

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

Факультет психології та соціальної роботи

Кафедра практичної та клінічної психології

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавра»

«Психологічні фактори, що впливають на формування КПТСР у дітей під час війни»

«Psychological factors affecting the formation of CPTSD in children during the war»

Виконала: здобувачка заочної форми навчання

спеціальності 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

Ярова Олена Олександрівна

Керівник: к.психол.н., доц. Юнг Н.В.

Рецензент: к.психол.н., доц. Ульянова Т.Ю.

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№ ___ від ____.____.2024р.

Завідувач кафедри

проф., доктор біол.н. Псядло Е.М.

Захищено на засіданні ЕК № ___

протокол № ___ від ____.____.2024р.

Оцінка _____ / _____ /

(за національною шкалою/шкалою ECTS/бали)

Голова ЕК _____

підпис

(ПІП)

Одеса – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ КПТСП У ДІТЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	7
1.1. ПТСП та КПТСП як об'єкт психологічного дослідження.....	7
1.2. Психологічні фактори формування КПТСП у дітей під час війни....	19
Висновки до розділу 1.....	27
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ КПТСП У ДІТЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	30
2.1. Організація та методичний інструментарій проведення дослідження	30
2.2. Дослідження психологічних факторів формування КПТСП у дітей під час війни.....	39
2.3. Узагальнення та інтерпретація результатів дослідження.....	48
2.4. Рекомендації психолога щодо зменшення наслідків КПТСП у дітей під час війни.....	49
Висновки до розділу 2.....	51
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	59
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасне життя будь-якої особистості наповнене різними стресами, тривожними ситуаціями, конфліктами та переживаннями, які негативно позначаються як на психічному, так і на фізичному її здоров'ї. Сильні та часто повторювані стреси можуть ставати причиною соматичних захворювань, а з часом можуть мати накопичувальний характер та проявлятися як ПТСР та навіть КПТСР. Проблематика розгляду причин появи КПТСР, пов'язаних з військовими конфліктами, їх профілактики та подолання негативних наслідків набуває актуальності і в Україні, починаючи з 2014 року. Військові події, які почалися на сході країни, а з лютого 2024 року продовжились по всій території нашої держави, створюють ситуацію постійної напруги, тривоги та фрустрації.

В нашій країні особливо загострилися випадки КПТСР на тлі військових подій останніх двох років. Особливо чутливими до травм вважаються діти, психіка яких носить несформований, незрілий характер. А відсутність досвіду переживання кризових ситуацій істотно ускладнює їх психологічне становище. На жаль, жахливі травматичні події переживають не тільки дорослі, але і діти, що є особливо жахливим з позиції розвитку та виховання підростаючого покоління.

З урахуванням вищенаведеного, актуальним вбачається дослідити психологічні чинники проявів КПТСР у дітей під час війни та надати психологічні рекомендації для підтримки психічного здоров'я дитини.

На сьогоднішній день істотно активізувались дослідження фахівців у розрізі проблематики психологічної допомоги як дорослим, так і дітям щодо подолання наслідків стресових ситуацій під час війни. В основному такі публікації стосуються ВПО, як осіб, які перемістилися із зони активних бойових дій чи виїхали з окупованих територій, оскільки з дітьми на таких територіях знаходитися небезпечно та навіть заборонено (уряд по можливості організовує евакуацію родин з дітьми з таких регіонів, щоб врятувати їх життя та почати

надавати допомогу (грошову, матеріальну, психологічну тощо).

Проведений теоретичний аналіз наукових праць з проблематики дослідження засвідчив, що вперше в науковий обіг поняття «стрес» ввів Г. Сельє як медичний термін для позначення загального адаптаційного синдрому. Згодом подальший розвиток досліджень в галузі стресу відбувався у працях Р. Лазаруса, С. Фолкман, Б. Голдстоуна, Т. Кокса тощо. Також низка дослідників досліджувала феномен стресу у взаємодії з такими психологічними категоріями, як пізнання, емоції та діяльність (Дж. Еверілл, П. Фресс, Р. Кан тощо). З позиції когнітивного підходу про стрес згадувалось у роботах А. Ейнштейна; психосоціального підходу – Р. Гріна та Б. Вілсона, інформаційну концепцію стресу розробив М. Горовиць. Також Дж. Гілтон, С. Палмер, Т. Пікеринг та ін. вивчали наслідки стресу, викликані професійною діяльністю. Крім того, актуальності сьогодні набирає питання управління стресами, відокремлюючись в окремий напрямок сучасної теорії управління (А. Файоль, П. Друкер, М. Вебер тощо). З-поміж більш сучасних дослідників стресу та ПТСР, у т.ч. у дитячому віці, важливо відмітити наукові здобутки таких фахівців як Н. Блезау, М. Гоффрей, К. Кастро, Р. Кесслер, Д. Кінг, Р. Маршалл, С. Мессер, В. Міхаель, Б. Перрі, Р. Сапольські, Е. Стівен, Дж. Тюнер, П. Уолкер, К. Фредерік, М. Фрідмен, К. Хоуг та ін.

Метою представленого емпіричного дослідження є емпірична перевірка впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни.

Об'єкт дослідження – психологічні фактори формування КПТСР у дітей під час війни.

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

Завданнями дослідження виступають:

- визначити теоретичні засади сутності стресу, ПТСР та КПТСР як об'єкту психологічних досліджень;
- обґрунтувати психологічні фактори, що впливають на формування КПТСР у дітей під час війни;

- обрати методичний інструментарій для проведення дослідження та провести емпіричне дослідження впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни;
- розробити психологічні рекомендації щодо зменшення наслідків КПТСР у дітей під час війни.

У дослідженні використано наступний **методичний інструментарій**:

а) для визначення загального рівня КПТСР у дітей під час війни – Шкалу індексів ПТСР, адаптовану О. Самойловою;

б) для визначення впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни:

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

фактор переконань фактор – Методика «Незакінчене речення» Д. Сакса та С. Леві;

поведінковий фактор – Проективна методика Р. Жилія;

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

г) для визначення впливу факторів на рівень КПТСР у дітей під час війни – коефіцієнт кореляції Спірмена [34]

Організація і база проведення емпіричної роботи. У ході дослідження були продіагностовані 30 дітей [18] підліткового віку (11-15 років), жіночої статі, які живуть в сім'ях ВПО. Діти відібрані з кола власних знайомих, та їх знайомих. Опитування проведене в он-лайн режимі. Поруч з дітьми були присутні батьки, які допомагали пояснювати дітям певні незрозумілі моменти діагностики.

Практичне значення роботи полягає в тому, що розроблена авторська програма психологічної допомоги дітям у напрямку зменшення наслідків КПТСР під час війни є корисною та дієвою. Перевагами даної програми вважаємо її цікавість для дітей відповідного віку, легкість у сприйнятті важливого психологічного матеріалу та можливість батькам також працювати з дітьми за даною програмою вдома, оскільки багато вправ не потребують спеціальної

психологічної підготовки та можуть виконуватися батьками самостійно.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження представлені на 80-й звітній студентській науковій конференції Одеського національного університету імені І. І. Мечникова (присвяченій 159 річниці університету) 23-25 квітня 2024 року. У підсекції «Практична та клінічна психологія» 24.04.24 р. надруковано тези на тему: «Психологічні особливості виникнення КПТСР у дітей під час війни».

Структура роботи. Робота складається з вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (71 найменування) та додатків (8 найменувань). Робота містить 9 таблиць та 12 малюнків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ КПТСР У ДІТЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ

1.1. ПТСР та КПТСР як об'єкт психологічного дослідження

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

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

Дослідження низки наукових публікацій [9; 12; 21; 22; 24; 26; 30 та ін.] свідчать, що вперше в науковий обіг поняття «стрес» ввів Г. Сельє як медичний термін для позначення загального адаптаційного синдрому. Це було перше вживання даного терміну спочатку в медичній науці, а вже згодом він почав досліджуватися психологами. У 1936 р. Г. Сельє опублікував статтю «Синдром, який викликається різними шкідливими агентами», а у більш пізніх своїх публікаціях сформував уявлення про загальний адаптаційний синдром або «загальну неспецифічну нейрогормональну реакцію організму на будь-яку вимогу, що ставиться» [9, с. 201]. Г. Сельє надав наступне визначення стресу – це «неспецифічна реакція організму на шкідливий вплив або вимогу до нього»

[25; 30; 36 та ін.]. Також дослідник вважав даний термін одним із найбільш розповсюджених та одночасно суперечливих моментів у наукових дослідженнях та доводив, що стресова реакція організму формується під впливом певних як внутрішніх, так і зовнішніх чинників. Він пояснював неоднозначність розуміння стресу тим, що усі про нього говорять, усі його переживають, усі багато про нього чули та знають, проте по-різному розуміють та інтерпретують [24, с. 188].

Згодом подальший розвиток досліджень в галузі стресу відбувався у працях Р. Лазаруса, С. Фолкман, Б. Голдстоуна, Т. Кокса тощо. Також низка дослідників досліджувала феномен стресу у взаємодії з такими психологічними категоріями, як пізнання, емоції та діяльність (Дж. Еверілл, П. Фресс, Р. Кан тощо). З позиції когнітивного підходу про стрес згадувалось у роботах А. Ейнштейна; психосоціального підходу – Р. Гріна та Б. Вілсона, інформаційну концепцію стресу розробив М. Горовиць. Також Дж. Гілтон, С. Палмер, Т. Пікеринг та ін. вивчали наслідки стресу, викликані професійною діяльністю. Крім того, актуальності сьогодні набирає питання управління стресами, відокремлюючись в окремий напрямок сучасної теорії управління (А. Файоль, П. Друкер, М. Вебер тощо [23; 26; 30 та ін.]).

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

Представники ще одного підходу (Т. Кокс, А. Гриффінс та ін.) вивчали стрес з позиції взаємодії особистості та оточуючого її середовища. Вони розглядають стрес як невід'ємну складову соціального та природного середовища, що дозволило їм розуміти стрес як реакцію особистості у відповідь на відсутність «відповідності» між поточними реальними можливостями особистості та вимогами, які ставить до неї оточуюче середовище. Вказаними дослідниками запропонована модель взаємодії особистості та середовища – транзактна модель стресу, в якій наявний зворотний зв'язок між всіма

компонентами системи. Тобто стрес в цій моделі розглядається не як лінійна реакція (процес, що містить стадії переживання стресу), а як замкнена система, що налічує п'ять наступних стадій: 1) вплив на особистість реальних вимог зовнішнього оточення; 2) когнітивна оцінка особистістю цих вимог та своїх можливостей відповідати цим вимогам; у випадку порушення рівноваги виникає стрес; 3) психолого-фізіологічні зміни як реакція організму на стресори; емоційне переживання стресу; 4) реакція протидії стресогенній ситуації будь-якими способами; 5) зворотний зв'язок [38].

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

- стан порушення у особистості гомеостазової рівноваги або сукупність реакцій її організму, спрямованих на відновлення цієї рівноваги (К. Урліч, У. Джонсон);

- стан організму особистості, який вона розцінює як загрозу її благополуччю (або цілісності) та спрямовує весь наявний у неї потенціал на свій захист (К. Котер, М. Епплі);

- будь-який стан особистості, спричинений порушенням нормального функціонування її організму [52].

Серед більш сучасних західних дослідників стресу варто відмітити праці американського професора Р. Сапольськи, який вивчав проблему стресу та дегенерації нейронів, досліджував джерела стресу в середовищі життєдіяльності, а також взаємозв'язок стресу та характерних для нього хвороб. Вказаний дослідник розглядає стрес як реакцію особистості на певний чинник зовнішнього середовища, який порушує стан рівноваги як у разі безпосереднього, так і опосередкованого впливу (відповідь на очікувані загрози) [70].

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

А. Нежута та Т. Томан розглядають стрес як «корисну для організму реакцію, яка виникла в ході еволюції людини та сприяє оптимальній адаптації її до мінливих умов життя» [26, с. 139]. Подібне визначення надає також А. Мелоян [23]. Вказані дослідники також звертають увагу, що, попри іноді позитивний

вплив стресу на організм (прозріння, усвідомлення чогось нового, важливого, переосмислення буття тощо) сильні та часто повторювані дії стресових чинників можуть призводити до різних негативних наслідків у житті особистості.

Н. Голярдик та А. Фрадинська розуміють під стресом «захисну адаптаційну реакцію, що мобілізує організм на подолання різноманітних ситуацій, які мають фруструючий вплив на людину та у яких вона обмежена у задоволенні важливих біологічних і соціальних потреб» [9, с. 201]. Тобто стрес в даному випадку трактується як процес пристосування особистості до обставин, які є загрозою для рівноваги організму та/або порушують її. У повсякденному житті особистості поняття «стрес» використовується для характеристики певного негативного стану або руйнівної сили, що впливає на її фізичне та психічне здоров'я. Ці дослідники також дотримуються позиції, що невеликий стрес може позитивно впливати на особистість та навіть бути необхідним на шляху подолання нею певних складних життєвих етапів, спонукаючи її до активності, покращуючи захисні реакції її організму, загострюючи увагу, мислення, пам'ять, у той час як постійні стреси в кінцевому підсумку чинять негативний вплив на особистість.

Н. Бамбурак та М. Гуцман вважають, що поняття «стрес» об'єднує проблематику питань, пов'язаних з екстремальними впливами зовнішнього оточення, конфліктами, небезпечними подіями та ситуаціями тощо. Виходячи із такого різноманіття проявів стресу слід розмежовувати саме поняття «стрес» та суміжні з ним категорії («емоційна напруженість», «психічна напруженість», «психоемоційна напруженість» та ін. Проте варто відмітити, що ці дефініції виступають як властивості особистості, а не конкретних станів. На їх думку, стрес – це «особлива форма взаємовідносин між індивідом і зовнішнім середовищем, а саме результат мисленневих операцій, емоційного реагування, усвідомлення та наявності власних ресурсів, володіння навичками саморегуляції, зреалізовуючи багатоманітний арсенал стратегій поведінково-вчинкових патернів особистості» [2, с. 143-144].

Крім того, М. Гуцман виокремлює три ключові значення категорії «стрес»

(по-перше, як зовнішні подразники, що викликають у особистості стан напруженості або збудження; по-друге, як відображення внутрішнього психічного стану напруженості та збудження у результаті суб'єктивної реакції; по-третє, як фізичну реакцію організму на вимогу або загрозливий вплив) та додає, що стрес – це «природне явище і невід'ємна складова існування людини». Тому особистість не може завжди жити абсолютно без стресу або спробувати його позбутися [11, с. 124]

Н. Родіна розглядає стрес як загальну реакцію організму на вплив будь-яких негативних чинників зовнішнього середовища (фізичних і психологічних). Тому вона пропонує розрізняти фізіологічний та психологічний стреси. Перший виникає внаслідок безпосередніх стрес-чинників на організм особистості (біль, голод, холод, аномальна температура тощо), в результаті чого відбуваються порушення у ендокринній системі, а другий – в результаті різних способів інтерпретації того, що відбувається в оточенні особистості та викликає у неї підвищене збудження, роздратованість, агресивність і т.п. [35].

Л. Наугольник та Р. Наугольник також виокремлюють три схожі підходи до визначення поняття «стрес»: 1) як будь-які зовнішні стимули чи події, які призводять до виникнення у особистості напруги чи збудження («стресор», «стрес-фактор»); 2) як суб'єктивна реакція організму, що відображає внутрішній психічний стан напруги і збудження та інтерпретується як емоції, оборонні реакції і процеси подолання (coping processes), що відбуваються в самій особистості; 3) як фізична реакція організму на вимогу або шкідливий вплив [25, с. 190].

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

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

І. Сорока визначає стрес як «стан психічної напруги, що виникає у людини в процесі діяльності в найбільш складних, скрутних умовах, як у повсякденному житті, так і за особливих обставин» [42, с. 250].

О. Туриніна під стресом розуміє «особливий стан психіки, організму в цілому, який визначається широкою мобілізацією функціональних резервів для подолання будь-якого стресового (часто екстремального) впливу» [47, с. 24].

В цілому можемо констатувати, що сучасні дослідники під поняттям «стрес» розуміють комплексну психо-фізіологічну реакцію організму, яка з'являється у відповідь на вплив стресогенних факторів (стресорів) оточуючого середовища та їх суб'єктивної оцінки.

Реакція особистості на стресори багато в чому визначається обставинами, в яких діють ці стресори, а також від фізичних і психологічних особливостей самої особистості. Тому стрес часто розглядається дослідниками як процес, у складі якого є стресові ситуації («стресори»), реакції людини на ці ситуації та проміжні чинники («посередники стресу»), які посилюють або зменшують вплив стресових ситуацій [9, с. 202].

Погоджуємося з позицією В. Заболотної, що з точки зору стресової реакції організму не важливо, приємна чи неприємна ситуація трапилась в житті особистості. Реакції на подію «радість» та подію «горе» будуть схожими, оскільки схожа їх стресова дія – вимога пристосування до нової ситуації, тому вони супроводжуються однаковими біохімічними змінами в організмі, основне призначення яких – впоратись із обставинами, які змінились. Таке явище дослідники називають «адаптаційним синдромом», що проходить 3 стадії одного спільного процесу: тривога; резистентність (адаптація); виснаження [14, с. 27]. Ці стадії відомі в науці ще з часів обґрунтування їх Г. Сельє та на їх основі формується сьогодні теоретико-методичний інструментарій діагностики та управління стресами, про що міститься інформація у роботах [5; 6; 22; 24 та ін.].

Одним із різновидів стресу дослідники називають травматичний стрес.

За твердженням І. Марциновської, стрес стає травматичним у випадку, коли стресором виступає травматична подія (екстремальна кризова ситуація,

загроза власному життю або життю близьких), а результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері: у особистості порушується структура самості, когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що відповідають за процеси пізнання світу, пам'ять, емоційну сферу. Такі травматичні події зменшують відчуття безпеки у особистості [22, с. 224].

Н. Оніщенко також визначає травматичний стрес як особливу форму загальної стресової реакції особистості на травматичні події (екстремальні, кризові та надзвичайні ситуації з потужним негативним наслідком), які перевантажують психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості особистості, руйнуючи її захист, в результаті чого відбуваються порушення у психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями [29, с. 306]. Подібне визначення наводить також О. Тімченко у роботі [44].

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

Травматичний стрес, з позиції О. Туриніної, це «особлива форма загальної стресової реакції, за якої відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних та адаптаційних можливостей людини». Такий стрес може стати для особистості причиною психологічної травми [47, с. 25].

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

З позиції І. Марціновської, ПТСР – це відстрочена реакція особистості на

травматичний стрес неспсихотичного характеру (наприклад, природні чи техногенні катастрофи, перебування на території активних бойових дій, тортури, зґвалтування і т.п.). Також вказана дослідниця на основі аналізу праць західних дослідників доводить, що категорія ПТСР (post-traumatic stress disorder) являє собою окремий та самостійний діагноз. Проте при описі та дискутуванні щодо результатів клінічних досліджень як синонім дослідники вживають також терміни «травматичний» або «посттравматичний» стрес [22, с. 224].

О. Туриніна визначає ПТСР як комплекс психофізіологічних реакцій організму на фізичну або психологічну травму, зокрема, переживання або потрясіння, які спричиняють страх, жах, відчуття безпорадності і т.п. [47, с. 25]. Це можуть бути обставини, в яких особистість пережила загрозу власному життю, смерть або поранення близької людини за надзвичайних умов.

ПТСР, на думку Т. Сочетко та А. Габінської, також є тяжким психічним розладом, що виникає після пережитої емоційно перевантаженої травматичної події, потенційно небезпечної для життя чи здоров'я особистості (перебування в зоні бойових дій, природні та антропогенні лиха, сексуальне насильство, пограбування, тортури, позбавлення волі, раптова втрата близької людини, поставлені діагнози тяжких хвороб, міжособистісні конфлікти, вимушене переселення та ін.). Окрім ПТСР, такі події можуть викликати цілу низку інших психічних чи соматичних порушень [43].

Х. Турецька звертає увагу, що ПТСР – це тривожний розлад, що виник внаслідок впливу на особистість травматичної події, що загрожувала життю або фізичній цілісності, зокрема, могла викликати серйозне каліцтво (власне або інших людей), за обставини, що вона переживала цю подію сама або була її свідком, внаслідок чого особистість переживала сильний страх, жах чи безпорадність [46, с. 227].

Також низка дослідників характеризує ПТСР як тяжкий психічний стан особистості, що виникає як наслідок впливу одиничної або повторюваної психотравмуючої події (воєнні дії, природні або техногенні катастрофи, серйозні нещасні випадки, присутність під час чиєїсь насильницької смерті, роль жертви

знущань або тероризму, сексуальне насильство або інший злочин) [37; 39 та ін.].

За визначенням АРА (Американська психіатрична асоціація) симптоми діагнозу ПТСР (DSM-IV) повинні включати три кластери: 1) повторне переживання (нав'язливі спогади про пережиту травматичну подію); 2) уникання спогадів про цю подію та оніміння емоцій; 3) надмірне збудження [51].

Істотною ознакою наявного у особистості ПТСР є відстрочена або затяжна реакція її організму у вигляді стресу на короткочасну чи тривалу травматичну подію, що має суб'єктивний характер загрози або катастрофи та здатна провокувати загальний дистрес [39; 56 та ін.]. При цьому клінічна симптоматика ПТСР, як правило, проявляється через певний латентний період після травматичної події (від 3 до 18 тижнів) та зберігається досить тривалий час (місяці, роки, а нерідко й десятиліття) [7, с. 235].

В інших джерелах вказується, що фналогічно звичайному травматичному стресу, особливістю ПТСР є те, що він може проявитися у особистості як відразу після впливу травматичної ситуації, так і через кілька місяців або навіть років [47].

У низці наукових праць [10; 22; 43; 46; 60; 62; 63 та ін.] знаходимо, що про ПТСР як діагноз активно заговорили після війни у В'єтнамі, коли у США з'явилась нагальна проблема подолання психологічних наслідків перебування солдат в зоні цього військового конфлікту. В межах його лікування Американська психіатрична асоціація у 1980 році офіційно ввела цей діагноз в 3-му виданні Діагностичної та статистичної настанови з психічних розладів (DSMIII) у розрізі категорії «Тривожні розлади». У довіднику значилося, що такі тривожні розлади розвиваються у відповідь на «рідкісні зовнішні катастрофічні події».

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

особистості на надмірно інтенсивні (ненормальні) зовнішні впливи.

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

Таблиця 1.1.

Критерії ПТСР Американської психіатричної асоціації (складено за даними [59])

Критерії	Характеристика
Критерій А	Для розвитку ПТСР достатньо експозиції до аверсивних наслідків подібної травматичної події, яка відбулась з іншими людьми (прибуття на місце катастрофи; отримання трагічної інформації про близьких і т.п.).
Критерій В	Реакція на травматичну подію включає її повторне переживання у вигляді думок, нічних кошмарів, флешбеків.
Критерій С	Реакція на травматичну подію включає уникнення пов'язаних із травмою думок, почуттів та ситуацій, які викликають травматичні спогади.
Критерій D	Реакція на травматичну подію включає негативні зміни в емоціях та переконаннях.
Критерій Е	Реакція на травматичну подію включає підвищену реактивність та збудження.
Критерій F	Тривалість симптомів ПТСР становить більше одного місяця.
Критерій G	Дистрес та порушення нормального повсякденного функціонування внаслідок ПТСР.
Критерій H	Симптоми ПТСР не пов'язані із вживанням лікарських засобів або іншим медичним станом.

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

Фахівці також звертають увагу на те, що при ПТСР особистість може мати проблеми, пов'язані із прийняттям минулого досвіду, міжособистісними відносинами із близькими, довірою до інших людей, інтересом до видів діяльності, які раніше приносили задоволення, а також із обговоренням своїх почуттів з оточуючими. Можуть також відмічатися супутні симптоми: безсоння, відчуття провини, уникаюча поведінка, емоційна нечутливість, які можуть призводити до значного дистресу та ускладнення повсякденного життя [43].

Також численні дослідження свідчать, що ПТСР розвивається далеко не у всіх осіб, які пережили травматичну подію. Так, у роботі [43] наводиться статистична інформація із західних джерел, що прояви психотравми були

виявлені тільки у 61 % чоловіків, які пережили травматичну подію, але тільки в 8,1 % згодом був поставлений діагноз ПТСР. У жінок цей показник є вищим та становить 75% та 20,4% відповідно. Також мають місце емпіричні дослідження, які доводять, що генетична схильність підвищує ймовірність розвитку ПТСР після пережитої травматичної події, а додатковими психологічними стимулами його появи вважаються проблеми в родині, низка соціальних чинників (відсутність соціальної підтримки) [67; 66; 63 та ін.].

Термін «комплексний ПТСР» (КПТСР) вперше був розглянутий та запропонований для вживання у науковому та практичному обігу на початку 90-х років ХХ ст. Джудіт Херман як клінічний синдром після виснажливих травматичних, зазвичай довготривалих боїв [28; 54 та ін.].

КПТСР вперше увійшов у розділ 6В41 МКХ-11 та використовується для позначення стану пацієнтів, що мають не тільки прояви ПТСР, але й додаткові симптоми порушень емоційної, когнітивної та поведінкової сфери, наявність яких не може бути пояснена жодною коморбідною патологією [61; 64; 28; 8; 66 та ін.].

КПТСР, як більш складний стресовий розлад, призводить до серйозних порушень в частині самоорганізації особистості, що проявляється у формі афективної дисрегуляції, саморецепції з негативним самоусвідомленням та сприйняттям пенетраторів, призводить до дисфункціональних взаємовідносин з оточуючими, та, як наслідок, до появи міжособистісних проблем [8; 28; 53; 53; 69 та ін.].

Отже, особа з КПТСР має симптоми ПТСР плюс додаткові елементи: стійкі та поширені труднощі з регулюванням емоцій; негативні переконання щодо власної особистості; проблеми міжособистісної діяльності, відсторонення від друзів і сім'ї; почуття сорому або провини; втрата уваги і концентрації (дисоціації); фізичні симптоми (головний біль, запаморочення, біль у грудях, у животі); деструктивна або ризикована поведінка, наприклад, зловживання алкоголем або вживання наркотичних речовин; суїцидальні думки та дії і т.п. [8; 66; 68 та ін.].

А. Гайдабрус звертає увагу на те, що оскільки КПТСР є порівняно новим стресовим розладом, який досить часто продовжують називати просто ПТСР, то досить складно сьогодні сформулювати чітку статистику цього розладу [8]. На доданок вказаний дослідник наводить статистику щодо різних країн світу, наведену у [57], що, наприклад, простий ПТСР діагностується у 8 % населення США, але при цьому 25-50 % цих осіб фактично мають ознаки КПТСР.

Отже, КПТСР є результатом впливу на особистість більш складних травматичних подій, а також емоційне нехтування травматичної події. У роботі [61] також визнавалась наявність КПТСР, як більш складного явища з проявами симптомів ПТСР і ПСО (порушення в самоорганізації), у клінічній картині післявоєнного покоління. Авторами вказаної роботи було проведено дослідження на вибірці з 218 осіб з ознаками ПТСР та КПТСР, які в дитинстві не отримували належної емоційної підтримки та були піддані потенційно травматичним подіям. З використанням опитувальника Гарвардської травми учені довели високий рівень прояву практично всіх симптомів КПТСР у 38,1 % опитаних та низький – у 61,9 %. Крім того, ними не було виявлено жодного випадку ПСО, який би не супроводжувався симптомами ПТСР. Також дане дослідження виявило, що гендер та кількість пережитих травматичних подій не були значними факторами віднесення особистості до тієї чи іншої групи. При цьому КПТСР частіше виявлявся у жінок; вони більше за чоловіків повідомляли про більшу кількість пережитих травматичних подій.

Вивченням особливостей прояву КПТСР в дитячому віці досить ґрунтовно займався П. Уолкер, який у 2013 р. видав книгу, що містить детальні інструкції з психологічними прийомами відновлення дітей після травми [71].

На увагу заслуговують також дослідження Б. Перрі, американського психіатра, професора, старшого наукового співробітника «ChildTrauma Academy» (Академія дитячої травми) в Хьюстоні та журналістки М. Шалавіц. У їх книзі «Хлопчик, якого ростили як собаку», описано особливості переживання дитиною різних травмуючих подій. Описані в книзі події допомогли показати суспільству наявні взаємозв'язки між подіями дитинства та поведінкою дитини,

яка формується у неї та переноситься на майбутнє життя. Автори книги доводять вплив травми на розвиток, здоров'я та самооцінку дитини, її самереалізацію в майбутньому. Вони наполягають на тому, що особистість формує не тільки генетика, але і її оточення, середовище існування, а також події, що трапляються в її житті, та, найголовніше – відношення найбільш близьких людей [69].

Насамкінець проведеного нами теоретичного аналізу можемо констатувати, що проблема КПТСР набуває актуальності і в Україні, особливо, починаючи з 2014 року. Військові події, які почались на сході країни, а з лютого 2024 року продовжились по всій території нашої держави, створюють ситуацію постійної напруги, тривоги та фрустрації. На жаль, жахливі травматичні події переживають не тільки дорослі, але і діти, що є особливо жахливим з позиції розвитку та виховання підростаючого покоління. Тому у наступному підрозділі даного дослідження більш детально охарактеризовано психологічні фактори формування КПТСР у дітей під час війни.

1.2. Психологічні фактори формування КПТСР у дітей під час війни

Серед значної частини населення, що переживала в своєму житті психотравмуючі події, найбільш вразливою та незахищеною категорією вважаються діти. У ході переживання травматичних подій вони отримують досвід, який викликає деформацію їхньої свідомості, трансформацію особистісних цінностей та ставлення до оточення. Частіше за все таке ставлення відображається через перепади настрою, безпричинну агресію, прояви страху у зв'язку з очікуванням чергового повторення подібних подій [39; 7; 49; 27 та ін.].

Як переконливо свідчить наявна психологічна практика, неможливо повністю стерти з пам'яті дитини спогади про пережиті трагічні події. Проте наявне соціальне оточення (батьки, родичі, педагоги тощо) можуть акцентувати увагу дитини на позитивних життєвих подіях, які будуть залишати в її пам'яті приємні моменти та формувати позитивне ставлення до життя, впливаючи тим самим на її почуттєву сферу. У такий спосіб можна поступово сприяти

поверненню дитини до нормального способу життя. Погоджуємося з думкою Н. Веселової, що якісна професійна підготовка педагогів та психологів має ураховувати питання індивідуального підходу до роботи з травмованими дітьми, щоб такі фахівці були компетентними надати таким дітям адекватну психолого-педагогічну допомогу. Це необхідно робити ще на етапі підготовки таких фахівців, оскільки на практиці вони часто виявляються не готовими до кваліфікованої допомоги дітям з КПТСР за наслідками переживання екстремальних ситуацій, оскільки багато з них раніше були не навчені користуватися подібними технологіями у закладі освіти [7, с. 234].

Вивчення цілої низки наукових досліджень переконливо свідчить, що у дітей з КПТСР через наявне у них постійне нервово перенапруження та характерне для цього стану порушення сну (нічні кошмари, безсоння) з часом може розвиватися так званий «церебрастенічний синдром». Останній являє собою комплекс симптомів, серед яких превалюють виснаження центральної нервової системи, порушення з боку серцево-судинної, ендокринної, травної та інших важливих систем [7, с. 235].

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

Діти з КПТСР висловлюють свої переживання та почуття, пов'язані з пережитими травматичними подіями, через поведінку. Зокрема, у дітей дошкільного віку (4-7 років) це проявляється у прагненні грати в одноманітні ігри, часто з використанням засобів та предметів, які мають відношення до пережитої травматичної події.

Спектр симптомів КПТСР, що проявляється у дітей, включає в себе зміни, які відбуваються на основних чотирьох рівнях: фізіологічному, емоційному, когнітивному і поведінковому (табл. 1.2) [4; 7; 37; 49; 19; 40 та ін.].

Таблиця 1.2.

Характеристика рівнів прояву КПТСР у дітей (узагальнено за даними [4; 7; 37; 49; 19; 40 та ін.]

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

Специфіка проявів КПТСР в дитячому віці проявляється також в тому, що діти, беззаперечно, є найбільш незахищеною та вразливою частиною населення, оскільки вони повністю залежать від дорослих. При цьому діти, як і дорослі, переживають травматичні події досить індивідуально. Це обумовлює потребу в більш детальному та індивідуальному підході до урахування особливостей переживання дітьми кожної з цих травматичних ситуацій.

Найбільш типовими травматичними ситуаціями, що викликають КПТСР, є військові дії та пов'язані з ними травматичні впливи. Основними психо-

травмуючими чинниками у дітей в таких ситуаціях, на думку низки дослідників [7; 37; 19 та ін.], виступають: безпосередня загроза їх життю та здоров'ю, а також життю та здоров'ю їх близьких, смерть близьких, соматичні травми, «провина людини, яка вижила» тощо.

Характер та ступінь переживання військових подій у дітей різного віку також відрізняються. Так, для дітей дошкільного віку найбільш типовими наслідками є регресивна поведінка (страх розлуки з батьками, страх перед незнайомими людьми, втрата наявних раніше засвоєних навичок), дратівливість. Часто можуть спостерігатися тенденції регресивної поведінки (енурез, смоктання пальця, більш виражена залежність від батьків). В молодшому віці діти не завжди можуть вірно розказати про свої переживання, тому дослідники радять батькам та педагогам звертати увагу на невербальні ознаки наявності КПТСР: порушення сну, страх розлуки з батьками, страх при появі нагадування про травматичну подію (місця, людини, телевізійної передачі тощо), соматичні скарги, підвищена тривожність тощо. У молодшому шкільному та підлітковому віці наявні різні соматичні скарги, що не підкріплені органічною природою. А у дітей, які тривалий час не бачать своїх батьків, що беруть участь у військових подіях, відмічаються такі порушення, як депресія, нездатність відчувати задоволення, порушення соціальних контактів. У дітей старшого віку можуть бути проблеми із навчанням і спілкуванням; їм також властиві порушення поведінки від депресії до агресії [7; 27 та ін.].

Спостереження різних дослідників за дітьми, які отримали психотравму внаслідок військових подій показують, що їх поведінка багато в чому схожа з реакцією на інші травматичні події: відразу після травми для дітей характерні такі симптоми, як: порушення сну, нічні кошмари, нав'язливі думки, впевненість у повторенні травматичної ситуації, підвищена тривожність, сильна реакція на будь-який стимул або ситуацію, що символізує травму, психофізіологічні порушення тощо [7; 19; 20; 40 та ін.].

О. Куліш та І. Сірик звертають увагу на те, що навіть якщо діти не були прямими свідками військових подій, вони можуть чути про них у ЗМІ, бачити

страх та розгубленість своїх батьків, вбирати в себе тривожні або агресивні висловлювання оточуючих. Крім того, діти відчувають зміну звичайного перебігу сімейних справ (переїзд на нове місце, присутність «третіх» осіб у домі тощо). Вказані дослідники також зазначають, що переживання дитиною травматичної події багато в чому залежить не тільки від її індивідуальних особливостей, але і від специфіки взаємовідносин з батьками, і від того, як інші дорослі поведуть себе у стресових ситуаціях. Так, практичні спостереження свідчать, що підлітки краще переживають травматичні ситуації, пов'язані із військовими подіями, якщо поруч знаходяться сильні духом дорослі, які спокійно ведуть себе у стресових ситуаціях та транлюють дитині почуття захисту і безпеки. Якщо дитина навпаки не отримує такого захисту, у неї можуть виникати певні порушення в поведінці. Тобто діти вбирають в себе та віддзеркалюють способи реагування дорослих на події довкола. У них проявляються такі самі реакції дистресу, як і у дорослих (відсутність будь-якої реакції, агресія, уникання, заперечення та ін.). Останні викликають стани психічної нестабільності та втрату контролю над ситуацією та власним життям, що може проявлятися у наступних реакціях: втрата автономності («Я не керую процесом; мене кудись несе»); втрата суб'єктивності («Це не я приймаю рішення, а хтось із дорослих за мене вирішує»); порушення ідентичності; розгубленість (дитина не може зосередитися на завданнях, які вправно виконувала раніше); регрес; побоювання відторгнення (ворожості) зі сторони оточуючих; відчуття незахищеності; стан жертви; злість та пошук «зовнішнього ворога» (хтось має за це заплатити); відсутність можливостей прогнозувати майбутнє; сором та низька самооцінка; функціональні симптоми, психосоматичні розлади, зловживання психоактивними речовинами; порушення адаптації тощо [19, с. 263].

Відмітною особливістю переживання травматичних подій є також те, що її переживають не тільки діти – безпосередні свідки, а і навіть діти, які народилися у матерів, які пережили такі події. Дослідники відмічають, що для таких дітей характерною є затримка емоційного та фізичного розвитку [7; 37 та ін.].

Фахівцями також доведено існування взаємозв'язку між ознаками КПТСР

у дітей та їх соціально-демографічними характеристиками [7; 37 та ін.]. Зокрема, вище вже зазначалося на вікових відмінностях переживання травматичної події. Гендерні відмінності полягають в тому, що у дівчаток ПТСР виникає частіше, ніж у хлопчиків. Також існують відмінності у переживанні ПТСР в залежності від сімейного складу дітей: діти з неповних сімей є більш вразливими, що викликане наявністю дисгармонійних взаємин та дефіцитом батьківського піклування.

КПТСР також негативно впливає на інтелектуальний розвиток дітей: діти, які змогли більш легко пережити травмуючу подію, більш успішно виконують інтелектуальні завдання.

ВПО (як дорослі, так і особливо діти) однозначно потребують якісної психологічної допомоги для адаптації у нових умовах існування, оскільки їх психологічний стан сповнений тривожністю, переживаннями, негативними емоційними впливами тощо. У роботах [31; 45 та ін.] знаходимо, що у всіх без виключення ВПО діагностується психологічна травма.

Погоджуємося із позицією І. Трубавіної, що проблема психологічної адаптації ВПО до нових умов життя в нашій країні сьогодні стоїть дуже гостро та істотним чином позначається на їх психологічному стані. Адже навіть за успішного вирішення першочергових соціально-побутових проблем у людини ще довгий час залишаються психологічні проблеми, які наявні абсолютно у всіх ВПО та протягом тривалого часу нагадують про себе, позначаючись на її самопочутті, поведінці, характері спілкування, відносинах із оточуючими, особливо близькими людьми [45].

Проблеми сімей з ВПО з урахуванням їх специфіки перебігу та вирішення можна віднести до проблем сімей у складних життєвих обставинах (СЖО). Відповідно до ЗУ «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю», СЖО – це «обставини, які об'єктивно порушують нормальну життєдіяльність особи, наслідки яких вона не може подолати самотійно (інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку зі старістю чи станом здоров'я, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла чи роботи, насильство, неповажне

ставлення й негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, психологічний чи психічний розлади, стихійне лихо, катастрофа та ін.)» [32].

У табл. 1.3 на основі аналізу праць різних дослідників нами узагальнено проблеми психологічного характеру, з якими стикаються люди під час війни.

Таблиця 1.3.

Психологічні проблеми сімей з дітьми під час війни

Проблеми	Характеристика
ЗАГАЛЬНІ	Характерні всім членам сім'ї: відчуття невизначеності поточного та майбутнього становища; психологічні травми, пов'язані з тим, що людина стала свідком насильства, руйнувань, інших наслідків війни; почуття провини за свої попередні політичні погляди; страх втрати власної ідентичності; відчуття жертвовності через вимушене компактне проживання; почування себе безпорадними біженцями, від яких нічого не залежить; низька самооцінка; агресія; тривога за своє майбутнє та своїх дітей; невимпані сльози; невиказаний біль; очікування поганого; страх перед змінами; відчуття незахищеності; гнів та агресія; зміна життєвих цінностей в родині; відсутність критичного мислення; втрата можливості проживати зі своїми домашніми тваринами у місцях для переселенців; проблеми із контролюванням свого психічного стану, з виявом своїх емоцій; глибокі емоційні переживання наслідків насильства і т.п.
ЧОЛОВІЧИ	Провина за нездатність захистити свою сім'ю, забезпечити її в нових умовах; вимушене безробіття; складнощі з виявом емоційного тепла до близьких.
ЖІНОЧИ	Страхи та переживання щодо ситуації, яка трапилась, за майбутнє; постійна турбота за дітей та близьких в нових умовах; відчуття тривожності та підвищеної відповідальності за родину; почуття самотності (якщо чоловік в зоні бойових дій).
ДИТЯЧИ	Порушення емоційного розвитку внаслідок війни, коли діти стають безпосередніми свідками або учасниками військових подій; страхи; підвищений стрес; сум за друзями; злість; агресія; невимпанний біль; незахищеність та безпорадність; тривога за майбутнє; страх перед змінами; очікування майбутнього; низька самооцінка; перерване навчання та втрата частина освіти.

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

Проведене дослідження також показало, що в частині проявів КПТСР у дітей можуть виступати наступні особистісно-психологічні прояви поведінки: брак або втрата довіри до будь-чого/будь-кого, постійні непорозуміння та підвищена конфліктність з оточуючими або, навпаки, відсутність спілкування з оточуючими, відчуженість та недовіра до них, до психологів, до інших дорослих тощо. В свою чергу, складнощі зі сном призводять до недосипання та знесилання

на фізичному рівні, підсилюють роздратованість.

Таблиця 1.4.

Характеристика особливостей проявів КПТСР у дітей під час війни

Особливості	Характеристика
В АФЕКТИВНІЙ СФЕРІ	У дитини з'являється «емоційне отупіння», яке супроводжується станом пригніченості, роздратованості, похмурості. Така дитина стає нездатною відчувати радість, любов, щастя, інші позитивні емоції.
У КОГНІТИВНІЙ СФЕРІ	Проявляються у вигляді погіршення навчання (проблеми з пам'яттю, концентрацією уваги, яскраво вираженою неухважністю). Може спостерігатися амнезія в частині сумних та трагічних подій (в основному на початковому етапі), або, навпаки, нав'язливі спогади, які важко забути, та жахливі сни. Також дитина може скаржитися на безсоння, «рвані сни».
У ПОВЕДІНЦІ	Проявляються особливостями поведінкових проявів, а саме: непередбачуваність вчинків, підвищена розгальмованість, безпідставна пильність, алогічність та несподіваність вчинків тощо. Іноді навіть звичні та невинні для психічно здорової дитини стимули можуть провокувати переляк або агресію.

Автори робіт [15; 20; 33 та ін.] при вивченні психологічних особливостей формування поведінки сімей з ВПО звертають увагу на те, що запахи, музика, звуки, певні події або вчинки оточуючих – будь-що може нагадувати дитині про пережиті травматичні ситуації та провокувати рецидиви. Зазначені афективні переживання часто викликають у дітей соматизацію, що може супроводжуватись такими симптомами як головний біль та розлади травлення.

Таким чином, проведене теоретичне дослідження свідчить, що діти, які зазнали впливу травматичної події, пов'язаної з військовими діями, мають порушення в емоційно-вольовій, когнітивній, поведінковій сфері. Ці сфери можуть бути використаними для визначення факторів впливу на КПТСР у дітей під час війни. Також звертаємо увагу на необхідність ефективної психологічної роботи з подолання наслідків КПТСР, яка можлива лише при комплексному підході, що поєднує в себе різні методи і способи роботи, які створені в рамках різних психотерапевтичних підходів.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретичний аналіз наукових праць з проблематики дослідження засвідчив, що вперше в науковий обіг поняття «стрес» ввів Г. Сельє як медичний термін для позначення загального адаптаційного синдрому. Згодом подальший розвиток досліджень в галузі стресу відбувався у працях Р. Лазаруса, С. Фолкман, Б. Голдстоуна, Т. Кокса тощо. Серед більш сучасних дослідників стресу та ПТСР, у т.ч. у дитячому віці, важливо відмітити наукові здобутки таких фахівців як Н. Блезеау, М. Гоффрей, К. Кастро, Р. Кесслер, Д. Кінг, Р. Маршалл, С. Мессер, В. Міхаель, Б. Перрі, Р. Сапольські, Е. Стівен, Дж. Тюнер, П. Уолкер, К. Фредерік, М. Фрідмен, К. Хоуг та ін.

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

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

За визначенням АРА (Американська психіатрична асоціація) симптоми діагнозу ПТСР (DSM-IV) повинні включати три кластери: 1) повторне

переживання (нав'язливі спогади про пережиту травматичну подію); 2) уникання спогадів про цю подію та оніміння емоцій; 3) надмірне збудження.

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

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

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

в психологічному відношенні.

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

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

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ КПТСР У ДІТЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Організація та методичний інструментарій проведення дослідження

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

Об'єкт дослідження – психологічні фактори формування КПТСР у дітей під час війни.

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

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

- побудувати логіко-діагностичну модель для проведення емпіричного дослідження впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни;
- обґрунтувати методичний інструментарій проведення дослідження у розрізі сформованих факторів;
- обґрунтувати вибірку з дітей з сімей вимушених переселенців для проведення дослідження;
- провести дослідження дітей сформованої вибірки за обраними методиками;
- узагальнити та проаналізувати отримані результати емпіричного дослідження;
- надати рекомендації психолога щодо зменшення наслідків КПТСР у дітей під час війни.

Характеристика вибірки. У ході дослідження були продіагностовані 30 дітей підліткового віку (11-15 років), жіночої статі, які живуть в сім'ях ВПО.

Логіка проведення дослідження впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни, на нашу думку, має передбачати, по-перше, визначення загального рівня КПТСР у дітей з категорії ВПО під час війни за відповідною методикою, по-друге, обґрунтування факторів впливу на рівень КПТСР у цих дітей, а по-третє, визначення впливу обґрунтованих факторів на рівень КПТСР у дітей під час війни.

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

У роботах [17; 41 та ін.] знаходимо, що у сер. 60-х рр. ХХ ст. для оцінювання критичних життєвих подій було запропоновано використовувати перший нормативний метод – «Оцінна шкала повторного соціального пристосування» (Social Readjustment Rating Scale – SRRS). Опитувальник містить 43 життєві події, до яких особистість може заново пристосовуватися. За результатами опитування можна визначити індивідуальний ризик особистості занедужати певним психічним або соматичним розладом (після накопичення таких подій).

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



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

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

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

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

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

діагностичних критеріїв ПТСР. Нагадаємо, що у 2015 р. АРА опубліковано 5-й перегляд DSM з дещо зміненими діагностичними критеріями ПТСР [58]. До існуючих у DSM-4 чотирьох кластерів симптомів було додано п'ятий — із включенням негативних думок, оціночних суджень, почуттів. В результаті дослідники масово почали адаптовувати діагностичні методики під нові критеріальні вимоги.

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

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

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

Anxiety Rating Scale, Hamilton Rating Scale for Depression) та Госпітальної шкали тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale) [3, с. 100].

В «Уніфікованій клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розладі адаптації. Посттравматичний стресових розлад» [48], що впроваджується в Україні, включили: Short Screening Scale for PTSD для скринінгу; Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5), PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) і Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) для діагностики в якості обов'язкових, а Міссісіпську шкалу ПТСР, IES-R, SCL-90-R, Шкалу депресії Гамільтона (HAM-D), Шкалу тривоги Гамільтона (HAM-A) і ряд інших опитувальників, як необов'язкових [16, с. 618].

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

О. Хміляр та Д. Зубовський у своєму дослідженні провели порівняння основні психометричних властивостей (валідність та надійність) двох найбільш поширених методик для діагностики ПТСР: «Міссісіпської шкали для оцінки бойового ПТСР» та «Шкали оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event

Scale-R) та зробили висновок про достатню високий рівень психометричних параметрів (валідності, надійності) цих методик в умовах вітчизняного суспільства [50].

Проте, на жаль, для оцінювання КПТСР у дітей вищенаведені методики не завжди можна застосувати.

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

Зокрема, О. Самойлова при вивченні клінічних проявів ПТСР у дітей-переселенців використовує *шкалу індексів ПТСР*, яка використовується для об'єктивного вивчення діагностичних закономірностей клінічних проявів ПТСР залежно від переважаючого симптомокомплексу захворювання. За допомогою цієї шкали можна визначити ступінь тяжкості стресового розладу [39].

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

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

7–9 балів – легкий ступінь;

10–11 – середній;

12 і більше балів – важкий ступінь захворювання.

Далі буде обгрунтована доцільність використання методики «Незакінчене речення» Д. Сакса, С. Леві (додаток В), в перших трьох шкалах якої перевіряються відношення до себе, страхи та відчуття провини, наявність негативних

упереджень в яких може свідчити про комплексний компонент ПТСР, тобто КПТСР.

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

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

Другим фактором, пов'язаним із когнітивними переживаннями дитиною КПТСР вважаємо фактор *переконань*, адже важливого значення набувають сформовані у дитини переконання щодо переживання КПТСР, які допомагають формувати дорослі (батьки та педагоги). Вважаємо, що для діагностики впливу фактора переконань може підійти Методика «Незакінчене речення» Д. Сакса та С. Леві.

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

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

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

у дітей під час війни:

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

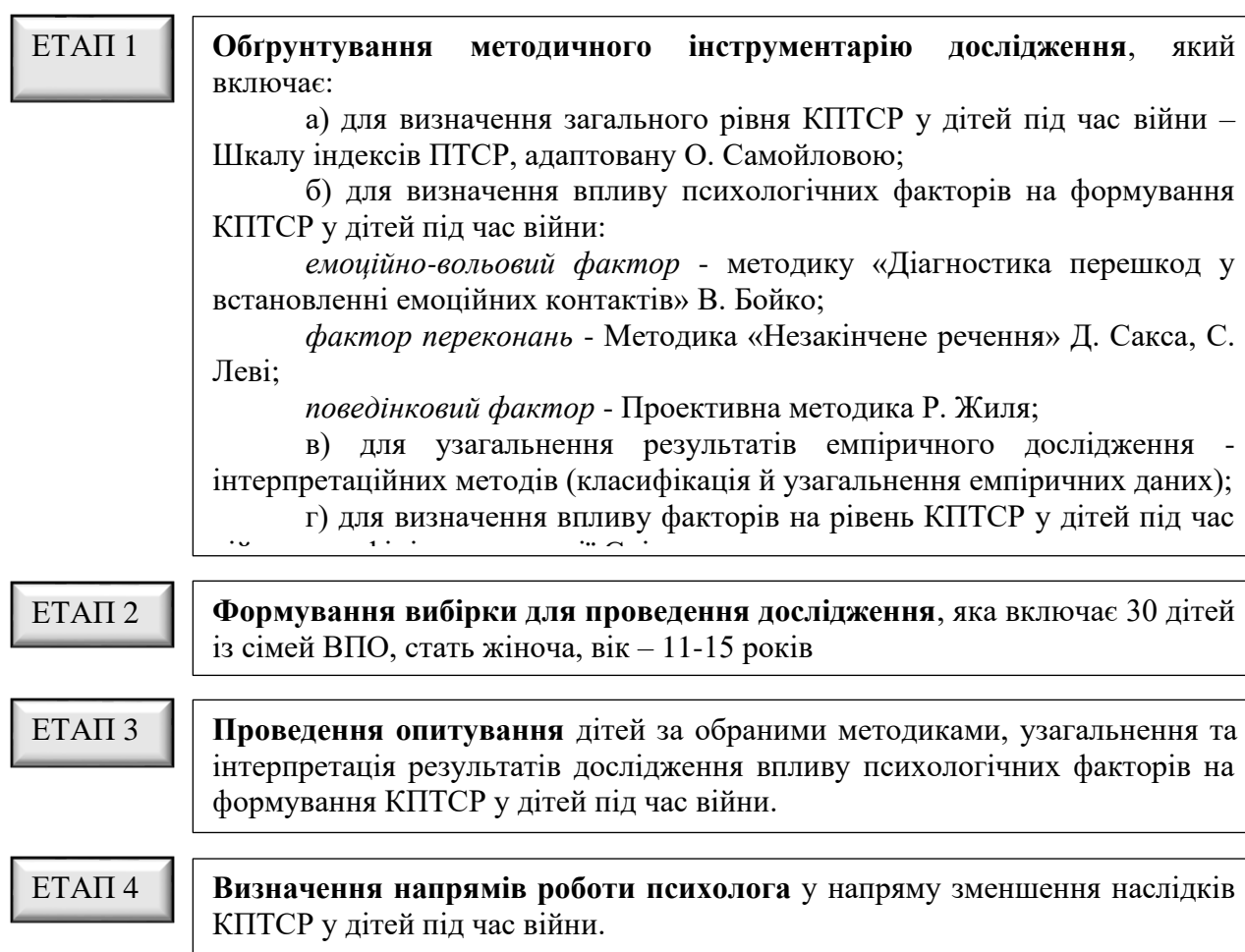
фактор переконань – Методика «Незакінчене речення» Д. Сакса, С. Леві (Додаток В);

поведінковий фактор – Проективна методика Р. Жиля (Додаток Г);

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

г) для визначення впливу факторів на рівень КПТСР у дітей під час війни – коефіцієнт кореляції Спірмена [34].

З урахуванням вищенаведеного, пропонується наступна логіко-діагностична модель дослідження, зображена на мал. 2.3.



Мал. 2.3. Логіко-діагностична модель вивчення впливу психологічних

факторів на формування КПТСР у дітей під час війни (авторський підхід)

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

2.2. Дослідження психологічних факторів формування КПТСР у дітей під час війни

Дослідження рівнів КПТСР у дітей.

З використанням шкали індексів ПТСР, адаптованої О. Самойловою, здійснено оцінювання дітей досліджуваної вибірки (додаток «Е») Результати представлено в табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

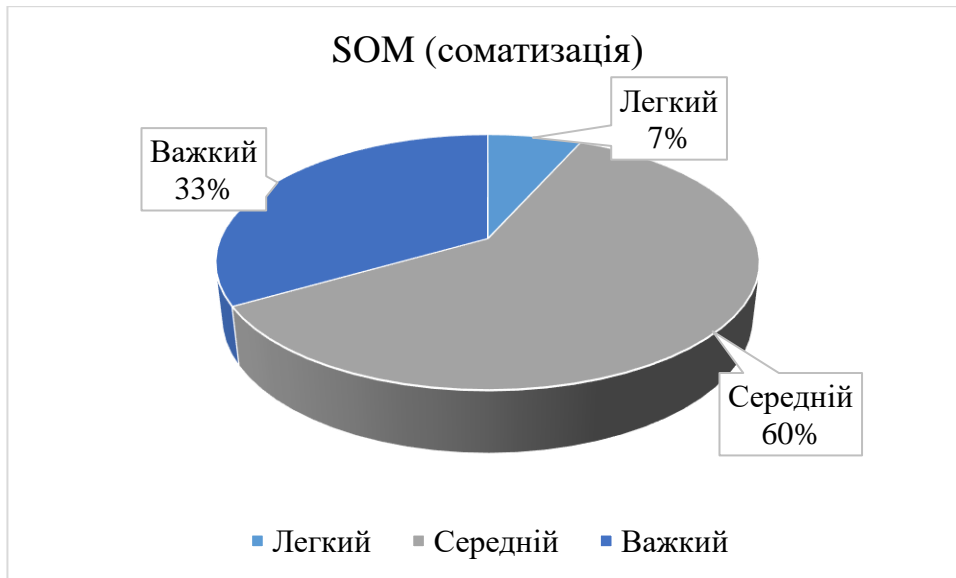
Результати оцінювання ступенів прояву ПТСР у дітей на основі Шкали індексів ПТСР у адаптації для дітей О. Самойлової

Клінічні синдроми	Легкий		Середній		Важкий	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
SOM (соматизація)	2	6,67	18	60,00	10	33,33
OC (обсесивно-компульсивний)	4	13,33	16	53,33	10	33,33
DEP (депресивний)	7	23,33	18	60,00	5	16,67
ANX (тривожний)	0	0,00	13	43,33	17	56,67
PHOB (синдром фобічної тривоги)	1	3,33	15	50,00	14	46,67
PAR (паранойяльний)	5	16,67	17	56,67	8	26,67
PSY (психотизм)	10	33,33	16	53,33	4	13,33
Середнє значення	4,14	13,81	16,14	53,81	9,71	32,38
Загальний рівень КПТСР	2	6,67	23	76,67	5	16,67

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

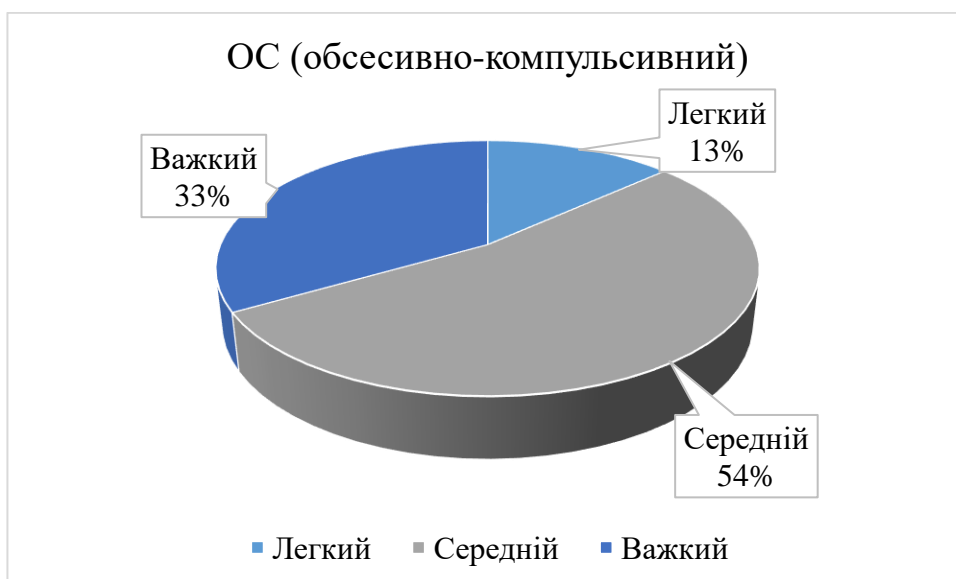
(мал. 2.4).

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



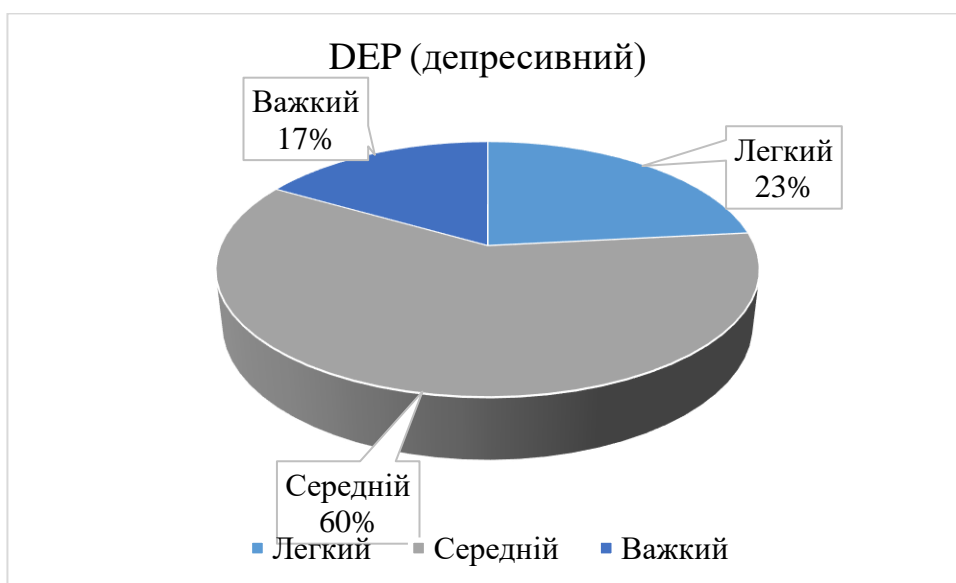
Мал. 2.4. Рівні SOM (соматизації) дітей досліджуваної групи

Ступінь ОС (обсесивно-компульсивного синдрому), що характеризується неконтрольованими, повторюваними думками (обсесії), які можуть змусити людину здійснювати повторювані дії (компульсії), має схожі результати із соматизацією: важкий ступінь діагностовано у 33,33 % дітей, середній – у 53,33 %, а легкий – у 13,33 % (мал. 2.5).



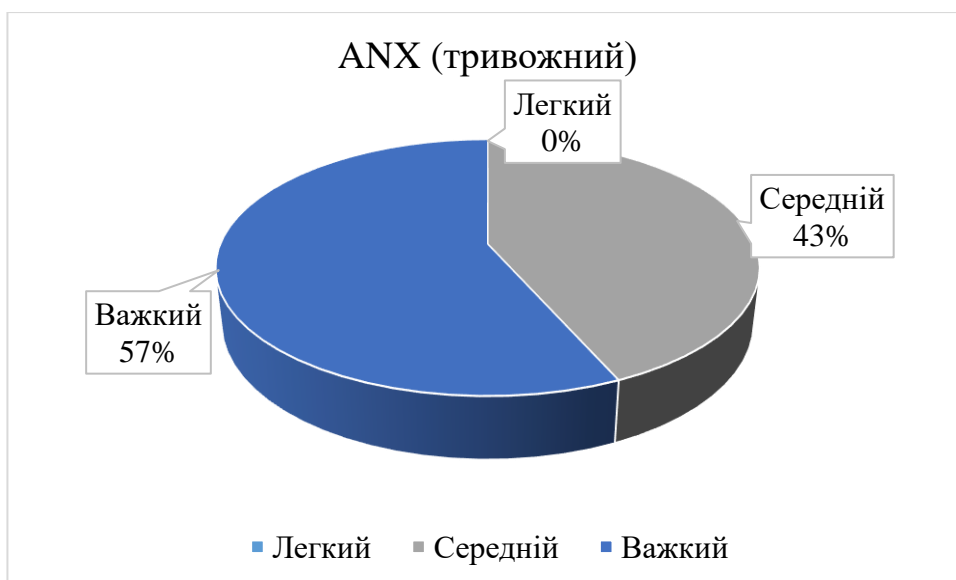
Мал. 2.5. Рівні ОС (обсесивно-компульсивного) синдрому дітей досліджуваної групи

Ступінь депресивного синдрому (DEP) показує порівняно кращі результати діагностики, оскільки психологічна природа переживання дитиною депресивних станів дещо простіша, ніж у дорослих, які в більшій мірі схильні постійно думати про проблему, накручувати себе та заганяти в «глухий кут» депресії. Отже, важкий ступінь депресивності мають тільки 16,67 % дітей досліджуваної вибірки, середній – 60 %, а легкий – 23,23 % (мал. 2.6).



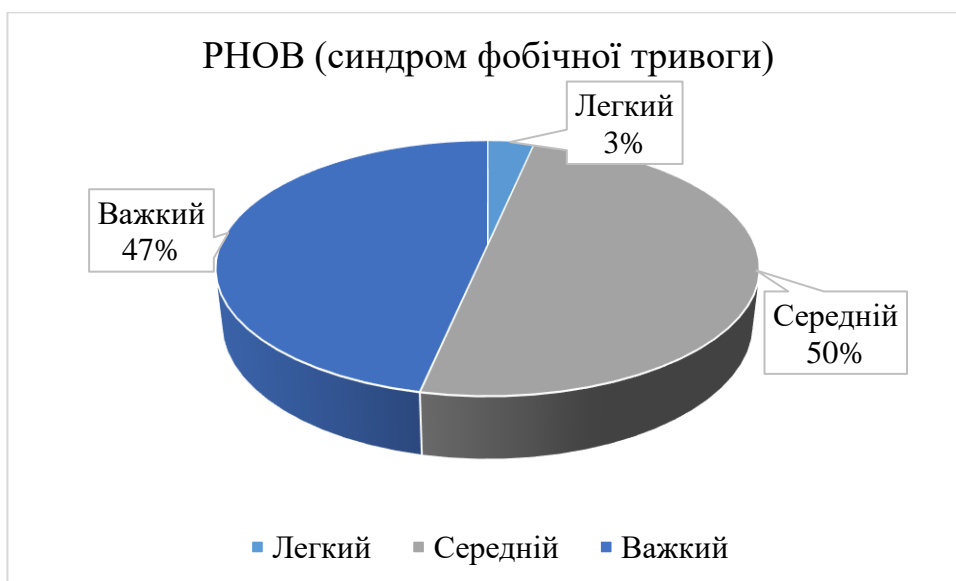
Мал. 2.6. Рівні DEP (депресивного) синдрому дітей досліджуваної групи

Щодо наявності у дітей синдрому тривожності (ANX), то немає жодної дитини з легким рівнем. При цьому 43,33 % дітей характеризуються середнім рівнем тривожності, а 56,67 % - важким (мал. 2.7).



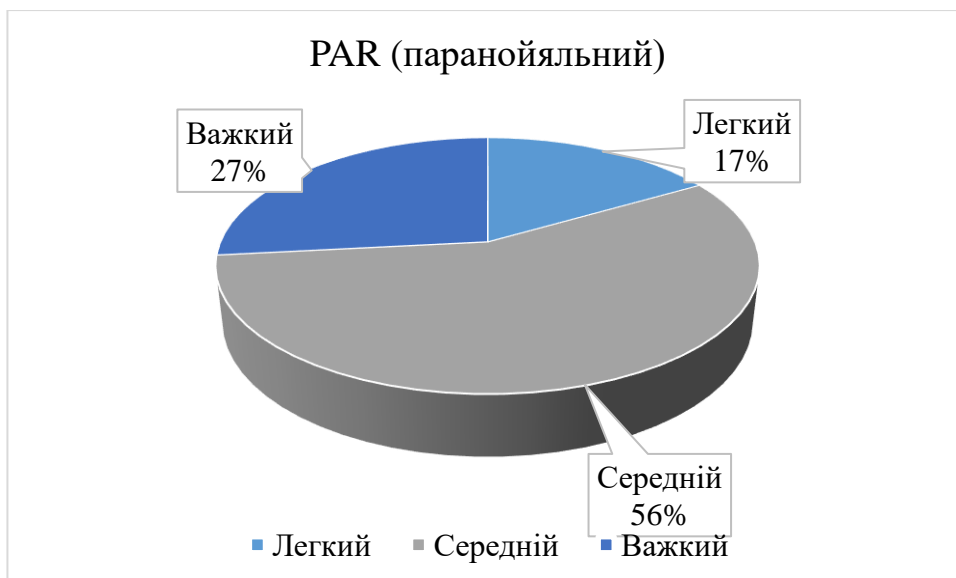
Мал. 2.7. Рівні синдрому тривожності (ANX) дітей досліджуваної групи

Синдром фобічної тривоги має дещо кращі результати: на важкому рівні вона проявляється у майже половини досліджуваних дітей (46,67 %), на середньому – у половини (50 %) та на низькому тільки у однієї дитини (3,33 %), що показано на мал. 2.8.



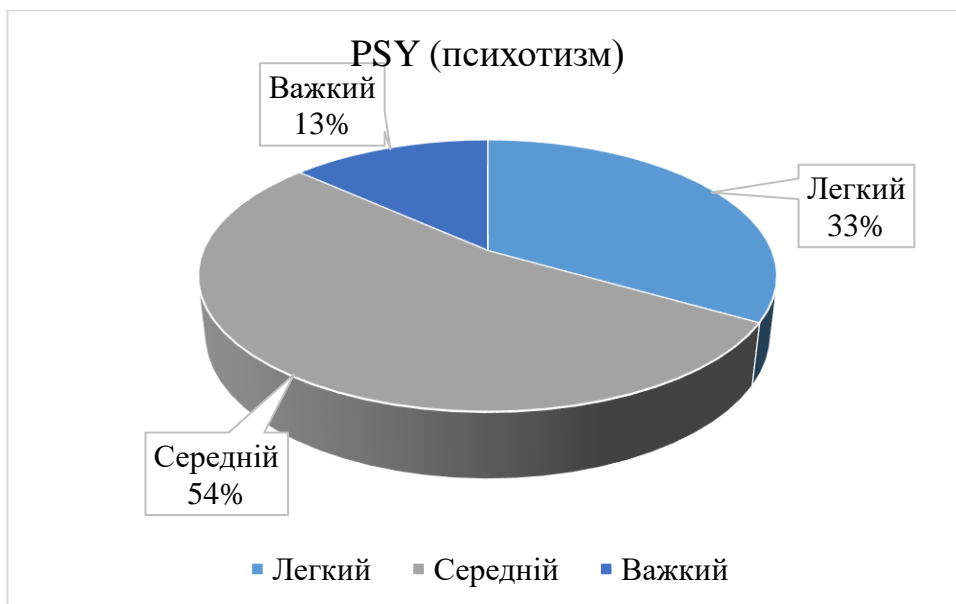
Мал. 2.8. Рівні синдрому фобічної тривоги (РНОВ) дітей досліджуваної групи

Ще більш кращі результати отримано щодо наявності у дітей паранойяльного синдрому: 16,67 % переживають його на легкому рівні, 56,67 % - на середньому і тільки 26,67 % - на високому (мал. 2.9).



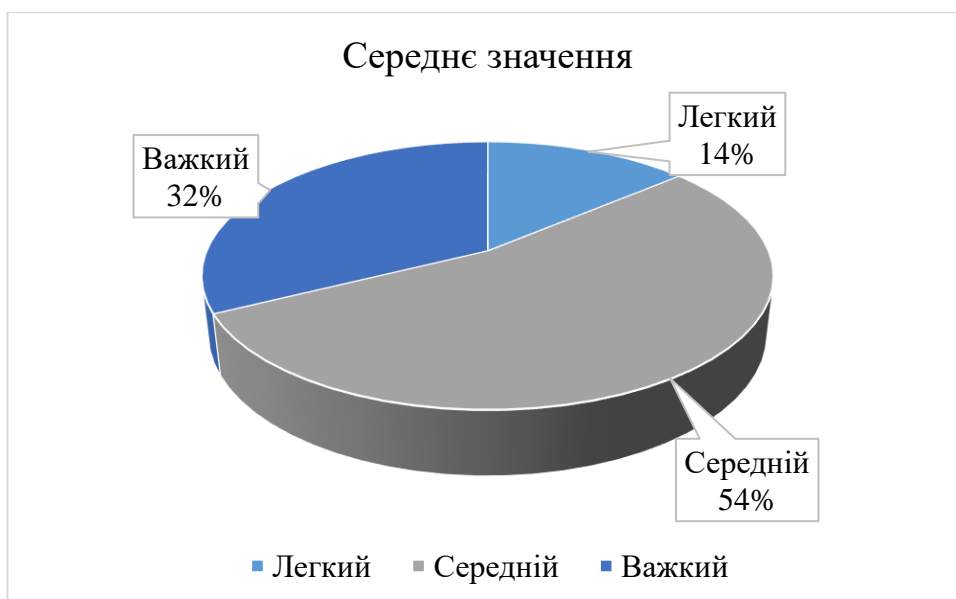
Мал. 2.9. Рівні паранойяльного синдрому (PAR) дітей досліджуваної групи

Психотизм, як найбільш складне психічне явище, відмічається на легкому рівні у 33,33 % діагностованих дітей, на середньому – у 53,33 %, а на високому – тільки у 13,33 % (мал. 2.10).



Мал. 2.10. Рівні синдрому психотизму (PSY) дітей досліджуваної групи

В цілому за всіма показниками нами розраховане усереднені значення рівнів ПТСР у дітей досліджуваної вибірки, результати яких свідчать, що легкий рівень ПТСР діагностовано у 13,81 % дітей, середній – у 53,81 %, а важкий – у 32,38 % (мал. 2.11).



Мал. 2.11. Узагальнені рівні ПТСР у дітей досліджуваної групи

Психологічна інтерпретація результатів дослідження надана в підр. 2.3.

Діагностика емоційно-вольового фактора.

Діагностика перешкод у встановленні емоційних контактів у дітей досліджуваної вибірки за методикою В. Бойко у розрізі пропонованих методикою емоційних станів наведена в табл. 2.2 та додатку «Ж»

Таблица 2.2.

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

Загальна кількість балів	Характеристика емоційного стану опитуваного	Кількість опитаних, осіб	Структура, %
0-5	Емоції не заважають спільній діяльності з опонентом	8	27,0
6-8	Можливі деякі емоційні проблеми у спільній діяльності	8	27,0
9-12	Емоції, до певної міри, ускладнюють взаємовідносини з опонентом	14	46,0
13 і більше	Емоції заважають встановлювати контакти (опитуваний схильний до дезорганізаційних реакцій або станів)	0	0,00
Разом	X	30	100

З наведених даних видно, що у вибірці, представленій досліджуваними дітьми, немає жодного, якому б емоції заважали встановлювати контакти та

взаємодіяти з оточуючими.

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

Інтерпретація результатів дослідження наведена в підр. 2.3.

Діагностика фактора переконань.

У табл. 2.3. представлено узагальнені результати опитування (додаток «З») за методикою «Незакінчене речення» Д. Сакса та С. Леві та сформовано уявлення про характер взаємодії дітей з найближчим оточенням. Решту складових оцінки, які не передбачені для дітей (начальство, підлеглі, секс, майбутнє, цілі та ін.), що також входять до даної методики, ми не досліджували. Оскільки цей метод досліджує негативні переконання, шкала балів у ньому перевернута – чим менше негативних переконань, тим менше бал, і тим краще взаємодія з батьками, оточенням тощо.

Таблиця 2.3.

Узагальнені результати оцінки характеру взаємодії дітей з близьким оточенням за методикою «Незакінчене речення» Д. Сакса, С. Леві

По шкалам «відношення до себе», «страхи» та «провина» усі діти набрали більше 6 балів, що вказує на наявність комплексного компоненту КПТСР

Параметри	Низький (6-8б)		Середній (3-5б)		Високий (0-2б)	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Матір	2	6,7	12	40,0	16	53,3
Батько	4	13,3	14	46,7	12	40,0
Сім'я	4	13,3	12	40,0	14	46,7
Товариші	6	20,0	18	60,0	6	20,0
Однокласники	6	20,0	18	60,0	6	20,0

З представлених у таблиці результатів видно, що за даною методикою проявляється більш висока взаємодія дітей з матерями (53,3 %), з батьками (40

%), з сім'єю в цілому (46,7 %). Порівняно менший відсоток високого рівня взаємодії по товаришам і однокласникам (20 %).

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

Діагностика поведінкового фактора.

У табл. 2.4 наведено узагальнені результати оцінювання (додаток «И») за методикою Р. Жилия у розрізі всіх трьох рівнів.

Таблиця 2.4.

Результати опитування дітей за методикою Р. Жилия

Параметри	Низький		Середній		Високий	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
1. Ставлення до матері	4	13,3	6	20,0	20	66,7
2. Ставлення до батька	4	13,3	14	46,7	12	40,0
3. Ставлення до батьків загалом	4	13,3	10	33,4	16	53,3
4. Ставлення до братів і сестер	8	26,6	12	40,0	10	33,4
5. Ставлення до бабусі, дідуся та інших близьких родичів	4	13,3	10	33,4	16	53,3
6. Відношення до друга (подруги)	6	20	16	53,3	8	26,6
7. Ставлення до вчителя	12	40,0	14	46,7	4	13,3

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

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

У відношенні до друзів та вчителів також переважає середній рівень.

Психологічна інтерпретація результатів дослідження наведена в підр. 2.3.

2.3. Узагальнення та інтерпретація результатів дослідження

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

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

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

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

Для визначення впливу вказаних трьох факторів на рівень прояву КПТСР у дітей досліджуваної вибірки було розраховано коефіцієнти кореляції Спірмена, які представлені в табл. 2.4. (графічне зображення у додатку «І»)

Таблиця 2.5.

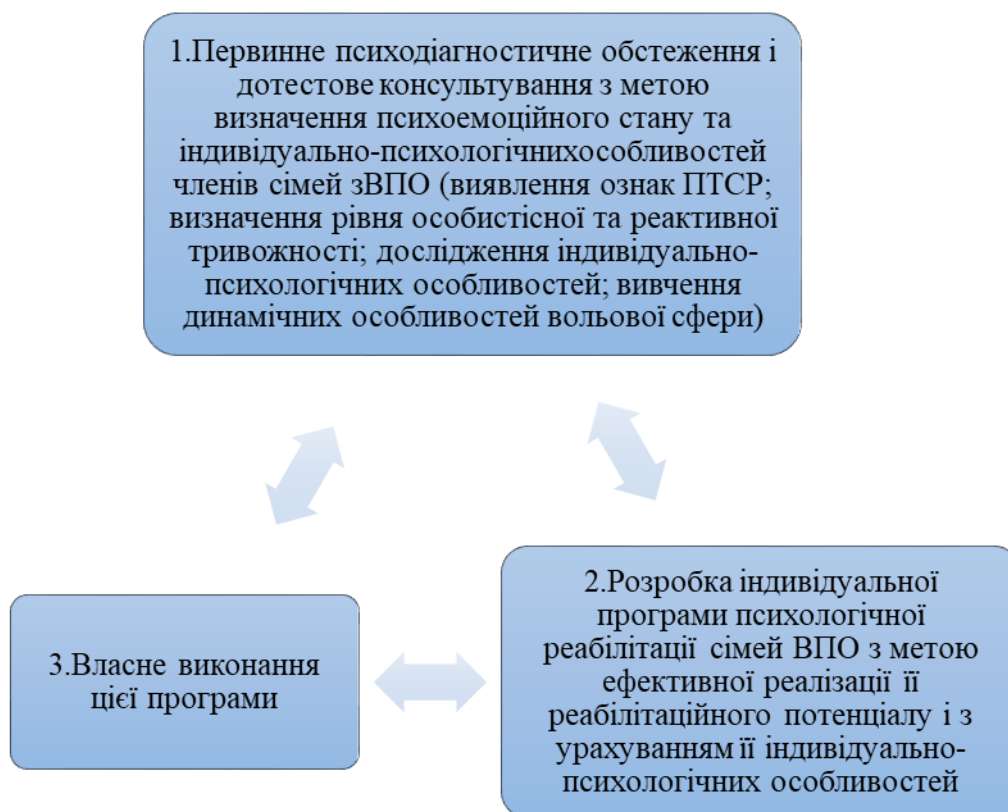
Результати розрахунку коефіцієнтів кореляції (Спірмена) впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни

Фактори	Коефіцієнт кореляції з рівнем КПТСР
Емоційно-вольовий	0,276
Переконань	0,193
Поведінковий	0,182

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

2.4. Рекомендації психолога щодо зменшення наслідків КПТСР у дітей під час війни

Вважаємо, що психологічну допомогу дітям під час війни потрібно надавати на рівні всієї родини, тобто дитині разом з батьками (опікунами). Це варто робити тому, що дитина у процесі терапії має відчувати поруч підтримку близьких людей (батьків). На нашу думку, комплекс основних психотерапевтичних заходів, які психолог спрямовує на психологічну реадаптацію сімей з дітьми, що належать до категорії ВПО, складається з наведених на мал. 2.12 заходів.



Мал. 2.12. Психологічні заходи з надання психологічної допомоги сім'ям з дітьми, що належать до категорії ВПО

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

Основними принципами психотерапії і психокорекції КППТСР у дітей під час війни мають стати:

- 1) негайний початок психологічної роботи після психотравми задля запобігання переходу КППТСР у хронічну форму;
- 2) комплексна психологічна робота у поєднанні елементів фармакотерапії і психотерапії;
- 3) індивідуальна психотерапія (за присутності батьків або опікунів).

Психологічна робота у цьому напрямі, як показує практика, може тривати не один рік, аж поки не принесе бажані результати.

У зв'язку з вищенаведеним нами розроблена програма практичних занять з дітьми у цьому напрямі, яка міститься у Додатку Е.

Перевагами даної програми вважаємо її цікавість для дітей відповідного віку, легкість у сприйнятті важливого психологічного матеріалу та можливість батькам також працювати з дітьми за даною програмою вдома, оскільки багато вправ не потребують спеціальної психологічної підготовки та можуть виконуватися батьками самостійно.

Висновки до розділу 2

Метою представленої дослідження є емпірична перевірка впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни.

Об'єкт дослідження – психологічні фактори формування КПТСР у дітей під час війни.

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

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

- побудувати логіко-діагностичну модель для проведення емпіричного дослідження впливу психологічних факторів на формування КПСТР у дітей під час війни;
- обґрунтувати методичний інструментарій проведення дослідження у розрізі сформованих факторів;
- обґрунтувати вибірку з дітей з сімей вимушених переселенців для проведення дослідження;
- провести дослідження дітей сформованої вибірки за обраними методиками;
- узагальнити та проаналізувати отримані результати емпіричного

дослідження;

- надати рекомендації психолога щодо зменшення наслідків КПТСР у дітей під час війни.

У ході дослідження були продіагностовані 30 дітей підліткового віку (11-15 років, жіночої статі), які живуть в сім'ях ВПО.

у дослідженні використано наступний **методичний інструментарій**:

а) для визначення загального рівня КПТСР у дітей під час війни – Шкалу індексів ПТСР, адаптовану О. Самойловою; Для підтвердження або спростування наявності комплексного компоненту ПТСР використаємо перші три показники методики «Незакінчене речення» Д. Сакса, С. Леві.

б) для визначення впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни:

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

фактор переконань– Методика «Незакінчене речення» Д. Сакса, С. Леві;

поведінковий фактор – Проективна методика Р. Жилія;

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

г) для визначення впливу факторів на рівень КПТСР у дітей під час війни – коефіцієнт кореляції Спірмена.

Логіка проведення дослідження впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни передбачала наступні етапи:

1. Визначення загального рівня КПТСР у дітей під час війни за відповідною методикою.
2. Обґрунтування факторів впливу на рівень КПТСР у цих дітей.
3. Визначення впливу обґрунтованих факторів на рівень КПТСР у дітей під час війни.

Вивчення ступенів прояву КПТСР у дітей під час війни за методикою Шкала індексів ПТСР в адаптації для дітей О. Самойлової показало, що кожна третя дитина, яка пережила військові події, має важкий ступінь ПТСР, а

половина дітей знаходяться на середньому рівні. Психологічний стан дітей характеризується підвищеними рівнями тривожності, включаючи фобічну тривогу, а також соматизацією, obsesіями та компульсіями.

Вивчення характеру прояву емоційно-вольового фактора КПТСР у дітей досліджуваної вибірки показало, що серед них переважають особи із значною емоційною напруженістю. Це викликає занепокоєння їх емоційним станом і може бути пов'язане з військовими подіями в їхньому житті, які впливають на їх психологічний стан.

Дослідження особливостей прояву фактора переконань показало, що у дітей спостерігається висока взаємодія як з матір'ю, так і з батьком, а також з сім'єю в цілому. Після пережитих військових подій діти потребують додаткової уваги та піклування.

Вивчення особливостей прояву поведінкового фактора свідчить, що серед опитаних дітей досить незначна кількість характеризується низьким рівнем ставлення до оточуючих. В основному діти прагнуть взаємодіяти та будувати конструктивні відносини зі своїм оточенням після пережитих психологічних травм, пов'язаних з військовими подіями.

Для визначення впливу зазначених трьох факторів на рівень прояву КПТСР у дітей досліджуваної вибірки було розраховано коефіцієнти кореляції Спірмена. Результати показали, що найбільший вплив на формування КПТСР у дітей під час війни чинить емоційно-вольовий фактор, тоді як поведінковий фактор і фактор переконань мають дещо менший вплив. Проте всі три фактори мають помірний вплив на результативний показник.

У зв'язку з вищенаведеним, нами була розроблена програма практичних занять з дітьми, спрямована на зменшення наслідків КПТСР у дітей під час війни.

Перевагами даної програми є її цікавість для дітей відповідного віку, легкість у сприйнятті важливого психологічного матеріалу та можливість батькам також працювати з дітьми за даною програмою вдома. Багато вправ не потребують спеціальної психологічної підготовки та можуть виконуватися батьками самостійно.

ВИСНОВКИ

Проведений теоретичний аналіз наукових праць з проблематики дослідження засвідчив, що вперше в науковий обіг поняття «стрес» ввів Г. Сельє як медичний термін для позначення загального адаптаційного синдрому. Згодом подальший розвиток досліджень в галузі стресу відбувався у працях Р. Лазаруса, С. Фолкман, Б. Голдстоуна, Т. Кокса тощо. Також низка дослідників досліджувала феномен стресу у взаємодії з такими психологічними категоріями, як пізнання, емоції та діяльність (Дж. Еверілл, П. Фресс, Р. Кан тощо). З позиції когнітивного підходу про стрес згадувалось у роботах А. Ейнштейна; психосоціального підходу – Р. Гріна та Б. Вілсона, інформаційну концепцію стресу розробив М. Горовиць. Також Дж. Гілтон, С. Палмер, Т. Пікеринг та ін. вивчали наслідки стресу, викликані професійною діяльністю. Крім того, актуальності сьогодні набирає питання управління стресами, відокремлюючись в окремий напрямок сучасної теорії управління (А. Файоль, П. Друкер, М. Вебер тощо). З-поміж більш сучасних дослідників стресу та ПТСР, у т.ч. у дитячому віці, важливо відмітити наукові здобутки таких фахівців як Н. Блезау, М. Гоффрей, К. Кастро, Р. Кесслер, Д. Кінг, Р. Маршалл, С. Мессер, В. Міхаель, Б. Перрі, Р. Сапольські, Е. Стівен, Дж. Тюнер, П. Уолкер, К. Фредерік, М. Фрідмен, К. Хоуг та ін.

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

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

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

Встановлено, що термін «комплексний ПТСР» (КПТСР) вперше був розглянутий та запропонований для вживання у науковому та практичному обігу на початку 90-х років ХХ ст. Дж. Херман як клінічний синдром після виснажливих травматичних, зазвичай довготривалих боїв. КПТСР вперше увійшов у розділ 6В41 МКХ-11 та використовується для позначення стану пацієнтів, що мають не тільки прояви ПТСР, але й додаткові симптоми порушень емоційної, когнітивної та поведінкової сфери, наявність яких не може бути пояснена жодною коморбідною патологією.

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

Встановлено, що серед значної частини населення, що переживала в своєму житті психотравмуючі події, найбільш вразливою та незахищеною категорією вважаються діти. У ході переживання травматичних подій вони отримують досвід, який викликає деформацію їхньої свідомості, трансформацію

особистісних цінностей та ставлення до оточення.

Як переконливо свідчить наявна психологічна практика, неможливо повністю стерти з пам'яті дитини спогади про пережиті трагічні події. Проте наявне соціальне оточення (батьки, родичі, педагоги тощо) можуть акцентувати увагу дитини на позитивних життєвих подіях, які будуть залишати в її пам'яті приємні моменти та формувати позитивне ставлення до життя, впливаючи тим самим на її почуттєву сферу. У такий спосіб можна поступово сприяти поверненню дитини до нормального способу життя.

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

Для визначення впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей було проведене емпіричне дослідження.

Мета дослідження полягала у емпіричній перевірці впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни.

У ході дослідження було продіагностовано 30 дітей підліткового віку (11-15 років, жіночої статі), які живуть в сім'ях ВПО.

у дослідженні використано наступний **методичний інструментарій**:

а) для визначення загального рівня КПТСР у дітей під час війни – Шкалу

індексів ПТСР, адаптовану О. Самойловою;

б) для визначення впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни:

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

фактор переконань – Методика «Незакінчене речення» Д. Сакса, С. Леві;

поведінковий фактор – Проективна методика Р. Жиля;

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

г) для визначення впливу факторів на рівень КПТСР у дітей під час війни – коефіцієнт кореляції Спірмена.

Логіка проведення дослідження впливу психологічних факторів на формування КПТСР у дітей під час війни передбачала, по-перше, визначення загального рівня КПТСР у дітей під час війни за відповідною методикою, по-друге, обґрунтування факторів впливу на рівень КПТСР у цих дітей, а по-третє, визначення впливу обґрунтованих факторів на рівень КПТСР у дітей під час війни.

Результати емпіричного дослідження виявилися наступними.

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

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

Вивчення особливостей прояву фактора переконань показало, що у дітей спостерігається висока взаємодія як з матір'ю, так і з батьком, а також з сім'єю в цілому. Після пережитих військових подій діти потребують додаткової уваги та піклування.

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

Для визначення впливу зазначених трьох факторів на рівень прояву КПТСР у дітей досліджуваної вибірки було обрано коефіцієнт кореляції Спірмена, виходячи з непараметричного характеру даних [34]. Результати розрахунків показали, що найбільший вплив на формування КПТСР у дітей під час війни чинить емоційно-вольовий фактор, тоді як фактор переконань та поведінковий фактор мають дещо менший вплив. Проте всі три фактори мають помірний вплив на результативний показник.

У зв'язку з вищенаведеним нами розроблена програма практичних занять з дітьми у напрямі зменшення наслідків КПТСР у дітей під час війни.

Перевагами даної програми вважаємо її цікавість для дітей відповідного віку, легкість у сприйнятті важливого психологічного матеріалу та можливість батькам також працювати з дітьми за даною програмою вдома, оскільки багато вправ не потребують спеціальної психологічної підготовки та можуть виконуватися батьками самостійно.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Кременчуцька, М.К., Кононенко, О.І. (2023). Методичні рекомендації до написання кваліфікаційних робіт здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія». Одеса: Одеський національний

університет імені І. І. Мечникова. 36 с.

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

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

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

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

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

24. Мірошниченко О. А. Показники психологічної готовності особистості до екстремальних умов життєдіяльності. *Український антарктичний журнал*. 2014. № 13. С. 265-274.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

34. Псядло, Е. М. (2020). Прикладна статистика і психометрія: [учеб. посібник-практикум]. Одеса: Фенікс, Укр. НДІ медицини транспорту МОЗУ.

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

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

37. Романовська Д. Д., Ілащук О. В. Профілактика посттравматичних стресових розладів : психологічні аспекти : метод. посіб. Чернівці : Технодрук.

2014. 133 с.

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

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

40. Серомаха Н. Є., Григор'єва І. О. Організація психологічного супроводу дітей із порушеннями у психофізичному розвитку із зони АТО. Гібридна війна на Сході України в міждисциплінарному вимірі: витоки, реалії, перспективи реінтеграції : зб. наук. праць / За заг. ред. ред. В. С. Курило, С. В. Савченко, О. Л. Караман. Старобільськ : ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2017. С. 222-227.

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

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

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

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

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

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

47. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ.

вищ. навч. закл. Київ: ДП «Вид. дім “Персонал», 2017. 160 с.

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

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

49. Халепа К. Ф. Особливості психологічної допомоги дітям, які зазнали психологічної травми. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Психологічні науки*. 2013. Вип. 114. С. 195-198.

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

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

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

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

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

55. Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Psychiatry*. 2002. ; 47(10). P. 923-929.

56. Bundalo N. L., Korolenko Ts. P. Clinical model of chronic post-traumatic stress disorder. *Medline*. 2007, vol. 8, pp. 694-702.

57. Complex PTSD: A Starting Guide. 2019. URL:

<http://www.depressionalliance.org/cptsd/>

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

59. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition / American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Association, 2013. 992 p.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Додаток А

Шкала індексів ПТСР

в адаптації О. Самойлової

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

Типи травматичних подій.

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

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

Інтерпретація основних шкал

Соматизація - Somatization (SOM)

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

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

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

Депресія - Depression (DEP)

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

Тривожність - Anxiety (ANX)

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

Фобічна тривожність - Phobic Anxiety (PHOB)

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

Паранояльні тенденції - Paranoid Ideation (PAR)

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

Психотизм - Psychoticism (PSY)

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

Залежно від суми набраних балів виявляється ступінь прояву тяжкості захворювання:

7–9 балів – легкий ступінь;

10–11 – середній;

12 і більше балів – важкий ступінь захворювання.

Текст опитувальника

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

А. ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ, ЩО ДІАГНОСТУЄТЬСЯ: військові події в країні

В. ПОСТІЙНЕ ПОВТОРЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ

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

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

Як часто це відбувалося протягом останнього місяця?

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

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

0 – відсутність дистресу

1 – низька інтенсивність симптому: мінімальний дистрес

2 – помірна інтенсивність: дистрес виразно присутній

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

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

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

Частота

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

0 – Ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

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

0 – анітрохи

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальний дистрес

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

3 – висока інтенсивність: значний дистрес

4 – дуже висока інтенсивність: нестерпний дистрес

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

Частота

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

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

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

0 – ніколи такого не було

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

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

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

4 – дуже висока інтенсивність: відчуття повністю дисоціативні – флешбек, повна відсутність зв'язку з навколишньою реальністю, можлива амнезія даного епізоду – «затемнення», провал у пам'яті

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

Частота

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

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

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

0 – були відсутні

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

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

3 – висока інтенсивність: дуже важкий дистрес, утруднено повторне засипання

4 – дуже висока інтенсивність: непереборний дистрес, неможливість

заснути знову

С. Стійке повторне переживання подразників, асоційованих з травмою, або «блокада» загальної здатності до реагування. (numbing-«заціпеніння») (симптоми не спостерігалися до травми)

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

Частота

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

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

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

0 – жодного зусилля

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальне зусилля

2 - помірна інтенсивність: деяке зусилля, уникнення безумовно є

3 – висока інтенсивність: значне зусилля, уникнення безумовно є

4 – дуже висока інтенсивність: чітко виражені спроби уникнення

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

Частота

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

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність:

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

0 – жодного зусилля

- 1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальне зусилля
- 2 - помірна інтенсивність: деяке зусилля, уникнення безумовно є
- 3 – висока інтенсивність: значне зусилля, уникнення безумовно є
- 4 – дуже висока інтенсивність: чітко виражені спроби уникнення

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

Частота

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

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

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

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

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

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

Інтенсивність

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

0 – якісь труднощі при згадці про події були відсутні

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

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

3 – висока інтенсивність: безперечні труднощі при відтворенні обставин події

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

(8) Помітна втрата інтересу до улюблених занять

Частота

Чи відчуваєте ви, що втратили інтерес до занять, які були для вас важливими чи приємними – наприклад, спорт, захоплення, спілкування? Якщо порівняти з тим, що було до того, що сталося, скільки видів занять перестали вас цікавити за місяць?

0 – втрати інтересу взагалі не було

1 – втрата інтересу до окремих занять (менше ніж 10%)

2 – втрата інтересу до кількох занять (20–30%)

3 – втрата інтересу до великої кількості занять (50–60%)

4 – втрата інтересу майже до всього (понад 80%)

Інтенсивність

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

0 – взагалі не було втрати інтересу

1 – слабка інтенсивність симптому: лише незначна втрата інтересу, яка не

виключає отримання задоволення в процесі занять, якщо вони таки почалися

2 – помірна інтенсивність: безумовна втрата інтересу, проте зберігається деяке почуття задоволення від заняття(й)

3 – висока інтенсивність: дуже значна втрата інтересу до занять

4 – дуже висока інтенсивність: повна втрата інтересу, не залучається до жодної діяльності

(9) Почуття відстороненості чи відчуженості від оточуючих

Частота

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

0 – такого взагалі не було

1 – рідко (менше 10% часу)

2 – іноді (20-30%)

3 – часто (50-60%)

4 – майже завжди або постійно (понад 80%)

Інтенсивність

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

0 – відсутні подібні почуття

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

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

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

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

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

Частота

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

0 – такого взагалі не було

1 – рідко (менше 10% часу)

2 – іноді (20-30%)

3 – часто (50-60%)

4 – майже завжди або постійно (понад 80%)

Інтенсивність

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

0 – відчуття байдужості немає

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

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

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

4 – дуже висока інтенсивність: відчуває повну відсутність емоцій

(11) Відчуття відсутності перспектив у майбутнє

Частота

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

0 – такого взагалі не було

1 – рідко (менше 10% часу)

2 – іноді (20-30%)

3 – часто (50-60%)

4 – майже завжди або постійно (понад 80%)

Інтенсивність

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

0 – відчуття скороченого майбутнього немає

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

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

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

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

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

(12) Дратівливість чи напади гніву

Частота

Чи були такі періоди, коли ви відчували, що надзвичайно дратівливі чи виявляли почуття гніву і поводитися агресивно? Чи відрізняється цей стан від

того, як ви почували себе або як діяли до подій(я)? Як часто ви відчували подібні почуття або поводитися подібним чином минулого місяця?

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

Наскільки сильний гнів ви відчували і як його виражали?

0 – не було ні дратівливості, ні гніву

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

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

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

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

(13) Проблеми з концентрацією уваги

Частота

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

0 – взагалі не було

1 – дуже рідко (менше 10% часу)

2 – іноді (20–30% часу)

3 – більшу частину часу (50–60%)

4 – майже завжди або постійно (понад 80%)

Інтенсивність:

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

0 – жодної проблеми не було

1 – слабка інтенсивність: для зосередження були потрібні незначні зусилля

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

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

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

(14) Підвищена настороженість (пильність)

Частота

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

0 – взагалі не було

1 – дуже рідко (менше 10% часу)

2 – іноді (20–30% часу)

3 – більшу частину часу (50–60%)

4 – майже завжди або постійно (понад 80%)

Інтенсивність

Які великі зусилля, які ви докладаєте, щоб знати про все, що відбувається навколо вас? (При оцінці цього пункту використовуйте свої спостереження, отримані під час інтерв'ю.)

0 – симптом відсутній

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

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

3 – висока інтенсивність: значні прояви гіперпильності, суб'єкт дуже насторожений, постійно спостерігає за оточуючими в пошуках небезпеки, перебільшена тривога за власну безпеку (а також за безпеку своєї родини та дому).

4 – дуже висока інтенсивність: гіпертрофована пильність, зусилля з забезпечення безпеки вимагають значних витрат часу та енергії і можуть включати активні дії з перевірки її наявності; під час розмови – значна настороженість.

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

Частота

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

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

У найгіршому випадку, наскільки сильною була ця реакція переляку?

0 – симптом був відсутній: реакції переляку не було

- 1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальна реакція переляку
- 2 – помірна інтенсивність: певна реакція переляку на раптовий подразник, «підстрибування»
- 3 – висока інтенсивність: значна реакція переляку, збереження збудження після первинної реакції
- 4 – дуже висока інтенсивність: вкрай виражена реакція переляку, явна захисна поведінка (наприклад, ветеран війни, який «падає обличчям у бруд»)

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

Частота

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

0 – ніколи

1 – один чи два рази

2 – один чи двічі на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність

У найгіршому випадку, як сильні були ці фізіологічні реакції?

0 – симптом відсутній

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальна реакція

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

3 – висока інтенсивність: інтенсивна фізіологічна реакція, сильний дискомфорт

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

Таблиця базових шкал

Шкала	Номера пунктів
Соматизація	2, 9
Нав'язливість	1, 3
Депресія	7, 8, 11

Тривожність	4, 13
Фобія	5, 15
Паранойяльність	6, 14
Психотизм	10, 12, 16

Додаток Б

Методика Діагностика перешкод у встановленні емоційних контактів**В. Бойко**

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

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

Текст опитувальника:

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

14. Зазвичай я перебуваю у стані нервового напруження.
15. Зазвичай я відчуваю дискомфорт, коли доводиться обмінюватися рукостисканням в діловій обстановці.
16. Іноді близькі люди зупиняють мене: «Розслаб м'язи обличчя, не скривлюй губи, не зморщуй лоба».
17. Розмовляючи, я занадто жестикулюю.
18. Зазвичай у новій ситуації мені складно бути розкутим, природним.
19. Мабуть, моє обличчя має сумний чи занепокоєний вигляд, хоча на душі спокійно.
20. Мені дещо важко дивитися в очі, спілкуючись з незнайомою людиною.
21. Якщо я хочу, то мені завжди вдається приховати свою ворожість до неприязної людини.
22. Мені часто буває чомусь весело без будь-якої причини.
23. Мені дуже просто зробити за своїм бажанням або на замовлення різні міміки обличчя: зобразити радість, сум, радість, переляк, відчай та ін.
24. Мені казали, що мій погляд важко витримати.
25. Мені щось заважає виражати теплоту, симпатію до людини, навіть якщо відчуваю це до неї.

Обробка та інтерпретація результатів

Підбийте підсумки самооцінювання:

«Перешкоди» встановленні контактів:	у емоційних	Номери питань і відповіді за «ключем»
1. Невміння управляти емоціями, дозувати їх		+1, -6, +11, +16, -21
2. Неадекватний прояв емоцій		-2, +7, +12, +17, +22
3. нерозвиненість, емоцій	Негнучкість, невизначність	+3, +8, +13, +18, -23

4. Домінування негативних емоцій	+4, +9, +14, +19, +24
5. Небажання зблизитися з людьми на емоційній основі	+5, +10, +15, +20, +25

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

Якщо Ви набрали:

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

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

Додаток В

Методика «незакінчених речень» Сакса і Леві.

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

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

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

- 1.Думаю, що мій батько рідко...
- 2.Якщо всі проти мене, то...
- 3.Я завжди хотів...
- 4.Майбутнє вбачається мені...
- 5.Якби я обіймав керівну посаду...
- 6.Мій учитель (керівник, начальник)...
- 7.Знаю, що нерозумно, але боюся...
- 8.Думаю, що справжній друг...
- 9.Коли я був дитиною...
- 10.Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є...
- 11.Коли бачу чоловіка поруч з жінкою...
- 12.У порівнянні з більшістю інших родин моя сім'я...

13. Найкраще мені займатися (працювати) з...
14. Моя мати і я...
15. Зробив би все, щоб забути...
16. Якби мій батько тільки захотів...
17. Думаю, що досить здатний, щоб...
18. Я міг би бути дуже щасливим, якби...
19. Якщо хто-небудь буде під моїм керівництвом...
20. Сподіваюся на...
21. У школі мої вчителі...
22. Більшість моїх товаришів не знає, що я...
23. Не люблю людей, які...
24. У дитинстві я...
25. Вважаю, що більшість дівчат і юнаків,..
26. Сімейне життя здається мені...
27. Моя родина поводить ся зі мною як з.
28. Люди, з якими я учуся (працюю)...
29. Моя мати...
30. Моєю найбільшою помилкою було.,,
31. Я хотів би, щоб мій батько...
32. Моя найбільша слабкість полягає в тім...
33. Моїм прихованим бажанням у житті...
34. Мої підлеглі...

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

57.Коли я був дитиною, моя родина...

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

59.Я люблю свою матір, але...

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

Ключ до тесту

Відношення до себе (2, 17, 32, 47)

Страхи (7, 22, 37, 52)

Провина (15, 30, 45, 60)

~~Себе (11, 26, 39, 56)~~

Матір (14, 29, 44, 59)

Батько (1, 16, 31, 46)

Сім'я (12, 27, 42, 57)

~~Протилежна стать (10, 25, 40, 55)~~

Товариші (8, 23, 38, 53)

Колеги (13, 28, 43, 58)

~~Начальство (6, 21, 36, 51)~~

~~Підлеглі (5, 19, 34, 48)~~

~~Минуле (9, 24, 41, 54)~~

~~Майбутнє (4, 20, 35, 50)~~

~~Цілі (3, 18, 33, 49)~~

Оцінювання результатів

Для кожної групи речень виводиться характеристика, що характеризує певну систему взаємовідносин як позитивну, негативну чи нецікаву

для обстежуваного. Отримані дані підлягають якісній і кількісній обробці. В одному з варіантів цього методу обстежуваний має закінчити оповідь, а не відокремлене речення.

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

Скажімо: *Взаємозв'язки з сім'єю.*

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

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

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

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

не гірша, не краща, звичайна – 0б.

маленька, велика і т.п. – 0б.

більш інтелектуальна, особлива – 0б.

Взаємини з друзями і знайомими.

Думаю, що справжній друг...

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

це собака, книга і т.п. – 1б.

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

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

Відношення до себе.

Якщо всі проти мене, то...

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

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

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

я їду, я замикаюся в собі – 1б.

я проти усіх – 0б.

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

Ставлення до майбутнього.

Майбутнє здається мені...

дуже похмурим, сумним, страшним – 2б.

сірим, непривабливим і т.п. – 2б.

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

Потім підраховується загальна кількість балів по кожній групі.

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

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

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

Група питань, умовно названа «начальство», може бути розглянута у випадку діагностики учнів як «ставлення до старших», «дорослих».

Додаток Г

Проективна методика Р. Жилия

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

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

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

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

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

Методика може бути використана при обстеженні дітей від 4 до 15 років, а у випадку вираженого інфантилізму і затримки психічного розвитку – і більш старшого віку.

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

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

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

Змінні, що характеризують особливості самої дитини:

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

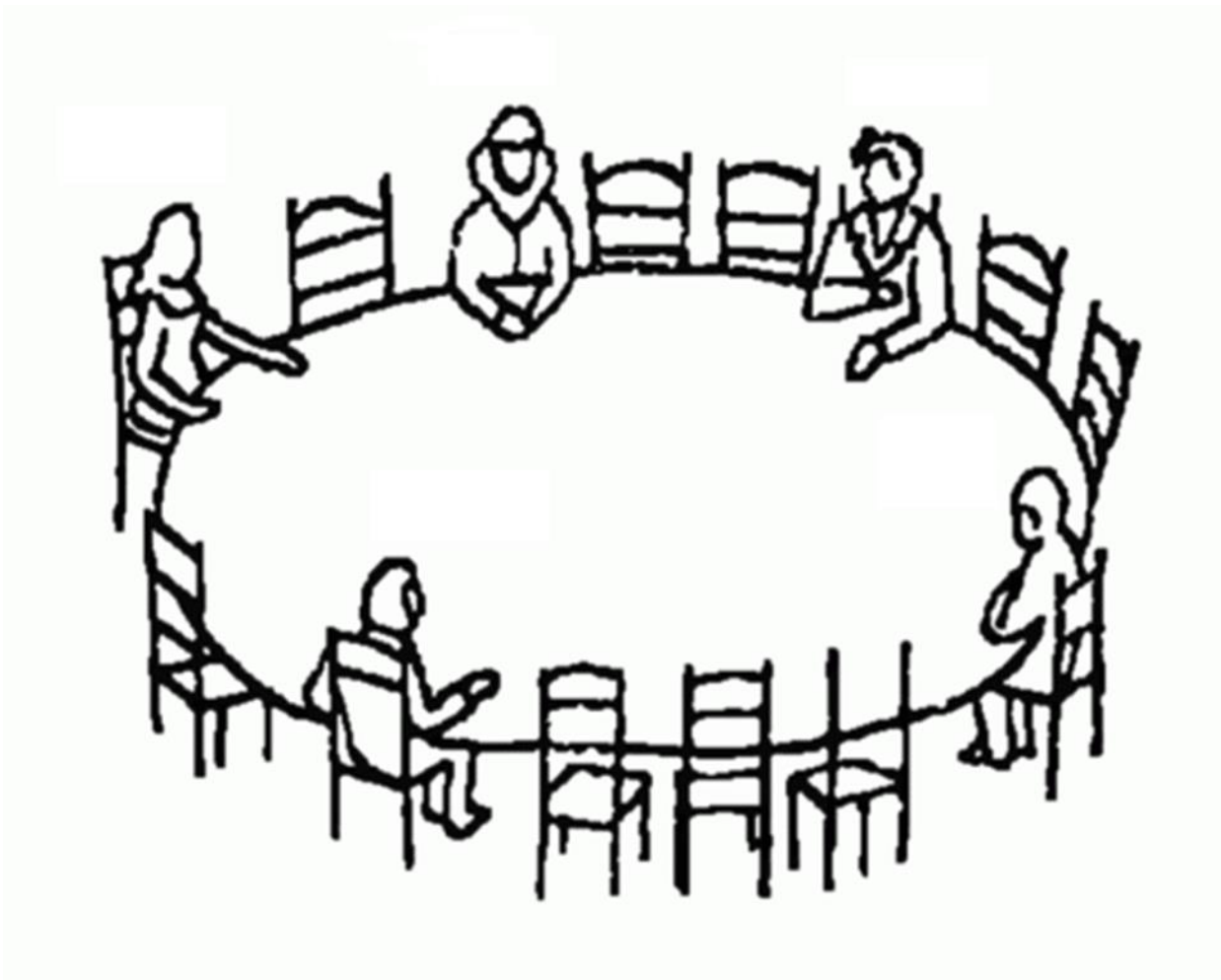
І, як загальний висновок, **ступінь соціальної адекватності поведінки дитини**, а також фактори (психологічні та соціальні), що порушують цю адекватність.

Тестовий матеріал

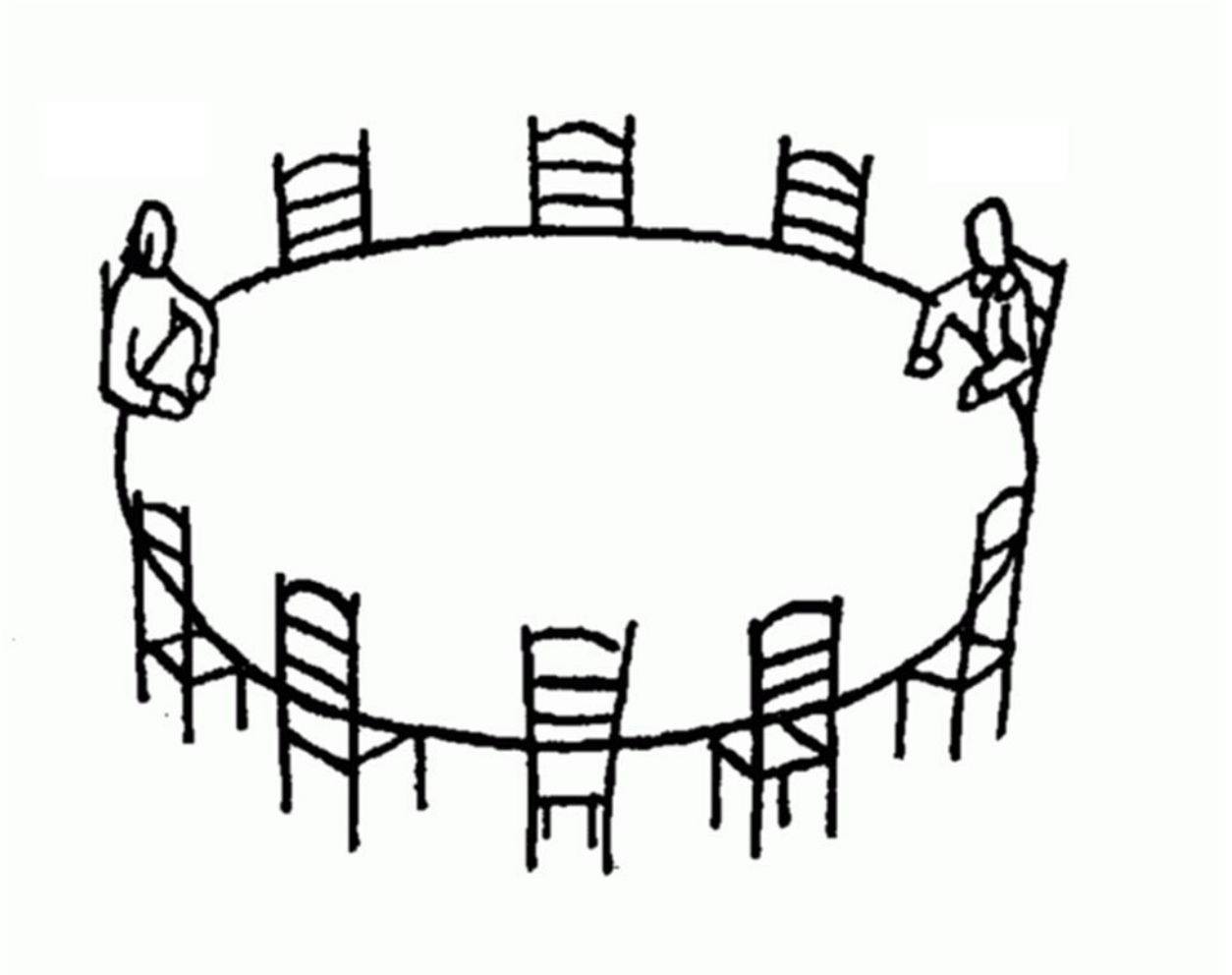
1. Ось стіл, за яким сидять різні люди. Познач хрестиком, де сядеш ти.



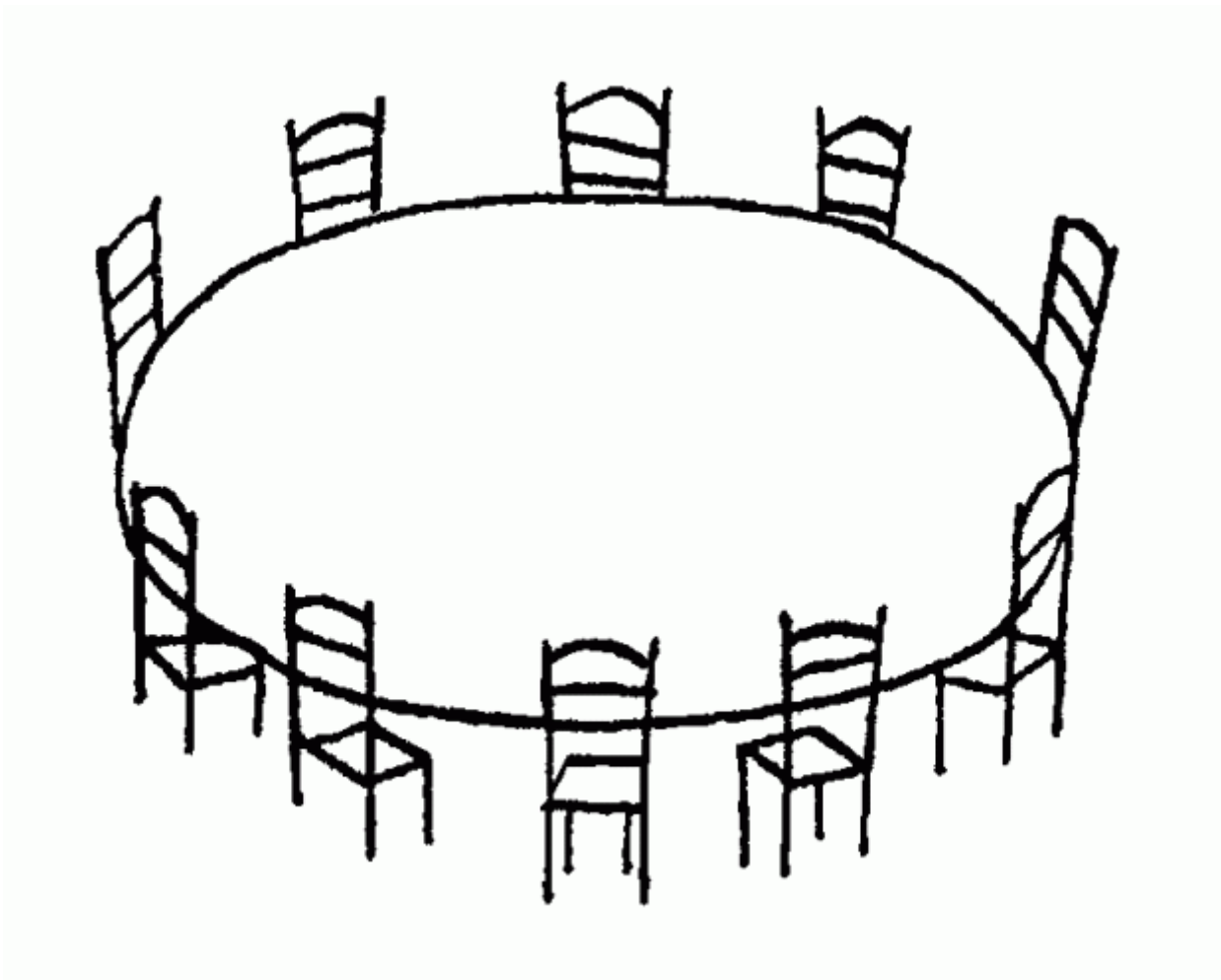
2. Познач хрестиком, де ти сядеш.



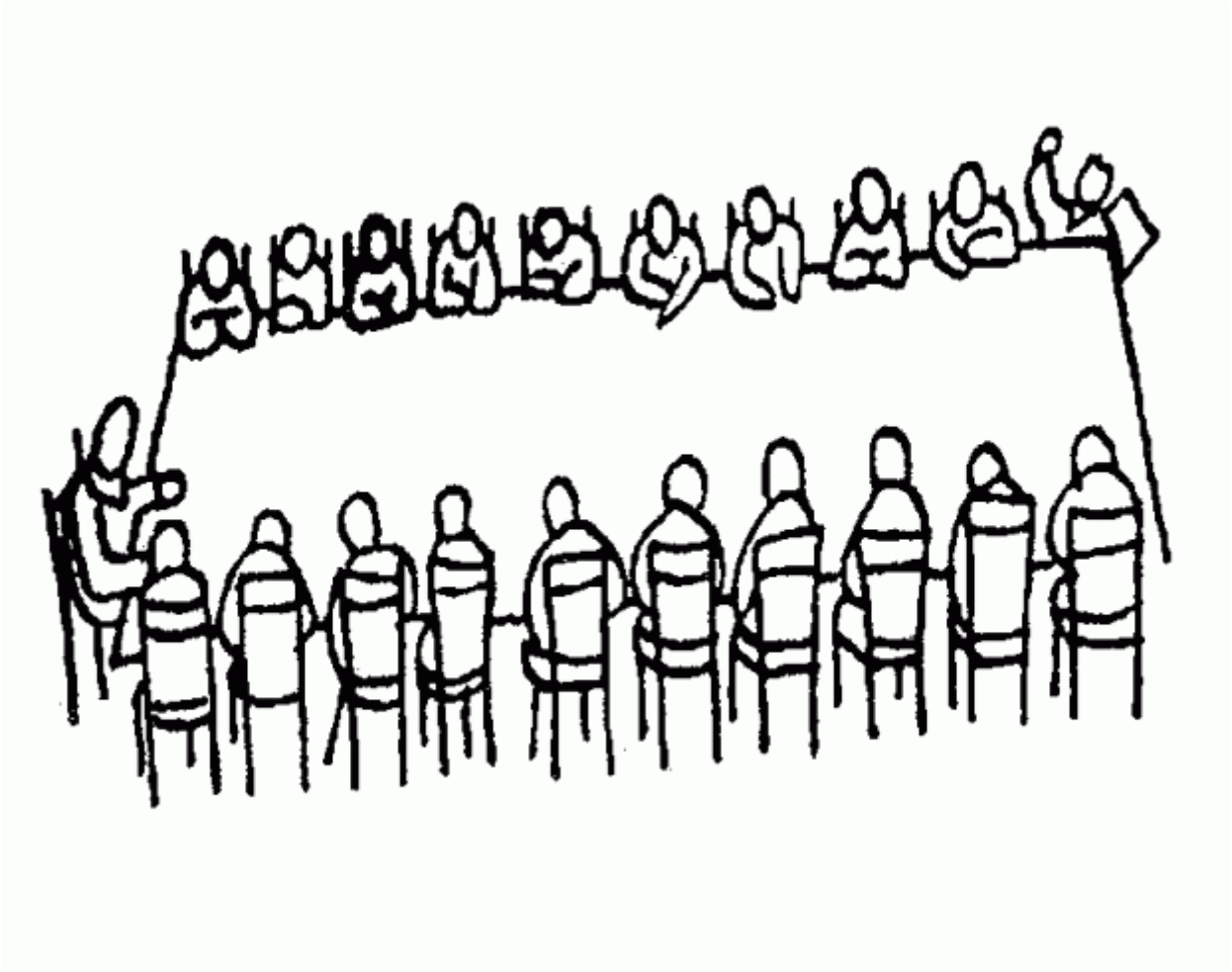
3. Познач хрестиком, де ти сядеш.



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



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



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

БРАТ				МАМА
СЕСТРА				

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

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

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

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

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

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

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

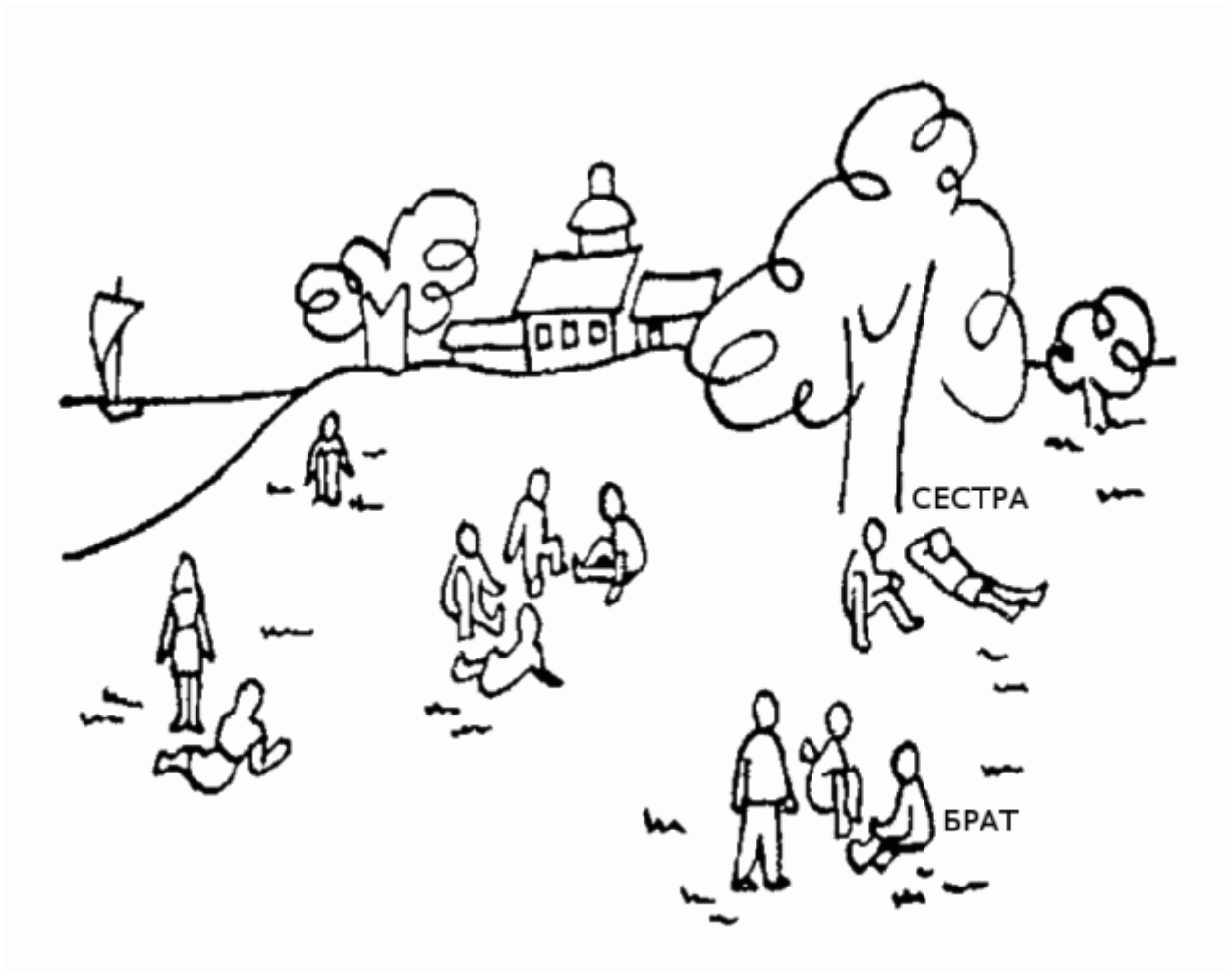
14. Ти на прогулянці за містом. Познач хрестиком, де знаходишся ти.



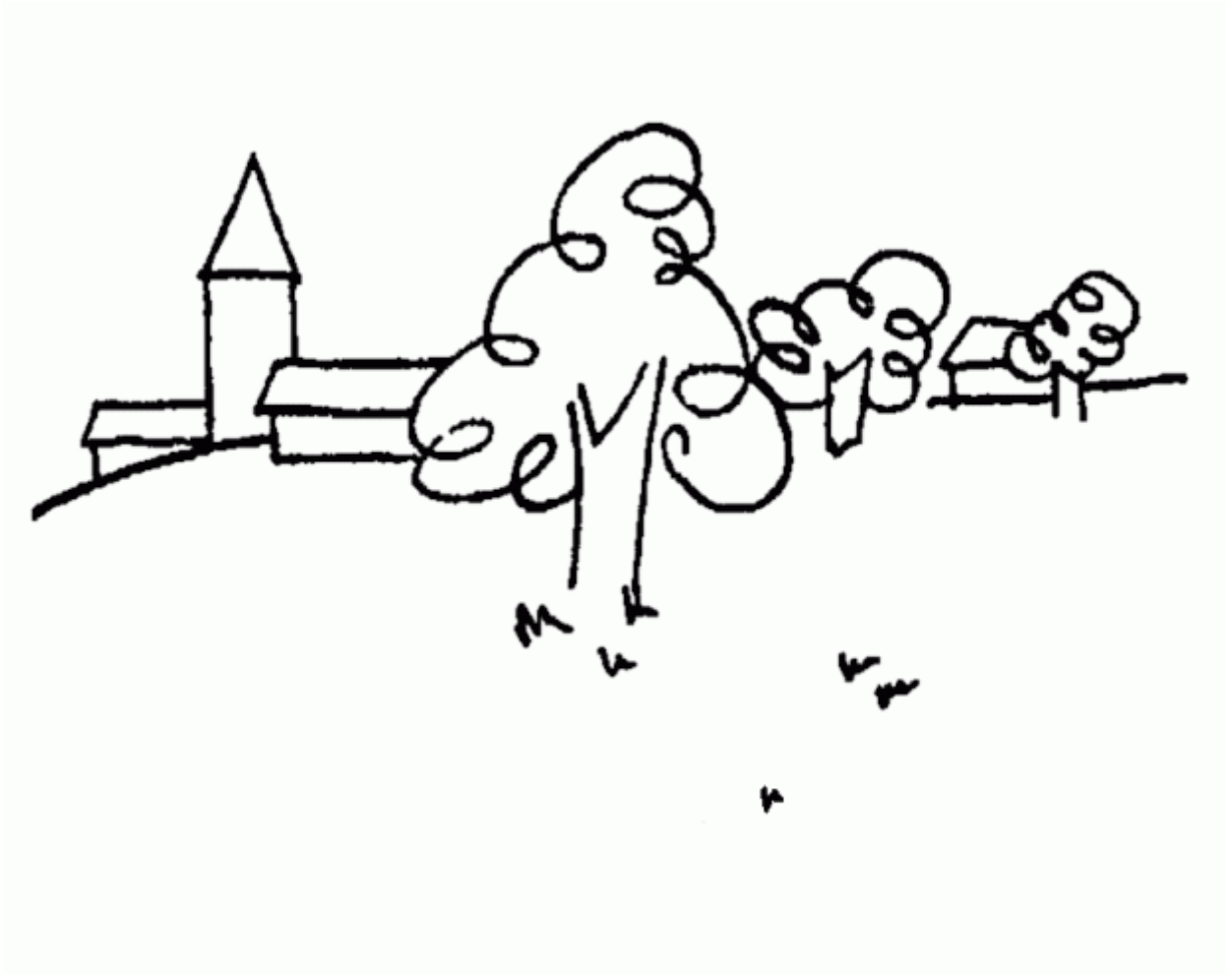
15. Інша прогулянка. Познач, де ти на цей раз.



16. Де ти на цей раз?



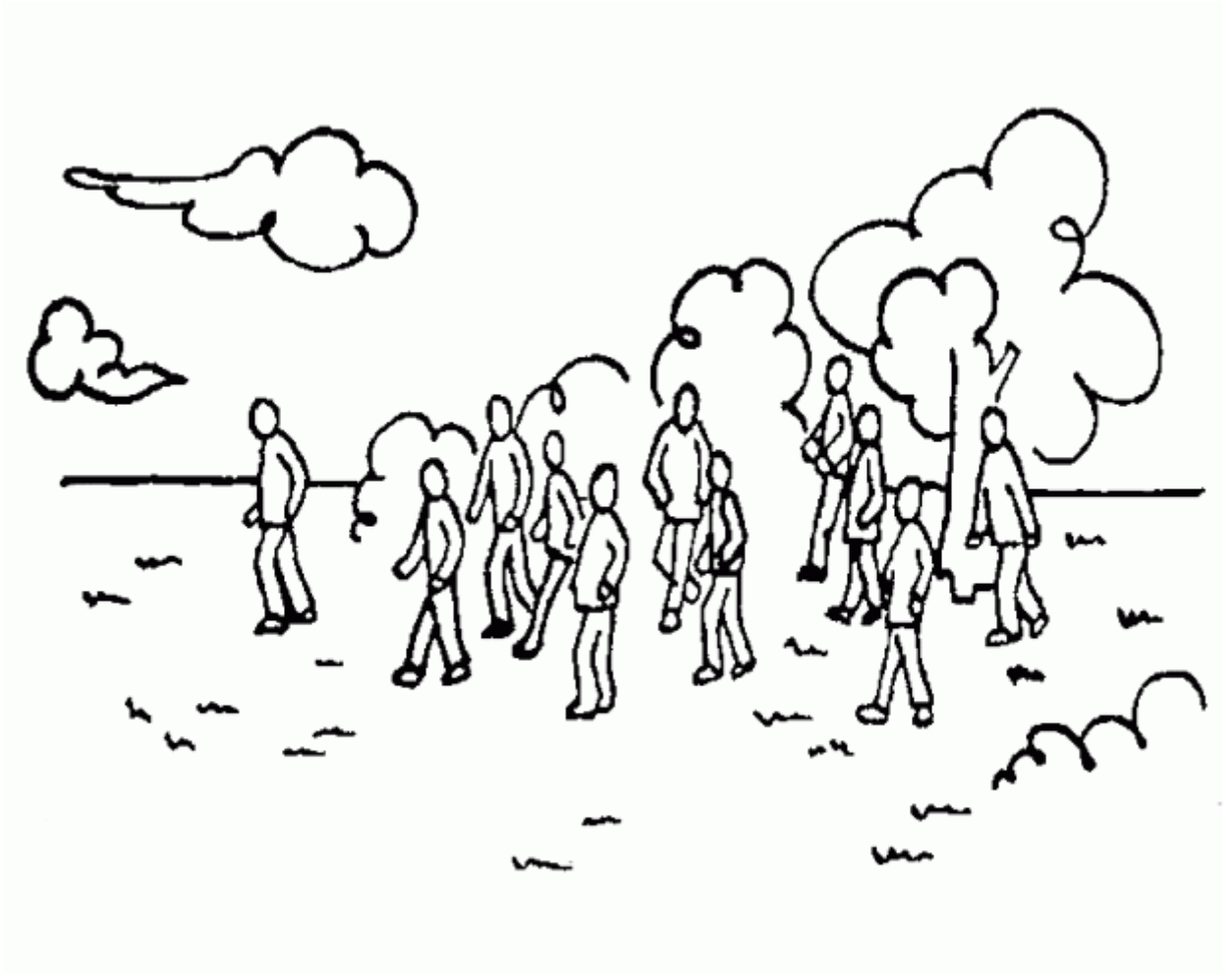
17. Тепер на цьому малюнку розмісти кілька людей і себе. Намалюй або познач хрестиками. Підпиши, що це за люди.



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

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

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



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

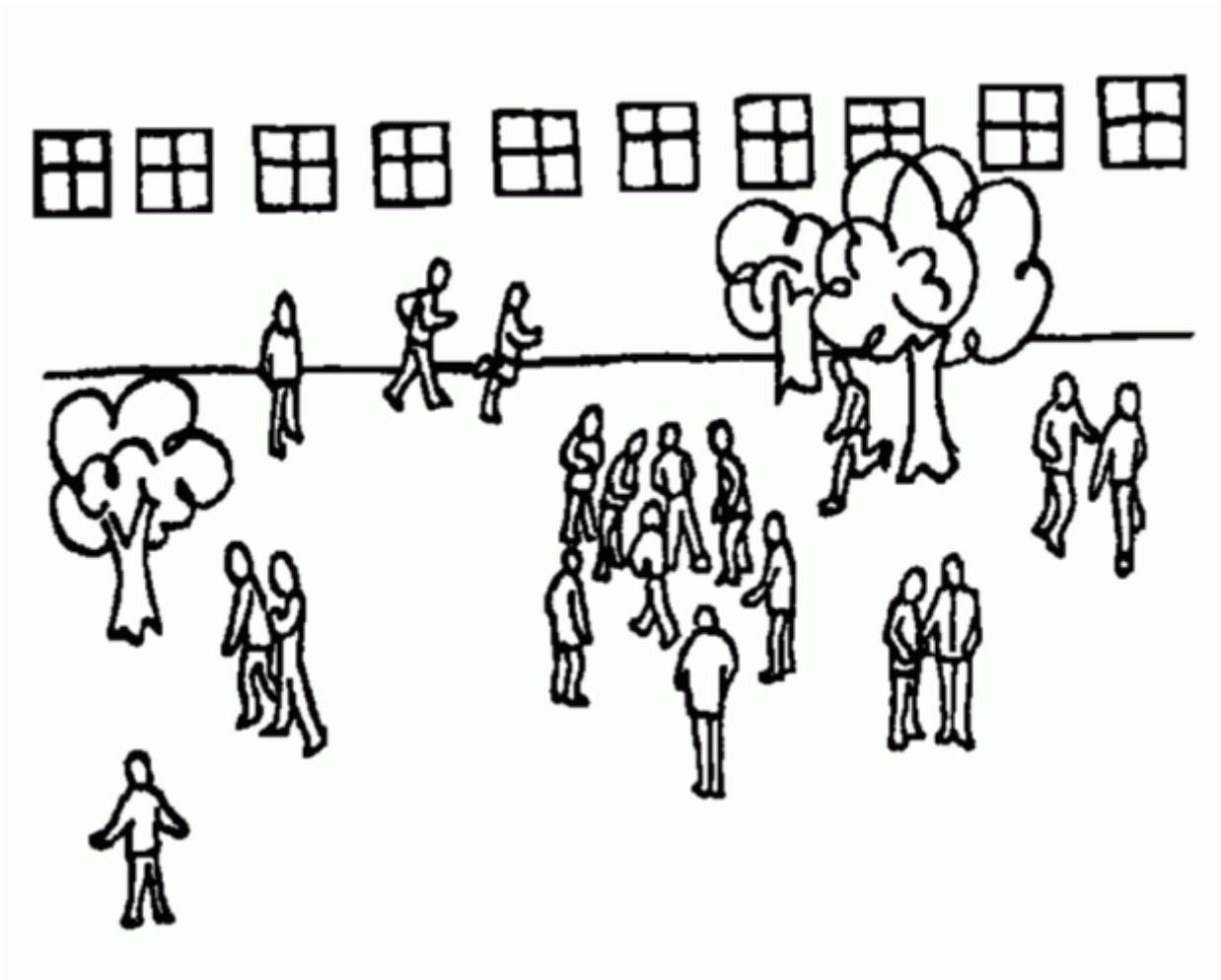
22. Це майданчик для ігор. Познач, де знаходишся ти.



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

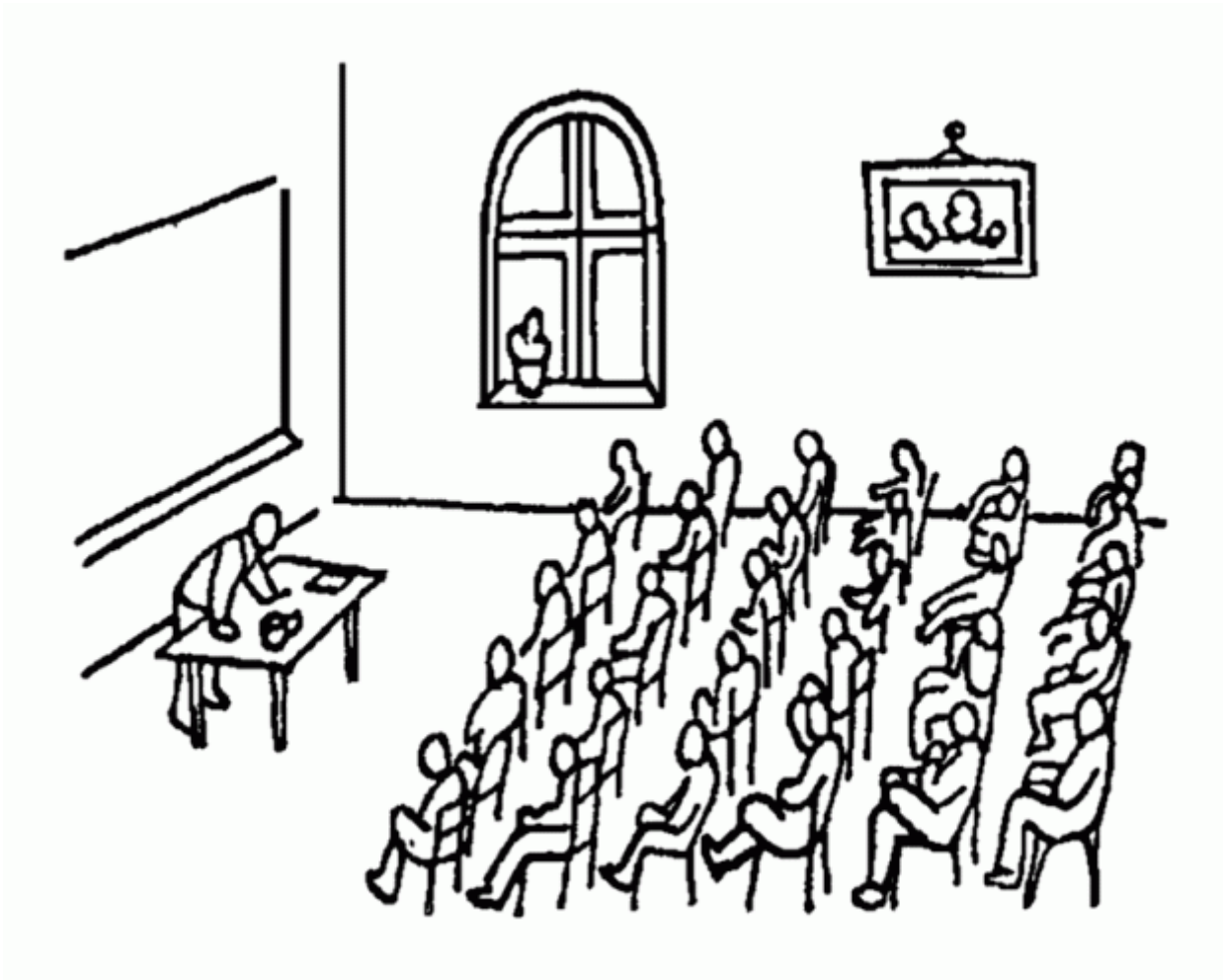


24. Це твої товариші, сваряться через правила гри. Познач, де ти.

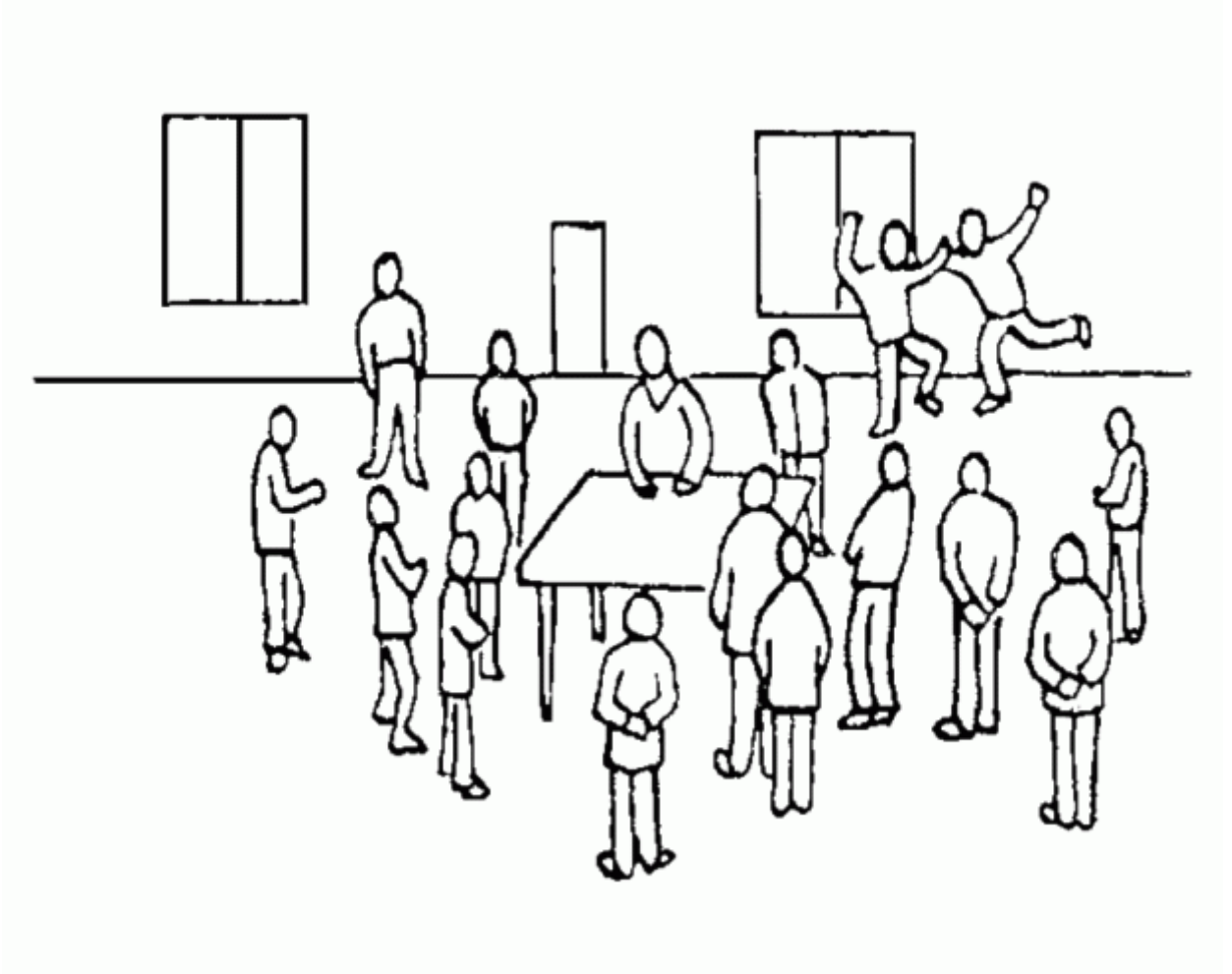


25. Товариш навмисне штовхнув тебе і звалив з ніг. Що робитимеш: будеш плакати; поскаржишся вчителю; вдариш його; зробиш йому зауваження; не скажеш нічого? Підкресли одну з відповідей.

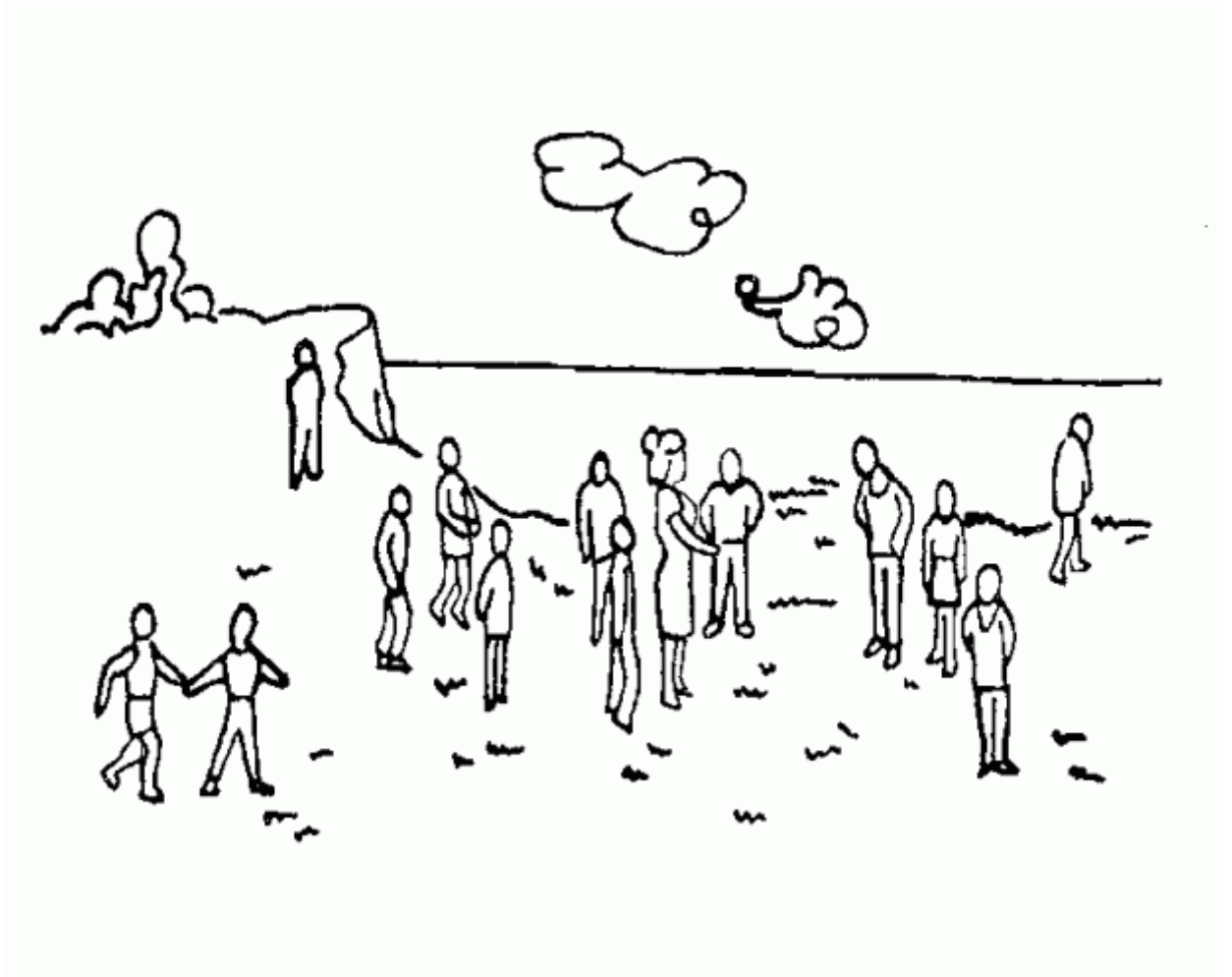
26. Ось людина, добре тобі відома. Вона щось говорить сидячим на стільцях людям. Ти знаходишся серед них. Познач хрестиком, де ти.



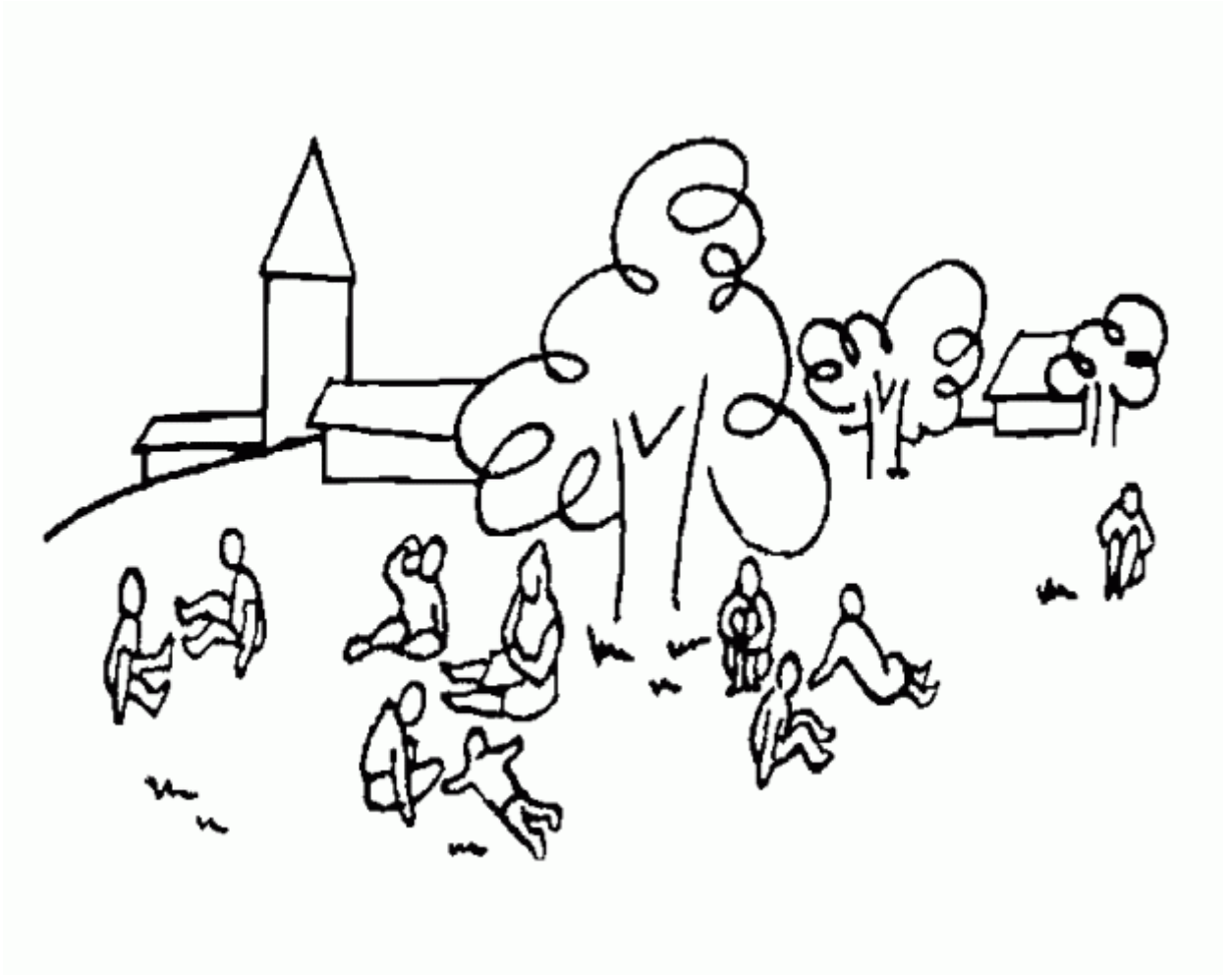
27. Ти багато допомагаєш мамі? Мало? Рідко? Підкресли одну з відповідей.
28. Ці люди стоять навколо столу, і один з них щось пояснює. Ти знаходишся серед тих, які слухають. Познач, де ти.



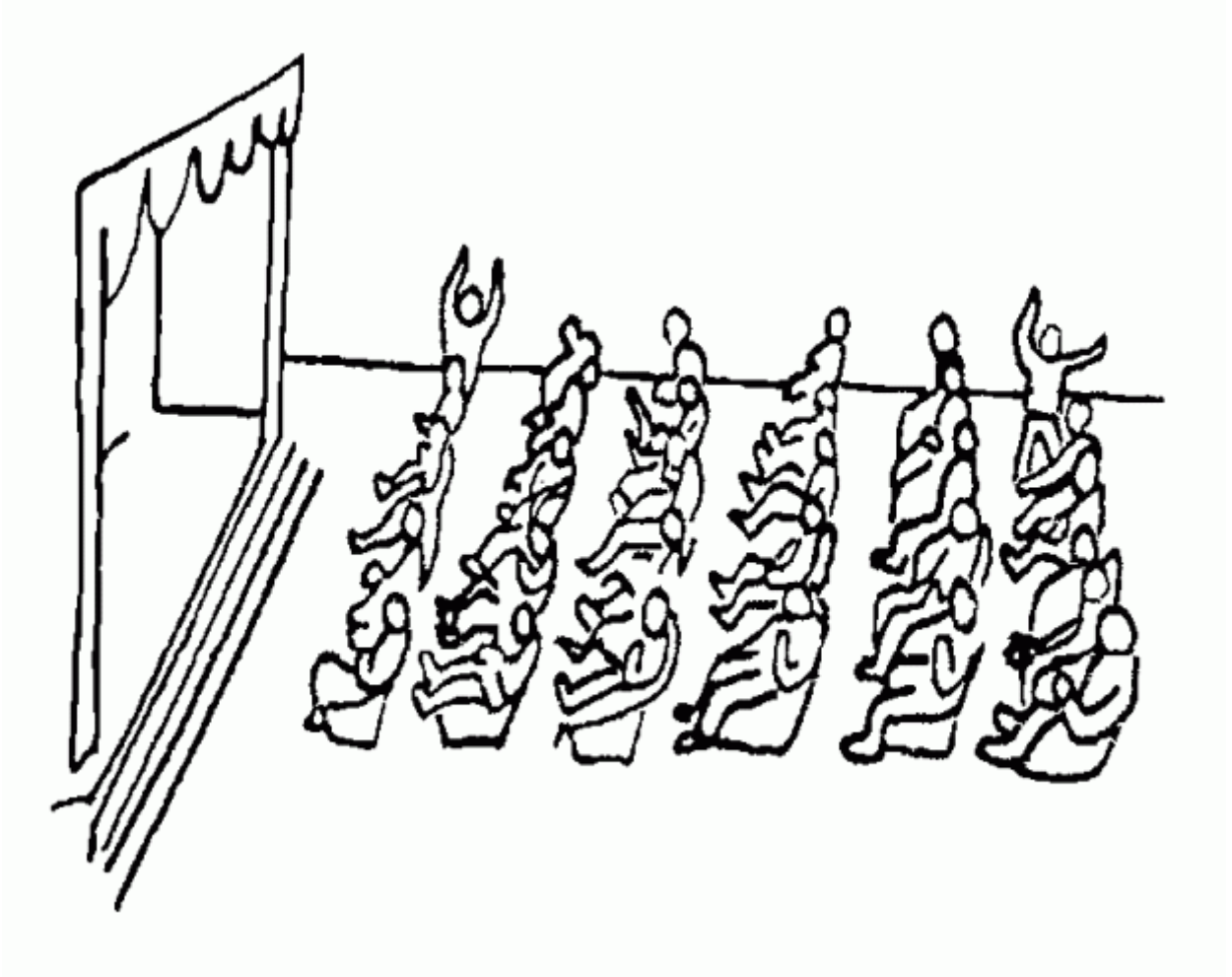
29. Ти і твої товариші на прогулянці, одна жінка вам щось пояснює. Познач хрестиком, де ти.



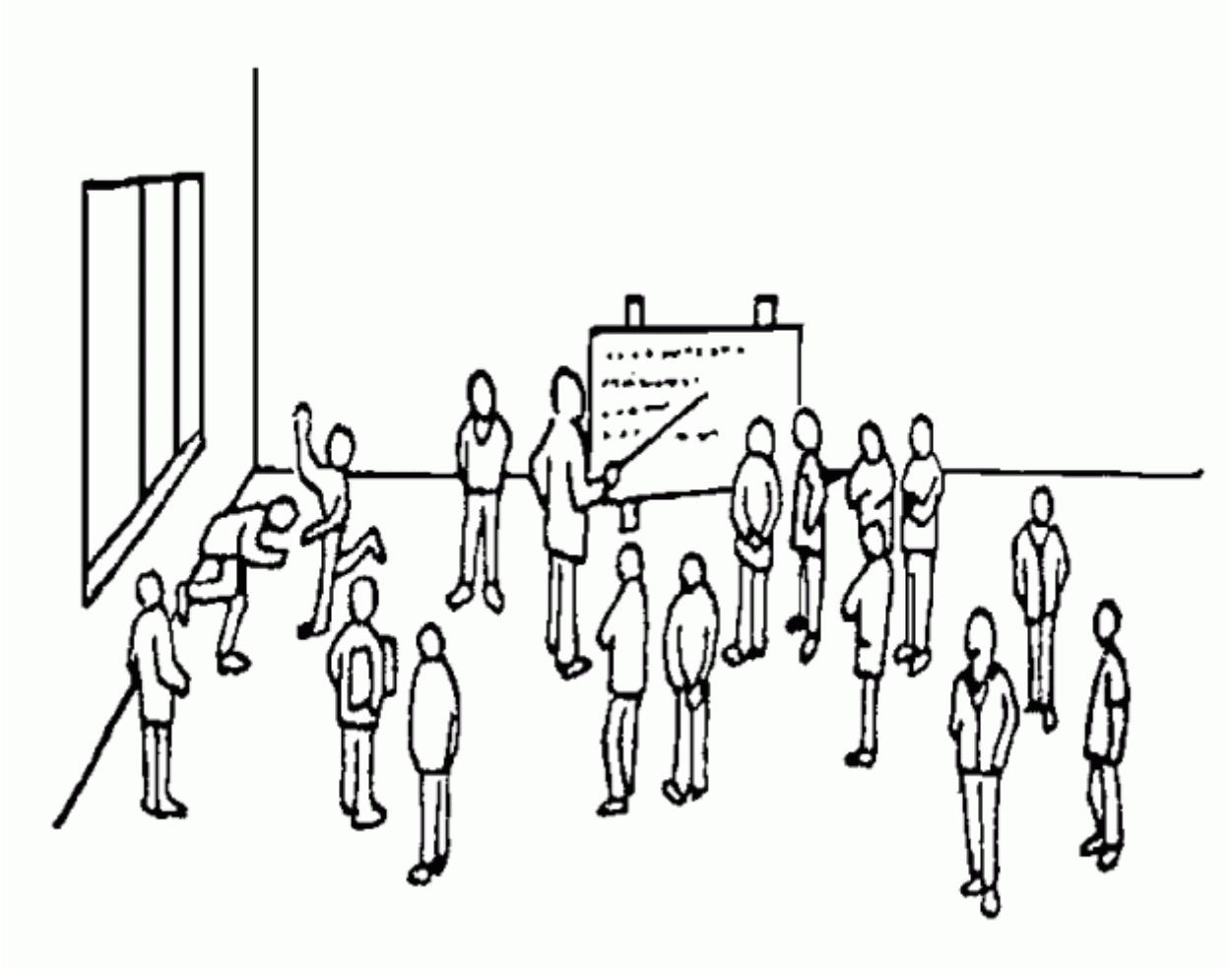
30. Під час прогулянки всі розташувалися на траві. Познач, де знаходишся ти.



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



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



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

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

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

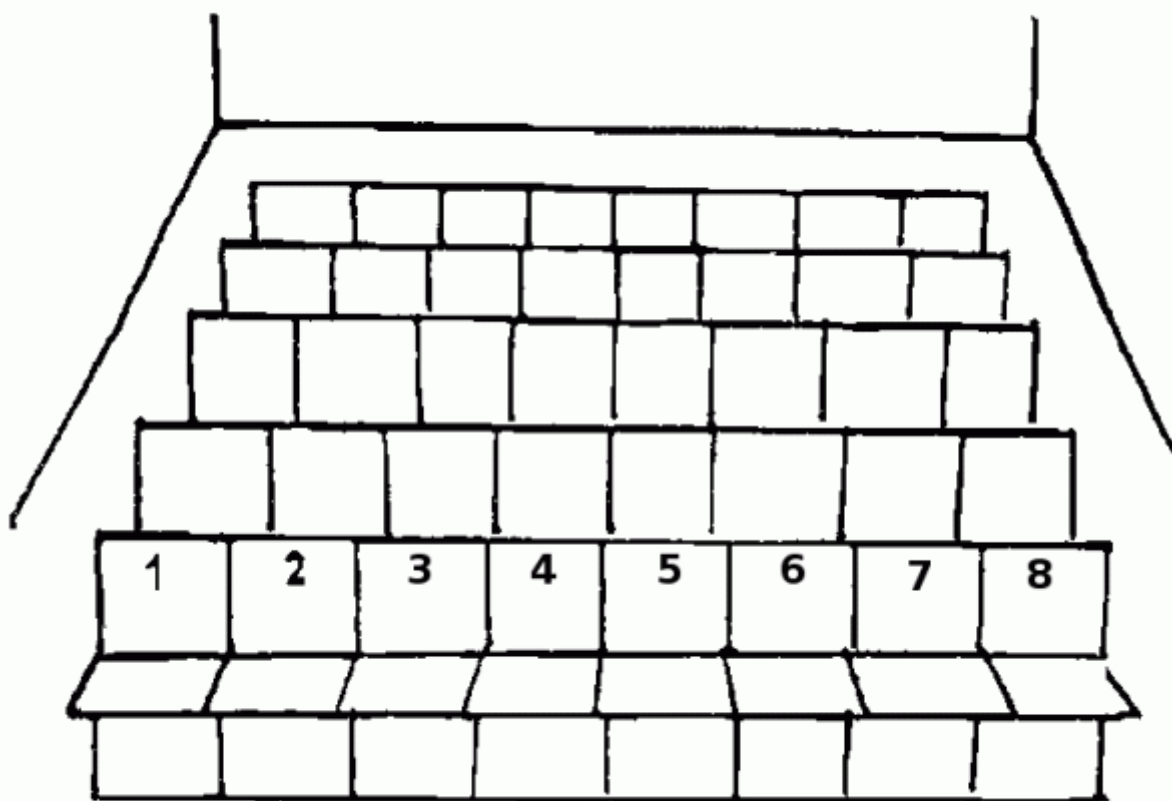
36. Ти граєш в лото (або в шашки, або в іншу гру) і два рази поспіль програєш. Ти незадоволений? Що робитимеш: будеш плакати; продовжувати грати далі; нічого не скажеш; почнеш злитися? Підкресли одну з цих відповідей.

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

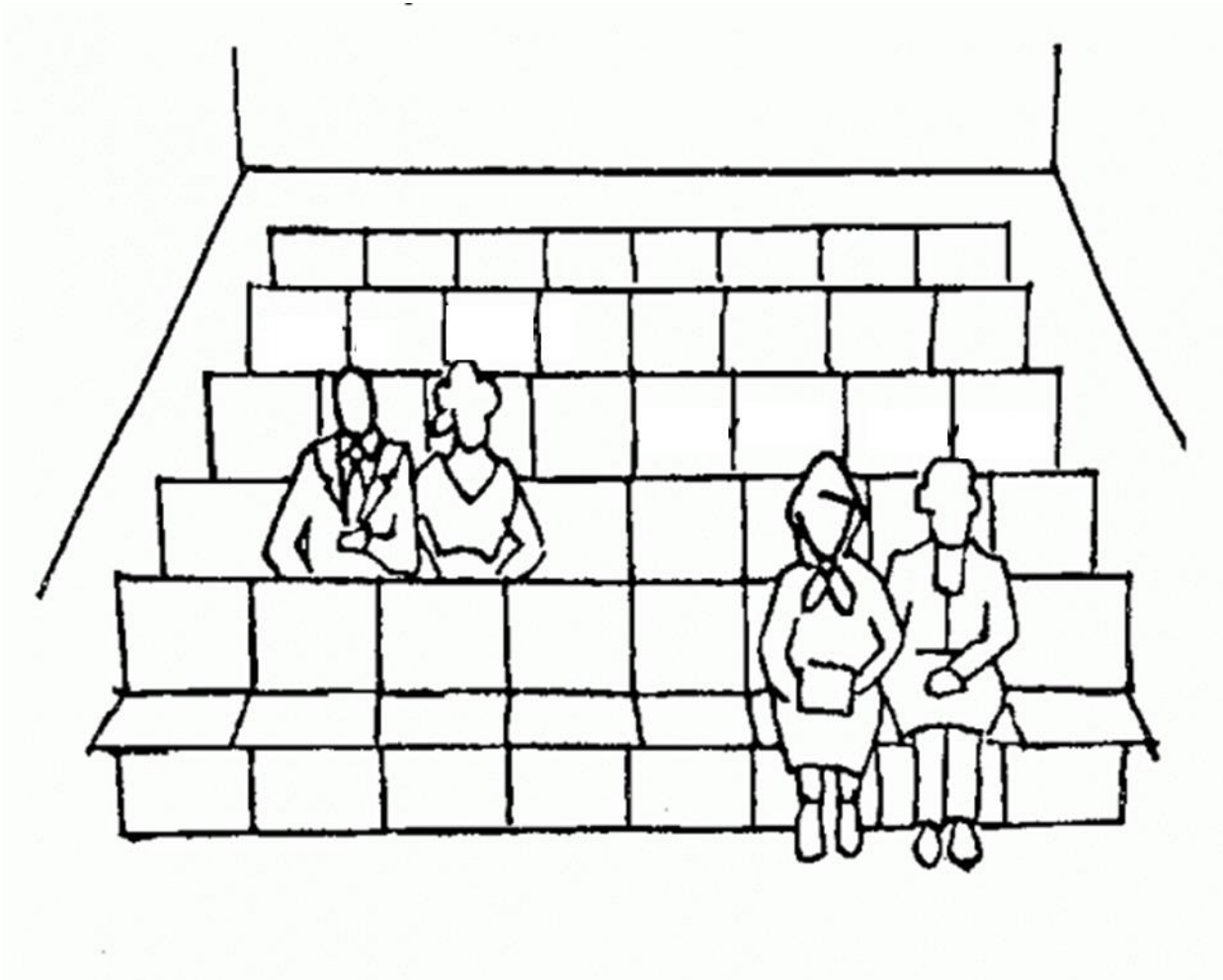
38. Мама не дозволяє тобі йти гуляти. Що робитимеш: нічого не відповіси; образишся; почнеш плакати; почнеш протестувати; спробуєш піти всупереч забороні? Підкресли одну з цих відповідей.

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

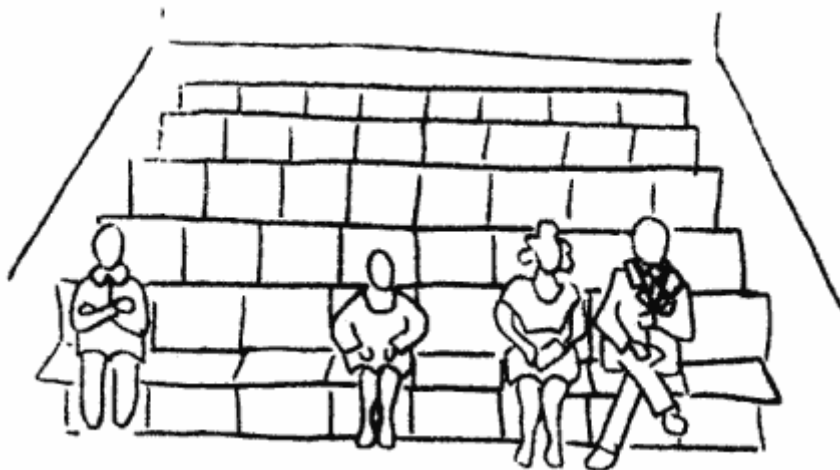
40. Ти пішов у кіно разом зі своєю родиною. У кінотеатрі багато вільних місць. Де ти сядеш? Де сядуть ті, хто прийшов разом з тобою?



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



42. Знову в кінотеатрі. Де ти будеш сидіти?



Ключ до тесту

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

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

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

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

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

Ставлення до бабусі, дідуся та інших близьких дорослих родичів: 2, 4, 5, 7-13,

17-19, 30, 40, 41

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

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

~~Допитливість: 5, 26, 28, 29, 31, 32~~

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

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

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

~~Реакція на фрустрацію: 25, 33-38~~

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

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

Додаток Д

Програма практичних занять з дітьми у напрямку зменшення наслідків КПТСР під час війни

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

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

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

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

Завдання програми:

- Створити комфортні, стабільні та безпечні умови для життя, виховання та розвитку дитини в новому місці після переселення із окупації чи зони бойових дій;
- Психоедукація дітей та дорослих (батьків, вихователів);
- Навчити навикам релаксації та ідентифікації емоцій;
- Надати допомогу у психологічному полегшенні реакцій на травматичну подію;
- Корегувати у дитини когнітивні викривлення та емоційні реакції, обумовлені травматичним досвідом;
- Сприяти формуванню у дитини процесу активізації її внутрішніх ресурсів для формування стабільного відношення до себе та впевненої поведінки;
- Розвивати соціально-комунікативні навички дитини задля забезпечення її соціальної адаптації на новому місці.

Програма призначена для дітей віком від 8 до 15 років, що мають ознаки КПТСР внаслідок перенесення травматичних подій під час війни.

Програма містить два блоки:

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

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

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

Блок 1.

Організація індивідуальної роботи з дітьми

Індивідуальна робота з дитиною складається з трьох етапів:

1) Формування у дитини відчуття безпеки у міжособистісній взаємодії.

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

Для встановлення довіри використовуються ігри, бесіди, під час яких ведеться спостереження за реакціями дитини. Також корисною є сумісна з дорослим творча діяльність.

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

2) Всебічне вивчення психічного стану дитини.

Здійснюється в двох напрямках:

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

3) Проведення індивідуальної корекційної роботи з дитиною.

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

Робота заснована на когнітивно-поведінковому підході до терапії травм з використанням елементів арт-терапії. Його суть полягає в тому, що для дитини

створюються такі умови, в яких дитина зможе детально розказати про травматичну ситуацію, більш адекватно відреагувати на пов'язані з нею емоції, усвідомити трансформовані травмою думки та переконання.

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

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

Орієнтовна інформація для «Книги життя»:

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

Блок 1.

Організація групової роботи з дітьми

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

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

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

Період пошуку ресурсів: передбачає надання дитині допомоги в усвідомленні тих ресурсів, які допомагають впоратися із складними ситуаціями (підвищення самооцінки, розвиток комунікативних навичок, розуміння

можливості звернутися за допомогою, навчання безпечній поведінці, формування навичок вирішення проблем.

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

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

Основний перелік завдань, що вирішуються під час групових занять:

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

- Мотивація дітей на участь у групових заняттях, формування групової атмосфери безпеки та адаптація дітей до групової взаємодії;
- Навчання способам релаксації;
- Навчання розпізнаванню та вираженню емоцій (ігри та вправи), навчання дітей визначенню різниці між думками та почуттями (ігри та вправи);
- Загальні розмови з дітьми про військові події в країні;
- Пояснення дітям зв'язку між негативними думками та негативними переживаннями емоцій.

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

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

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

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

Зміст Програми.

№ з/п	Напрямок роботи	Завдання	Методи та прийоми
БЛОК І. ОРГАНІЗАЦІЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ			
1.	Формування у дитини відчуття безпеки у міжособистісній взаємодії.	Формування у дитини відчуття безпеки у міжособистісній взаємодії.	Бесіди, спостереження, спільна ігрова та творча діяльність.
2.	Діагностика.	1.Вивчення умов	Взаємодія з родиною,

		проживання в родині та обставин переселення родини ВПО на нове місце, спричинених війною.	бесіди.
		2.Виявлення наслідків психологічної травми та індивідуально-особистісних особливостей дитини.	Комплекс психодіагностичних методик.
3.	Індивідуальна консультація та корекція	Відпрацювання психологічної травми.	Когнітивно-поведінський підхід із застосуванням елементів арт-терапії; методика складання «Книги життя».
БЛОК II. ОРГАНІЗАЦІЯ ГРУПОВОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ			
1.	Підготовчий період.	Навчання дитини розпізнаванню та називанню своїх переживань.	
2.	Період пропрацювання травми.	Актуалізація травматичного досвіду.	
3.	Період пошуку ресурсів.	Надання дитині допомоги в усвідомленні тих ресурсів, які допомагають переживати труднощі	

Тематичний план групової роботи.

№ з/п	Модуль	Кількість годин	Форми роботи та методики
1.	Формування групової атмосфери безпеки та адаптація дітей до групової взаємодії.	2	Вправа на знайомство «Гарна Ганна» Вироблення правил поведіння в даній групі під час занять. Домовленість про цілі таких зустрічей. Психоедукація. Нормалізація. Ігри на міжособистісну взаємодію. «Кошеня та банан», «Пірначі», «Стільці для всіх»
2.	Навчання дітей способам релаксації, розпізнаванню та вираженню емоцій.	2	Вправа на розминку «Улюблений рух» Вправа на релаксацію «Лимони» Змістовні вправи на взаємодію та називання емоцій. «Мім», «Мені в тобі подобається...» Ігри на релаксацію. «Надувна людинка», «ПР по Джейкобсону»

3.	Навчання дітей називанню та розпізнаванню емоцій.	2	Вправи на розминку «Завмири», «З ким я схожий» Вправа на релаксацію «Їжачок» Вправи на релаксацію з ускладненням. Змістовні вправи на взаємодію та на розпізнавання власних і чужих емоцій.
4.	Самопізнання та навчання дітей визначенню різниці між своїми думками та почуттями.	2	Психоедукація Вправа на розминку «Хмаринка (КПТ)» Вправи на релаксацію «Тюлені». Змістовні вправи на взаємодію, на розпізнавання своїх та чужих емоцій, на різницю між емоціями та думками. Ігри «Який Я?», «Дощик», «Супергерой».
5.	Формування уявлення про те, що в житті бувають складні ситуації та люди по-різному на них реагують, по-різному з ними справляються. Формування уявлення про взаємозв'язок думок, почуттів та поведінки.	2	Вправи на розминку «Ліфт». Вправи на релаксацію. Вправи на релаксацію з ускладненням. Змістовні вправи: інформація про травму. Ігри на релаксацію. Ігри на вибір стилю поведінки в стресовій ситуації: «Крилатий лев»
6.	Пропрацювання психотравмуючих переживань.	4	Вправи на розминку. Вправа: «Розповідь про травму (страх)». Обговорення пережитих почуттів, емоцій. Вираження співчуття один одному. Вправи на релаксацію. Активні ігри на взаємодію.
7.	Корекція когнітивних викривлень та емоційних реакцій, обумовлених травматичним досвідом.	3	Вправи на розминку. Вправа-проекція: відношення оточуючих та до себе «Похмурий критик» Вправи на релаксацію. Ігри на взаємодію.
8.	Пропрацювання переживань, пов'язаних з жорстокістю та насиллям.	3	Вправи на розминку «Стіна», «Жива доріжка (під наглядом)» . Вправи на подолання відчуття самотності та безпорадності «Обійми (ліше зі згоди!)». Вправа на релаксацію «Квадратик». Ігри на взаємодію.
9.	Формування адекватних уявлень про своє найближче оточення та про безпекове середовище.	4	Вправи на розминку «5-4-3-2-1». Вправи на релаксацію «Безпечне місце». Тематичні вправи: «Моя родина»,

			«Мої друзі». Ігри на взаємодію.
10.	Формування кращого розуміння себе та оточуючих	2	Вправи на розминку «Я думаю що ти ... (з кульками)». Вправи на релаксацію. Тематичні вправи: «Я зараз», «Як я змінився». Ігри на взаємодію.
11	Формування позитивного образу майбутнього.	4	Вправа на розминку «Я даю тобі кішку» Вправа на релаксацію «Котики» Тематична вправа арт-терапевтична техніка «Світ майбутнього». Ігри на взаємодію. Підведення підсумків. Обговорення тощо, що змінилося в житті дитини.
	Разом	30	

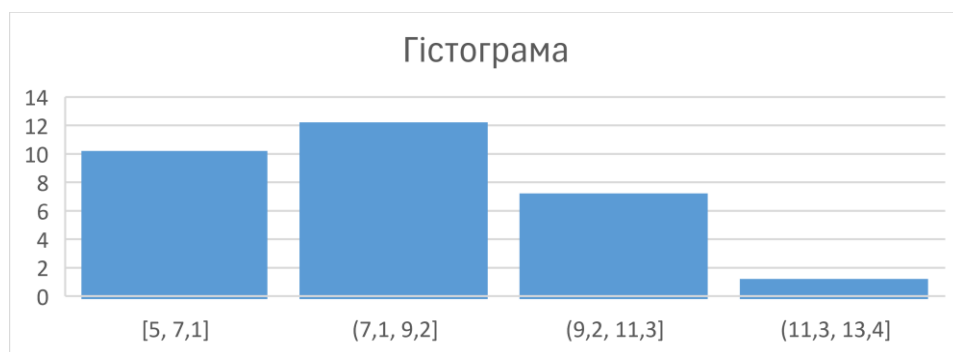
Передбачуваний результат програми передбачає оволодіння дітьми наступними вміннями та навичками:

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

Додаток Е

**Статистичні дані опитувальника «Шкала індексів ПТСР» в адаптації
О. Самойлової**

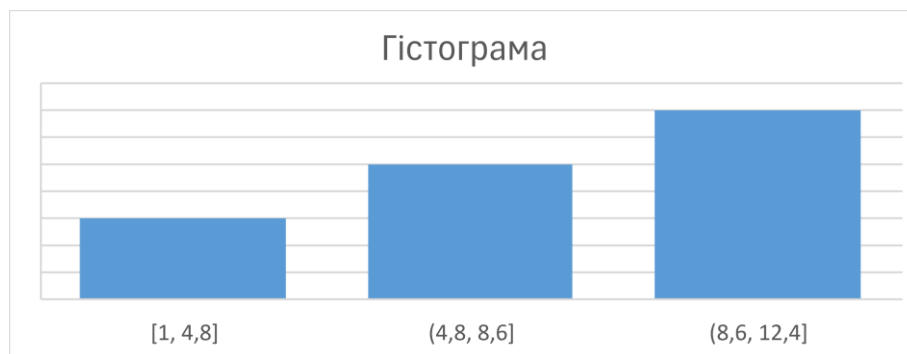
№	SOM	O-C	DEP	ANX	PHOB	PAR	PSY	Сума
1	1	1	0	1	1	0	1	5
2	2	2	1	2	2	1	1	11
3	1	1	0	2	2	2	2	10
4	2	2	2	2	1	2	0	11
5	1	0	0	1	2	2	1	7
6	2	2	2	2	1	1	1	11
7	1	1	1	2	1	2	0	8
8	0	2	0	2	2	2	2	10
9	1	1	1	1	1	1	1	7
10	2	0	1	2	2	1	1	9
11	1	1	0	2	1	0	1	6
12	2	2	1	2	1	1	2	11
13	1	1	2	1	1	1	1	8
14	0	2	0	2	1	1	0	6
15	1	1	1	1	2	1	1	8
16	1	1	0	1	2	1	2	8
17	2	2	1	1	1	0	1	8
18	1	1	1	2	1	0	1	7
19	1	2	1	2	1	1	1	9
20	2	0	1	1	2	1	0	7
21	1	1	1	2	2	2	0	9
22	2	2	2	1	2	2	1	12
23	1	1	1	1	0	1	0	5
24	1	1	1	2	2	1	1	9
25	1	1	1	2	2	2	1	10
26	2	1	1	2	1	1	0	8
27	1	1	1	1	2	0	0	6
28	1	1	1	1	1	1	0	6
29	1	0	1	2	2	1	1	8
30	2	2	2	1	1	1	0	9



Додаток Є

**Статистичні дані опитувальника «Діагностика перешкод у
встановленні емоційних контактів» В. Бойко**

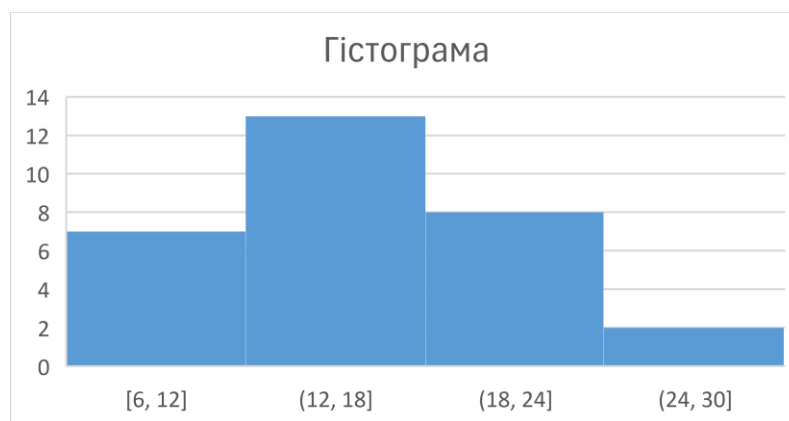
№	Невміння управл. Ем.	Неадекватний прояв Ем.	Негнучкість/ Невиразн. Ем	Домінування негативу	Небажання зближення	Сума
1	3	1	1	0	2	7
2	5	0	1	3	3	12
3	0	0	2	2	2	6
4	5	1	1	4	1	12
5	2	2	1	2	2	9
6	4	0	0	5	1	10
7	2	0	0	3	1	6
8	3	1	0	4	3	11
9	0	0	0	2	1	3
10	0	0	0	0	4	4
11	0	2	2	1	2	7
12	3	0	1	3	1	8
13	4	3	1	4	0	12
14	0	3	0	3	0	6
15	0	0	1	0	1	2
16	2	2	2	1	4	11
17	4	2	0	2	0	8
18	5	4	0	0	3	12
19	1	2	2	0	0	5
20	0	3	3	1	1	8
21	2	1	0	1	0	4
22	2	2	1	3	4	12
23	3	0	2	1	6	12
24	0	0	1	5	5	11
25	4	0	0	1	0	5
26	2	3	1	2	2	10
27	3	0	0	0	1	4
28	0	0	1	0	0	1
29	5	1	1	1	1	9
30	2	2	0	4	3	11



Додаток Ж

Статистичні дані методики «Незакінчених речень» Сакса і Леві

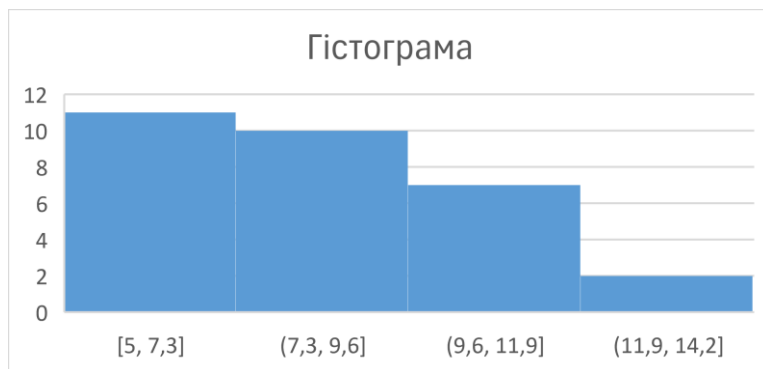
№	Відн. до себе	Страхи	Провина	Матір	Батько	Сім'я	Товариші	Однокласники	Загальний бал
1	6	7	8	0	1	2	3	1	7
2	6	6	6	1	1	3	1	4	10
3	8	6	6	0	0	7	6	8	21
4	7	6	6	3	3	5	5	3	19
5	7	7	7	2	5	2	0	5	14
6	7	7	8	0	1	4	6	5	16
7	6	6	7	4	5	8	3	4	24
8	8	8	8	1	5	2	3	4	15
9	8	6	8	3	5	1	5	0	14
10	8	8	6	1	4	3	6	7	21
11	7	7	8	0	6	8	1	7	22
12	6	8	8	2	3	5	5	3	18
13	6	8	7	8	4	5	4	4	25
14	6	8	7	5	5	2	3	0	15
15	7	8	7	5	8	4	8	4	29
16	6	6	8	4	3	5	5	4	21
17	6	7	6	2	0	1	3	0	6
18	6	8	7	4	2	4	5	4	19
19	8	7	8	6	6	0	5	5	22
20	6	6	7	2	2	0	4	4	12
21	8	7	6	3	4	2	3	3	15
22	8	7	6	1	4	0	8	1	14
23	6	7	6	4	0	0	3	3	10
24	6	7	6	3	4	3	3	3	16
25	7	8	6	5	0	0	5	8	18
26	7	6	6	2	2	4	1	3	12
27	7	8	6	0	7	2	2	7	18
28	7	6	7	2	2	4	2	1	11
29	6	8	7	3	3	2	6	4	18
30	8	6	6	1	0	6	4	7	18



Додаток 3

Статистичні дані проєктивної методики Р. Жилія

№	Ст. до матері	батька	батьків	братів сестер	бабусі, дідуся ін. бл. родичів	друга, подруги	вчителя	Сума балів
1	0	2	1	2	0	1	0	6
2	1	1	0	2	2	0	0	6
3	2	2	2	0	1	2	2	11
4	2	2	2	1	1	1	1	10
5	2	1	1	0	1	0	1	6
6	0	1	0	2	2	1	2	8
7	1	1	0	2	2	1	1	8
8	2	2	2	1	1	0	1	9
9	2	1	1	0	1	1	2	8
10	2	1	2	2	2	0	1	10
11	1	1	1	1	2	2	0	8
12	2	2	2	1	2	1	1	11
13	0	2	2	0	2	2	1	9
14	2	1	1	1	2	2	1	10
15	0	2	1	1	0	1	0	5
16	1	2	1	1	2	1	1	9
17	2	2	2	2	0	2	0	10
18	2	1	2	0	2	1	1	9
19	2	2	1	0	2	0	0	7
20	2	1	2	2	2	2	2	13
21	2	0	2	0	1	1	1	7
22	2	1	2	2	1	1	1	10
23	2	0	2	1	1	1	0	7
24	2	1	2	1	1	1	1	9
25	2	0	1	2	2	1	0	8
26	1	1	0	1	2	1	0	6
27	2	2	2	2	2	2	1	13
28	1	2	2	0	1	1	0	7
29	2	1	1	1	2	0	0	7
30	2	0	2	1	0	2	0	7

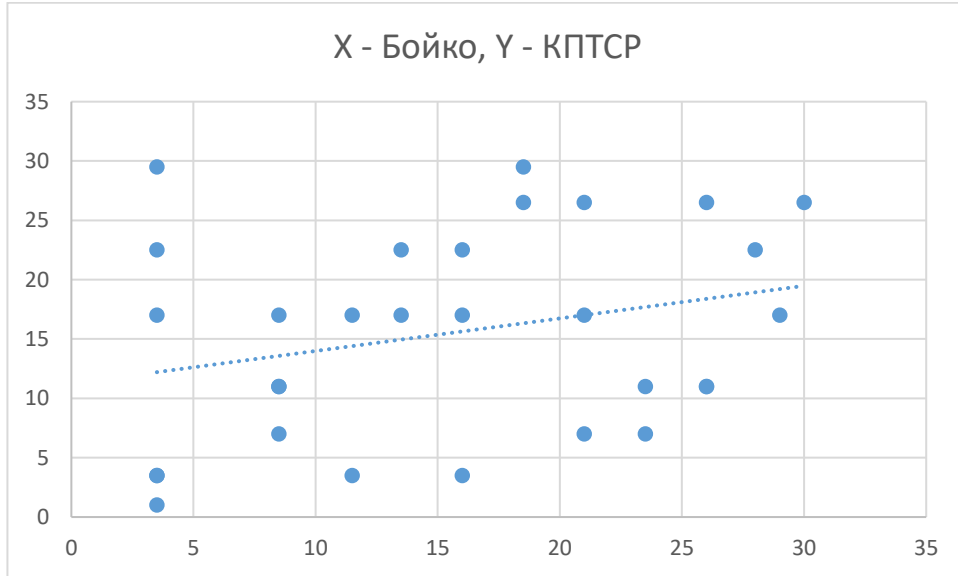


Додаток И

Коефіцієнти кореляції Спірмена з рівнем КПТСР

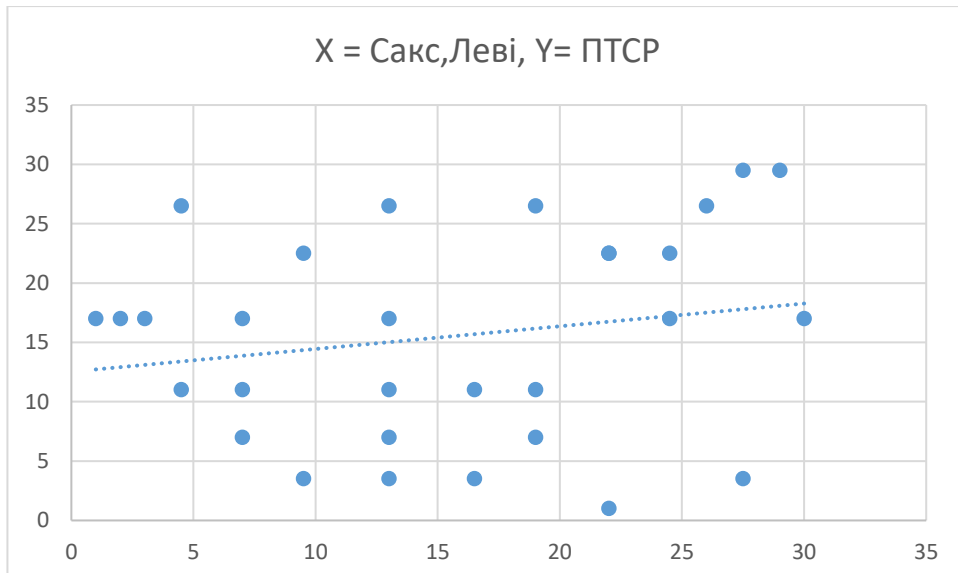
Емоційно-вольовий фактор (Методика Бойко)

$$\rho = 0.276$$



Фактор переконань (Методика Сакса і Леві)

$$\rho = 0.193$$



Поведінковий фактор (Проективна методика Р. Жилья)

$\rho = 0.182$

