвитку можливе лише за умови консолідації зусиль професійних психологів, педагогів та батьків, що забезпечує дитині відновлення суб'єктивного відчуття контролю над власним життям.

Отже, щоб дитина змогла швидше відновити варто включати психотерапію, медикаментозну терапію та підтримуюче середовище вдома та в школі. Окрім цього, важливою частиною лікування посттравматичного стресового розладу у дітей є включення їхніх батьків та вчителів у процес підтримки та відновлення. Родинна підтримка та розуміння з боку дорослих може значно покращити емоційний стан та психічне здоров'я дитини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бех І. Д. Психологія розвитку дітей молодшого шкільного віку : навч. посібник. Київ : Освіта, 2005. 276 с.
2. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2019. 248 с.
3. Бойко О. М. Психологічна допомога дітям, які пережили травматичні події : навч.-метод. посібник. Київ : Педагогічна думка, 2023. 145 с.
4. Войтова О. А. Тривожність та її вплив на психологічний розвиток дітей : монографія. Київ : Наукова думка, 2008. 220 с.
5. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій та антитерористичної операції : метод. рек. Харків, 2017. 84 с.
6. Герман Джудіт. Психологічна травма та шлях до видужання / пер. з англ. О. Курилас. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
7. Гуменюк Л. Й., Федчук О. В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2016. № 1. С. 228–239.
8. Діагностика вад особистісного розвитку (ДВОР) : методичні матеріали для практичних психологів / уклад. І. П. Макаренко. Київ, 2014. 42 с. URL:https://schoolj.at.ua/Documents/Psykholog/diagnostika_vad_osobistogo_rozvitku-dvor.pdf
9. Дікманн Г. Юнгіанський аналіз чарівних казок. Казки як джерело психотерапевтичного досвіду. Київ : Ваклер, 2020. 232 с.
10. Зайцева Н. В. Особливості психологічного стану дітей молодшого шкільного віку в умовах воєнного стану. *Науковий вісник психології*. 2024. № 2. С. 45–52.

11. Карамушка Л. М., Бондарчук О. І. Особливості психологічної допомоги населенню в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 2 (26). С. 7–18.
12. Кириленко Т. С. Пошук гармонії. Київ : КНУ, 2004. 100 с.
13. Кириленко Т. С. Психологічні проблеми переживань травмуючих ситуацій. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2000. Вип. 4(7). С. 45–52.
14. Климчук В. О. Мотиваційно-дискурсивна фасилітація у практиці психологічної допомоги при депресії травматичного генезису. Київ : Міленіум, 2015. С. 14–25.
15. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям та їхнім сім'ям в умовах воєнного стану : навч. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2023. 240 с.
16. Лазос Г. П. Психологічна травма війни: досвід розуміння та практики допомоги. *Технології розвитку інтелекту*. 2022. Т. 6. № 2 (35). URL: http://psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/589
17. Луньов В. Є. Психологія травматичних подій та кризових станів: теорія і практика. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2021. 312 с.
18. Максименко С. Д. Психологія травми: дитячий та підлітковий вік. *Вісник післядипломної освіти*. 2022. Вип. 21(50). С. 89–104.
19. Методичні рекомендації щодо організації психологічного супроводу учасників освітнього процесу в умовах воєнного стану / уклад. В. Г. Панченко та ін. Київ : ІМЗО, 2022. 64 с.
20. Омельченко Я. М. Особливості прояву ПТСР у дітей молодшого шкільного віку в умовах тривалого стресу воєнного стану. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка*. 2023. Т. IV. С. 112–125.

21. Петренко Т. С. Розвиток особистості в умовах травматичного досвіду: теоретичні та прикладні аспекти. *Вісник психології та педагогіки*. 2025. № 1. С. 112–120.
22. Помиткін Е. О. Особливості надання першої психологічної допомоги дітям у кризових ситуаціях. *Психологічна підтримка особистості*. 2022. № 1. С. 34–41.
23. Романчук О. І. Жити після травми: Керівництво з подолання ПТСР для тих, хто пережив психотравмуючі події, та їхніх близьких. Львів : Свічадо, 2018. 160 с.
24. Романовська Д. Д. Психологічна допомога дітям, які зазнали психотравмувального впливу воєнних дій. *Психологічна газета*. 2023. № 4. С. 12–19.
25. Сидоренко В. В. Психологічна допомога дітям з порушеннями психічного здоров’я : навч. посібник. Київ : Академія, 2010. 308 с.
26. Синявський В. В., Сергєєнкова О. П. Психологічний словник / за ред. Н. А. Побірченко. Київ, 2007. 336 с.
27. Теоретичні моделі психотравми та її наслідків : монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Педагогічна думка, 2020. 240 с.
28. Травматичні події. Психологічна підтримка та допомога : посібник / Рада Європи. Страсбург, 2022. 118 с. URL: https://rm.coe.int/traumatic-events-ukr-/1680a765d4
29. Фоа Е. Б., Гілін К. М. Психологія травми та відновлення. Переклад з англ. Київ : Науковий світ, 2022. 320 с.
30. Цільмак О. М. Психологічна діагностика та корекція ПТСР у дітей: світовий досвід. *Науковий погляд: економіка та управління*. 2023. № 2. С. 145–152.
31. Частоїдова А. О. Використання проективної методики «Людина під дощем» у діагностиці стресостійкості молодших школярів. *Психологічний часопис*. 2021. № 7. С. 56–63.

32. Чуйко О. В. Особливості трансформації особистісного розвитку дітей під впливом воєнної травми. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2023. № 1(60). С. 204–215.
33. Шкала батьківства та адаптації в сім'ї (PAFAS — The Parenting and Family Adjustment Scales) / Українська версія Центру підтримки батьківства та сім'ї Університету Квінсленда. 2018. URL: https://pfsc.psychology.uq.edu.au/files/5255/Child%20Adjustment%20and%20Parent%20Efficacy%20Scale_UA%20Final.pdf
34. Шкала оцінки тривожних розладів у дітей (версія для батьків SCARED-P) / адаптація та переклад Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії. Львів : УІКБТ, 2017. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/SCAREDp_ukr.pdf
35. Що таке ПТСР, як проявляється і які особливості має у дітей : веб-сайт / ЮНІСЕФ Україна. 2022. URL: https://www.unicef.org/ukraine/stories/about-post-traumatic-stress-disorder
36. Birmaher B., Brent D. A., Chiappetta L. et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999. Vol. 38, No. 10. P. 1230–1236.
37. Childhood Trauma and PTSD: Clinical Perspectives / Ed. by R. J. Smith. New York : Academic Press, 2023. 280 p.
38. Dyregrov A., Yule W. Post-traumatic stress disorder in children: A review of research and of clinical challenges. *Child and Adolescent Mental Health*. 2021. Vol. 26, No. 4. P. 283–291.
39. Sanders M. R., Morawska A., Haslam D. M. et al. Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS): Validation of a brief system for assessing parenting practices and family relationships. *Child Psychiatry & Human Development*. 2014. Vol. 45, No. 2. P. 211–224.
40. Terr L. C. Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*. 1991. Vol. 148, No. 1. P. 10–20.

ДОДАТКИ

Додаток А. «Діагностика вад особистого розвитку (ДВОР)»

Любий друже!

Тобі пропонується відповісти на запитання, що стосуються різних сторін твоєї особистості: поведінки, самопочуття, бажань, страхів, переконань тощо. Ти маєш чудову нагоду поглянути на себе збоку і проаналізувати, що ти знаєш про себе, поділитися цими знаннями з дорослими, аби вони краще пізнали тебе і змогли тебе зрозуміти, спілкуватися з тобою, навчати тебе. У спеціальному бланку для відповідей навпроти відповідного номера твердження треба поставити знак +, якщо ти згоден з твердженням, і знак - якщо ти з твердженням не згоден.

Не розмірковуй довго, відповідай одразу, вслуховуючись у зміст. Усі відповіді будуть правильними, якщо ти відповідатимеш чесно.

Прізвище, ім’я _____

Клас_____ Дата_____

Опитувальник ДВОР

1. Мені важко зосередитися на чомусь одному.
2. Я не можу довго працювати не втомлюючись.
3. Я переживаю з будь-якого приводу.
4. Під час виконання завдання я дуже напружений і скрутний.
5. Я часто думаю про можливі неприємності.
6. Я лякливий, багато що викликає в мене страх.
7. Я не люблю чекати.
8. Я не люблю починати нову справу.
9. Я неспокійно сплю, погано засинаю.
10. Я невпевнений у своїх силах, боюся труднощів.
11. Я завжди швидко знаходжу відповідь, коли про щось запитують (можливо і неправильно, але дуже швидко).
12. У мене часто змінюється настрій.

13. Мені часто все набридає.

14. Я швидко, не вагаючись, приймаю рішення .

15. Я часто відволікаюсь на уроках.

16. Коли хтось з дітей на мене кричить, я також кричу у відповідь.

17. Я впевнений, що впораюсь з будь-яким завданням.

18. Я люблю діяти, а не розмірковувати.

19. В іграх я не підкоряюсь правилам.

20. Я гарячкую під час розмови.

21. Коли хтось мене образить, я прагну поквитатись з ним.

22. Іноді мене тішить, коли я щось зламаю, розірву, розіб'ю.

23. Я дуже серджуся, коли хтось сміється з мене.

24. Мені здається, що інколи я хочу зробити якусь шкоду.

25. У відповідь на вказівки мені хочеться зробити все навпаки.

26. Я люблю бути першим, верховодити, підкоряти собі інших.

27. Я легко можу посваритися чи побитися.

28. Я не поступаюся іншим, не ділюся з ними нічим.

29. Я не можу змовчати, коли чимось незадоволений.

30. Часом я так наполягаю на своєму, що людям навколо уривається терпець.

31. Я люблю коли мене хвалять за те, що насправді зробила інша людина.

32. Мені подобається отримувати більше від того, що насправді належить.

33. Я часто звинувачую кого-небудь у тому, в чому насправді винний сам.

34. Трапляється, що я привласнюю речі, що належать іншій людині.

35. Мені подобається перебільшувати, хвалитися, вигадувати небилиці.

36. Я часто порушую свої обіцянки.

37. Я завжди знаходжу виправдання непорядному вчинку.

38. Я не визнаю своїх помилок.

39. Я роблю все заради своєї вигоди.

40. Я рідко зізнаюсь, що заподіяв комусь шкоду.

41. Я часто порушую правила поведінки, встановлені вчиите6лем.

42. Я люблю сміятися з інших.

43. Я кривджу своїх товаришів: б’ю їх, штовхаю, дражню.

44. Я часто говорю одне, а роблю протилежне.

45. Я розповідаю непристойні історії, вживаю лайливі слова.

46. Переконаний, що мої пустощі нікому не шкодять.

47. Для своєї вигоди я часто обдурюю інших.

48. Діти скаржаться на мене, не хочуть гратися зі мною.

49. Я люблю розповідати жахливі історії, про які дізнався з кінофільмів і розмов між дорослими.

50. Я знущаюся з тварин. нищу без потреби рослини.

51. Я цураюся своїх ровесників, тримаюся від них віддалік.

52. Я недовіряю людям, побоююся їх.

53. Я не люблю дивитися в очі людині, з якою розмовляю.

54. Я мовчазний, не підтримую розмову з чужими людьми.

55. Мене часто запитують, чим я незадоволений.

56. Мене часто підозрюють у негарних вчинках.

57. Люди часто навмисно ображають мене.

58. Я часто буваю засмученим.

59. Я люблю гратися сам.

60. Дитяча компанія швидко мені набридає.

61. Мені небайдуже, що про мене думають інші.

62. Я повинен завжди все знати.

63. Я не маю права помилятися.

64. Я намагаюся виправдати свої вчинки перед іншими людьми.

65. Спочатку я дбаю про інших, а потім вже про себе.

66. Коли я зроблю помилку, у мене з’являється почуття провини.

67. Усі люди, з якими я спілкуюся, повинні мене любити.

68. Інші люди мають право контролювати мою поведінку.

69. Я намагаюся допомогти людям навіть тоді, коли мене про це не просять.

70. Якщо я вже прийняв рішення, то не маю права передумати.

71. Мої успіхи залежать від удачі, таланту, щасливого випадку,

72. Я волію почекати, поки мої труднощі розв’яжуться самі собою.

73. Мої оцінки в школі не залежать від моїх здібностей.

74. Мої успіхи залежать від допомоги інших людей.

75. За мене вирішують інші, що і як робити.

76. Я не винен, що не можу домогтися кращих результатів.

77. Я не планую того, що зі мною трапляється.

78. Я сам нічого не можу змінити в своєму житті.

79. За моє здоров'я відповідають дорослі.

80. Діти виростають такими, якими їх виховують батьки.

81. Я більше люблю слухати казки, ніж вірші.

82. Коли я їду з мамою в магазин, я більше хотів би, щоб мені купили цукерки, ніж книжку.

83. Я не мрію стати актором.

84. Мені не подобаються квіти.

85. Мені більше подобається звичайна їжа, яку мама готує щодня, ніж фрукти – ананаси, мандарини, ківі.

86. Я не радію, коли бачу щось красиве і незвичайне.

87. Мене цікавлять технічні іграшки, наприклад, автомобілі, літаки, мотоцикли...

88. Мені не подобається гратися з ляльками.

89. Я не люблю вигадувати різні небилиці.

90. Я не плачу, коли чую сумну історію.

Додаток Б. «Шкала оцінки тривожних розладів у дітей SCARED-P»

ШКАЛА SCARED-P

Ім'я та прізвище дитини:	
Ім'я та прізвище особи, що заповнювала анкету:	
Дата:	

Вказівки:
Нижче наводиться список тверджень, що можуть описувати те, як чується Ваша дитина. Прочитайте кожне твердження і у колонці навпроти відзначте позначкою ту відповідь, яка найкраще стосується самопочуття Вашої дитини протягом останніх трьох місяців.

№	Питання	Дуже/часто	Трохи/іноді	Ні/Ледь-ледь
1.	Коли моя дитина налякана, йому/їй важко дихати.			
2.	У моєї дитини з'являються головні болі у школі.			
3.	Моїй дитині не подобається бути з людьми, яких він/вона добре не знає.			
4.	Моїй дитині стає страшно, якщо він/вона спить не вдома.			
5.	Моя дитина переживає, чи вона подобається іншим.			
6.	Коли моя дитина лякається, то відчуває, ніби втрачає свідомість.			
7.	Моя дитина нервова/стривожена.			
8.	Моя дитина всюди ходить за мною.			
9.	Інші говорять мені, що моя дитина нервова/стривожена.			
10.	Моя дитина нервує/тривожиться поряд з людьми, яких не знає.			
11.	У моєї дитини з'являються болі в животі у школі.			
12.	Коли моя дитина переживає сильний страх, то їй здається, що вона може зійти з розуму.			
13.	Моя дитина хвилюється, коли спить сам (-а).			
14.	Моя дитина переживає за те, щоб бути настільки ж вправним (-ою), як інші діти.			
15.	Коли моя дитина лякається, то йому/їй здається, ніби все навколо несправжнє.			
16.	Моїй дитині сняться жахи про те, що з його/її батьками стається щось погане.			
17.	Школа викликає хвилювання у моєї дитини.			
18.	Коли моя дитина лякається, то його/її серце починає пришвидшено битись.			
19.	Він/вона тремтить.			
20.	Моїй дитині сняться жахи про те, що з ним/нею стається щось погане.			
21.	Моя дитина хвилюється за те, чи йому/їй все вдасться.			
22.	Коли моя дитина лякається, то сильно пітніє.			
23.	Мою дитину постійно мучать сумніви.			
24.	Моїй дитині стає дійсно страшно без жодної на те причини.			
25.	Моя дитина боїться бути вдома сама.			

© Boris Birmaher © УІКПТ, український переклад

26.	Моїй дитині важко розмовляти з людьми, яких він/вона добре не знає.			
27.	Коли моя дитина переживає сильний страх, то їй здається, що вона може задихнутися від нестачі повітря.			
28.	Інші говорять мені, що моя дитина надмірно хвилюється.			
29.	Моїй дитині не подобається бути далеко від своєї сім'ї.			
30.	Моя дитина боїться, що у нього/неї можуть бути напади тривоги (або панічні атаки).			
31.	Моя дитина переживає, що з його/її батьками може статись щось погане.			
32.	Моя дитина соромиться людей, яких добре не знає.			
33.	Моя дитина переживає за те, що станеться в майбутньому.			
34.	Моя дитина переживає за те, наскільки добре йому/їй все вдається.			
35.	Коли моя дитина переживає сильний страх, то йому/їй хочеться блювати.			
36.	Моя дитина боїться ходити до школи.			
37.	Моя дитина переживає за події, які вже відбулися.			
38.	Коли моя дитина переживає сильний страх, то відчуває запаморочення.			
39.	Моя дитина нервує, коли перебуває з іншими дітьми або дорослими, і йому/їй потрібно зробити щось в той час, як вони за ним/нею спостерігають (наприклад, читати вголос, говорити, грати в гру, займатися спортом).			
40.	Моя дитина нервує, коли йде на вечірку, дискотеку, чи в будь-яке інше місце, де будуть люди, яких він/вона добре не знає.			
41.	Моя дитина сором'язлива.			

Оцінювання:
За кожну відповідь «Дуже/часто» нараховується 2 бали, «Трохи/іноді» 1 бал, «Ні/Ледь-ледь» - 0 балів. Загальна кількість балів ≥ 25 може вказувати на присутність тривожного розладу. Коли кількість балів ≥ 30, присутність тривожного розладу є доволі імовірна. Сума балів 7 і вище у пунктах 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38 може вказувати на присутність панічного розладу та виражених соматичних симптомів тривоги.
Сума балів 9 і більше у пунктах 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 може вказувати на присутність генералізованого тривожного розладу.
Сума балів 5 і вище у пунктах 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31 може вказувати на присутність розладу сепараційної тривоги.
Сума балів 8 і вище у пунктах 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41 може вказувати на соціальну фобію.
Сума балів 3 три і вище у пунктах 2, 11, 17, 36 може вказувати на присутність шкільної фобії.

Додаток В. «Шкала батьківства та адаптації в сім'ї (PAFAS)»

Шкала батьківства та адаптації в сім'ї (PAFAS)

Будь ласка, прочитайте кожне твердження та виберіть число 0, 1, 2 або 3, яке вказує на те, наскільки правдивим буде твердження про вас упродовж останніх чотирьох (4) тижнів. Правильних чи неправильних відповідей у цьому опитувальнику немає. Не витрачайте багато часу, відповідаючи на твердження.

Приклад:

Якщо моя дитина не виконує того, що їй кажуть зробити, я поступаюся і виконую це самотужки.	0 **1** 2 3

Шкала оцінювання така:

0. Зовсім неправдиве твердження про мене

1. Трохи правдиве твердження про мене або правдиве лише іноді

2. Доволі правдиве твердження про мене або правдиве значну частину часу

3. Дуже правдиве твердження про мене або правдиве більшу частину часу

	Наскільки це твердження правдиве про вас?			
	Зовсім неправдиве	Трохи правдиве	Доволі правдиве	Дуже правдиве
1.Якщо моя дитина не виконує того, що їй кажуть зробити, я поступаюся і виконую це самотужки.	0	1	2	3
2.Я даю своїй дитині ласощі, нагороду або дозволяю розважальну	0	1	2	3

активність за чемну поведінку.				
3. Я дотримуюсь встановлених наслідків (наприклад, забираю іграшку), коли моя дитина погано поводиться.	0	1	2	3
4. Я погрожую наслідками (наприклад, вимкнути телевізор), коли моя дитина погано поводиться, але не виконую обіцяного.	0	1	2	3
5. Я кричу або злюся на свою дитину, коли вона погано поводиться.	0	1	2	3
6.Я хвалю свою дитину, коли вона чемно поводиться.	0	1	2	3
7.Я намагаюся змусити свою дитину почуватися погано (наприклад, відчувати провину або сором) за погану поведінку, щоби провчити її.	0	1	2	3
8.Я приділяю увагу своїй дитині (наприклад, обіймаю, підморгую, всміхаюся чи цілую), коли вона чемно поводиться.	0	1	2	3
9.Я шльопаю або даю запотиличник своїй дитині, коли вона погано поводиться.	0	1	2	3

10.Я сперечаюся зі своєю дитиною щодо її поведінки/ставлення.	0	1	2	3
11.Я завжди даю раду поганій поведінці своєї дитини в однаковий спосіб.	0	1	2	3
12.Я даю своїй дитині те, що вона хоче, коли вона злиться або засмучується.	0	1	2	3
13.Я дратуюся на свою дитину.	0	1	2	3
14.Я спілкуюся/розмовляю зі своєю дитиною.	0	1	2	3
15.Мені подобається обіймати й цілувати свою дитину.	0	1	2	3
16.Я пишаюся своєю дитиною.	0	1	2	3
17.Мені подобається проводити час зі своєю дитиною.	0	1	2	3
18.У мене добрі стосунки з дитиною.	0	1	2	3
19.Я відчуваю стрес або хвилювання.	0	1	2	3
20.Я почуваюся щасливо.	0	1	2	3
21.Я відчуваю смуток або депресивно.	0	1	2	3
22.Я почуваюся задоволеним(-ою) своїм життям.	0	1	2	3

23.Я даю собі раду з емоційними вимогами батьківства.	0	1	2	3
24.Члени нашої сім'ї допомагають або підтримують одне одного.	0	1	2	3
25.Члени нашої сім'ї добре ладнають одне з одним.	0	1	2	3
26.Члени нашої сім'ї сваряться або вступають у суперечки.	0	1	2	3
27.Члени нашої сім'ї критикують або принижують одне одного.	0	1	2	3

Якщо перебуваєте у стосунках, **будь ласка, дайте відповіді на подані нижче 3 запитання**	**Наскільки це твердження правдиве про вас?**			
	Зовсім неправдиве	Трохи правдиве	Доволі правдиве	Дуже правдиве
28. Ми з партнером(-кою) єдина команда, коли йдеться про виховання дитини.	0	1	2	3
29. Ми з партнером(-кою) не погоджуємось щодо методів виховання дитини.	0	1	2	3
30. У мене добрі стосунки з партнером(-кою).	0	1	2	3

Додаток Г. Проективна методика «Людина під дощем»

Людина під дощем

Розслабтеся, відкиньте всі сторонні думки. Візьміть чистий аркуш паперу, покладіть перед собою. Уявіть людину під дощем і намалюйте її. Малюйте тим, що Вам більше подобається в даний момент: фарбами, олівцями чи фломастерами і т.д. Коли малюнок готовий, важливо сприйняти його в цілому. Необхідно «увійти» в малюнок, відчути його. Найголовніше правило трактування малюнка – єдиної правильної або неправильної трактовки не існує. Прислухайтеся до себе, до своїх почуттів.

Поставте собі запитання:

«Що я відчуваю, коли дивлюся на свій малюнок?

Що для мене значить кожна його деталь?».

Інтерпретація малюнка «Людина під дощем»

Дощ на даному малюнку символізує якусь перешкоду, труднощі, з якими людина неминуче стикається в житті. Уважно проаналізуйте кожну деталь малюнка. Що робить людина на малюнку – вона тримає парасольку, сидить під навісом, гуляє під дощем?

Ми дамо вам ПІДКАЗКИ, що саме малюнок може розповісти про Вас. Постарайтеся відчути, у якому настрої перебуває персонаж (радісному чи пригніченому і т.д.). Чи відчуває він себе безпорадним або, навпаки, відчуває в собі внутрішні ресурси для боротьби з труднощами, а можливо, спокійно і адекватно сприймає перешкоди, вважаючи їх звичайним життєвим явищем.

Кудлаті і численні хмари є символом очікування неприємностей.

Калюжі, бруд символізують наслідки тривожної ситуації, ті переживання, які залишаються після «дощу». Відзначте, як розташовані калюжі щодо фігури людини (чи знаходяться вони перед або за фігурою, оточують людину з усіх сторін або вона сама стоїть у калюжі).

Якщо людина зображена в процесі пішої прогулянки, то це може бути пов’язано з наявністю тенденції до «втечі» від вирішення важких життєвих ситуацій, уникнення неприємностей; якщо фігура людини зміщена у верхню частину аркуша, це може свідчити про відхід від дійсності, про втрату опори під ногами, а також схильність фантазувати і вирішувати труднощі в уявному світі, замість реального.

Положення фігури в профіль або зі спини вказує на прагнення до самозахисту, до відмови від світу.

Блискавка може символізувати початок нового циклу в розвитку і драматичні зміни в житті людини.

Веселка, що нерідко з'являється після грози, віщує появу сонця, символізує мрію про нездійсненне прагнення до досконалості.

Функція одягу – «формування захисту від стихії». Велика кількість одягу зазвичай вказує на потребу в додатковому захисті. Відсутність одягу пов'язана з ігноруванням певних стереотипів поведінки, імпульсивністю реагування.

Парасолька – це символічне зображення психічної захисту від неприємних зовнішніх впливів. Парасолька може захищати чи не захищати від негоди, обмежувати поле зору персонажа, її може й не бути.

Усі додаткові деталі (будинки, дерева, лавки, машини) або предмети, які людина тримає в руках (сумочка, квіти, книги), розглядаються як відображення потреби в додатковій зовнішній опорі, у підтримці, у прагненні уникнути вирішення проблем шляхом переключення і замісної діяльності.

Гарної Вам погоди: за вікном і в душі!