

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

ВПЛИВ БАТЬКІВСЬКИХ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ НА ФОРМУВАННЯ
ЕМОЦІЙНОЇ СТАБІЛЬНОСТІ ДІТЕЙ ДО 12 РОКІВ

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: здобувачка 4 курсу 07-431 групи

Спеціальності 053 «Психологія»

Олеся КОМОГОРЦЕВА

Керівник: к. психол. н., доцентка

Олена ШЕЛЕСТОВА

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ БАТЬКІВСЬКОЇ АДИКЦІЇ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ДИТИНИ	6
1.1. Психологічна характеристика аддиктивної поведінки батьків: форми та прояви.	6
1.2. Психологічні особливості розвитку емоційної сфери дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.	10
1.3. Психологічні механізми деструктивного впливу батьківських залежностей на розвиток особистості дитини.	13
1.4. Емоційна стабільність дитини як об'єкт впливу несприятливого сімейного середовища.	17
Висновки до розділу 1	21
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТАБІЛЬНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ СІМЕЙ З АДИКЦІЯМИ	22
2.1. Методологічне обґрунтування, програма та процедура емпіричного дослідження.	22
2.2. Характеристика діагностичного інструментарію дослідження емоційної стабільності дитини.	23
2.3. Статистичний та кількісний аналіз результатів дослідження емоційних станів дітей.	25
2.4. Психологічна інтерпретація та якісний аналіз особливостей емоційної стабільності дітей із деструктивних сімей.	36
Висновки до розділу 2	40
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНА ДОПОМОГА ДІТЯМ У ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ БАТЬКІВСЬКОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ	42
3.1. Основні напрями та підходи до психокорекції емоційних порушень у дітей до 12 років.	42
3.2. Розробка та зміст програми психологічної корекції емоційної нестабільності дитини.	45
3.3. Психолого-педагогічні рекомендації щодо стабілізації емоційного стану дітей для фахівців та опікунів.	51
Висновки до розділу 3	57
ВИСНОВКИ	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63
ДОДАТКИ	66

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема впливу батьківської поведінки на психічний розвиток дитини набуває дедалі більшої актуальності в контексті сучасних соціальних змін. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість сімей, у яких принаймні один із батьків демонструє ознаки хімічної або поведінкової залежності, невпинно зростає в глобальному масштабі, а Україна не є винятком із цієї тенденції [3]. Понад 14% дітей шкільного віку виховуються в умовах, де хронічна поведінка батьків безпосередньо визначає якість сімейного середовища та доступність емоційної підтримки [12]. Водночас ранній дитячий і молодший шкільний вік є сензитивним періодом для становлення базових механізмів емоційної саморегуляції, що робить дітей до 12 років особливо вразливими до будь-яких систематичних порушень батьківського функціонування.

Емоційна стабільність, що розуміється як здатність адекватно реагувати на різноманітні стресори, відновлюватися після емоційних потрясінь і підтримувати внутрішній баланс, закладається саме впродовж перших дванадцяти років життя людини. Сім'я із залежними батьками, незалежно від того, йдеться про алкогольну, наркотичну чи поведінкову залежність, створює середовище, позбавлене двох ключових умов нормального розвитку: передбачуваності й емоційної безпеки [18]. Хронічна непередбачуваність батьківської поведінки, емоційна депривація і, нерідко, вимушена рольова інверсія руйнують формування надійної прив'язаності та порушують дозрівання нейробіологічних систем стресового реагування [11].

У вітчизняному науковому просторі проблема залишається недостатньо вивченою у своєму прикладному вимірі, оскільки більшість доступних досліджень зосереджена або на суто клінічних аспектах батьківської залежності, або на загальній психопатології дитинства без виокремлення специфіки саме адиктивного контексту. Між тим закордонні систематичні огляди переконливо засвідчують, що діти батьків із залежністю демонструють

значущо вищі рівні тривожності, нейротизму та поведінкової дезадаптації порівняно з однолітками з функціональних сімей [20]. Відтак наукова розробка означеної проблеми в українських умовах є актуальним завданням як для теоретичної, так і для прикладної психології.

Об'єктом дослідження є емоційна стабільність дітей до 12 років, що розглядається як інтегральна особистісна характеристика.

Предмет дослідження охоплює вплив різних видів батьківських залежностей на формування означених характеристик емоційної сфери у дітей молодшого шкільного вікового діапазону.

Метою роботи є комплексне дослідження механізмів і наслідків адиктивної поведінки батьків для емоційного розвитку дітей до 12 років, а також розробка науково обґрунтованих рекомендацій щодо психологічної корекції виявлених порушень.

Для досягнення поставленої мети сформульовано такі завдання **дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури щодо поняття та видів батьківських залежностей, особливостей емоційної сфери дітей до 12 років, механізмів та наслідків впливу батьківських залежностей на емоційну стабільність дитини.

2. Описати конкретні психологічні та нейробіологічні механізми, через які батьківська залежність порушує емоційний розвиток дитини.

3. Провести емпіричну діагностику рівня емоційної стабільності та особливостей батьківсько-дитячої взаємодії у вибірці сімей за допомогою валідизованого психодіагностичного інструментарію.

4. Розробити корекційні рекомендації для батьків, педагогів і психологів, спрямовані на підвищення рівня емоційної стабільності дітей із сімей з батьківськими залежностями.

Гіпотеза дослідження: батьківські залежності знижують рівень емоційної стабільності дітей, підвищуючи тривожність, нейротизм та

порушуючи механізми саморегуляції, причому означений ефект є статистично значущим і виявляється незалежно від статі та типу сімейної структури.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше у вітчизняній психологічній практиці здійснено комплексне емпіричне порівняння показників емоційної стабільності дітей 11–12 років із сімей різних типів батьківського ставлення з одночасним використанням проєктивних і стандартизованих психодіагностичних методик.

Практичне значення результатів дослідження визначається можливістю їх безпосереднього впровадження в роботу шкільних психологів та фахівців із сімейної психотерапії.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ БАТЬКІВСЬКОЇ АДИКЦІЇ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ДИТИНИ

1.1. Психологічна характеристика аддиктивної поведінки батьків: форми та прояви.

Залежність як психологічний і медичний феномен привертає увагу дослідників із різних галузей науки вже кілька десятиліть, однак питання про те, яким чином батьківська залежність впливає на розвиток дитини, набуло особливої актуальності лише в останні роки. Відповідно до сучасних уявлень, залежність розуміється як стійкий патерн поведінки або вживання психоактивних речовин, що характеризується втратою контролю, продовженням незважаючи на негативні наслідки та вираженою дисфункцією в ключових сферах життєдіяльності особистості [3]. Важливим є те, що залежність батька чи матері не залишається ізольованою індивідуальною проблемою, а неминуче трансформує всю сімейну систему, створюючи умови, несприятливі для здорового психічного розвитку дитини.

У науковій літературі прийнято виділяти дві широкі категорії залежностей: хімічні (або субстанційні) та поведінкові (або нехімічні), і обидва типи можуть зустрічатися у батьків, виховуючих дітей [12]. Така класифікація не є суто теоретичною, адже від виду залежності залежать її прояви у сімейній взаємодії, характер порушень батьківської функції та, відповідно, специфіка впливу на дитину.

Хімічні залежності охоплюють вживання алкоголю, ілліцитних наркотичних речовин, а також токсичних речовин побутового або промислового походження. Алкогольна залежність є найбільш поширеною серед батьків і, відповідно, найкраще дослідженою. За даними огляду Lowthian [18], від 14 до 37% дітей мають принаймні одного батька з алкогольною залежністю, що робить цей чинник одним із найбільш значущих несприятливих переживань дитинства (Adverse Childhood Experiences, ACEs). Frederiksen K. та співавтори, аналізуючи датські національні дані, встановили,

що 16,9% молодих людей мали принаймні одного батька із розладом вживання психоактивних речовин, тоді як у 6% сімей спостерігалось поєднання батьківської залежності з іншими несприятливими факторами, що дослідники позначили як «сім'ї з високим рівнем ACEs» [11]. Наркотична залежність батьків, попри менш масові епідеміологічні показники порівняно з алкоголем, супроводжується більш вираженим хаосом у сімейній системі, нестабільністю побуту, підвищеним ризиком насильства та нехтування потребами дитини [20].

Серед хімічних залежностей окремо варто виділити токсикоманію, яка в частини сімей поєднується з бідністю, соціальною маргіналізацією та недоступністю медичної допомоги, що ще більше ускладнює умови розвитку дітей. Дослідження показало, що у дітей матерів, які вживали ілліцитні речовини, відзначалася значущо вища частота мовленнєвих, когнітивних, моторних та соціальних затримок розвитку порівняно з дітьми з груп ранньої інтервенції [6].

Поведінкові залежності становлять відносно новий, але динамічно досліджуваний напрям у психології та психіатрії. До них відносять ігрову залежність (гемблінг), інтернет-залежність, трудовголізм, залежність від соціальних мереж, шопоголізм та інші форми компульсивної поведінки, що виходять з-під вольового контролю особистості [25]. Хоча вплив поведінкових залежностей батьків на дітей досліджений значно менше, ніж вплив хімічних залежностей, наявні дані свідчать про порівняні механізми сімейної дисфункції. Зокрема, трудовголізм, нерідко соціально санкціонований і навіть заохочуваний, призводить до хронічної відсутності батька чи матері в емоційному житті дитини, що за своїми наслідками може бути подібним до наслідків фізичної недоступності батьків при хімічних залежностях [7].

Ігрова залежність та інтернет-залежність поступово виходять у центр уваги через їхній вплив на якість батьківства: залежний від гри або соціальних мереж батько виявляється психологічно відсутнім навіть за фізичної присутності, що формує у дитини досвід емоційної невидимості й незначущості власних потреб [17]. Стиль виховання безпосередньо пов'язаний

із емоційною компетентністю і дітей, і батьків, а батьківська емоційна доступність є ключовою умовою формування надійного прив'язаності у дитини [21].

Принципово важливим є те, що будь-яка залежність батьків, незалежно від її виду, породжує сімейне середовище, позбавлене двох базових характеристик, необхідних для здорового психічного розвитку дитини: передбачуваності та емоційної безпеки. Залежний батько може бути теплим і залученим в один момент і холодним, агресивним або недоступним у наступний, що унеможливорює формування у дитини стабільної внутрішньої моделі світу [14]. Матері з розладами вживання психоактивних речовин зазнають значних труднощів у забезпеченні дітей підтримувальним середовищем і в чуйному реагуванні на їхні потреби, навіть за умови збереженої мотивації до турботи про дитину [12].

Для наочного представлення класифікації батьківських залежностей та їхніх проявів у сімейній системі наведено зведену характеристику у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Класифікація батьківських залежностей та їхній вплив на сімейну систему

Тип залежності	Підвид	Основні прояви у батьківській поведінці	Характеристика сімейного середовища
Хімічна	Алкогольна	Перепади настрою, агресія, нехтування, амнезія епізодів	Непередбачуване, хаотичне
	Наркотична	Хронічна відсутність, ризикована поведінка, кримінальний контекст	Небезпечне, нестабільне
	Токсикоманія	Деградація особистості, соціальна ізоляція	Занедбане, збіднене
Поведінкова	Ігрова (гемблінг)	Фінансові кризи, відсутність, тривога	Тривожне, фінансово нестабільне

	Інтернет-залежність	Психологічна відсутність при фізичній присутності	Емоційно спустошене
	Трудоголізм	Хронічна фізична відсутність, ігнорування потреб дитини	Холодне, структуроване, але емоційно бідне

Джерело: складено автором на основі [3; 12; 18; 25; 7].

Окремої уваги заслуговує коморбідність залежностей, яка в клінічній практиці трапляється досить часто: батько може одночасно зловживати алкоголем і мати ознаки інтернет-залежності, або ж поєднувати трудоголізм з епізодичним вживанням психоактивних речовин. Така поліморбідна картина ще більше ускладнює сімейну динаміку і посилює несприятливий вплив на дитину [16]. В сімейних системах, де обидва батьки демонструють різні дисфункційні стилі поведінки або різні стилі виховання, рівень тривожності дітей молодшого шкільного віку значущо зростає, а роз'єднаність батьківських стратегій сама по собі є потужним психологічним чинником дитячого неблагополуччя [1].

Вакар В., досліджуючи взаємозв'язок стилів виховання та батьківсько-дитячих відносин, підкреслює, що вибір батьківської стратегії детермінований не лише особистісними характеристиками дорослих, а й їхнім власним досвідом дитинства, соціальним оточенням і рівнем емоційної компетентності, що особливо актуально у контексті залежних сімей, де інтергенераційна передача дисфункційних патернів є добре задокументованим явищем [2].

Таким чином, батьківська залежність, незалежно від своєї природи та форми, є системоутворювальним чинником сімейної дисфункції, що руйнує базові умови здорового розвитку дитини й закладає підґрунтя для стійких порушень емоційної сфери в майбутньому.

1.2. Психологічні особливості розвитку емоційної сфери дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Перші дванадцять років життя дитини є унікальним за своєю інтенсивністю і значущістю періодом психічного розвитку, впродовж якого закладаються фундаментальні структури особистості, формуються базові емоційні патерни та визначаються стратегії взаємодії людини зі світом на все подальше життя. Емоційна сфера дитини в цьому віковому діапазоні являє собою не статичне утворення, а динамічну систему, що перебуває у стані безперервної трансформації під впливом взаємодії біологічних передумов та соціального середовища [9].

Теорія прив'язаності Дж. Боулбі, яка залишається однією з найвпливовіших концепцій у сучасній психології розвитку, постулює, що здатність дитини регулювати власні емоції формується передусім у контексті стосунків із первинним опікуном [5]. У перші роки життя дитина ще не має власних механізмів саморегуляції і цілковито залежить від зовнішньої регуляції через відгук дорослого. Поступово, за умови стабільних і чуйних стосунків з опікуном, ці зовнішні регуляторні функції інтеріоризуються й стають власними психічними інструментами дитини. Порушення в цьому процесі є прямим наслідком нестабільності або недоступності первинного опікуна, що типово для сімей із залежністю [19].

Вікова динаміка емоційного розвитку дітей до 12 років є неоднорідною і містить кілька якісно відмінних між собою етапів. У ранньому дитинстві (від народження до 3 років) відбувається становлення базової довіри до світу, яке Е. Еріксон описував як фундаментальне психосоціальне завдання першого року. Від вирішення цього завдання залежить те, чи сприйматиме дитина оточуючий світ як безпечний і передбачуваний або ж як загрозливий і ненадійний [10]. У дошкільному віці (3–6 років) активно розвиваються здатність до розпізнавання власних та чужих емоційних станів, елементарні форми емпатії, а також перші паростки вольового регулювання поведінки.

Молодший шкільний вік (6–12 років), своєю чергою, пов'язаний зі стрімким розвитком соціального інтелекту, формуванням самооцінки та здатності до складніших форм емоційної саморегуляції [23].

Науковці, вивчаючи взаємозв'язок між стилем батьківства, прив'язаністю та емоційною компетентністю в дітей 9–11 років, встановили, що авторитетний стиль виховання позитивно корелює з рівнем емоційної компетентності у дітей, тоді як пермісивний стиль батьків пов'язаний із нижчим рівнем емоційної регуляції [21]. Важливою знахідкою цього дослідження є також те, що безпечна прив'язаність у матерів позитивно асоціюється зі стабільними формами дитячої прив'язаності, підтверджуючи інтергенераційний характер передачі емоційних патернів.

Центральним конструктом для розуміння емоційного розвитку в означений віковий період є концепт емоційної саморегуляції, яку сучасні дослідники визначають як здатність модулювати власні емоційні переживання і поведінку відповідно до вимог ситуації та соціальних норм [13]. Розвиток саморегуляції тісно пов'язаний із дозріванням префронтальної кори головного мозку, яка в дітей до 12 років ще не досягла структурної та функціональної зрілості, що робить їх особливо вразливими до хронічного стресу та емоційного хаосу в сімейному середовищі [22].

Рівень емоційної стабільності дитини в даному дослідженні розуміється як інтегрована характеристика, що охоплює здатність переживати й виражати емоції адекватно їхній інтенсивності, відновлюватися після стресу та підтримувати загальний позитивний емоційний фон без залежності від зовнішньої стимуляції. Відповідно до цього розуміння, емоційна нестабільність проявляється у хронічній тривожності, надмірній реактивності, афективній нерівності, схильності до депресивних станів або, навпаки, у емоційному «застиганні» як захисній реакції на нестерпне збудження [8].

Для систематизованого відображення вікових особливостей емоційного розвитку та завдань кожного вікового етапу наведено характеристику в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Вікові особливості емоційного розвитку дітей до 12 років

Віковий етап	Провідні досягнення емоційного розвитку	Основні завдання	Чинники ризику нестабільності
0–3 роки	Базова довіра, первинна прив'язаність, спільна регуляція з опікуном	Формування безпечної бази	Непередбачуваність, відсутність відгуку
3–6 років	Розпізнавання емоцій, зачатки емпатії, первинний самоконтроль	Автономія при збереженні зв'язку	Хаотичний побут, непослідовні вимоги
6–9 років	Складніші форми регуляції, соціальне порівняння, самооцінка	Компетентність, шкільна адаптація	Критика, нестабільність, рольова інверсія
9–12 років	Інтроспекція, емоційний словник, стратегії копіngu	Ідентичність, соціальна інтеграція	Хронічний стрес, тривожність, ізоляція

Джерело: складено автором на основі [9; 5; 10; 23; 8].

Слід підкреслити, що на кожному з означених вікових етапів стабільність оточення, послідовність батьківських реакцій і доступність емоційної підтримки відіграють роль, яку важко переоцінити. Дослідження Frederiksen та співавторів на великій репрезентативній датській вибірці (N = 6 784) продемонструвало, що молоді люди з «сімей із низьким рівнем ACEs» мають значущо вищі шкільні показники й вищу ймовірність продовження освіти порівняно з ровесниками зі «сімей із залежністю» або «сімей із множинними несприятливими факторами» [11]. Хоча наведене дослідження вимірювало академічні результати, а не емоційну стабільність безпосередньо, зв'язок між стабільністю сімейного середовища та адаптивним функціонуванням дитини у ньому є добре встановленим у психологічній літературі.

Особливо вразливими до нестабільності є діти в перехідних вікових точках, зокрема на початку шкільного навчання (6–7 років), коли дитина одночасно стикається з вимогами нового соціального середовища і, за умов сімейної дисфункції, позбавлена надійного «безпечного тилу» вдома. Бліхар у своєму дослідженні, проведеному під час широкомасштабної війни в Україні, встановив, що загальна тривожність учнів молодших класів обернено пов'язана зі стратегією сімейного виховання, а розбіжність між стилями виховання матері та батька є самостійним значущим предиктором дитячої тривожності [1]. Вказаний висновок набуває особливого значення у контексті сімей із залежністю, де розбіжність між батьківськими стратегіями є практично неминучою.

Отже, варто наголосити: діти до 12 років є надзвичайно чутливими до якості сімейного середовища, і будь-який систематичний дефіцит емоційної доступності батьків залишає помітний слід у структурі їхньої емоційної сфери, формуючи уразливість, що нерідко зберігається впродовж усього подальшого розвитку особистості.

1.3. Психологічні механізми деструктивного впливу батьківських залежностей на розвиток особистості дитини.

Розуміння конкретних психологічних і нейробіологічних механізмів, через які батьківська залежність впливає на емоційний розвиток дитини, є необхідним підґрунтям як для теоретичного осмислення проблеми, так і для розробки ефективних інтервенційних програм. Дослідження останніх років дозволили окреслити кілька ключових механізмів, що діють не ізольовано, а в складному взаємозумовленому зв'язку.

Емоційна депривація є, найбільш фундаментальним із цих механізмів. Залежний батько, незалежно від того, йдеться про алкогольну, наркотичну чи поведінкову залежність, виявляється хронічно нездатним надавати дитині достатньо тепла, емоційної чуйності та підтримки. Дослідження Joуse K. та

співавторів підкреслює, що матері з розладами вживання психоактивних речовин зазнають труднощів у забезпеченні дітей підтримувальним середовищем і в чуйному реагуванні на їхні потреби, попри те, що їхня мотивація до материнства може бути збереженою [15]. Емоційна депривація порушує процес формування надійної прив'язаності, внаслідок чого дитина або засвоює тривожно-амбівалентну модель стосунків (постійно шукаючи уваги й одночасно остерігаючись відкидання), або дезорганізовану модель, яка є найбільш патологічною і найчастіше зустрічається в умовах хронічної непередбачуваності батьківської поведінки [19].

Тісно пов'язаним із попереднім є механізм непередбачуваності поведінки батьків, який формує у дитини стійку, хронічну тривогу. Дитина, яка зростає поруч із залежним батьком, не може передбачити, яким він буде сьогодні: турботливим чи агресивним, присутнім чи відсутнім, веселим чи пригніченим. Ця неможливість антиципувати поведінку значимого дорослого блокує нормальний розвиток регуляторних систем, оскільки саморегуляція, за своєю суттю, є здатністю адаптуватися до очікуваних умов середовища [4]. Діти батьків із залежністю значущо частіше проявляють поведінкові проблеми в школі, нижчу академічну успішність та підвищену тривожність саме через хаотичне домашнє середовище [18].

Рис. 1.1 присвячено відображенню механізмів впливу батьківської залежності на дитину.

Особливим і, з клінічної точки зору, надзвичайно значущим механізмом є рольова інверсія, або парентифікація, коли дитина починає виконувати функції батька стосовно власного залежного батька або молодших братів і сестер. Парентифікована дитина несе тягар дорослої відповідальності за емоційний добробут, безпеку і побут сім'ї, при цьому залишаючись позбавленою власного дитинства і підтримки, якої потребує сама. Молоді люди із «сімей із залежністю» значущо частіше не продовжують освіту після обов'язкової школи порівняно з однолітками із сімей без виражених

несприятливих факторів, що може частково відображати саме наслідки раннього прийняття дорослих ролей [11].

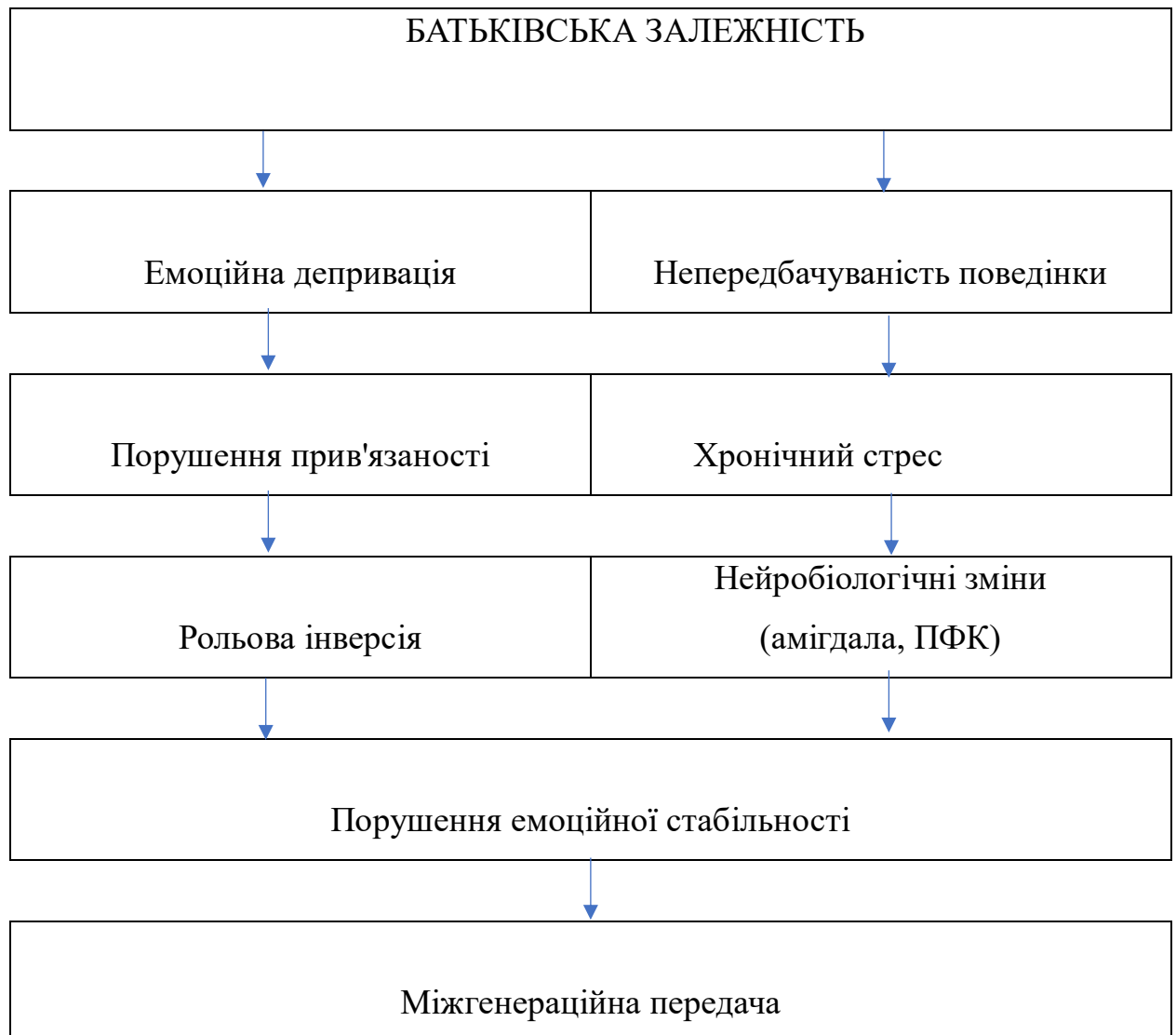


Рис. 1.1. Механізми впливу батьківської залежності на емоційний розвиток дитини

Джерело: складено автором на основі [3; 18; 22; 24; 25].

Порушення прив'язаності як механізм впливу батьківської залежності заслуговує на окремий розгляд. Згідно з класифікацією М. Ейнсворт і подальшими розробками, у дітей батьків із залежністю найчастіше формуються тривожно-амбівалентний або дезорганізований тип прив'язаності, тоді як надійна прив'язаність зустрічається значно рідше [5]. Дезорганізована

прив'язаність є особливо патогенною, оскільки у такому разі дитина перебуває в парадоксальному становищі: джерело безпеки і джерело страху в одній особі, що унеможливорює формування будь-якої коерентної стратегії регуляції [19]. Тривожно-амбівалентна прив'язаність у дітей пов'язана з нижчою емоційною компетентністю, зокрема зі складнощами в регуляції власних емоцій та у взаємодії з оточуючими [21].

Не менш суттєвим є нейробіологічний механізм впливу хронічного стресу, пов'язаного з батьківською залежністю. Тривале перебування в умовах непередбачуваності, страху й емоційної депривації активує гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь, призводячи до хронічного підвищення рівня кортизолу, що чинить токсичний вплив на структури мозку, які розвиваються. Насамперед страждають амігдала, що гіперактивується й стає надмірно чутливою до загрозливих стимулів, і префронтальна кора, розвиток якої пригнічується хронічним стресом, що безпосередньо знижує здатність до вольової регуляції, планування й контролю імпульсів [22; 24]. Cheng та співавтори у своєму лонгітюдному дослідженні дітей матерів із залежністю зафіксували значущо вищу частку когнітивних, мовленнєвих і соціальних затримок розвитку, пов'язаних із постнатальним впливом стресового середовища навіть за відсутності пренатальної токсичної дії [6].

Узагальнену характеристику механізмів впливу та їхніх психологічних наслідків представлено у табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Механізми впливу батьківської залежності на емоційний розвиток дитини

Механізм	Психологічний зміст	Наслідки для розвитку
Емоційна депривація	Дефіцит тепла, чуйності, підтримки з боку батька	Тривожно-амбівалентна або дезорганізована прив'язаність
Непередбачуваність	Хаотична, нестабільна батьківська поведінка	Хронічна тривога, порушення саморегуляції
Рольова інверсія	Прийняття дитиною дорослих ролей	Втрата дитинства, хронічна перевтома, низька самооцінка

Порушення прив'язаності	Ненадійна або дезорганізована прив'язаність	Труднощі в стосунках, емоційна нестабільність
Хронічний стрес	Активация системи стресового реагування	Гіперактивність амігдали, слабкий розвиток ПФК
Міжгенераційна передача	Інтерналізація дисфункційних патернів	Ризик власної залежності або залежних стосунків

Джерело: складено автором на основі [15, 19]

Міжгенераційна передача адиктивних патернів є механізмом із найбільш далекосяжними наслідками. Дитина, що зростала в сім'ї з залежністю, засвоює певні моделі впоратися із стресом, регулювати емоції та будувати стосунки, які в майбутньому можуть проявитися у власній схильності до адиктивної поведінки або у виборі партнера зі схожими характеристиками. Стиль виховання може визначати вибір партнера, професійний успіх і загальне благополуччя вже в дорослому житті [2], Frederiksen К. та співавтори документують статистично значущий підвищений ризик невступу до подальшої освіти для дітей із сімей із залежністю порівняно з контрольною групою [11].

1.4. Емоційна стабільність дитини як об'єкт впливу несприятливого сімейного середовища.

Наслідки виховання в сім'ї, де принаймні один із батьків страждає на залежність, проявляються в широкому спектрі психологічних, поведінкових і соматичних феноменів, що стосуються емоційної сфери дитини. Попри те, що окремі дослідники наголошують на наявності резилієнтності у частини дітей із таких сімей, загальна тенденція у науковій літературі однозначна: батьківська залежність є потужним предиктором емоційної нестабільності в дитячому та підлітковому віці.

Одним із найбільш задокументованих наслідків є підвищена тривожність. Lowthian Е. у систематичному огляді 51 емпіричного

дослідження встановила, що діти батьків із залежністю демонструють значущо вищі показники тривожності, депресивних симптомів та поведінкових проблем порівняно з ровесниками з функціональних сімей [18]. У сімейних системах, де рівень батьківського контролю є непослідовним або надмірним, рівень тривожності у дітей молодшого шкільного віку значущо зростає, а коефіцієнт батьківського авторитаризму, характерний для дисфункційних сімей, є прямим предиктором шкільної тривожності [1]. Frederiksen K. та співавтори, використовуючи латентний класовий аналіз, виявили, що молоді люди із «сімей із залежністю» значущо частіше не були зараховані до жодного навчального закладу після закінчення обов'язкової школи, що можна розглядати як непрямий показник загальної емоційної та поведінкової дезадаптації [11].

Порушення сну та психосоматичні реакції є наслідком, що нерідко недооцінюється в психологічній роботі із сім'ями залежних, але добре задокументований у клінічній практиці. Хронічна гіперактивація нервової системи через непередбачуваність домашнього середовища призводить до того, що дитина залишається в стані постійної готовності до небезпеки навіть уночі. Було зафіксовано підвищену частоту поведінкових і емоційних порушень у дітей матерів із залежністю, причому частина цих порушень мала психосоматичний характер [6]. Нейробіологічні дослідження підтверджують, що хронічна активація стресової системи порушує циркадні ритми і якість сну, що, своєю чергою, ще більше знижує адаптивні можливості дитини [22].

Полярними за своїм зовнішнім виразом, але спільними за внутрішнім механізмом є агресивність і емоційне «застигання». Частина дітей із сімей залежних батьків реагує на хронічний стрес екстерналізованою агресією, яка є способом розрядити нестерпне внутрішнє напруження або отримати увагу, хай навіть негативну. Інші діти демонструють протилежну картину: обмеженість емоційних реакцій, зниження афективного резонансу, «відчуженість» від власного емоційного досвіду, що описують як емоційне заморожування або дисоціативне відсторонення. Lowthian E. документує обидва типи реакцій у

своєму огляді, зазначаючи, що в дослідженнях систематично фіксується як зростання показників екстерналізованих поведінкових проблем (агресія, гіперактивність), так і збільшення інтерналізованих симптомів (тривога, депресія) у дітей батьків із залежністю [18]. Joусе К. та співавтори у систематичному огляді підтверджують, що діти матерів із залежністю мають значущо вищі шанси розвитку як інтерналізованих, так і екстерналізованих проблем порівняно з контрольними групами ($OR = 1,60$ та $OR = 1,81$ відповідно) [15].

Зниження самооцінки є наслідком, що формується внаслідок кількох взаємопосилювальних процесів. По-перше, дитина, яка не отримує послідовного позитивного підкріплення і схвалення від значимих дорослих, формує внутрішній образ себе як недостатньої, «проблемної» або нелюбимої. По-друге, рольова інверсія і невдачі у спробах «врятувати» або «виправити» залежного батька підсилюють відчуття власної неефективності й безпорадності. По-третє, соціальне стигматизування, якому нерідко піддаються діти із таких сімей, додатково підриває самооцінку вже через соціальні порівняння в шкільному середовищі. Авторитарний стиль виховання, поширений у залежних сім'ях, пов'язаний із формуванням у дітей невпевненості, залежності або протестної поведінки [2]. Діти, яких виховують у авторитарному або індіферентному стилі, зазнають труднощів із соціалізацією та самооцінкою [21].

Труднощі в соціальних взаємодіях є закономірним наслідком усієї сукупності описаних вище порушень. Дитина, яка не набула досвіду надійної прив'язаності, не засвоїла моделей здорової взаємності у стосунках і не розвинула адекватних навичок емоційної саморегуляції, закономірно стикається зі складнощами у побудові рівноправних дружніх та партнерських зв'язків. Lowthian зазначає, що в дітей батьків із залежністю систематично фіксуються нижчий академічний академічний самоконцепт та зниженіть задоволення від шкільного спілкування, що відображає ширший дефіцит соціальної компетентності [18]. Молоді люди з «сімей із залежністю» і «сімей

з множинними ACEs» мають значущо нижчий середній бал при закінченні обов'язкової школи, причому для жінок цей ефект є більш вираженим, ніж для чоловіків [11].

Схильність до депресивних тенденцій, яка нерідко не діагностується своєчасно через атипову картину у дітей молодшого шкільного віку, є ще одним задокументованим наслідком виховання в сім'ї залежного. На відміну від дорослих, дитяча депресія часто маскується під соматичні скарги, дратівливість, занепад шкільної мотивації або емоційне відсторонення, що ускладнює її виявлення в загальноосвітніх закладах [26]. Науковці фіксували підвищену частоту емоційних порушень у дітей матерів із залежністю при тривалому лонгітудному спостереженні [6], тоді як інші зазначають, що ефективні програми лікування материнської залежності позитивно впливають не лише на поведінкові показники дітей, а й на їхній загальний емоційний стан.

Основні наслідки батьківської залежності для емоційної стабільності дітей підсумовані у табл. 1.4.

Таблиця 1.4

Наслідки батьківської залежності для емоційної стабільності дітей до 12 років

Наслідок	Клінічні прояви	Вік найбільшого ризику	Задокументованість у літературі
Підвищена тривожність	Шкільна, соціальна, генералізована	6–12 років	Висока
Порушення сну / психосоматика	Інсомнія, болі, енурез	3–9 років	Середня
Агресивність або «застигання»	Екстерналізовані або інтерналізовані проблеми	6–12 років	Висока
Знижена самооцінка	Негативний Я-образ, безпорадність	7–12 років	Висока
Труднощі соціальної взаємодії	Ізоляція, конфліктність, дефіцит емпатії	6–12 років	Висока

Депресивні тенденції	Дратівливість, апатія, зниження мотивації	9–12 років	Середня
----------------------	---	------------	---------

Джерело: складено автором на основі [18, 11, 6, 1]

Отже, необхідно підкреслити, що наслідки батьківської залежності для емоційної стабільності дитини є системними і взаємопов'язаними: підвищена тривожність посилює труднощі в соціальній взаємодії, зниження самооцінки поглиблює депресивні тенденції, а порушення прив'язаності підживлює весь цей комплекс. Саме через цей системний характер психологічна робота з дітьми із сімей залежних потребує комплексного підходу, що враховує одночасно нейробіологічні, психологічні та соціальні виміри описаних порушень.

Висновки до розділу 1

У межах першого розділу встановлено, що залежності батьків поділяються на хімічні та поведінкові, однак незалежно від свого виду породжують спільний знаменник сімейної дисфункції: хаотичне, непередбачуване середовище, позбавлене емоційної безпеки. Дітей у таких сім'ях характеризує значно вища частота тривожно-амбівалентної та дезорганізованої прив'язаності порівняно з однолітками з функціональних родин.

З'ясовано, що емоційна сфера дітей до 12 років формується поетапно і на кожному з вікових етапів є вразливою до дефіциту емоційної доступності батьків. Серед задокументованих механізмів впливу особливу роль відіграють: емоційна депривація, хронічний стрес, порушення прив'язаності та рольова інверсія. Наслідками означених механізмів стають підвищена тривожність, знижена самооцінка, труднощі соціальної взаємодії та депресивні тенденції, які нерідко зберігаються впродовж усього подальшого розвитку особистості.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТАБІЛЬНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ СІМЕЙ З АДИКЦІЯМИ

2.1. Методологічне обґрунтування, програма та процедура емпіричного дослідження.

Емпіричне дослідження було проведено на базі закладу Миколаївська загальноосвітня санаторна школа-інтернат I–III ступенів №4.

Вибір освітнього закладу не був випадковим: школа функціонує у районі з різномірним соціально-економічним контингентом родин, що забезпечувало необхідну гетерогенність вибірки за ключовими параметрами батьківського функціонування. Усі діагностичні процедури проводилися за умови отримання письмової або усної інформованої згоди батьків і самих учасників, гарантування конфіденційності отриманих результатів та забезпечення добровільності участі. Батькам було запропоновано можливість отримати індивідуальну психологічну консультацію за підсумками дослідження, що позитивно вплинуло на рівень мотивації до участі.

До дослідження було залучено тридцять сімей, які виховують дітей одинадцяти–дванадцяти років. Вибір означеного вікового діапазону обумовлений кількома взаємопов'язаними міркуваннями. По-перше, молодший підлітковий вік є перехідним між латентним і препубертатним психологічним розвитком, коли зростаюча рефлексивність дитини дозволяє більш диференційовано усвідомлювати сімейну ситуацію та реагувати на неї. По-друге, саме в цьому віковому діапазоні вплив батьківських виховних стратегій залишається домінуючим порівняно із впливом однолітків, що підвищує чутливість обраних діагностичних показників до характеристик батьківсько-дитячої взаємодії [6].

За структурою вибірка розподілялася так: двадцять повних сімей (*de facto* шлюб або зареєстрований шлюб, де обидва батьки проживають із дитиною) та десять неповних сімей (материнські або, у поодиноких випадках,

батьківські монопарентальні одиниці). Серед дітей п'ятнадцять хлопців і п'ятнадцять дівчат, що забезпечувало гендерний баланс вибірки. Вік досліджуваних дітей становив: одинадцять років – шістнадцять осіб, дванадцять років – чотирнадцять осіб. Соціально-економічний статус сімей оцінювався за суб'єктивними показниками і варіював від нижнього до верхнього середнього рівня.

Психодіагностичне обстеження дітей проводилося індивідуально у шкільному психологічному кабінеті в спокійній обстановці без присутності батьків. Тривалість одного сеансу становила від сорока п'яти до шістдесяти хвилин залежно від темпу роботи конкретного досліджуваного. Батьківські опитувальники учасники заповнювали в домашніх умовах після отримання стандартизованих інструкцій, що знижувало вплив ситуативної соціальної бажаності відповідей. Відповіді кодувалися анонімно з використанням присвоєного кожній сім'ї порядкового номера, завдяки чому була забезпечена конфіденційність персональних даних протягом усього дослідження.

2.2. Характеристика діагностичного інструментарію дослідження емоційної стабільності дитини.

Для досягнення мети дослідження було обрано комплекс валідних і надійних психодіагностичних методик, які у своїй сукупності дозволяють охопити як внутрішньопсихічний стан дитини, так і характеристики батьківського ставлення, що опосередковує цей стан. Добір інструментарію здійснювався за критеріями відповідності вікові досліджуваних, наявності вітчизняних нормативних даних або апробованих перекладів та доповнюваності методик одна одною.

Кольоровий тест М. Люшера застосовувався з метою виявлення актуального емоційного стану дитини та глибинних переживань, що нерідко залишаються неусвідомленими або прихованими від оточення через дію захисних механізмів. Методика базується на психофізіологічному зв'язку між

перевагами певних кольорів і актуальними емоційними станами особистості. Обчислювалися два ключових показники: вегетативний коефіцієнт (ВК), який відображає баланс між процесами збудження та гальмування нервової системи, і сумарне відхилення (СВ) від ідеальної послідовності кольорів, що є індикатором рівня загальної емоційної напруги. Перевагою методики у роботі з дітьми є мінімальний захисний опір, оскільки мета тестування для досліджуваного неочевидна.

Тест дитячої тривожності Р. Теммла, М. Доркі та В. Амена дозволяє діагностувати рівень ситуаційної та загальної тривожності через пред'явлення дитині серії малюнків із типовими побутовими та соціальними ситуаціями. Порівнюючи малюнок із сумним і веселим обличчям персонажа, дитина обирає відповідний емоційний стан. Кількісним підсумком є індекс тривожності (ІТ%), що розраховується як відношення кількості негативних виборів до загальної кількості малюнків, помножене на 100. Методика виявляє передусім тривогу в контексті взаємодії з дорослими, зокрема батьківськими фігурами, що є критично важливим у дослідженнях впливу батьківської поведінки.

Проективна методика «Дім–Дерево–Людина» (ДДЛ) забезпечує доступ до несвідомих аспектів психіки дитини, зокрема до образу сімейної ситуації та власного «Я». Малюнок будинку інтерпретується як проекція уявлень про сімейне оточення і відчуття безпеки; дерево символізує внутрішню психічну енергію та ресурси особистості; зображення людини відображає Я-концепцію та характер міжособистісних стосунків. Аналіз показників нажиму, розмірів, деталізованості, розташування елементів на аркуші та наявності специфічних символів (відсутність вікон, дупло, обламані гілки) дозволяє виявити тривожність, агресивність, депресивні тенденції і відчуття незахищеності. У контексті дослідження методика виявилася незамінною для якісного аналізу індивідуальних випадків.

Шкала нейротизму з опитувальника особистості ЕРQ Г. Айзенка в адаптованій для підліткового віку версії дозволяла кількісно виміряти рівень

емоційної лабільності як стійкої особистісної риси. Нейротизм відображає схильність до надмірних емоційних реакцій, фіксації на негативних переживаннях і підвищеної реактивності на стресові стимули. Паралельно оцінювалася шкала екстраверсії–інтроверсії, оскільки поєднання високого нейротизму з вираженою інтроверсією вважається найменш сприятливим для психологічної адаптації дитини [10].

Опитувальник батьківського ставлення А. Варги та В. Століна (ОБС) заповнювався батьками самостійно і включав п'ять шкал: прийняття–відторгнення, кооперація, симбіоз, авторитарна гіперсоціалізація та інфантилізація. Шкала прийняття–відторгнення є центральною для дослідження, оскільки відображає базовий емоційний знак ставлення батьків до дитини. Шкала авторитарної гіперсоціалізації фіксує ступінь жорсткості контролю, який нерідко посилюється у батьків із залежністю як компенсаторний механізм щодо почуття провини. Шкала симбіозу вказує на ступінь злиття батька з дитиною, що може бути дисфункційним у формі надмірної опіки. Методика надала змогу комплексно охарактеризувати батьківсько-дитячу взаємодію у кожній із досліджуваних сімей.

2.3. Статистичний та кількісний аналіз результатів дослідження емоційних станів дітей.

Обстеження за методикою опитувальника батьківського ставлення виявило значну варіативність виховних позицій у досліджуваній вибірці. Аналіз шкали прийняття–відторгнення засвідчив, що більшість матерів демонструє досить сприятливий рівень емоційного прийняття дитини, однак картина є неоднорідною і включає виразні зони ризику (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Розподіл досліджуваних матерів за шкалою «Прийняття–відторгнення» ОБС (N = 30)

Рівень	Діапазон балів	Кількість (n)	%
--------	----------------	---------------	---

Високий	24–32	18	60,0%
Середній	16–23	12	40,0%
Низький	0–15	0	0,0%

Джерело: розраховано автором

60% матерів продемонстрували високий рівень емоційного прийняття дитини, що відображає сприйняття дитини такою, якою вона є, повагу до її індивідуальності і схильність до тепла у стосунках. Решта 40% матерів опинилися на середньому рівні прийняття із елементами амбівалентності, коли позитивне ставлення поєднується з періодичним емоційним відстороненням або критичністю. Принципово важливо, що жодна мати не потрапила до категорії «Низький» (0–15 балів), хоча це не означає відсутності проблем у батьківсько-дитячих стосунках, оскільки середній рівень прийняття вже асоціюється з помітним погіршенням показників емоційного благополуччя дитини, що буде детально розглянуто далі.

Аналіз шкали кооперації виявив, що більшість матерів декларує зацікавленість у справах і планах дитини, проте рівень цієї зацікавленості суттєво варіює. Результати розподілу за даною шкалою наведено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл за шкалою «Кооперація» ОБС (матері, N = 30)

Рівень	Діапазон балів	Кількість (n)	%
Високий	6–8	17	56,7%
Середній	4–5	9	30,0%
Низький	0–3	4	13,3%

Джерело: розраховано автором

Примітно, що у 13,3% сімей матері демонстрували формальний або дистанційований підхід до виховання з мінімальним залученням до щоденного досвіду дитини. Шкала авторитарної гіперсоціалізації виявила помітні гендерні відмінності між матерями і батьками у повних сім'ях (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Порівняння рівнів авторитарності за ОБС між матерями та батьками (N = 30 матерів, 20 батьків)

Рівень	Діапазон балів	Матері (n)	Матері (%)	Батьки (n)	Батьки (%)
Високий	6–8	5	16,7%	7	35,0%
Середній	4–5	10	33,3%	11	55,0%
Низький	0–3	15	50,0%	2	10,0%

Джерело: розраховано автором

Батьки статистично значуще частіше використовували авторитарний стиль контролю порівняно з матерями: 35,0% проти 16,7%. Половина матерів продемонструвала демократичний підхід, тоді як серед батьків таких виявилось лише 10,0%. Подібна диспропорція у виховних стратегіях батька і матері породжує дисонанс, який сам по собі є значущим стресором для дитини і підвищує загальний рівень сімейної тривоги.

Шкала симбіозу, що фіксує ступінь психологічного злиття матері з дитиною, показала, що близько третини матерів (36,7%) виявляли надмірну емоційну близькість, тоді як оптимальний рівень зафіксовано у 46,7% учасниць. Характерно, що симбіотичні стосунки найчастіше спостерігались у матерів із неповних сімей, де батько емоційно або фізично недоступний, що можна інтерпретувати як компенсаторну реакцію на дефіцит партнерського ресурсу. Шкала інфантилізації показала, що більшість батьків адекватно оцінює вікові можливості своєї дитини: жоден із батьків не продемонстрував виразного інфантилізуючого ставлення, а помірна тенденція до недооцінки спостерігалась лише у 23,3% матерів, переважно за умов симбіотичних стосунків.

Результати кольорового тесту Люшера надали картину актуального енергетичного та емоційного стану досліджуваних дітей. Розподіл вибірки за вегетативним коефіцієнтом відображено в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Розподіл дітей за вегетативним коефіцієнтом тесту Люшера (N = 30)

Рівень	Діапазон ВК	Кількість (n)	%	Інтерпретація
Підвищений	> 1,2	2	6,7%	Збудливість, стрес
Норма	0,8–1,2	17	56,7%	Оптимальна енергетика
Знижений	0,5–0,8	9	30,0%	Астенізація, втома

Критично низький	< 0,5	2	6,7%	Виснаження, депресія
------------------	-------	---	------	----------------------

Джерело: розраховано автором

Середнє значення ВК по вибірці становило 0,94 ($SD = 0,24$), що формально знаходиться у межах норми, проте маскує значну поляризацію між підгрупами. Майже третина дітей (36,7%) мала знижені або критично знижені значення ВК, що вказує на хронічне виснаження адаптаційних ресурсів. Найнижчий зафіксований показник (0,4) належав дівчинці 12 років із сім'ї, де мати отримала найнижчий бал за шкалою прийняття серед усієї вибірки. Клінічне спостереження у поєднанні з проєктивними даними підтвердило у неї виразну депресивну симптоматику.

Сумарне відхилення (СВ) від ідеальної послідовності кольорів розкриває ще одну важливу закономірність (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Розподіл дітей за рівнем сумарного відхилення (СВ) тесту Люшера (N = 30)

Рівень напруги	Діапазон СВ	Кількість (n)	%
Критична	29+	3	10,0%
Висока	21–28	6	20,0%
Помірна	13–20	9	30,0%
Низька	0–12	12	40,0%

Джерело: розраховано автором

Рівень сумарного відхилення вказує на те, що 30% дітей перебувають у стані вираженої або критичної емоційної напруги, яка потребує психологічного втручання. У 10% випадків показники досягають рівня, який традиційно асоціюється з ознаками дезадаптації й можливою клінічною симптоматикою. Аналіз якісних особливостей кольорових виборів у дітей із високим СВ виявив, що відштовхувані позиції у них нерідко включали як збуджуючі (червоний, жовтий), так і заспокійливі (синій, зелений) кольори, що психологічно означає відмову від активного контакту зі світом, зумовлену травматичним чи хронічно стресовим досвідом.

Тест дитячої тривожності виявив найбільш диференційований розподіл між дітьми у вибірці. Середнє значення індексу тривожності становило 51,2% (SD = 22,0), що відповідає межі між помірно підвищеним і клінічно значущим рівнями. Розподіл за рівнями наведено в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Розподіл дітей за індексом тривожності (ІТ%) методики Теммла–Доркі–Амен (N = 30)

Рівень тривожності	Діапазон ІТ%	Кількість (n)	%
Дуже високий (критичний)	71–100%	7	23,3%
Високий	43–70%	11	36,7%
Низький	0–42%	12	40,0%

Джерело: розраховано автором

Майже чверть вибірки 23% продемонструвала критично високий рівень тривожності, за якого дитина сприймає переважну більшість повсякденних ситуацій як загрозливі. Ще третина учасників мала підвищений рівень тривожності, де виборна картина виявляла вибірккову вразливість: найбільша кількість негативних відповідей концентрувалася в ситуаціях взаємодії з батьківськими фігурами або сценаріях оцінювання дитини значущим дорослим. Якісний аналіз виборів засвідчив, що у сімох випадках з максимальними показниками тривожності батьки одночасно декларували у опитувальнику ОБС стосунки без проблем, що свідчить про виражену невідповідність між батьківською самопрезентацією та реальним емоційним досвідом дитини.

Хлопчик одинадцяти років із сім'ї № 3 обрав негативні емоційні реакції у чотирнадцяти малюнках з чотирнадцяти, включаючи об'єктивно нейтральні ситуації (умивання, вдягання), що клінічно інтерпретується як генералізоване депресивне забарвлення всього емоційного фону і є вагомим аргументом для направлення дитини на поглиблену психіатричну консультацію.

Шкала нейротизму забезпечила кількісне вимірювання базового рівня емоційної лабільності як стабільної особистісної риси, що формується під тривалим впливом умов виховання. Середнє значення нейротизму по вибірці

становило 13,5 бала ($SD = 4,8$), що відповідає верхній межі помірного рівня. Розподіл за рівнями відображено в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Розподіл дітей за рівнем нейротизму (шкала EPQ Айзенка, $N = 30$)

Рівень	Діапазон балів	Кількість (n)	%
Дуже високий	19–24	6	20,0%
Високий	16–18	5	16,7%
Середній	13–15	8	26,7%
Низький	0–12	11	36,7%

Джерело: розраховано автором

Загалом майже кожна третя дитина у вибірці 36,7% виявила клінічно значущий або виражений нейротизм, що свідчить про стійку схильність до надмірних емоційних реакцій і тривожного сприйняття дійсності. Середнє значення екстраверсії становило 13,3 бала ($SD = 4,0$), причому дев'ять дітей (30,0%) виявили виражену екстравертованість, п'ятнадцять (50,0%) – амбівертованість, а шість (20,0%) – виражену інтровертованість. Аналіз критичних поєднань темпераментальних характеристик наведено в табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Розподіл дітей за критичними поєднаннями нейротизму та екстраверсії ($N = 30$)

Тип профілю	Критерії	n	%	Психологічні ризики
Максимальний ризик	$N > 18 + E < 10$	5	16,7%	Тривожно-депресивні розлади
Підвищений ризик	$N 16-18 + E < 13$	3	10,0%	Інтерналізація проблем
Помірний ризик	$N 13-15$	8	26,7%	Потреба у підтримці при стресі
Оптимальний профіль	$N < 13 + E > 13$	9	30,0%	Ресурсне поєднання
Неоднозначний	Змішані показники	5	16,7%	Залежить від ситуації

Джерело: розраховано автором

Найбільш несприятливе поєднання – виражений нейротизм разом із вираженою інтроверсією виявлено у п'яти дітей (16,7% вибірки). Саме ця конфігурація є найризикованішою для формування стійких тривожно-депресивних розладів, оскільки емоційна вразливість не компенсується активними соціальними контактами, а відсутність зовнішньої підтримки поглиблює внутрішній дистрес і формує характерну руміцинацію.

Проективна методика «Дім–Дерево–Людина» надала якісно насичений матеріал, що дозволив заглибитися в індивідуальне переживання сімейної ситуації кожною дитиною. У малюнках дітей із підвищеними показниками тривожності систематично з'являлися певні тривожні символи, розподіл яких за категоріями відображено в табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Частота виявлення тривожних ознак у малюнках методики ДДЛ (N = 30)

Категорія ознак	Тривожні маркери	Кількість (n)	%
Депресивні тенденції	Темні кольори, нижня частина аркуша, слабкий нажим, бідна деталізація	15	50,0%
Агресивні тенденції	Сильний нажим, загострені елементи, хаотичне штрихування	7	23,3%
Ознаки незахищеності (дім)	Відсутність вікон/дверей, ґрати, паркан	12	40,0%
Ознаки тривоги (дерево)	Оголене дерево, обламані гілки, душло	10	33,3%
Знижена Я-концепція (людина)	Маленький розмір, схематичність, відсутність рис обличчя	13	43,3%

Джерело: складено автором

Половина вибірки (50,0%) виявила в малюнках депресивні маркери, зокрема переважання темних кольорів, мінімальний натиск і збіднену деталізацію образів. Ці символи вказують на зниження загального енергетичного тону і відмову від активної взаємодії зі світом. Ознаки зниженої Я-концепції зафіксовано у 43,3% учасників: маленька або схематична фігура людини без чітко виражених рис обличчя є проекцією відчуття власної

незначущості і нелюбимості, що типово формується в умовах хронічного дефіциту батьківського прийняття.

Символи незахищеності в зображенні будинку (відсутність вікон або дверей, ґрати, глухий паркан без доріжки) виявлено у чотирьох із десяти дітей, що символічно відображає сприйняття сімейного простору як закритого, ворожого або загрозливого. Нерідко такі малюнки належали дітям, чий батьки продемонстрували середні або нижчі показники прийняття за ОБС. Агресивні тенденції, виражені через сильний нажим і загострені лінії, виявлено у 23,3% учасників, що збігається з теоретичними уявленнями про агресію як форму екстерналізованої реакції на нестерпне внутрішнє напруження.

Кореляційний аналіз методом Пірсона був проведений для оцінювання статистичних зв'язків між основними показниками дослідження. Для забезпечення максимальної валідності результатів застосовувалося попарне виключення пропущених значень, оскільки батьки у неповних сім'ях не заповнювали відповідні батьківські шкали. Результати ключових кореляцій наведено в табл. 2.10.

Таблиця 2.10

Коефіцієнти кореляції Пірсона між основними показниками дослідження (N = 30, попарне виключення пропущених)

Пара показників	r	p	Інтерпретація зв'язку
ІТ% та нейротизм (N)	0,980	< 0,001***	Сильний позитивний
ІТ% та СВ Люшера	0,962	< 0,001***	Сильний позитивний
Нейротизм (N) та СВ	0,976	< 0,001***	Сильний позитивний
Прийняття М та ІТ%	-0,857	< 0,001***	Сильний негативний
Прийняття М та N	-0,841	< 0,001***	Сильний негативний
Авторитарність М та N	0,827	< 0,001***	Сильний позитивний
Авторитарність М та ІТ%	0,829	< 0,001***	Сильний позитивний
ВК та нейротизм (N)	-0,777	< 0,001***	Сильний негативний
ВК та ІТ%	-0,739	< 0,001***	Сильний негативний

Позначення: *** $p < 0,001$.

Джерело: розраховано автором

Отримані результати виявили щільні кореляційні зв'язки між трьома ключовими індикаторами емоційного неблагополуччя дитини: індексом тривожності, рівнем нейротизму та сумарним відхиленням у тесті Люшера. Коефіцієнти кореляції між цими трьома показниками лежать у діапазоні 0,962–0,980 при $p < 0,001$, що свідчить про їхню конвергентну валідність: незважаючи на принципово різні методологічні підходи, усі три методики фіксують один і той самий базовий конструкт – емоційну нестабільність дитини. Подібна конвергентність є важливим аргументом на користь вибраної батареї методик.

Особливо значущими у контексті основного дослідницького питання є кореляції між батьківськими показниками та показниками дитини. Рівень прийняття матері виявляє сильний негативний зв'язок з індексом тривожності дитини ($r = -0,857$; $p < 0,001$) та рівнем її нейротизму ($r = -0,841$; $p < 0,001$): чим нижчим є емоційне прийняття дитини матір'ю, тим вищими є ці показники. Водночас авторитарна гіперсоціалізація корелює в позитивному напрямку з нейротизмом ($r = 0,827$) та тривожністю ($r = 0,829$), що підтверджує уявлення про жорсткий батьківський контроль як самостійний патогенний чинник.

Вегетативний коефіцієнт, що відображає нейрофізіологічну складову адаптації, виявив сильні негативні кореляції з нейротизмом ($r = -0,777$) та тривожністю ($r = -0,739$): зниження вегетативного коефіцієнта супроводжується зростанням психологічних показників емоційного неблагополуччя. Таким чином, психологічний дистрес дитини відображається не лише у суб'єктивних самозвітних і проєктивних показниках, а й у характеристиках нейровегетативної регуляції, що узгоджується з нейробіологічними концепціями хронічного стресу у дітей.

Для поглибленого аналізу зв'язку між батьківськими характеристиками й емоційним станом дітей вибірку було розподілено на дві групи за рівнем материнського прийняття: група з високим рівнем прийняття (ОБС ≥ 24 балів,

n = 18) та група з помірним рівнем прийняття (ОБС 16–23 балів, n = 12). Порівняльна характеристика груп наведена в табл. 2.11.

Таблиця 2.11

Порівняльна характеристика емоційних показників дітей у групах з різним рівнем материнського прийняття

Показник	Висок. прийняття (n=18) M ± SD	Пом. прийняття (n=12) M ± SD	Різниця
ВК (Люшер)	1,06 ± 0,12	0,77 ± 0,15	0,29 (27,4%)
СВ (Люшер)	9,8 ± 3,4	22,4 ± 5,6	12,6 (128,6%)
ІТ% (тривожність)	37,0 ± 11,3	72,6 ± 14,8	35,6 (96,2%)
Нейротизм (N)	10,4 ± 2,1	18,1 ± 3,2	7,7 (74,0%)
Екстраверсія (E)	15,9 ± 2,3	10,1 ± 2,8	-5,8 (-36,5%)

Джерело: розраховано автором

Порівняння двох груп демонструє різку поляризацію за всіма показниками емоційного стану. Діти групи з помірним материнським прийняттям мають індекс тривожності, що майже вдвічі перевищує відповідний показник групи з високим прийняттям (72,6% проти 37,0%). Рівень нейротизму у групі помірного прийняття вищий на 74,0% – 18,1 бала проти 10,4 бала. Вегетативний коефіцієнт у цій групі знижений на 27,4%, тоді як сумарне відхилення Люшера більш ніж удвічі перевищує відповідний показник у сприятливій групі. Показово, що навіть «помірне» зниження батьківського прийняття від високого до середнього рівня вже асоціюється з клінічно помітним погіршенням емоційного стану дитини.

Відмінності у рівні екстраверсії між групами також суттєві: 15,9 бала проти 10,1 бала. Це означає, що в умовах помірного прийняття діти схильні до більш замкнутого й дистанційованого соціального функціонування, що, у поєднанні з вищим нейротизмом, утворює несприятливу конфігурацію особистісних рис для соціальної адаптації.

Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) застосовувався для перевірки гіпотези щодо відмінностей між дітьми з повних ($n = 20$) і неповних ($n = 10$) сімей за основними показниками емоційного стану. Результати аналізу наведено в табл. 2.12.

Таблиця 2.12

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA): повні vs. неповні сім'ї ($N = 30$)

Показник	М (повна)	SD	М (неповна)	SD	F	p	Знач.
ВК	0,96	0,25	0,90	0,26	0,398	0,533	н.з.
СВ	13,8	8,5	17,1	6,6	1,302	0,264	н.з.
ІТ%	49,2	23,2	55,3	19,7	1,402	0,246	н.з.
Нейротизм (N)	12,8	5,0	14,9	4,2	2,551	0,122	н.з.
Екстраверсія (E)	13,7	4,3	12,5	3,4	2,289	0,141	н.з.
Прийняття М (ОБС)	25,3	4,1	23,7	3,8	0,342	0,563	н.з.
Авторитарність М (ОБС)	4,3	1,8	5,1	1,5	1,206	0,281	н.з.

Позначення: н.з. – статистично незначущий результат ($p > 0,05$).

Джерело: розраховано автором

Жоден із показників не виявив статистично значущих відмінностей між дітьми з повних і неповних сімей (усі $p > 0,05$). Водночас тенденція – хоча і статистично незначуща через обмежений обсяг вибірки – вказує на дещо вищі рівні тривожності (55,3% проти 49,2%) та нейротизму (14,9 проти 12,8) у неповних сім'ях. Найбільший ефект виявлено для нейротизму ($F = 2,551$), проте і він не досягає порогу значущості при $p = 0,122$.

Відсутність значущих відмінностей між типами сімейної структури є важливим самотійним висновком: не сам факт неповноти сімейної структури, а якість батьківсько-дитячої взаємодії всередині сім'ї будь-якого типу визначає емоційний стан дитини. Саме рівень прийняття і характер контролю, а не склад сімейної одиниці, є статистично значущими предикторами емоційної

стабільності дитини, що узгоджується із сучасними теоретичними уявленнями про пріоритет якості прив'язаності над формальними параметрами сімейної структури.

Отже, діти досліджуваної вибірки демонструють широкий спектр рівнів емоційної стабільності – від виразно адаптивного до клінічно значущого дезадаптивного. Системоутворювальним чинником, що визначає положення кожної дитини на означеному континуумі, є характер батьківського ставлення, передусім рівень емоційного прийняття матір'ю. Кореляційна картина засвідчує, що зростання прийняття пов'язане зі зниженням тривожності, нейротизму та емоційної напруги, натомість авторитарна гіперсоціалізація виступає незалежним патогенним чинником. Водночас тип сімейної структури сам по собі не є визначальним предиктором емоційного стану дитини.

2.4. Психологічна інтерпретація та якісний аналіз особливостей емоційної стабільності дітей із деструктивних сімей.

Якісний аналіз, що спирається на матеріали проєктивної методики «Дім–Дерево–Людина», на спостереження під час діагностичних сесій і на розгорнуті відповіді дітей у напівструктурованих бесідах, дозволяє заглибитися в суб'єктивний досвід дитини, туди, де жодна числова шкала не досягає. Саме тому якісний вимір дослідження розглядається не як допоміжний, а як рівноправний компонент загального аналітичного апарату.

Серед наскрізних тем, що повторювалися у висловлюваннях дітей незалежно від статі та типу сімейної структури, найбільш виразно вирізнялися страх непередбачуваності, невпевненість у власній цінності, хронічне відчуття сорому та схильність до самозвинувачення. Страх як базова категорія суб'єктивного досвіду фігурував у контексті, що на перший погляд видавався нейтральним: діти висловлювали тривогу не лише щодо явно загрозливих ситуацій, а й щодо цілком повсякденних – повернення батька з роботи, телефонного дзвінка, змін у звичному розпорядку дня. Показово, що

формулювання страху у більшості випадків не конкретизувалось: «не знаю, чого боюся, просто боюся», «коли тихо – ще гірше, ніж коли гучно». Такі висловлювання зафіксовано у 7 дітей із 12, що продемонстрували підвищені або критичні рівні тривожності за методикою Теммла–Доркі–Амен [8].

Невпевненість у власній цінності, нерозривно пов'язана зі стійким відчуттям сорому, виявилась у характерному способі дітей описувати проблеми в сімейній ситуації. Більшість із них шукала причини батьківської холодності або непередбачуваності у власній поведінці чи особистості, а не у стані батьків. «Якби я поведився краще, тато не ображався б» або «мама так робить, бо я набридаю» - подібні висловлювання зафіксовано у 9 дітей, що виявили середній або помірний рівень прийняття за материнською шкалою ОБС. Стратегія самозвинувачення, яку психоаналітична традиція описує як інтроекцію агресії зовнішнього об'єкта, виконує захисну функцію: якщо проблема в мені, то я маю змогу її виправити, а значить, ситуація не цілковито безнадійна [16].

Рольова інверсія, або парентифікація, спостерігалась у поведінці та висловлюваннях 5 дітей із неповних сімей і 3 із повних. Характерно, що самі діти не усвідомлювали незвичності власного становища: «я завжди знаю, де мамині ліки», «я вже вмію заспокоювати сестру, коли вдома голосно» - такі фрази промовлялись із видимим відтінком гордості, за яким приховувалась виражена тривога [18].

Особливо показовими виявилися два контрастних випадки, розгляд яких дозволяє наочно продемонструвати зв'язок між характером батьківської взаємодії та якісними особливостями емоційного функціонування дитини. Хлопчик одинадцяти років із сім'ї № 3, котрий отримав найнижчий серед хлопців індекс тривожності (86%) та найвищі показники нейротизму (21 бал), під час малювання «Будинку» зображував споруду без жодного вікна і без дверей, обнесену масивним парканом із гострими виступами. Дерево у його роботі являло собою оголений стовбур із зламаними гілками та виразним дуплом посередині – класичний проективний маркер психічної травми і

переривання процесу психологічного зростання [17]. Водночас малюнок людини займав лише близько десятої частини аркуша і зображував схематичну фігуру без рис обличчя, розташовану в нижньому лівому куті, що інтерпретується як поєднання низької самооцінки, пасивності та орієнтації на минуле. Спостереження під час сесії зафіксувало виразне м'язове напруження, монотонну мову і відсутність контакту очима при обговоренні теми родини.

Принципово відмінна якісна картина спостерігалась у дівчинки 12 років із сім'ї № 12, де материнське прийняття склало 30 балів при кооперації 8 балів. У її малюнку будинок мав відчинені вікна зі шторами, квіти перед входом і доріжку, що веде від воріт до порогу. Дерево відзначалось розвинутою кроною з позначеними плодами, а людина займала центр аркуша, мала чітко промальоване обличчя й відкриту позу. Під час бесіди дитина легко перераховувала людей, до яких може звернутися по допомогу, і вільно говорила про власні почуття, що є переконливим показником сформованого безпечного прив'язаності.

Ще один якісно відмінний патерн, виявлений у 6 дітей із помірним рівнем батьківського прийняття, емоційне «застигання» або афективна констрикція. Зовні такі діти виглядали слухняними, навіть надто «зручними»: відповідали коротко, уникали виразних жестів і мімічних реакцій, не демонстрували ні тривоги, ні агресії. Проте проективний матеріал суперечив такій поверхневій рівновазі: у малюнках переважали темні кольори, нажим був слабким і нерівномірним, а зображення людини в кількох випадках не мало рук – симптоматична деталь, що традиційно пов'язується з відчуттям безпорадності і неможливості впливати на ситуацію [17].

Для систематизації якісних тем, виявлених у процесі аналізу, і оцінювання їхньої поширеності у вибірці складено зведену характеристику основних патернів поведінки й переживань досліджуваних дітей, що наведена у табл. 2.13.

Таблиця 2.13

Основні якісні патерни емоційного функціонування дітей за результатами проєктивного аналізу та спостереження (N = 30)

Патерн / тема	Кількість (n)	% вибірки	Основні прояви
Страх непередбачуваності	12	40,0%	Тривога щодо нейтральних ситуацій, дифузний страх «нічого конкретного»
Самозвинувачення й сором	9	30,0%	Приписування батьківської холодності власній «неправильності»
Рольова інверсія (парентифікація)	8	26,7%	Виконання дорослих функцій, турбота про батьків або молодших дітей
Афективна констрикція	6	20,0%	Зовнішній спокій при виразних проєктивних маркерах дистресу
Депресивні тенденції у малюнках	15	50,0%	Темні кольори, слабкий нажим, нижня частина аркуша, відсутність деталей
Знижена Я-концепція	13	43,3%	Мала фігура людини, відсутність рис обличчя, схематичність
Символи незахищеності (дім)	12	40,0%	Відсутність вікон/дверей, ґрати, паркан з гострими виступами
Сприйняття хаосу як норми	7	23,3%	Відсутність здивування від ненормативних ситуацій, нормалізація конфлікту

Джерело: складено автором

Представлені категорії не є взаємовиключними: у значної частини дітей одночасно виявлялись кілька взаємопов'язаних патернів, утворюючи складний симптомокомплекс, що відображає системний характер впливу несприятливої батьківської взаємодії на емоційну сферу дитини.

Особливої уваги заслуговує патерн нормалізації хаосу, виявлений у семи дітей. Знаковим є те, що ці діти не описували свою сімейну ситуацію як проблемну, навіть коли спостережені факти свідчили про явну дисфункцію. «У всіх так буває», «батьки іноді посваряться - нічого страшного», при тому, що за контекстом розмови йшлося про систематичну непередбачуваність або

емоційну недоступність. Нормалізація хаосу є добре описаним захисним механізмом, що дозволяє зберегти базовий психологічний спокій в умовах тривалого стресу, проте водночас блокує звернення по допомогу і розпізнавання власних потреб.

Зіставлення якісних патернів із кількісними показниками дозволяє виявити додаткові закономірності, які не відображаються в жодному окремому числовому показнику. Зокрема, афективна констрикція корелювала не з найвищими, а з помірно підвищеними кількісними рівнями тривожності: у дітей, що «застигали», індекс тривожності коливався в діапазоні 43–64%, тоді як у дітей з активними тривожними реакціями він часто перевищував 71%. Подібне розходження свідчить про те, що констрикція є не ознакою меншої тривоги, а результатом більш жорсткого захисного пригнічення афекту, яке в довгостроковій перспективі є не менш несприятливим, ніж відкритий вираз дистресу, оскільки блокує будь-яку природну регуляцію емоційного стану.

Незалежно від конкретного патерну реагування, спільним для переважної більшості дітей із несприятливим досвідом батьківської взаємодії виявився дефіцит базового відчуття психологічної безпеки, яке Д. Вінікот описував як здатність «просто бути» без необхідності постійно адаптуватися до непередбачуваних зовнішніх вимог. Саме відновлення цього відчуття безпеки через структуровані психокорекційні заходи і є першочерговим завданням допомоги дітям із досліджуваної групи ризику.

Висновки до розділу 2

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці з тридцяти сімей, підтвердило основну гіпотезу роботи та дозволило конкретизувати характер зв'язку між батьківськими характеристиками та емоційною стабільністю дітей 11–12 років.

Встановлено, що майже шістдесят відсотків вибірки демонструють підвищені або критичні рівні тривожності, а третина – виражений нейротизм. Показники трьох методик (ІТ%, СВ Люшера і шкала нейротизму Айзенка)

виявили дуже сильні взаємні кореляції ($r = 0,962-0,980$; $p < 0,001$), що підтверджує їхню конвергентну валідність. Рівень материнського прийняття виявився найсильнішим предиктором тривожності ($r = -0,857$) та нейротизму ($r = -0,841$) дитини, тоді як авторитарна гіперсоціалізація чинила незалежний патогенний вплив. Порівняння повних і неповних сімей не виявило статистично значущих відмінностей (усі $p > 0,05$), що вказує на пріоритет якості батьківсько-дитячої взаємодії над формальним складом сімейної одиниці.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНА ДОПОМОГА ДІТЯМ У ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ БАТЬКІВСЬКОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

3.1. Основні напрями та підходи до психокорекції емоційних порушень у дітей до 12 років.

Корекція емоційної нестабільності у дітей, які зростають в умовах батьківських залежностей, становить особливу проблему для практичної психології. Специфіка роботи полягає в тому, що психолог має справу не з ізольованим симптомом, а з наслідками тривалого перебування дитини у середовищі хронічної непередбачуваності, емоційної депривації та порушення базових механізмів прив'язаності. Водночас сама сімейна система часто залишається дисфункційною, оскільки батьки з активними залежностями рідко демонструють готовність до системної психологічної роботи або здатність підтримувати позитивні зміни. За таких обставин дитина стає єдиним доступним суб'єктом корекційного впливу, а основною метою втручання виступає розвиток внутрішніх ресурсів емоційної стійкості, формування адаптивних копінг-стратегій та відновлення порушеного емоційного балансу навіть за збереження несприятливих зовнішніх умов [14].

Когнітивно-поведінкова терапія для дітей посідає провідне місце серед науково обґрунтованих підходів до роботи з емоційною нестабільністю молодшого підліткового віку. Базовою передумовою когнітивно-поведінкової концепції є уявлення про те, що емоційні стани та поведінкові реакції дитини опосередковуються не самою об'єктивною ситуацією, а когніціями, які формуються у процесі суб'єктивної інтерпретації подій. Діти з дисфункціональних сімей часто засвоюють ірраціональні переконання («якщо тато знову п'є, значить я погана дитина», «якщо мама на мене кричить, я нічого не варта»), що породжують виражену негативну емоційну реакцію та підкріплюють відчуття безпорадності [16]. Корекційна робота в межах когнітивно-поведінкового підходу включає кілька взаємопов'язаних компонентів: навчання дитини розпізнавати власні автоматичні думки,

оцінювати їхню відповідність реальності, розробляти альтернативні, більш адаптивні інтерпретації, а також освоювати поведінкові техніки релаксації та самозаспокоєння для зниження фізіологічного збудження. Ефективність цього методу підтверджується численними дослідженнями, зокрема метааналіз демонструє, що КПТ-втручання значущо знижують рівень тривожності та депресивних симптомів у дітей навіть за відсутності змін у батьківській поведінці [17].

Емоційно-фокусована терапія представляє альтернативний напрям, який акцентує увагу не стільки на когніціях, скільки на безпосередньому проживанні та трансформації емоційного досвіду дитини. Цей підхід виходить із визнання того, що діти з травматичним досвідом часто втрачають здатність диференціювати власні емоції, адекватно їх виражати та регулювати інтенсивність. Хронічне перебування у стані емоційного перевантаження призводить до формування вторинних захисних механізмів: емоційного заморожування, дисоціації або агресивних спалахів як способу розрядити нестерпне внутрішнє напруження. Емоційно-фокусована робота полягає у створенні для дитини безпечного простору, в якому вона може пережити раніше заблоковані або придушені емоції (гнів, сум, страх) за підтримки емпатійного дорослого. Терапевт допомагає дитині символізувати її переживання через вербальну мову, метафори або експресивні засоби, що само по собі знижує інтенсивність афекту та сприяє інтеграції травматичного досвіду у цілісну наративну структуру.

Арт-терапія як метод корекції емоційної нестабільності використовує можливості творчої експресії для трансформації внутрішніх конфліктів та символічного опрацювання складних переживань. Особлива цінність арт-терапії полягає в тому, що вона обходить захисні механізми, які у травмованих дітей часто активуються при прямих вербальних запитаннях про сім'ю або емоційний стан. Через малювання, ліплення, колаж або інші візуальні засоби дитина отримує можливість виразити те, для чого ще немає слів, і побачити власні конфлікти у символічній формі, що робить їх менш загрозливими [29].

Груповий формат корекційної роботи особливо доцільний для дітей із сімей залежних, оскільки ізоляція та відчуття аномальності власного досвіду є одним із найважчих аспектів їхнього становища. Багато дітей виростають у переконанні, що вони єдині, хто стикається з подібною сімейною ситуацією, а табу на обговорення батьківської залежності поза домом підсилює відчуття самотності. Групова робота руйнує ізоляцію через зустріч із однолітками, котрі перебувають у схожих обставинах, що саме по собі є потужним терапевтичним фактором: діти усвідомлюють, що їхні переживання є нормальною реакцією на ненормальну ситуацію [9]. Водночас групова динаміка надає можливість спостерігати за різними способами впоратися з емоціями, обмінюватися стратегіями та отримувати підтримку від ровесників, авторитет яких у молодшому підлітковому віці зростає. Важливим аспектом групової роботи є формування почуття групової приналежності, що компенсує дефіцит безпечної прив'язаності в сім'ї.

Техніки майндфулнесу та саморегуляції становлять практичний інструментарій, який може бути інтегрований у різні теоретичні підходи. Майндфулнес-техніки навчають дитину спостерігати за власними думками та емоціями без осуду і без автоматичної реакції, що дозволяє створити внутрішній простір між стимулом та відповіддю. Для дітей із сімей залежних, котрі звикли перебувати в стані постійної готовності реагувати на непередбачувану батьківську поведінку, навичка зупинитися та усвідомити власний внутрішній стан перед реакцією є надзвичайно цінною [22]. Дихальні техніки, прогресивна м'язова релаксація та візуалізація безпечного місця забезпечують швидкий спосіб знизити фізіологічне збудження в момент гострого стресу. Важливо, що ці техніки надають дитині відчуття внутрішнього контролю: попри те, що вона не може змінити батьківську поведінку, вона здатна керувати власним емоційним станом, що підсилює внутрішній локус контролю та знижує почуття безпорадності.

Розвиток копінг-стратегій виступає наскрізним завданням корекційної роботи незалежно від обраного теоретичного підходу. Діти з

дисфункціональних сімей часто засвоюють неадаптивні способи впоратися зі стресом: уникнення, дисоціацію, агресивні реакції або, навпаки, надмірну відповідальність і намагання контролювати неконтрольоване [3]. Корекційна програма має систематично знайомити дітей із адаптивними копінг-стратегіями: пошуком соціальної підтримки, активним розв'язанням проблеми там, де вона підлягає контролю, когнітивним переоцінюванням і самозаспокоєнням у ситуаціях, які не підлягають зміні.

Інтеграція різних підходів у межах комплексної корекційної програми є найбільш оптимальною стратегією, оскільки кожен із описаних методів відповідає різним аспектам емоційної нестабільності. Когнітивно-поведінкова робота дозволяє змінити дисфункційні переконання та сформувати навички саморегуляції; емоційно-фокусований підхід забезпечує проживання заблокованих емоцій та інтеграцію травматичного досвіду; арт-терапія надає безпечний спосіб символічної експресії; груповий формат руйнує ізоляцію; а техніки майндфулнесу дають практичні інструменти швидкої допомоги. Сучасні дослідники дедалі частіше наголошують на перевагах еклектичного підходу, що комбінує елементи різних терапевтичних традицій відповідно до індивідуальних потреб конкретної дитини [14]. Водночас будь-яка корекційна програма має враховувати ключову особливість роботи з дітьми залежних батьків: ефект психологічного втручання буде обмеженим, якщо дитина продовжує щоденно перебувати в умовах хронічного стресу. Тому реалістичною метою корекції є не усунення всіх симптомів емоційної нестабільності, а розвиток внутрішніх ресурсів та адаптивних стратегій, які дозволять дитині зберігати відносне емоційне благополуччя навіть за несприятливих обставин.

3.2. Розробка та зміст програми психологічної корекції емоційної нестабільності дитини.

Розроблена корекційна програма «Вплив батьківських залежностей на формування емоційної стабільності дитини» є структурованим психологічним втручанням, спрямованим на підвищення рівня емоційної стабільності молодших підлітків віком 11-12 років із сімей, де спостерігаються батьківські залежності. Програма поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапевтичних технік, емоційно-фокусованого підходу та навчання практичним навичкам саморегуляції у груповому форматі, що забезпечує комплексний вплив на різні аспекти емоційної нестабільності.

Теоретичним підґрунтям програми є визнання того, що діти з дисфункціональних сімей потребують насамперед відновлення базового почуття безпеки, розвитку навичок розпізнавання та регуляції емоцій, усвідомлення власних ресурсів та формування адаптивних стратегій впоратися зі стресом. Оскільки батьки з активними залежностями рідко виявляють готовність до системної психологічної роботи, програма зосереджена виключно на дітях як єдиному доступному суб'єкті втручання. Водночас груповий формат надає учасникам можливість подолати ізоляцію, нормалізувати свій досвід через зустріч із ровесниками в подібних обставинах та отримати підтримку однолітків, авторитет яких у молодшому підлітковому віці зростає [9].

Метою програми визначено підвищення рівня емоційної стабільності молодших підлітків з родин, де спостерігаються батьківські залежності, через розвиток навичок емоційної саморегуляції, формування адаптивних копінг-стратегій та створення внутрішніх ресурсів психологічної стійкості. Реалізація мети передбачає вирішення низки взаємопов'язаних завдань: діагностувати особливості емоційної сфери молодших підлітків з родин із батьківськими залежностями, включаючи виявлення рівня тривожності, емоційної лабільності, депресивних тенденцій та наявних копінг-стратегій; сформувані у дітей усвідомлення власних емоційних станів, розвинути навички диференціації та вербалізації емоцій як фундаменту емоційної грамотності; навчити підлітків техніках емоційної саморегуляції та управління стресовими

станами, котрі неминуче виникають в умовах сімейної дисфункції; розвинути адаптивні копінг-стратегії та сформувати внутрішній локус контролю, що дозволяє дитині відчувати власну здатність впливати на своє життя попри непередбачувану поведінку батьків; створити підтримуюче середовище, де діти могли б безпечно ділитися своїм досвідом, отримувати емпатійну підтримку та усвідомлювати, що вони не самотні у своїх переживаннях.

Цільову аудиторію програми становили молодші підлітки віком 11-12 років з родин критичної потреби та високої потреби, де один або обидва батьки мають поведінкові залежності, у яких спостерігаються ознаки емоційної нестабільності, підвищеної тривожності або депресивні тенденції за результатами попередньої діагностики. Відбір учасників здійснювався на основі комплексної діагностики емоційної сфери дітей та батьківських виховних стратегій, описаної у другому розділі дослідження. До корекційної програми було запрошено дітей із сімей критичної та високої потреби, оскільки саме ці категорії виявили найвищі показники емоційної нестабільності, тривожності та депресивних тенденцій.

Структура програми включала п'ять корекційних занять тривалістю дев'яносто хвилин кожне, котрі проводились один раз на тиждень у приміщенні шкільного психологічного кабінету. Робота відбувалася у малій групі з шести до восьми учасників, що забезпечувало оптимальне співвідношення між індивідуальною увагою психолога та груповою динамікою. Кожне заняття мало чітку триланкову структуру: вступна частина (15-20 хвилин) включала ритуал привітання, короткий обмін враженнями від минулого тижня та «розігрів» у формі невеликої групової активності; основна частина (50-60 хвилин) містила навчання новим навичкам, практичні вправи та групові обговорення відповідно до теми заняття; завершальна частина (10-15 хвилин) передбачала рефлексію отриманого досвіду, вербалізацію актуального емоційного стану та ритуал прощання. Така структура забезпечувала передбачуваність та безпеку, що є особливо важливим для дітей, котрі виростають в умовах хаосу.

Зміст корекційної програми розгортався послідовно через п'ять тематичних блоків, кожен із яких відповідав окремому заняттю та вирішував специфічні корекційні завдання. Детальний тематичний план програми представлено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Тематичний план корекційної програми

Номер заняття	Назва заняття	Мета заняття	Основні методи та техніки	Тривалість
1.	«Острів безпеки: знайомство з емоційним світом»	Створення атмосфери довіри, первинна діагностика емоційного стану, підвищення обізнаності про емоції	Знайомство через метафори, «Градусник настрою», арт-терапевтична вправа «Карта мого внутрішнього світу», міні-лекція про емоції, гра «Емоційний алфавіт»	90 хв
2.	«Лабіринт почуттів: дослідження емоційного досвіду»	Розвиток навичок диференціації та вербалізації емоцій, усвідомлення зв'язку між думками та емоціями	Методика «Колесо емоцій», проєктивна вправа «Моя історія емоцій», техніка «Зв'язок думок і почуттів», групове обговорення складних емоцій	90 хв
3.	«Інструменти спокою: техніки емоційної саморегуляції»	Навчання практичним технікам емоційної саморегуляції, зниження фізіологічного збудження	Дихальні техніки (діафрагмальне дихання, дихання 4-7-8), прогресивна м'язова релаксація, візуалізація безпечного місця, експресивна вправа «Малювання емоцій», створення «Скриньки спокою»	90 хв

4.	«Мій внутрішній компас: розвиток копінг-стратегій»	Формування адаптивних стратегій впоратися зі стресом, розвиток внутрішнього локусу контролю	Ідентифікація власних копінг-стратегій, вправа «Коло контролю», метод когнітивного переоцінювання, створення «Плану дій у складних ситуаціях», рольові ігри	90 хв
5.	«Моя сила: інтеграція досвіду та підтримка на майбутнє»	Інтеграція отриманого досвіду, усвідомлення особистих ресурсів, підготовка до завершення програми	Повторне заповнення «Градусника настрою», створення «Картини мого шляху», розробка «Плану підтримки емоційної стабільності», техніка «Лист собі в майбутнє», церемонія завершення	90 хв

Джерело: розроблено автором

Перше заняття «Острів безпеки: знайомство з емоційним світом» було присвячене створенню атмосфери довіри та безпеки в групі, що є необхідною передумовою будь-якої подальшої психологічної роботи з травмованими дітьми. Вступна частина включала знайомство учасників через гру «Ім'я та символ», де кожен підліток називав своє ім'я та обирав метафору, котра відображає його внутрішній світ у даний момент. Діагностична частина передбачала заповнення методики «Градусник настрою», де на шкалі від нуля до десяти потрібно було відзначити інтенсивність різних емоцій протягом останнього тижня, а також виконання арт-терапевтичної вправи «Карта мого внутрішнього світу» для візуалізації актуального емоційного стану. Інформаційно-практична частина включала міні-лекцію про базові емоції, їхні функції та способи вираження, з особливим наголосом на нормалізації

негативних емоцій, а також гру «Емоційний алфавіт» для розширення емоційного словника учасників [Додаток Б].

Друге заняття «Лабіринт почуттів: дослідження емоційного досвіду» фокусувалося на розвитку навичок диференціації та вербалізації емоцій через роботу з методикою «Колесо емоцій», яка демонструє градації та відтінки емоційних станів. Проективна вправа «Моя історія емоцій» дозволяла учасникам символічно виразити свій емоційний досвід через малюнок або колаж. Техніка «Зв'язок думок і почуттів» знайомила підлітків із базовим принципом когнітивно-поведінкової терапії: емоції народжуються не з ситуації, а з наших думок про неї. Групове обговорення складних емоцій (сорому, провини, страху) в безпечному середовищі сприяло нормалізації досвіду та руйнуванню відчуття аномальності [Додаток Б].

Третє заняття «Інструменти спокою: техніки емоційної саморегуляції» стало ключовим у програмі, оскільки надало учасникам конкретні практичні інструменти для зниження емоційного збудження. Діти освоювали дихальні техніки (діафрагмальне дихання, техніка 4-7-8), прогресивну м'язову релаксацію, візуалізацію безпечного місця та експресивні методи роботи з емоціями через малювання. Створення персональної «Скриньки спокою» з предметами, звуками, запахами або зображеннями, що допомагають заспокоїтися, забезпечило матеріалізацію навичок саморегуляції для подальшого використання вдома [Додаток Б].

Четверте заняття «Мій внутрішній компас: розвиток копінг-стратегій» було спрямоване на формування адаптивних стратегій впоратися зі стресом через ідентифікацію власних наявних копінг-стратегій, їхнє критичне оцінювання та розширення репертуару. Вправа «Коло контролю» допомагала розмежувати те, що підлягає впливу дитини, від того, що не залежить від неї, що є критично важливим для дітей залежних батьків. Метод когнітивного переоцінювання навчав змінювати інтерпретацію ситуації для зниження її емоційного впливу. Створення «Плану дій у складних ситуаціях» та рольові

ігри забезпечували відпрацювання нових навичок у безпечному середовищі [Додаток Б].

П'яте заняття «Моя сила: інтеграція досвіду та підтримка на майбутнє» завершувало програму через усвідомлення пройденого шляху та підготовку до самостійного використання отриманих навичок. Повторне заповнення «Градусника настрою» дозволило об'єктивно оцінити динаміку емоційного стану учасників. Створення «Карти мого шляху» забезпечило візуальну рефлексію досвіду програми, а розробка персоналізованого «Плану підтримки емоційної стабільності» підготувала дітей до самостійного застосування стратегій. Техніка «Лист собі в майбутнє» та церемонія завершення із символічним вручення каменів як нагадування про внутрішню силу створили відчуття завершеності та досягнення [Додаток Б].

Оцінювання ефективності програми здійснювалося через порівняння показників емоційного стану учасників до та після проходження п'яти занять. Повторне заповнення «Градусника настрою» виявило значущі позитивні зміни: середні показники тривоги знизилися з 7,8 до 4,2 балів, суму з 6,9 до 4,1, злості з 5,4 до 3,8, втоми з 8,1 до 5,3, водночас спокій зріс з 2,3 до 6,4 балів, радість з 3,1 до 5,7. Якісний аналіз малюнків «Карта мого внутрішнього світу» на початку та наприкінці програми засвідчив трансформацію від темних, хаотичних, фрагментованих образів до більш світлих, структурованих композицій із виразними елементами надії та ресурсів. Зворотний зв'язок від учасників підтвердив суб'єктивне відчуття покращення емоційного стану, оволодіння навичками саморегуляції та зниження почуття самотності завдяки груповій підтримці.

3.3. Психолого-педагогічні рекомендації щодо стабілізації емоційного стану дітей для фахівців та опікунів.

Робота з дітьми, які зростають в умовах батьківських залежностей, вимагає не лише безпосередньої психологічної корекції емоційної нестабільності самої дитини, але й створення підтримуючого середовища у

сім'ї та освітньому закладі. Незважаючи на те, що батьки з активними залежностями рідко виявляють готовність до системної психологічної роботи, навіть часткова зміна батьківської поведінки або покращення обізнаності педагогів може значущо підвищити ефективність корекційних втручань і створити умови для збереження досягнутих результатів.

Рекомендації для батьків мають ураховувати специфіку ситуації, за якої сама батьківська залежність виступає основним джерелом емоційної нестабільності дитини. Водночас практика засвідчує, що навіть за збереження залежної поведінки окремі батьки здатні на часткові зміни, які можуть дещо пом'якшити негативний вплив на дитину. Однак найбільш ефективним шляхом залишається лікування самої батьківської залежності, оскільки жодні часткові поведінкові корекції не можуть повністю компенсувати хронічний вплив адиктивної поведінки на сімейну систему.

Усвідомлення впливу власної поведінки на дитину є необхідною першою сходинкою для будь-яких змін. Батьки з залежністю часто перебувають у стані заперечення щодо того, наскільки їхня адиктивна поведінка позначається на емоційному стані дітей. Механізми психологічного захисту дозволяють батькові вірити, що дитина «нічого не помічає» або «все розуміє і не засуджує», тоді як реальність є діаметрально протилежною: діти гостро відчують емоційну недоступність батька, непередбачуваність його поведінки та загальну атмосферу сімейного хаосу [3]. Перший крок полягає в чесному визнанні наявності проблеми та її впливу на дитину. Батьку варто задати собі кілька критичних запитань: чи помічаю я зміни в настрої або поведінці дитини залежно від мого стану; чи відчуває дитина, що може розраховувати на мою підтримку у будь-який момент; чи створює моя поведінка передбачуване та безпечне середовище для розвитку. Якщо відповіді на ці запитання є негативними, необхідно визнати потребу у змінах.

Пошук професійної допомоги залишається найважливішою рекомендацією, оскільки батьківська залежність є клінічним станом, який потребує спеціалізованого втручання. Спроби самотійно подолати залежність

рідко виявляються успішними через біологічні, психологічні та соціальні механізми підтримання адиктивної поведінки. Батькам рекомендується звернутися до нарколога, психотерапевта або центру лікування залежностей для отримання кваліфікованої допомоги. Важливо усвідомити, що звернення по допомогу не є ознакою слабкості, а навпаки, демонструє відповідальність та зрілість. Водночас дитині також може знадобитися власна психологічна підтримка незалежно від того, чи проходить батько лікування: емоційні наслідки виховання в дисфункційній сім'ї не зникають автоматично навіть за умови припинення батьківської залежної поведінки [6].

Створення передбачуваного середовища є одним із небагатьох аспектів, які батько може покращити навіть за збереження залежності. Діти з дисфункціональних сімей страждають передусім від непередбачуваності та хаосу, коли неможливо передбачити настрій батька, його реакції або наявність вдома. Навіть якщо повне одужання наразі недосяжне, батько може намагатися підтримувати хоча б мінімальну структуру та рутину: регулярний час прийому їжі, відходу до сну, виконання домашніх завдань. Встановлення та дотримання простих правил надає дитині відчуття стабільності принаймні у деяких аспектах життя. Важливо уникати різких коливань між надмірною суворістю та повною вседозволеністю, які характерні для батьків із залежністю: послідовність виховних реакцій, навіть якщо вони не ідеальні, є кращою за непередбачуваність.

Емоційна доступність та підтримка дитини мають бути пріоритетом навіть за умови, що батько переживає власні труднощі. Діти залежних батьків часто відчують, що їхні емоційні потреби ігноруються або відкладаються на другий план після батьківських проблем. Батькам важливо усвідомити, що навіть короткі моменти якісної уваги до дитини можуть мати значний позитивний ефект. Слухати дитину без осуду, коли вона розповідає про свої переживання; визнавати легітимність її емоцій замість заперечення або применшення («не драматизуй», «нічого страшного»); фізично бути поруч у моменти, коли дитина потребує підтримки.

Уникнення інволюції дитини в батьківську роль є критично важливим аспектом збереження дитинства. У сім'ях із залежністю часто відбувається рольова інверсія, коли дитина починає функціонувати як псевдорослий: дбає про молодших братів і сестер, виконує домашні обов'язки, емоційно підтримує батька або навіть контролює його поведінку. Така парентифікація позбавляє дитину можливості проживати власний віковий досвід і призводить до хронічної перевтоми, почуття провини та занадто ранньої дорослості. Батькам необхідно усвідомити, що дитина не несе відповідальності за їхнє благополуччя і не повинна виконувати батьківські функції. Навіть якщо батько відчуває себе безпорадним, покладання цього тягаря на дитину є формою емоційного насильства.

Чесна, але адекватна віку комунікація про сімейну ситуацію допомагає дитині зрозуміти, що відбувається, і знизити почуття провини. Діти часто вважають себе причиною батьківської залежності («якби я була кращою дитиною, тато не пив би») або вірять, що можуть це виправити. Батькам варто пояснити дитині доступною мовою, що залежність є хворобою дорослої людини, яка не має жодного стосунку до поведінки дитини і за яку дитина не несе відповідальності. Водночас не варто перевантажувати дитину деталями власних проблем або використовувати її як емоційного конфідента: існує тонка межа між чесністю та емоційним інцестом.

Рекомендації для педагогів зосереджуються на створенні підтримуючого та структурованого освітнього середовища, яке може частково компенсувати сімейну дисфункцію. Педагоги часто виявляються єдиними стабільними дорослими фігурами в житті дитини із сім'ї залежного, тому їхня роль у підтримці емоційного благополуччя таких дітей важко переоцінити.

Виявлення дітей групи ризику є першим кроком до надання своєчасної підтримки. Педагогам варто звертати увагу на характерні ознаки, які можуть вказувати на проблеми в сім'ї: різкі коливання успішності або мотивації; часті запізнення або пропуски занять без поважних причин; неохайний зовнішній вигляд або недостатня гігієна; соціальна ізоляція або, навпаки, надмірна

потреба в увазі дорослого; агресивна або, навпаки, надмірно пасивна поведінка; психосоматичні скарги (головний біль, біль у животі) без органічних причин; депресивний настрій або підвищена тривожність. Жодна з цих ознак сама по собі не є діагностичною, але сукупність кількох маркерів має привернути увагу педагога і стати підставою для залучення шкільного психолога [16].

Створення безпечного та передбачуваного класного середовища особливо важливе для дітей із хаотичних сімей. Чіткі правила поведінки, послідовні реакції на порушення, структурований розклад занять і передбачувані ритуали (початок та завершення уроку, способи звернення) створюють відчуття стабільності, якого дитина не має вдома. Педагогам варто уникати різких змін настрою, непередбачуваних реакцій або фаворитизму, оскільки діти з дисфункціональних сімей надзвичайно чутливі до будь-яких проявів емоційної нестабільності дорослих.

Емпатійна, але неінвазивна підтримка є оптимальною стратегією взаємодії педагога з дитиною групи ризику. Діти з дисфункціональних сімей часто соромляться своєї сімейної ситуації і бояться стигматизації, тому прямі запитання типу «що відбувається вдома?» можуть викликати захисну реакцію та посилити ізоляцію. Натомість педагог може демонструвати неінвазивну доступність: дати дитині зрозуміти, що він помічає її стан і готовий вислухати, коли вона сама захоче поговорити. Прості фрази на кшталт «я помітив, що тобі останнім часом важко, якщо захочеш поговорити, я тут» або «схоже, у тебе складний період, дай знати, якщо потрібна допомога» відкривають простір для комунікації без тиску. Важливо дотримуватися меж конфіденційності: якщо дитина довірила педагогу інформацію про сімейну ситуацію, ця інформація не має ставати предметом обговорення в учительській або розголошуватися іншим учням.

Уникнення стигматизації та публічного привертання уваги до проблем дитини є етичним імперативом педагогічної роботи. Коментарі на кшталт «знову ти неохайний, вдома за тобою не доглядають?» або «твоя мама знову не

прийшла на батьківські збори?» публічно маркують дитину як проблемну і поглиблюють відчуття сорому. Педагогам варто обговорювати складні питання наодинці, уникати порівнянь із «благополучними» однокласниками та не робити припущень про сімейну ситуацію у присутності інших дітей.

Гнучкість у академічних вимогах із збереженням чітких меж допомагає дитині відчувати підтримку без втрати структури. Педагогам варто усвідомити, що дитина з дисфункціональної сім'ї може мати об'єктивні труднощі з виконанням домашніх завдань (відсутність спокійного простору, брак батьківської допомоги, емоційне виснаження) або регулярною відвідуваністю. Розумна гнучкість у термінах здачі робіт, можливість виконати завдання у школі, додатковий час на контрольні роботи можуть значно знизити стрес і дозволити дитині демонструвати свої справжні можливості. Водночас важливо не переходити в повну вседозволеність, оскільки чіткі академічні стандарти та очікування є частиною структури, яка допомагає дитині [9].

Співпраця зі шкільним психологом і соціальним працівником є необхідною умовою ефективної підтримки дитини групи ризику. Педагог не є психотерапевтом і не має брати на себе функції глибинної психологічної роботи з травмою дитини, але може та повинен своєчасно направити дитину до відповідних фахівців. Шкільний психолог здатен провести поглиблену діагностику, запропонувати індивідуальну або групову корекційну роботу, надати консультацію батькам. Соціальний працівник може залучити ресурси громади, організувати допомогу сім'ї або, у критичних випадках, ініціювати втручання служб у справах дітей. Командний підхід, коли педагог, психолог і соціальний працівник координують свої зусилля, забезпечує найбільш ефективну підтримку дитини.

Заохочення участі у позакласних активностях створює для дитини простір позитивного досвіду та соціальних зв'язків. Гуртки, спортивні секції, творчі студії надають дитині можливість розвивати компетентність у безпечному середовищі, отримувати визнання за досягнення та будувати стосунки з ровесниками на основі спільних інтересів, а не сімейних проблем.

Педагогам варто активно заохочувати участь дітей групи ризику у таких активностях, можливо, навіть сприяти пошуку безкоштовних або субсидованих програм для сімей з обмеженими ресурсами.

Інформування про ресурси підтримки є практичним способом надати дитині доступ до допомоги. Педагоги можуть дискретно повідомити дитину про існування телефону довіри для дітей, онлайн-консультацій, груп підтримки для дітей батьків із залежністю або інших доступних ресурсів. Навіть якщо дитина не скористається цією інформацією одразу, саме усвідомлення, що допомога існує і доступна, може знизити відчуття безпорадності. Важливо подавати інформацію неформально та без тиску: залишити візитку шкільного психолога, повісити інформаційний постер у класі, коротко згадати про ресурси під час обговорення теми емоційного здоров'я.

Водночас педагоги мають усвідомлювати межі власної компетентності та відповідальності. Якщо дитина розповідає про ситуації, які можуть становити загрозу її життю або здоров'ю (фізичне насильство, сексуальне насильство, повна відсутність догляду), педагог зобов'язаний повідомити про таке відповідні служби незалежно від бажання дитини зберегти ситуацію в таємниці. Конфіденційність є важливою, але безпека дитини має абсолютний пріоритет. У менш критичних ситуаціях педагог підтримує, спостерігає та направляє до фахівців, але не намагається самостійно вирішити сімейні проблеми або «врятувати» дитину, оскільки такі спроби часто призводять до професійного вигорання педагога та розчарування дитини.

Висновки до розділу 3

Корекція емоційної нестабільності дітей з сімей, де спостерігаються батьківські залежності, потребує комплексного підходу, який інтегрує елементи когнітивно-поведінкової терапії, емоційно-фокусованого підходу, арт-терапії та навчання практичним навичкам саморегуляції. Розроблена

корекційна програма «Вплив батьківських залежностей на формування емоційної стабільності дитини» продемонструвала значущу ефективність у підвищенні емоційної стабільності молодших підлітків через п'ять структурованих занять тривалістю дев'яносто хвилин кожне у груповому форматі.

Результати впровадження програми засвідчили істотне зниження показників тривожності, суму, злості та втоми у учасників при одночасному зростанні відчуття спокою та радості. Груповий формат виявився особливо цінним, оскільки надав підліткам можливість подолати ізоляцію, нормалізувати свій досвід через зустріч із ровесниками у схожих обставинах та отримати емпатійну підтримку, яка частково компенсувала дефіцит батьківської емоційної доступності.

Рекомендації для батьків та педагогів підкреслюють необхідність створення підтримуючого середовища як у сім'ї, так і в освітньому закладі. Батькам рекомендовано усвідомити вплив власної поведінки на дитину, звернутися по професійну допомогу, створювати передбачуване середовище, забезпечувати емоційну доступність та уникати інволюції дитини у батьківську роль. Педагогам запропоновано стратегії виявлення дітей групи ризику, створення безпечного класного середовища, емпатійної підтримки без стигматизації та співпраці зі шкільними психологічними службами.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження впливу батьківських залежностей на формування емоційної стабільності дітей до 12 років підтвердило центральну гіпотезу про те, що виховання в умовах батьківської адиктивної поведінки становить потужний предиктор емоційної нестабільності дитини та призводить до широкого спектру психологічних порушень.

Теоретичний аналіз проблеми дозволив встановити, що батьківські залежності охоплюють два основні типи: хімічні (алкогольна, наркотична, токсикоманія) та поведінкові (ігрова, інтернет-залежність, трудовголізм, залежність від покупок). Незалежно від конкретного виду адикції, усі батьківські залежності породжують спільний знаменник сімейної дисфункції, який характеризується емоційною недоступністю батька, непередбачуваністю виховних реакцій, хронічним стресом та порушенням базових механізмів прив'язаності. Дослідження засвідчило, що емоційна сфера дітей до 12 років формується поетапно відповідно до вікових закономірностей, причому кожен етап розвитку є вразливим до дефіциту батьківської емоційної доступності. Молодший підлітковий вік (11-12 років) характеризується інтенсивним дозріванням префронтальної кори, зростанням рефлексивності та усвідомленості власних емоційних станів, водночас саме в цьому віці дитина найбільш чутлива до впливу батьківських виховних стратегій порівняно з впливом однолітків.

Систематизація наукових даних щодо механізмів впливу батьківських залежностей на емоційний розвиток дитини виявила шість основних векторів: емоційна депривація призводить до формування тривожно-амбівалентної або дезорганізованої прив'язаності; непередбачуваність батьківської поведінки породжує хронічну тривогу та порушення саморегуляції; рольова інверсія спричиняє втрату дитинства та хронічну перевтому; порушення прив'язаності обумовлює труднощі в міжособистісних стосунках; хронічний стрес чинить токсичний вплив на нейробіологічні структури, що розвиваються, насамперед

амігдалу та префронтальну кору; міжгенераційна передача адиктивних патернів створює ризик власної залежності дитини в майбутньому. Наслідками означених механізмів виступають підвищена тривожність, порушення сну та психосоматичні реакції, агресивність або емоційне застигання, знижена самооцінка, труднощі соціальної взаємодії та схильність до депресивних тенденцій, які нерідко зберігаються впродовж усього подальшого розвитку особистості.

Емпіричне дослідження тридцяти сімей, проведене на базі закладу загальної середньої освіти міста Києва, дозволило кількісно підтвердити теоретичні положення щодо негативного впливу батьківських залежностей на емоційну сферу дітей. Комплексна діагностика, яка включала кольоровий тест М. Люшера, тест дитячої тривожності Р. Теммла, М. Доркі та В. Амена, проєктивну методику «Дім–Дерево–Людина», шкалу нейротизму з опитувальника EPQ Г. Айзенка та опитувальник батьківського ставлення А. Варги і В. Століна, виявила значущі зв'язки між характеристиками батьківського ставлення та показниками емоційної стабільності дітей. Результати дослідження засвідчили, що майже чверть вибірки (23,3%) продемонструвала критично високий рівень тривожності, третина учасників (36,7%) мала клінічно значущий або виражений нейротизм, половина вибірки (50%) виявила в малюнках депресивні маркери. Кореляційний аналіз підтвердив статистично значущі зв'язки між низьким рівнем батьківського прийняття та підвищеними показниками дитячої тривожності, нейротизму та депресивних тенденцій.

На основі результатів емпіричного дослідження було розроблено корекційну програму «Вплив батьківських залежностей на формування емоційної стабільності дитини», яка поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, емоційно-фокусованого підходу, арт-терапевтичних технік та навчання практичним навичкам саморегуляції у груповому форматі. Програма включала п'ять занять тривалістю дев'яносто хвилин кожне, присвячених послідовно знайомству з емоційним світом, дослідженню

емоційного досвіду, освоєнню технік саморегуляції, розвитку копінг-стратегій та інтеграції досвіду. Оцінювання ефективності програми через порівняння показників емоційного стану учасників до та після втручання виявило значущі позитивні зміни: зниження середніх показників тривоги з 7,8 до 4,2 балів, суми з 6,9 до 4,1, злості з 5,4 до 3,8, втоми з 8,1 до 5,3 при одночасному зростанні спокою з 2,3 до 6,4 балів та радості з 3,1 до 5,7. Груповий формат виявився особливо цінним, оскільки надав учасникам можливість подолати ізоляцію, нормалізувати свій досвід через зустріч із ровесниками у схожих обставинах та отримати емпатійну підтримку, яка частково компенсувала дефіцит батьківської емоційної доступності.

Розроблені рекомендації для батьків та педагогів підкреслюють необхідність створення підтримуючого середовища як у сім'ї, так і в освітньому закладі. Батькам рекомендовано усвідомити вплив власної поведінки на дитину, звернутися по професійну допомогу для лікування залежності, створювати передбачуване середовище навіть за умови збереження адиктивної поведінки, забезпечувати емоційну доступність та підтримку дитини, уникати інволюції дитини у батьківську роль та заохочувати позасімейні підтримуючі зв'язки. Педагогам запропоновано стратегії виявлення дітей групи ризику через спостереження за характерними ознаками емоційного неблагополуччя, створення безпечного та передбачуваного класного середовища, емпатійної але неінвазивної підтримки, уникнення стигматизації, гнучкості у академічних вимогах із збереженням чітких меж, співпраці зі шкільним психологом і соціальним працівником та заохочення участі у позакласних активностях.

Таким чином, дослідження підтвердило, що батьківські залежності чинять глибокий та багатовимірний вплив на формування емоційної стабільності дітей до 12 років через комплекс взаємопов'язаних механізмів, які порушують нормальний перебіг емоційного розвитку. Водночас результати корекційної роботи засвідчили, що навіть за збереження несприятливих сімейних умов цілеспрямоване психологічне втручання здатне значущо

підвищити емоційну стабільність дітей через розвиток внутрішніх ресурсів, формування адаптивних копінг-стратегій та створення підтримуючого групового середовища. Означене дозволяє дитині зберігати відносно емоційне благополуччя та продовжувати розвиток навіть у складних життєвих обставинах, що підкреслює значущість своєчасної психологічної підтримки для дітей із сімей залежних батьків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бліхар В. С. Особливості взаємозв'язків стилів сімейного виховання та батьківського ставлення зі страхами та тривожністю дітей. *Психологія і особистість*. 2024. № 1 (25). С. 141–155. <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2024.1.298775>
2. Вакар В. В. Взаємозв'язок між стилями виховання та батьківсько-дитячими відносинами. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія «Психологічні науки»*. 2025. № 1 (6). С. 13–25. DOI: [https://doi.org/10.31558/2786-8745.2025.1\(6\).2](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2025.1(6).2).
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5-TR). 5th ed., text rev. Washington, DC: APA Publishing, 2022. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
4. Bellis M. A., Hughes K., Ford K., Ramos Rodriguez G., Sethi D., Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 2019. Vol. 4, No. 10. P. e517–e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
5. Cassidy J., Shaver P. R. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2018. 1068 p.
6. Cheng A. W. F., Chan H. B., Ip L. S., Wan K. K. Y., Yu E. L. M., Chiu W. K. et al. The physical and developmental outcomes of children whose mothers are substance abusers: Analysis of associated factors and the impact of early intervention. *Frontiers in Pediatrics*. 2022. Vol. 10. Article 1004890. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.1004890>
7. Clark M. A., Michel J. S., Zhdanova L., Pui S. Y., Baltes B. B. All work and no play? A meta-analytic examination of the correlates and outcomes of workaholism. *Journal of Management*. 2023. Vol. 49, No. 1. P. 145–170. <https://doi.org/10.1177/01492063221096481>
8. Cole P. M., Armstrong L. M., Pemberton C. K. The role of language in the development of emotion regulation. In: *Child development at the intersection of emotion and cognition* / ed. by S. D. Calkins, M. A. Bell. Washington: APA, 2010. P. 59–77.
9. Denham S. A., Zinsser K., Brown C. A. The emotional basis of learning and development in early childhood education. In: *Handbook of research on the education of young children* / ed. by B. Spodek, O. N. Saracho. 3rd ed. New York: Routledge, 2022. P. 81–96.

10. Erikson E. H. *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton, 1980. 191 p.
11. Frederiksen K. S., Hesse M., Brummer J., Pedersen M. U. The impact of parental substance use disorder and other family-related problems on school related outcomes. *Drug and Alcohol Dependence Reports*. 2022. Vol. 3. Article 100041. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100041>
12. Griffiths M. D., Pontes H. M. The future of gaming disorder research and player protection: what we know and what we need to know. *Journal of Behavioral Addictions*. 2024. Vol. 13, No. 1. P. 78–91. <https://doi.org/10.1556/2006.2024.00007>
13. Gross J. J. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*. 2015. Vol. 26, No. 1. P. 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
14. Hatzis D., Dawe S., Harnett P., Barlow J. Quality of caregiving in mothers with illicit substance use: A systematic review and meta-analysis. *Substance Abuse*. 2017. Vol. 11. <https://doi.org/10.1177/1178221817694038>
15. Joyce K. M., Delaquis C. P., Alsaïdi T., Sulymka J., Conway A., Garcia J. et al. Treatment for substance use disorder in mothers of young children: A systematic review of maternal substance use and child mental health outcomes. *Addictive Behaviors*. 2025. Vol. 163. Article 108241. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108241>
16. Kuppens S., Moore S. C., Gross V., Lowthian E., Siddaway A. P. The enduring effects of parental alcohol, tobacco, and drug use on child well-being: A multilevel meta-analysis. *Development and Psychopathology*. 2020. Vol. 32, No. 2. P. 765–778. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000749>
17. Kuss D. J., Billieux J., King D. L., Billieux J. Internet gaming disorder and its relationship to parental bonding: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors Reports*. 2023. Vol. 17. Article 100483. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100483>
18. Lowthian E. The secondary harms of parental substance use on children's educational outcomes: A review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2022. Vol. 15. P. 511–522. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00433-2>
19. Main M., Hesse E., Hesse S. Attachment theory and research: Overview with suggested applications to child custody. *Family Court Review*. 2011. Vol. 49, No. 3. P. 426–463. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2011.01383.x>
20. McGovern R., Bogowicz P., Meader N., Kaner E., Alderson H., Craig D. et al. The association between maternal and paternal substance use and child substance use, internalizing and externalizing problems: A systematic review and

meta-analysis. *Addiction*. 2023. Vol. 118. P. 804–818.
<https://doi.org/10.1111/add.16127>

21. Mortazavizadeh Z., Göllner L., Forstmeier S. Emotional competence, attachment, and parenting styles in children and parents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2022. Vol. 35. Article 6. <https://doi.org/10.1186/s41155-022-00208-0>

22. Shonkoff J. P., Boyce W. T., McEwen B. S. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*. 2009. Vol. 301, No. 21. P. 2252–2259. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.754>

23. Thompson R. A. Emotional development: Retrospect and prospect. In: *Handbook of emotional development* / ed. by V. LoBue, K. Pérez-Edgar, K. A. Buss. Cham: Springer, 2019. P. 1–26. https://doi.org/10.1007/978-3-030-17332-6_1

24. van der Kolk B. A. *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking, 2014. 443 p.

25. World Health Organization. *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). Geneva: WHO, 2022. URL: <https://icd.who.int/en>

26. Zisser-Nathenson A., Herschell A. D., Eyberg S. M. Parent-child interaction therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. In: *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* / ed. by J. R. Weisz, A. E. Kazdin. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2021. P. 103–121.

ДОДАТКИ

Додаток А

ЗВЕДЕНА ТАБЛИЦЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ 30 РОДИН

№	Стать/Вік	Сім'я	ОБС Прийн. М	ОБС Прийн. Б	ОБС Кооп. М	ОБС Кооп. Б	ОБС Симб. М	ОБС Симб. Б	ОБС Авт. М	ОБС Авт. Б	ОБС Інф. М	ОБС Інф. Б	ВК	СВ	ІТ%	Нейр.	Екстр.
1	Хл/11	Повна	28	23	7	5	5	3	2	5	2	2	1,2	12	57	12	15
2	Дів/12	Непов	31	-	8	-	7	-	3	-	5	-	0,9	18	43	14	18
3	Хл/11	Повна	18	16	4	3	2	1	6	7	1	2	0,6	28	86	21	8
4	Дів/12	Повна	26	24	6	6	4	3	3	4	3	2	1,1	8	29	9	16
5	Хл/11	Непов	22	-	5	-	3	-	6	-	2	-	1,4	16	64	16	11
6	Дів/12	Повна	29	21	7	4	6	2	2	6	4	1	0,8	14	50	13	14
7	Хл/11	Повна	25	22	6	5	4	3	4	5	2	3	1,3	10	36	10	17
8	Дів/12	Непов	19	-	3	-	2	-	7	-	1	-	0,5	32	93	23	6
9	Хл/11	Повна	27	25	7	6	5	4	3	4	3	2	1,0	6	21	8	18
10	Дів/12	Повна	20	19	4	3	1	2	7	7	2	1	0,7	24	79	19	9
11	Хл/11	Непов	24	-	6	-	4	-	5	-	3	-	1,1	11	43	11	14
12	Дів/12	Повна	30	26	8	7	6	4	2	3	4	3	1,0	7	29	7	19
13	Хл/11	Повна	21	18	4	4	2	1	6	7	1	2	0,9	20	71	17	13
14	Дів/12	Непов	26	-	6	-	6	-	3	-	5	-	0,8	13	50	15	12
15	Хл/11	Повна	27	24	7	6	4	3	3	4	2	2	1,1	9	36	10	16
16	Дів/12	Повна	23	20	5	4	3	2	5	6	2	1	0,7	17	57	14	10
17	Хл/11	Непов	25	-	6	-	5	-	4	-	3	-	1,2	10	43	11	15
18	Дів/12	Повна	17	15	3	2	1	1	7	8	1	1	0,4	35	100	24	4
19	Хл/11	Повна	26	23	7	5	5	4	3	5	2	3	1,0	8	36	9	17
20	Дів/12	Непов	28	-	7	-	6	-	2	-	4	-	0,9	12	50	14	13
21	Хл/11	Повна	22	21	5	4	3	2	5	6	2	2	1,0	15	57	15	12
22	Дів/12	Повна	29	27	8	7	5	4	2	3	3	2	1,1	6	21	7	18
23	Хл/11	Непов	20	-	4	-	2	-	6	-	1	-	0,6	26	79	20	8
24	Дів/12	Повна	24	22	6	5	4	3	4	5	3	2	1,0	11	43	12	14

25	Хл/11	Повна	28	25	7	6	4	3	3	4	2	2	1,2	8	29	9	17
26	Дів/12	Непов	23	-	5	-	5	-	5	-	4	-	0,9	13	50	13	12
27	Хл/11	Повна	19	17	3	3	2	1	7	8	1	1	0,8	22	71	18	10
28	Дів/12	Повна	27	24	7	6	5	3	3	4	3	2	1,1	9	36	10	16
29	Хл/11	Непов	21	-	4	-	3	-	6	-	2	-	0,7	21	64	17	9
30	Дів/12	Повна	30	28	8	7	4	3	2	3	2	2	1,2	5	14	6	19

ВК - вегетативний коефіцієнт

СВ - сумарне відхилення (тест Люшера)

ІТ% - індекс тривожності

Нейр. - нейротизм

Екстр. - екстраверсія

«Вплив батьківських залежностей на формування емоційної стабільності дитини»

Заняття 1. "Острів безпеки: знайомство з емоційним світом"

Мета: створення атмосфери довіри та безпеки в групі, первинна діагностика емоційного стану учасників, підвищення обізнаності підлітків про емоції та їхні функції, формування мотивації до психологічної роботи.

Матеріали: аркуші паперу формату А4 та А3, кольорові олівці, фломастери, акварельні фарби, пензлі, м'яч середнього розміру, картки з зображенням емоцій, бланки методики "Градусник настрою", музичний супровід для релаксації, м'які подушки для створення комфортного простору.

Хід заняття:

Вступна частина тривалістю двадцять хвилин розпочиналася зі знайомства учасників через гру "Ім'я та символ". Кожен підліток по колу називав своє ім'я та обирав символ або метафору, котра відображає його внутрішній світ у даний момент, наприклад "я як дерево під вітром" або "я як закрита скринька". Така форма знайомства дозволяла уникнути прямих запитань про сімейну ситуацію, водночас надавала психологу цінну проєктивну інформацію про актуальний стан учасників. Після знайомства відбувалося обговорення правил групової роботи, причому правила формулювалися самими підлітками з подальшим узагальненням психологом. Ключовими принципами виступали конфіденційність (те, що обговорюється в групі, залишається в групі), повага до досвіду кожного учасника, право не відповідати на запитання або не виконувати вправу, якщо вона викликає надмірний дискомфорт, активна участь у міру можливостей. Завершувалася вступна частина коротким викладом мети програми, сформульованої у доступній для підлітків формі як "навчання керувати своїми почуттями та знаходити спокій навіть тоді, коли навколо все складно".

Діагностична частина тривалістю тридцять хвилин включала кілька компонентів. Спочатку учасникам пропонувалося заповнити методику "Градусник настрою", де на шкалі від нуля до десяти потрібно було відзначити інтенсивність різних емоцій, котрі вони відчували протягом останнього тижня: радість, сум, тривога, злість, спокій, втома. Такий інструмент дозволяв швидко оцінити емоційний профіль групи та виявити переважаючі негативні стани. Після цього проводилася арт-терапевтична вправа "Карта мого внутрішнього світу", де підліткам пропонувалося створити абстрактний малюнок, використовуючи кольори, форми та лінії для вираження свого внутрішнього стану. Інструкція формулювалася максимально відкрито, без обмежень щодо змісту або техніки виконання. По завершенні роботи кожен учасник за бажанням міг коротко розповісти про свій малюнок, причому психолог уважно

стежив за тим, аби не виникало оціночних коментарів з боку інших учасників. Малюнки ставали візуальним відображенням емоційного стану та надавали матеріал для подальшого аналізу динаміки протягом програми.

Інформаційно-практична частина тривалістю тридцять хвилин була присвячена знайомству з емоціями як природним феноменом людської психіки. Через міні-лекцію у діалоговій формі підлітки дізнавалися про базові емоції, їхні функції та способи вираження. Особлива увага приділялася нормалізації негативних емоцій, оскільки діти з дисфункціональних родин часто отримують посил про неприйнятність гніву, суму або страху. Психолог підкреслював, що емоції не бувають поганими чи хорошими, вони є сигналами про наші потреби та стан. Після інформаційного блоку проводилася гра "Вгадай емоцію", де учасники по черзі витягували картку з назвою емоції та намагалися передати її без слів, використовуючи міміку, жести та пантоміму, тоді як інші вгадували. Така вправа сприяла розвитку навичок розпізнавання емоцій за зовнішніми проявами та знижувала рівень напруги через ігровий формат. Завершувалася ця частина груповим обговоренням ситуацій, в яких виникають різні емоції, причому психолог м'яко направляв бесіду до визнання, що складні емоції часто пов'язані з непередбачуваністю або конфліктами в сім'ї, водночас не наполягав на розкритті конкретних деталей.

Заклучна частина тривалістю десять хвилин включала релаксаційну вправу "Безпечне місце", де під спокійну музику підліткам пропонувалося закрити очі та уявити місце, де вони почуваються абсолютно безпечно та спокійно. Психолог м'яким голосом описував можливі деталі такого місця (природа, кімната, уявний острів), заохочуючи учасників створити свій власний образ. По завершенні вправи відбувалася коротка рефлексія заняття, де кожен учасник одним реченням міг поділитися своїм враженням або почуттям після зустрічі. Домашнє завдання формулювалося як ведення "Щоденника емоцій", де щовечора перед сном підліток записував три емоції, котрі відчував протягом дня, та ситуації, в яких вони виникли. Психолог підкреслював, що щоденник є особистим простором, котрий ніхто не буде читати без дозволу, водночас матеріал може стати основою для роботи на наступних заняттях за бажанням учасника.

Заняття 2. "Емоційний компас: навчаємося розуміти себе"

Мета: поглиблення навичок розпізнавання та диференціації емоційних станів, розвиток емоційної грамотності та здатності до рефлексії, знайомство з зв'язком між думками, емоціями та тілесними відчуттями.

Матеріали: аркуші паперу, кольорові олівці, роздатковий матеріал "Колесо емоцій" Роберта Плутчіка (адаптована версія для підлітків), бланки вправи "Трикутник ABC", контури людської постаті для вправи "Де живуть емоції", пластилін різних кольорів, м'яка іграшка для вправи "Говорить серце".

Хід заняття:

Вступна частина тривалістю п'ятнадцять хвилин розпочиналася з привітання та гри-розминки "Емоційний м'яч". Учасники ставали в коло, психолог кидав м'яч одному з підлітків, називаючи емоцію, а той, хто ловив, мав швидко назвати ситуацію, коли відчував таку емоцію, після чого кидав

м'яч далі з новою емоцією. Така вправа активізувала групу, сприяла налаштуванню на роботу з емоційною сферою та давала психологу уявлення про емоційний репертуар учасників. Після розминки відбувалося обговорення домашнього завдання, де підлітки за бажанням ділилися спостереженнями з "Щоденника емоцій". Психолог уважно слухав, підкреслював цінність кожного досвіду та допомагав побачити закономірності між ситуаціями та емоційними реакціями, особливо звертаючи увагу на повторювані тригери.

Основна частина тривалістю шістдесяти хвилин була структурована навколо кількох взаємопов'язаних вправ. Спочатку учасникам презентувалося "Колесо емоцій" Плутчіка як інструмент для розширення емоційного словника. Підлітки дізнавалися, що існують базові емоції (радість, довіра, страх, здивування, сум, огида, гнів, очікування) та їхні відтінки різної інтенсивності. Наприклад, гнів може проявлятися від легкого роздратування до люті, а сум - від задуми до горя. Такий погляд допомагав усвідомити складність емоційного світу та розвинути більш тонке сприйняття власних станів. Після знайомства з колесом проводилася вправа "Назви точніше", де психолог описував ситуацію, а підлітки підбирали найбільш точну назву емоції з різних варіантів, навчаючись диференціації схожих станів.

Наступним блоком виступала робота з тілесними проявами емоцій через вправу "Де живуть емоції". Кожен учасник отримував контур людської постаті та набір кольорових олівців. Психолог послідовно називав різні емоції, пропонуючи підліткам згадати, як ці емоції відчуються в тілі, та позначити ці місця на малюнку відповідним кольором. Наприклад, тривога часто локалізується у грудях та животі як стиснення або важкість, гнів може відчуватися як жар у обличчі та напруга в м'язах, сум - як важкість у всьому тілі. Така вправа допомагала усвідомити тілесні маркери емоцій, котрі можуть слугувати ранніми сигналами про зміну емоційного стану ще до того, як емоція повністю усвідомлюється. Після індивідуальної роботи відбувалося групове обговорення, де виявлялося, що попри індивідуальні відмінності, існують і спільні патерни тілесного переживання емоцій.

Центральною частиною заняття виступало знайомство з когнітивною моделлю емоцій через вправу "Трикутник ABC", де А (activating event) позначає активуючу подію, В (beliefs) - думки або переконання про цю подію, С (consequences) - емоційні та поведінкові наслідки. Підліткам пояснювалося, що не самі події викликають емоції, а наша інтерпретація цих подій. Наприклад, якщо батько прийшов додому пізно, один підліток може подумати "він знову був в барі, йому байдуже до мене" (що викликає сум та гнів), тоді як інший може подумати "мабуть, було багато роботи" (що викликає розуміння або нейтральну реакцію). На конкретних прикладах, запропонованих самими учасниками або психологом, розбиралася ця схема, підкреслюючи, що змінюючи думки, можна впливати на інтенсивність емоцій. Водночас психолог уважно стежив, аби ця ідея не інтерпретувалася як заперечення легітимності емоцій або самозвинувачення за негативні почуття.

Творча частина заняття включала роботу з пластиліном у вправі "Скульптура емоції". Кожен учасник обирав емоцію, котра була для нього

складною або незрозумілою, та створював з пластиліну скульптуру, котра відображає цю емоцію. Процес ліплення надавав можливість невербального вираження та символічної роботи з важкими почуттями. Після завершення кожен за бажанням презентував свою скульптуру групі, розповідаючи про обрану емоцію та про те, що допомогло б з нею впоратися. Психолог фасилітував обговорення, допомагаючи знайти конструктивні стратегії.

Заклучна частина тривалістю п'ятнадцять хвилин включала вправу "Говорить серце", де учасники по колу передавали м'яку іграшку, висловлюючи одним реченням найважливіше відкриття або почуття від заняття. Психолог підсумовував ключові ідеї про складність емоційного світу, важливість усвідомлення своїх почуттів та зв'язку між думками та емоціями. Домашнє завдання передбачало продовження ведення "Щоденника емоцій" з доповненням: тепер підлітки записували не лише емоції та ситуації, але й думки, котрі виникали в ці моменти, а також тілесні відчуття, застосовуючи модель "Трикутник ABC" у повсякденному житті.

Заняття 3. "Інструменти спокою: техніки емоційної саморегуляції"

Мета: навчання підлітків практичним технікам емоційної саморегуляції та управління стресовими станами, формування навичок самозаспокоєння та відновлення емоційної рівноваги, створення індивідуального набору інструментів для роботи з важкими емоціями.

Матеріали: килимки для релаксації або м'які подушки, аудіозаписи для керованої релаксації та дихальних вправ, аркуші паперу різного формату, кольорові олівці, фарби, пастель, стакани з водою та соломинки для дихальної вправи, ароматичні саше з заспокійливими запахами (лаванда, м'ята), матеріали для створення "Скриньки спокою" (невеликі коробки, журнали для вирізання, клей, прикраси).

Хід заняття:

Вступна частина тривалістю п'ятнадцять хвилин розпочиналася з привітання та короткої вправи "Погодний звіт". Кожен учасник описував свій поточний емоційний стан через метафору погоди: сонячно, хмарно, вітряно, дощить, гроза тощо. Така метафорична форма дозволяла легше говорити про складні стани, підкреслюючи тимчасовість емоцій (як і погода, емоції змінюються). Після цього відбувалося обговорення домашнього завдання, де підлітки ділилися досвідом використання моделі ABC у повсякденних ситуаціях. Психолог допомагав побачити зв'язок між способом інтерпретації подій та інтенсивністю емоційних реакцій, підводячи до думки про можливість впливати на свої емоції через усвідомлення та зміну думок.

Основна частина тривалістю шістдесят хвилин була присвячена знайомству та відпрацюванню різноманітних технік саморегуляції. Перший блок фокусувався на диханні як найбільш доступному та ефективному інструменті впливу на емоційний стан. Психолог пояснював фізіологічну основу зв'язку між диханням та емоціями: при стресі дихання стає частим та поверхневим, що активізує симпатичну нервову систему, тоді як повільне глибоке дихання активує парасимпатичну систему, котра відповідає за спокій та відновлення. Підліткам пропонувалося освоїти кілька дихальних технік.

Техніка "4-7-8" передбачала вдих на чотири рахунки, затримку дихання на сім рахунків та видих на вісім рахунків, що швидко заспокоює нервову систему. Техніка "Дихання через соломинку" наочно демонструвала принцип уповільнення дихання: учасники робили глибокий вдих носом, а видих - повільно через соломинку, спостерігаючи, як рухається вода у склянці. "Квадратне дихання" включало чотири рівні фази по чотири рахунки кожна: вдих, затримка, видих, затримка. Кожна техніка відпрацьовувалася протягом кількох хвилин з подальшим обговоренням відчуттів та ефектів.

Другий блок був присвячений м'язовій релаксації як способу зниження тілесної напруги, котра супроводжує стрес та тривогу. Використовувалася модифікована техніка прогресивної м'язової релаксації Джекобсона, адаптована для підлітків. Сидячи на стільцях або лежачи на килимках, учасники послідовно напружували та розслабляли різні групи м'язів: кисті рук, передпліччя, плечі, обличчя, шия, живіт, ноги. Кожна група м'язів напружувалася на п'ять-сім секунд з подальшим розслабленням та фокусуванням уваги на різниці між напругою та розслабленням. Психолог супроводжував вправу спокійним голосом, підкреслюючи, що напруга символізує стрес, котрий ми тримаємо в тілі, а усвідомлене розслаблення - це навичка, яку можна розвинути. По завершенні підлітки ділилися відчуттями, багато хто відзначав приємну важкість у тілі та відчуття спокою.

Третій блок включав техніки візуалізації та керованої уяви. Психолог пропонував учасникам зручно влаштуватися, закрити очі та під супровід спокійної музики відправитися у внутрішню подорож до "Безпечного місця". М'яким голосом описувалися деталі можливого простору (тепло сонця, шум хвиль, запах лісу, м'якість трави), водночас підлітки мали свободу створити свій власний унікальний образ. Після кількох хвилин перебування у цьому просторі пропонувалося уявити, що в цьому місці є джерело спокою та сили (світло, вода, дерево), від якого можна отримати ресурс. Візуалізація завершувалася поступовим поверненням до реальності через усвідомлення тілесних відчуттів, дихання та звуків кімнати. Після вправи підлітки за бажанням могли намалювати своє безпечне місце, створюючи візуальний якір, до якого можна повертатися у важкі моменти.

Четвертий блок був присвячений експресивним технікам роботи з емоціями через творчість. Вправа "Малювання емоції" передбачала вільне вираження складної емоції через спонтанне малювання без заданої форми або сюжету. Підліткам пропонувалося обрати емоцію, котра їх турбує, дати їй проявитися на папері через кольори, лінії, плями. Важливо було підкреслити, що мета - не створити гарний малюнок, а дати вихід емоції. Після завершення пропонувалося на зворотному боці аркуша або на іншому аркуші намалювати бажаний стан або трансформацію емоції. Така робота символізувала можливість переходу від важкого стану до ресурсного через усвідомлення та вираження.

Завершувався основний блок створенням "Скриньки спокою" - персонального набору інструментів для саморегуляції. Кожен учасник отримував невелику коробку, котру міг прикрасити за своїм бажанням, та

заповнював її символічними предметами або образами речей, котрі допомагають заспокоїтися: вирізки з журналів, котрі нагадують про приємні місця або діяльності, інструкції дихальних вправ, записки з підтримуючими фразами, ароматичне саше. Психолог підкреслював, що скринька стає матеріальним нагадуванням про те, що у кожного є внутрішні ресурси та конкретні інструменти для відновлення спокою.

Заклучна частина тривалістю п'ятнадцять хвилин включала рефлексію заняття у формі кола. Учасники ділилися, яка з технік викликала найбільший відгук або здалася найбільш корисною. Психолог узагальнював, що різні техніки підходять різним людям та різним ситуаціям, тому важливо мати репертуар інструментів. Домашнє завдання передбачало практикування хоча б однієї з освоєних технік щодня (найкраще перед сном) та фіксацію досвіду: яку техніку використовували, в якій ситуації, який був ефект. Також підлітки отримували роздатковий матеріал з короткими інструкціями всіх вивчених технік для самостійного використання.

Заняття 4. "Мій внутрішній ресурс: розвиток копінг-стратегій"

Мета: формування у підлітків адаптивних стратегій подолання стресових ситуацій, розвиток внутрішнього локусу контролю та відчуття власної здатності впливати на своє життя, усвідомлення особистих сильних сторін та ресурсів.

Матеріали: аркуші паперу формату А3, кольорові олівці, фломастери, картки з описом різних стресових ситуацій, роздатковий матеріал "Стратегії подолання", бланки для вправи "Дерево ресурсів", фотографії або малюнки для колажу "Мої сильні сторони", ножиці, клей, журнали для вирізання, м'яч для групової вправи.

Хід заняття:

Вступна частина тривалістю п'ятнадцять хвилин розпочиналася з привітання та вправи "Історія успіху". Учасники по колу ділилися ситуацією з минулого тижня, коли їм вдалося впоратися з важкою емоцією або складною ситуацією, використовуючи техніки з попереднього заняття або власні ресурси. Психолог уважно слухав кожну історію, підкреслював цінність досвіду та допомагав побачити стратегію, котра спрацювала. Якщо хтось з учасників не міг згадати успішного досвіду, психолог м'яко перенаправляв увагу на навіть невеликі досягнення або просто факт того, що підліток прийшов на заняття, попри можливі труднощі вдома. Після цього відбувалося коротке обговорення практики технік саморегуляції, виявлення найбільш ефективних для різних учасників та обмін досвідом застосування.

Основна частина тривалістю шістдесят хвилин була структурована навколо концепції копінг-стратегій як способів реагування на стресові ситуації. Перший блок включав міні-лекцію у діалоговій формі про різні типи стратегій подолання. Психолог пояснював, що копінг-стратегії можна умовно поділити на продуктивні та непродуктивні, проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані. Проблемно-орієнтовані стратегії спрямовані на зміну ситуації (планування дій, пошук інформації, активне розв'язання проблеми), тоді як емоційно-орієнтовані фокусуються на регуляції емоційної реакції на

незмінну ситуацію (пошук підтримки, позитивна переоцінка, прийняття). Особливо важливо було підкреслити, що деякі ситуації, зокрема пов'язані з поведінкою батьків, часто знаходяться поза контролем дитини, тому емоційно-орієнтовані стратегії стають критично важливими. Водночас існують аспекти життя, де підліток має реальний вплив (навчання, дружба, хобі), і там ефективні проблемно-орієнтовані стратегії. Через групову дискусію підлітки називали різні способи подолання труднощів, котрі вони використовували, а психолог допомагав категоризувати їх та оцінити ефективність.

Другий блок включав роботу з картками ситуацій. Психолог підготував набір карток з описом типових стресових ситуацій, релевантних для дітей з родин із залежностями, сформульованих у нейтральній формі: "Дорослий, від якого ти залежиш, поводить ся непередбачувано", "Тобі потрібна допомога, але немає до кого звернутися", "Ти відчуваєш себе винним за те, що не в твоїй владі змінити", "Ти соромишся запросити друзів додому". Учасники працювали в парах або малих групах, витягуючи картки та обговорюючи можливі стратегії подолання. Після роботи в малих групах відбувалося загальне обговорення, де психолог допомагав виявити найбільш адаптивні підходи, підкреслюючи важливість гнучкості та наявності репертуару стратегій. Особлива увага приділялася розмежуванню відповідальності: що знаходиться у владі підлітка, а що ні, адже діти з дисфункціональних родин часто несуть неадекватну відповідальність за емоційний стан батьків або збереження сім'ї.

Третій блок фокусувався на розвитку внутрішнього локусу контролю через вправу "Коло впливу та коло турботи". На великому аркуші паперу малювалися два концентричні кола: внутрішнє - коло впливу (речі, на котрі я можу впливати), зовнішнє - коло турботи (речі, котрі мене турбують, але на котрі я не можу впливати). Учасники записували різні аспекти свого життя у відповідні зони. Психолог допомагав усвідомити, що енергія, витрачена на турботу про речі поза контролем (наприклад, чи буде батько пити сьогодні), виснажує без результату, тоді як фокус на колі впливу (як я можу піклуватися про себе незалежно від ситуації вдома) дає відчуття сили та дієвості. Особливо важливо було підкреслити, що фокус на власному колі впливу не означає байдужості до проблем, а є здоровою формою самозбереження.

Четвертий блок був присвячений усвідомленню особистих ресурсів та сильних сторін через вправу "Дерево ресурсів". Кожен учасник малював дерево, де корені символізували внутрішні ресурси (риси характеру, здібності, знання), стовбур - стабільність та стійкість особистості, гілки - зовнішні ресурси (люди, місця, активності, котрі підтримують), плоди - досягнення та успіхи. Психолог допомагав підліткам виявити їхні сильні сторони, котрі часто залишаються непоміченими через фокус на проблемах. Діти з дисфункціональних родин нерідко розвивають особливі сильні сторони: відповідальність, самостійність, чутливість до емоцій інших, здатність впоратися з невизначеністю, креативність у розв'язанні проблем. Важливо було допомогти побачити ці якості як ресурси, а не лише як наслідки важких

обставин. Після завершення індивідуальної роботи учасники презентували свої дерева групі, отримуючи додаткові спостереження від інших про їхні сильні сторони, котрі вони самі могли не помітити.

П'ятий блок включав створення колажу "Мої опори", де підлітки з журналів, фотографій та власних малюнків створювали композицію, котра відображала їхні джерела сили та підтримки. Опорами могли бути люди (друзі, родичі, вчителі), місця (бібліотека, парк, спортивний зал), активності (музика, спорт, читання, малювання), улюблені тварини, мрії про майбутнє. Процес створення колажу надавав можливість візуалізувати мережу підтримки та усвідомити, що навіть в умовах сімейної дисфункції існують інші точки опори. Психолог уважно стежив за змістом колажів, адже їхній аналіз надавав цінну інформацію про наявність чи відсутність соціальної підтримки та необхідність додаткових інтервенцій.

Заключна частина тривалістю п'ятнадцять хвилин включала вправу "М'яч підтримки", де учасники ставали в коло, кидали м'яч один одному та висловлювали підтримуючу фразу або відзначали сильну сторону того, кому кидали м'яч. Така вправа створювала атмосферу взаємної підтримки та допомагала усвідомити цінність групи як ресурсу. Рефлексія заняття фокусувалася на ключовій ідеї про те, що попри складні обставини, кожна людина має внутрішні ресурси та можливість вибирати, як реагувати на те, що відбувається навколо. Домашнє завдання включало заповнення щоденника ситуацій, де підліток використовував адаптивні копінг-стратегії, з рефлексією про те, що допомогло та які були результати. Також пропонувалося щодня знаходити та записувати хоча б одну свою сильну сторону, котра проявилася протягом дня.

Заняття 5. "Мій шлях вперед: інтеграція досвіду та планування майбутнього"

Мета: узагальнення отриманих знань та навичок, закріплення позитивних змін в емоційній сфері учасників, створення індивідуального плану підтримки емоційної стабільності, формування оптимістичного погляду на майбутнє та відчуття власної здатності впливати на якість свого життя.

Матеріали: аркуші паперу формату А3, кольорові олівці, фломастери, фарби, бланки повторної діагностики "Градусник настрою", матеріали для створення "Карти мого шляху", символічні предмети для церемонії завершення (наприклад, невеликі камінці або намистини як символи набутої сили), конверти для "Листа собі в майбутнє", фотоапарат для групового фото, сертифікати участі.

Хід заняття:

Вступна частина тривалістю двадцять хвилин розпочиналася з особливого привітання та вправи "Подорож у часі". Психолог пропонував учасникам пригадати перше заняття: як вони почувалися тоді, що їх турбувало, як сприймали свої емоції. Після цього учасники по колу ділилися, що змінилося за п'ять тижнів роботи, які навички вони освоїли, що стало легше. Такий огляд шляху допомагав усвідомити прогрес, котрий часто залишається непоміченим при фокусі на поточних труднощах. Психолог підкреслював

навіть невеликі зміни, нормалізував можливі складнощі (розвиток нових навичок потребує часу та практики) та висловлював віру в ресурси кожного учасника. Після цього відбувалося обговорення домашнього завдання, де підлітки ділилися досвідом використання копінг-стратегій та усвідомлення власних сильних сторін у повсякденному житті.

Основна частина тривалістю п'ятдесят п'ять хвилин була присвячена інтеграції досвіду та створенню підтримуючих структур для майбутнього. Перший блок включав повторне заповнення методики "Градусник настрою", аналогічної до тієї, що використовувалася на першому занятті. Підлітки відзначали інтенсивність різних емоцій, котрі вони відчували протягом останнього тижня, після чого могли порівняти свої показники з початковими. Для більшості учасників спостерігалось зниження інтенсивності негативних емоцій (тривога, сум) та збільшення або стабільності позитивних (спокій, радість), що візуально демонструвало ефективність роботи. Психолог допомагав інтерпретувати зміни, підкреслюючи, що вони є результатом власних зусиль учасників, їхньої готовності працювати над собою та освоювати нові навички.

Другий блок був присвячений створенню "Карти мого шляху" - візуального представлення досвіду участі в програмі. На великому аркуші паперу кожен учасник малював символічний шлях, відзначаючи ключові точки: початок (як я почувався на першому занятті), важливі відкриття та інсайти (що я дізнався про себе та свої емоції), освоєні інструменти (техніки саморегуляції, копінг-стратегії), труднощі та перешкоди (що було складно), підтримка (хто або що допомагало), досягнення (чим я пишаюся), майбутнє (куди я прямую). Процес створення карти надавав можливість рефлексії всього досвіду, усвідомлення пройденого шляху та інтеграції різнісних елементів у цілісну наративну структуру. Психолог індивідуально підходив до кожного учасника, ставив запитання, що стимулювали рефлексію, та допомагав побачити зв'язки між різними аспектами досвіду. По завершенні індивідуальної роботи учасники за бажанням презентували свої карти групі, ділячись найбільш значущими моментами та відкриттями.

Третій блок фокусувався на створенні індивідуального "Плану підтримки емоційної стабільності" - конкретного переліку дій та стратегій для збереження та розвитку досягнутих результатів. Психолог надавав структуру плану, котру кожен заповнював відповідно до своїх потреб та особливостей. План включав кілька розділів. Перший розділ "Мої ранні сигнали" описував тілесні відчуття, думки або поведінку, котрі сигналізують про наростання стресу або погіршення емоційного стану. Другий розділ "Мої техніки швидкої допомоги" перелічував конкретні техніки саморегуляції, котрі учасник може застосувати при виникненні важких емоцій (дихальні вправи, релаксація, візуалізація безпечного місця). Третій розділ "Мої довготривалі стратегії" включав копінг-стратегії та активності, котрі підтримують загальне емоційне благополуччя (регулярні заняття спортом або творчістю, ведення щоденника, час на природі, спілкування з друзями). Четвертий розділ "Мої опори" містив перелік людей, до котрих можна звернутися по підтримку (друзі, родичі,

шкільний психолог, вчителі), та контактну інформацію служб допомоги. П'ятий розділ "Мої нагадування" включав підтримуючі фрази або принципи, котрі учасник хоче пам'ятати (наприклад, "Я не можу контролювати поведінку інших, але можу обирати свою реакцію", "Мої емоції законні та важливі", "У мене є сила впоратися з цим").

Четвертий блок включав техніку "Лист собі в майбутнє". Учасникам пропонувалося написати лист самим собі, котрий вони отримають через три місяці (психолог гарантував конфіденційність та відправлення листів поштою або через школу). У листі підлітки могли нагадати собі про важливі інсайти програми, підтримати себе, якщо буде складно, відзначити свої досягнення та висловити надії на майбутнє. Такий лист слугує продовженням підтримки після завершення програми та нагадуванням про набуті навички у моменти, коли вони можуть знадобитися. Після написання листи запечатувалися в конверти, на яких учасники записували свою адресу.

П'ятий блок був присвячений груповому обговоренню ресурсів та можливостей підтримки після завершення програми. Психолог інформував учасників про доступність індивідуальних консультацій шкільного психолога, можливість періодичних підтримуючих групових зустрічей, телефони довіри для дітей та підлітків, онлайн-ресурси з емоційної підтримки. Особливо підкреслювалася важливість звертання по допомогу в ситуаціях, котрі виходять за межі можливостей самостійного подолання, та нормалізувалася потреба в підтримці як ознака сили, а не слабкості.

Заклучна частина тривалістю п'ятнадцять хвилин включала урочисту церемонію завершення. Психолог дякував кожному учаснику за мужність та відкритість, за готовність працювати над собою попри складні життєві обставини. Кожен учасник отримував символічний предмет (наприклад, невеликий камінець або намистину) як матеріальне нагадування про внутрішню силу та ресурси, виявлені під час роботи. Також вручалися сертифікати участі в програмі. Фінальна рефлексія проходила у формі кола, де кожен учасник завершував речення "Найважливіше, що я забираю з цієї програми, це..." або "Я вдячний собі за те, що...". Психолог підсумовував ключові ідеї програми: емоції є природною частиною людського досвіду, навички емоційної саморегуляції можна розвинути, попри складні обставини кожна людина має внутрішні ресурси та здатність впливати на якість свого життя, звертання по підтримку є ознакою мудрості. Заняття завершувалося груповим фото на пам'ять, котре символізувало спільність досвіду та створену мережу підтримки.