

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

**ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА ДИТИНСТВА ЯК ЧИННИК  
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ  
ПІД ЧАС ВІЙНИ**

**Кваліфікаційна робота (проект)**

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: здобувачка 2 курсу 07-231  
групи

Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійної програми  
«Психологія»

**Вікторія ВІГОВСЬКА**

Керівник: канд. психол. наук, доцентка

**Наталія ТАВРОВЕЦЬКА**

Рецензент: доцент кафедри психології

Чорноморського національного  
університету імені Петра Могили

**Володимир Шевченко**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ДИТИНСТВА У НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ.</b> .....	<b>7</b>
1.1 Зміст поняття «психологічна травма» і її наслідки .....	7
1.2. Особливості переживання психологічної травми дітьми та підлітками. ....	12
1.3. Посттравматичний стресовий розлад особистості – як наслідок психологічної травми дитинства. ....	17
Висновки до першого розділу. ....	22
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ВІЙНИ НА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЯК ЧИННИКА ПОЯВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ.</b> .....	<b>24</b>
2.1. Опис методик та процедури дослідження. ....	24
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження. ....	28
2.3. Описова статистика та кореляційний аналіз дослідження. ....	35
2.4. Психологічні рекомендації батькам для допомоги дітям та підліткам, які пережили травматичний досвід. ....	39
Висновки до другого розділу. ....	42
<b>ВИСНОВКИ.</b> .....	<b>43</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.</b> .....	<b>45</b>

## ВСТУП

**Актуальність дослідження** дитячих психологічних травм і їх впливу на розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) під час війни є надзвичайно актуальним у світлі сучасних подій, зокрема пов'язаних із війною в Україні. У контексті військового конфлікту велика кількість дітей зазнає травматичного впливу, що може призвести до серйозних довгострокових психологічних наслідків.

Перш за все, зростає кількість дітей, які стали свідками насильства, втратили близьких, були змушені залишити домівки чи жити в умовах окупації. Такі події можуть призвести до розвитку ПТСР та інших психічних розладів, зокрема через те, що дитяча психіка ще не здатна повною мірою обробити складні емоції та переживання, що виникають через травматичні події, що особливо небезпечно, оскільки травма, отримана в дитинстві, часто має довготривалий негативний вплив на психічне здоров'я дорослої особистості.

Крім того, дослідження показують, що діти, які пережили травматичні події, мають підвищений ризик розвитку ПТСР у дорослому віці, що означає, що без належної психологічної підтримки та реабілітації такі діти можуть страждати на серйозні психічні розлади, які суттєво впливають на їхнє життя, здатність будувати стосунки, працювати та соціально адаптуватися.

На жаль, ефективні методи лікування та реабілітації для постраждалих дітей в Україні обмежені, тому дослідження цього феномену може стати основою для створення нових дієвих програм підтримки та реабілітації для дітей, які зазнали травми. Такі програми можуть не лише зменшити наслідки ПТСР у дитинстві, а й сприяти загальному психічному здоров'ю майбутнього покоління.

Актуальність цього питання зростає ще й тому, що, незважаючи на наявні міжнародні дослідження ПТСР у дітей, існує обмежена кількість наукових праць, які враховують специфіку саме українського досвіду війни та

національні особливості сприйняття травми. Дослідження дитячих психологічних травм і ПТСР у цьому контексті може суттєво посприяти розумінню впливу війни на психіку дітей і стати основою для реформ у сфері психологічної допомоги та підтримки.

У нашому дослідженні ми спиралися на низку вчених, що досліджували проблеми дотичні до нашої тематики: Бондарук Ю., Бульковська В., Вовченко О., Гоцуляк Н., Грицюта О., Давиденко А., Дендеберя К., Заграй Л., Іванців Р., Кузікова С., Лозіна В., Лукашевич М., Романча А., Самойлова О., Титаренко Т., Яцина О., Яцук Н. та ін.

**Мета дослідження:** дослідити особливості прояву та проаналізувати вплив психологічної травми у дітей та підлітків, як чинника у виникненні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) особистості.

Для досягнення поставленої мети необхідно розв'язати такі **завдання дослідження:**

1. Визначити і доповнити зміст поняття «психологічна травма» і визначити її наслідки для особистості.
2. Проаналізувати психологічну літературу з проблеми виникнення і наслідків психологічної травми дитинства.
3. Проаналізувати посттравматичний стресовий розлад особистості як наслідок психологічної травми дитинства
4. Провести емпіричне дослідження, для визначення наявності і впливу психологічної травми на дітей та підлітків, здійснити кількісний та якісний аналіз результатів дослідження.
5. Розробити психологічні рекомендації батькам для допомоги дітям та підліткам, які пережили травмівну подію, що призвела до появи симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) особистості під час війни.

**Об'єкт дослідження:** посттравматичний стресовий розлад особистості.

**Предмет дослідження:** переживання психологічної травми дитинства, як провокуючого чинника виникнення посттравматичного стресового розладу особистості під час війни..

**Методи дослідження:** *теоретичні* (аналіз та систематизація теоретичних фактів з проблематики переживання психологічної травми ситуації війни у дитячому віці; теоретико-методологічний аналіз наукових джерел з впливу наслідків переживання травмівної події на появу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) особистості під час війни); *емпіричні* (для дітей молодшого шкільного віку – шкала «Загальна тривожність» Багатошкального опитувальника дитячої тривожності (БОДТ); проєктивна методика «Кактус» (Панфілової М. А.); для дітей підліткового віку – методика «Діагностики депресивного стану» В. Зунга (адаптація Т. Н. Балашової), методика Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів», «Модифікована шкала оцінки впливу травматичної події для дітей «CRIES-8», шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (PCL-5), опитувальник ситуативної та особистісної тривоги Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна).

**Наукова новизна дослідження** полягає в детальному аналізі впливу дитячої психологічної травми на розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у контексті воєнних подій, особливо враховуючи специфіку сучасних військових конфліктів. Дане дослідження розглядає психологічну травму дітей в умовах повномасштабної війни в Україні, що дає змогу краще зрозуміти, як конкретні види травматичних подій – втрата близьких, евакуація, життя в умовах окупації – спричиняють довгострокові психологічні наслідки.

**Практичне значення дослідження** полягає в можливості застосування його результатів для створення та вдосконалення програм психологічної підтримки та реабілітації дітей, що зазнали травми через воєнні дії. Дане дослідження дає підґрунтя для розробки методів ранньої діагностики ПТСР у дітей, а також для запровадження спеціальних тренінгів для психологів, педагогів, соціальних працівників і медичних фахівців, які працюють з постраждалими дітьми. Розроблені на основі дослідження рекомендації можуть бути інтегровані у державні програми психологічної підтримки, а

також використовуватись в освітніх закладах, центрах психологічної допомоги та дитячих реабілітаційних установах.

**Апробація та публікація результатів дослідження.** Результати емпіричного дослідження обговорювалися на засіданні кафедри психології (протокол від 14.11.2024 № 6).

**Структура роботи:** кваліфікаційний проєкт включає вступ, теоретичний та практичний розділи і висновки до них, загальні висновки, перелік використаних джерел (42 найменування) і додатки.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ДИТИНСТВА У НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

## 1.1 Зміст поняття «психологічна травма» і її наслідки

Психологічна травма – це емоційна та психічна реакція на надзвичайно стресову або шокову подію, яка перевищує можливості особистості до адаптації та самостійного відновлення. Вона виникає у відповідь на події, що сприймаються як небезпечні для життя, гідності або психічного благополуччя людини. Такі події можуть включати переживання фізичного чи психологічного насильства, нещасні випадки, стихійні лиха, втрату близьких, військові дії тощо.

Травма має комплексний вплив на психіку та може призводити до різних порушень на емоційному, когнітивному, фізіологічному та поведінковому рівнях. У людини з психологічною травмою може спостерігатися посилена тривожність, відчуття безпорадності, емоційна нестабільність, труднощі з концентрацією уваги, а також реакції уникнення певних ситуацій або людей, що нагадують про травматичну подію. В окремих випадках психологічна травма може розвиватися в більш серйозні психічні розлади, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [21].

Важливим аспектом психологічної травми є те, що її сила і вплив на психіку індивідуальні. На те, як саме травма позначиться на особистості, впливають численні фактори, зокрема вік, особистісні риси, попередній життєвий досвід, наявність підтримки від близьких, соціальні умови та інші ресурси, що допомагають подолати наслідки травми [27].

Термін «психічна травма» почав використовуватися в науковій літературі в кінці XIX століття, коли дослідники вперше звернули увагу на вплив шоківих подій на психічне здоров'я людини. Знакову роль у формуванні розуміння цього поняття відіграв З. Фрейд, який у своїх працях узагальнив і розвинув перші концепції про природу та суть психічної травми.

Аналізуючи роботи свого колеги Й. Брейера, Фрейд звернув увагу на випадок однієї з пацієнок, яка страждала на істерію. Він відзначив, що виявлені у неї симптоми часто були результатом глибоких психічних потрясінь, або, як він називав їх, «психічних травм». Таке спостереження стало основою для майбутніх досліджень у галузі психотерапії, де Фрейд почав розглядати психічну травму як ключовий фактор у розвитку різних психічних розладів [35].

Поняття «психологічна травма» в психологічному словнику має таке визначення: «...шкода, завдана психічному здоров'ю людини інтенсивною дією несприятливих факторів навколишнього середовища чи стресовими впливами інших людей» [29, с. 265].

У словнику-довіднику Т. Титаренко надає наступне трактування досліджуваного нами явища: «Психологічна травма – це залишкові явища афективних переживань особистості, що зумовлені зовнішніми подразниками, спричиняють психічний дискомфорт і виявляють патогенний вплив на особистість. У метафоричному значенні психотравма – це будь-яке потрясіння психіки, що виявляє сильний вплив на функціонування особистості та її подальший розвиток» [33, с. 102].

Л. Заграй, у свою чергу, зазначає: «психологічна травма ґрунтується на суб'єктивній інтерпретації ситуації, що передбачає можливість контролювати/регулювати ситуацію і знижувати невизначеність і вразливість. Відповідно, психологічна травма – це реакція людини на життєві обставини, що викликає тривалі емоційні переживання негативного характеру. Однак коли йдеться про переживання, ми маємо на увазі інтерпретацію, рефлексію ситуації, події, яка зумовила травматизацію людини» [14].

О. Туриніна зазначає, що Н. Пезешкіан пропонує розподіл психотравм на дві категорії – макротравми та мікротравми. Такий поділ відображає різницю в масштабі, інтенсивності та характері подій, що призводять до психічних травм, а також у реакції людини на них. Підхід Пезешкіана є важливим для розуміння, що навіть менш очевидні на перший погляд травми



можуть мати значний вплив на психічне здоров'я, особливо якщо їхній вплив накопичується з часом [34].

Макротравми – це події великого масштабу, які мають сильний, різкий та глибокий вплив на психіку. Вони, як правило, є однократними, яскраво вираженими та часто пов'язані з загрозою для життя, фізичної чи психологічної цілісності. До макротравм Н. Пезешкіан відносить такі події, як [34]:

- військові дії, бойові конфлікти, теракти;
- природні або техногенні катастрофи (землетруси, повені, аварії);
- серйозні фізичні або сексуальні напади;
- важкі втрати (наприклад, смерть близьких людей);
- серйозні захворювання або нещасні випадки, що загрожують життю.

Макротравми зазвичай викликають миттєву реакцію шоку та можуть призвести до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або інших серйозних психічних розладів. Після пережитої макротравми люди часто потребують глибокої терапевтичної допомоги та підтримки для подолання наслідків, оскільки такий досвід залишає значний слід у свідомості та змінює психічну структуру особистості.

Мікротравми – це травматичні ситуації меншого масштабу, які не мають яскраво вираженого, критичного впливу на психіку в момент переживання. Проте мікротравми можуть бути частими, повторюваними, і їхній ефект накопичується, створюючи тривалий стрес і поступово ослаблюючи емоційний стан особистості. Приклади мікротравм включають [34]:

- хронічні конфлікти в сім'ї чи на роботі;
- ситуації постійного несприйняття, приниження або знецінення з боку оточення;
- тривалі фінансові труднощі чи економічна нестабільність;
- дрібні, але регулярні невдачі чи стресові ситуації на роботі чи в особистому житті.

Хоча кожна окрема мікротравма не має глибокого впливу на психіку, їхня регулярність і накопичувальний ефект можуть призвести до виснаження ресурсів психіки, розвитку тривожних розладів, депресії або психосоматичних захворювань. Людина може навіть не усвідомлювати, що її постійний стрес пов'язаний з наявністю численних мікротравм, які в сукупності чинять значний негативний вплив на її самопочуття та поведінку [34].

На нашу думку, підхід Н. Пезешкіана до класифікації психотравм на макро- і мікротравми допомагає ефективніше діагностувати та лікувати травматичні стани. Макротравми потребують негайної, інтенсивної терапевтичної роботи для зняття гострих симптомів, пов'язаних із травмою, таких як флешбеки, тривожність та інші прояви ПТСР. Мікротравми ж потребують виявлення та роботи з накопиченим стресом, а також розвиток навичок емоційної стійкості, щоб мінімізувати їхній накопичувальний ефект.

У своїй роботі Д. Калшед вказує, що поняття «психотравма» використовується для позначення будь-якого емоційно болісного досвіду, який викликає сильні душевні страждання і порушує внутрішню рівновагу особистості. Такий стан, що виникає як реакція на події, які перевищують адаптаційні можливості психіки, завдають глибокого психологічного болю, і людина відчуває, що не має достатньо внутрішніх ресурсів для їх подолання. Психотравма не лише зачіпає емоційний стан, але й може впливати на фізичне здоров'я, стосунки з оточенням і навіть на базове відчуття безпеки та самосприйняття [18].

На думку Н. Є. Гоцуляк: «психологічну травму у самому загальному плані можна визначити як реакцію особистості на стресові життєві події. Такими подіями є війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насилля, серйозні захворювання і медичні операції, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти тощо» [8].

О. Грицюта вказує, що типи подій, що можуть призвести до психотравми, охоплюють різноманітні життєві ситуації, які завдають сильних емоційних переживань і виводять людину зі стану внутрішньої рівноваги. До

таких подій належать насильство та агресія, які включають фізичне чи емоційне насильство, знущання та приниження, що завдають глибоких психічних ран і викликають тривале почуття страху чи приниження. Значними джерелами психотравми є втрати та розлука, зокрема смерть близької людини, розірвання важливих стосунків або розлучення, що позбавляють людину емоційної підтримки та змінюють її світосприйняття. Воєнні дії та катастрофи також мають потужний травматичний ефект: участь у бойових діях, життя під обстрілами, природні катастрофи, як-от землетруси чи повені, руйнують базове відчуття безпеки. До таких факторів належать і серйозні хвороби та травми, особливо ті, що загрожують життю як самої людини, так і її близьких. Іншими кризовими подіями, здатними призвести до психотравми, є серйозні життєві зміни – втрата роботи, житла чи значущих матеріальних ресурсів, що можуть створити відчуття нестабільності й безвихідності [9].

Ю. Бондарук зауважує, що переживання психотравми може мати різноманітні психологічні наслідки, які суттєво впливають на емоційний і фізичний стан людини. Часто це призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – комплексного розладу, що виникає внаслідок сильного шокowego досвіду. Він проявляється у формі нав'язливих спогадів, підвищеної тривожності та емоційної нестабільності, через які людині важко повернутися до нормального функціонування. Психотравма також може спричинити депресивні стани, коли людина втрачає інтерес до життя, відчуває знижену мотивацію, страждає від низької самооцінки, безнадії та загального почуття безвихідності. Нерідко такі стани доповнюються тривожними розладами, що характеризуються постійним відчуттям тривоги, очікуванням загрози та підвищеною чутливістю до зовнішніх подразників, що ускладнює щоденне життя. Психотравма також здатна викликати психосоматичні прояви на фізичному рівні – хронічні болі, порушення сну, проблеми з травленням та головні болі, що сигналізують про глибокий і тривалий вплив травматичних переживань на загальне здоров'я людини [4].

Отже, дослідження психотравм є критично важливим для розуміння того, як людина переживає складні події та яким чином відновити психічне здоров'я після травми. У психотерапії та психологічному консультуванні фахівці працюють над тим, щоб допомогти людям впоратися з наслідками психотравми, використовуючи різні техніки, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, техніки релаксації, методи роботи з тілом та емоціями.

Таким чином, поняття «психотравма» описує комплексний досвід психічного болю, який може мати як короткотривалий, так і тривалий вплив на особистість, відображаючись у зміні емоційного стану, поведінки, соціальної адаптації та загального психічного здоров'я.

## **1.2. Особливості переживання психологічної травми дітьми та підлітками**

Переживання психологічної травми дітьми та підлітками має свої особливості, оскільки їхня психіка ще не сформувала повноцінних механізмів для подолання стресових ситуацій. У дітей і підлітків психічні реакції на травмуючі події можуть бути значно інтенсивнішими та тривалішими, ніж у дорослих, що зумовлено недосконалими адаптивними процесами і меншою здатністю до абстрактного мислення. Вони часто не розуміють повною мірою, що з ними відбувається, що посилює відчуття безпорадності й загрози.

О. Самойлова зазначає, що діти молодшого віку реагують на травму переважно через регресивні поведінкові зміни: вони можуть знову почати боятися темряви, проситися на руки, плакати без видимої причини або втрачати навички, що вже опанували. Часто така поведінка є результатом несвідомих спроб дитини знайти безпеку та захист [28].

У підлітків, для яких характерні прагнення до незалежності та самостійності, травма може проявлятися через агресію, замкнутість або надмірну залежність від однолітків чи дорослих. Вони також частіше стикаються з труднощами у встановленні довірливих відносин і можуть почати уникати емоційних контактів, що призводить до самотності. Багато

підлітків втрачають інтерес до навчання, стають менш мотивованими та апатичними [28].

Крім того, у дітей і підлітків відчуття тривожності після травми може проявлятися через фізичні симптоми: головний біль, біль у животі, розлади сну. Важливо також враховувати, що вони можуть знову і знову переживати травматичну подію у своїй уяві, що посилює їхній стрес і перешкоджає процесу відновлення [28].

У своїй роботі А. Давиденко на основі аналізу практичних досліджень зазначає, що в моменти серйозного стресу чи травми у дітей спочатку активізуються функціональні резерви організму, що відбувається через автоматичні механізми захисту, які допомагають дитині впоратися з небезпекою або травматичним досвідом [10].

Функціональні резерви організму – це адаптивні механізми, які включають як фізіологічні, так і психологічні реакції. У відповідь на травму активуються різні системи організму, такі як ендокринна, нервова та імунна системи. Наприклад, у стресових ситуаціях виробляються гормони стресу, такі як адреналін і кортизол, які сприяють підвищенню фізичної активності, зосередженості та готовності до дій. Ця мобілізація є критично важливою, оскільки дозволяє дитині швидко реагувати на загрозу, забезпечуючи виживання [13].

Крім фізіологічної мобілізації, у дітей відбуваються й психологічні зміни. На рівні психіки активізуються механізми самозахисту, такі як уникнення, заперечення або регресія. Діти можуть намагатися дистанціюватися від травматичного досвіду, що дозволяє їм зменшити емоційний стрес і впоратися з пережитими подіями. Однак ці механізми можуть бути і короткочасними, і тривалими, залежно від контексту травми та наявності соціальної підтримки [10].

С. Кузікова разом з колегами зауважує, що психотравма у дітей і підлітків характеризується рядом специфічних ознак, які відображають їхні унікальні емоційні та психологічні реакції на травматичні події. Дані ознаки

можуть варіюватися залежно від віку, індивідуальних особливостей дитини, типу травми та соціального контексту, але загалом включають такі характеристики [20]:

1. *Емоційна реактивність.* Діти та підлітки часто демонструють підвищену емоційну чутливість, можуть бути більш тривожними, заплаканими чи агресивними. Вони можуть швидше реагувати на подразники, що нагадують про травматичний досвід, переживаючи повторні емоційні сплески.

2. *Регресивні прояви.* Діти можуть повернутися до ранніх стадій розвитку, що проявляється у вигляді відмови від навичок, які раніше опанували, таких як нетуалетність або залежність від батьків.

3. *Нав'язливі спогади.* У дітей можуть виникати флешбеки або нав'язливі думки, пов'язані з травмою. Вони можуть переживати повторні спогади про подію через сновидіння або уявлення, що створює відчуття, ніби травма сталася знову.

4. *Проблеми зі сном.* Травмовані діти часто стикаються з порушеннями сну, включаючи безсоння, нічні страхи або кошмари, які можуть бути пов'язані з травматичним досвідом.

5. *Соціальна ізоляція.* Діти можуть уникати спілкування з однолітками, відчуваючи труднощі у встановленні контактів, що може призвести до самотності та соціальної відчуженості.

6. *Порушення навчальної діяльності.* Втрата концентрації, зниження інтересу до навчання та погіршення успішності можуть бути наслідком травми, оскільки діти не можуть зосередитися на навчальному процесі через переживання.

7. *Фізичні симптоми.* Психологічні травми часто проявляються фізично. Діти можуть скаржитися на головний біль, болі в животі або інші соматичні симптоми, які не мають медичних причин.

8. *Агресивна або імпульсивна поведінка.* Діти можуть проявляти агресію або імпульсивність, що є їхньою спробою виразити накопичені емоції або боротися зі стресом.

9. *Зниження самооцінки.* Травма може призводити до зниження впевненості у собі, почуття безпорадності і втрати контролю над власним життям.

У висновках роботи О. Олійник наголошується, що психічна травма в дітей і підлітків має специфічні риси, які відрізняють її від травми у дорослих. Зокрема, особливості розвитку дитини вказують на те, що їхні емоційні і когнітивні механізми адаптації ще не сформовані повністю, що робить їх більш вразливими до травматичних подій. О. Олійник підкреслює важливість врахування індивідуальних особливостей кожної дитини, а також соціального контексту, в якому вона живе, оскільки це впливає на рівень стресу та спосіб переживання травми [23].

Науковець підкреслює необхідність комплексного підходу до лікування та підтримки дітей, які пережили психічну травму, що включає використання психологічних методик, спрямованих на відновлення емоційної стабільності та соціальної адаптації. Важливим аспектом є залучення батьків і близьких людей до процесу лікування, що може суттєво полегшити відновлення дитини [23].

І. Корнієнко наголошує на важливості підтримки з боку батьків, вчителів та однолітків, адже соціальна підтримка є ключовою для успішної корекції травматичного досвіду. Така підтримка допомагає підліткам відчувати безпеку та впевненість під час процесу відновлення. Автор детально розглядає різноманітні психотерапевтичні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія та ігрова терапія. Він зазначає, що їх інтеграція може забезпечити комплексну підтримку, яка враховує специфічні потреби підлітків [19].

Важливим аспектом є регулярна оцінка прогресу підлітка в терапії, оскільки моніторинг змін у поведінці, емоціях та соціальній адаптації дозволяє

коригувати терапевтичний підхід відповідно до потреб дитини. І. Корнієнко також акцентує на ролі саморефлексії та розвитку критичного мислення, що сприяє усвідомленню власних емоцій та переживань підлітка [3].

Отже, аналізу науково-психологічних джерел надав змогу виокремити основні ознаки травматичного стресу у дошкільному, шкільному та підлітковому віці (див. табл. 1.1).

*Таблиця 1.1.*

### Ознаки травматичного стресу

Віковий період	Ознаки травматичного стресу
Дошкільний вік	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Нічні страхи та кошмари</li> <li>- Регресія в поведінці (наприклад, нетуалетність)</li> <li>- Підвищена тривожність і страхи (зокрема, страх темряви або розлуки)</li> <li>- Агресивна або імпульсивна поведінка</li> <li>- Соціальна ізоляція або уникнення контактів з іншими дітьми</li> <li>- Соматичні скарги (головний біль, біль у животі)</li> </ul>
Шкільний вік	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Проблеми з концентрацією та навчанням</li> <li>- Підвищена емоційна чутливість (часті плачі, перепади настрою)</li> <li>- Нав'язливі спогади про травму</li> <li>- Зниження інтересу до навчання та активностей</li> <li>- Труднощі у встановленні взаємин з однолітками</li> <li>- Соматичні симптоми, такі як втома або головний біль</li> </ul>
Підлітковий вік	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Зміни в настрої (депресивні стани, тривога)</li> <li>- Виникнення соціальної ізоляції та уникнення спілкування</li> <li>- Ризикована або агресивна поведінка (зокрема, прояви насильства)</li> <li>- Порушення сну (безсоння або нічні жахи)</li> <li>- Відчуття безпорадності або безнадії</li> <li>- Зниження самооцінки і впевненості у собі</li> </ul>

Отже, переживання психологічної травми дітьми і підлітками має більш виражені емоційні, поведінкові та психосоматичні прояви через обмежену здатність розуміти та справлятися з пережитими подіями. Тому у роботі з травмованими дітьми та підлітками необхідний делікатний і комплексний підхід, спрямований на емоційну підтримку, забезпечення відчуття безпеки та допомогу в адаптації до нових життєвих обставин.



### **1.3. Посттравматичний стресовий розлад особистості – як наслідок психологічної травми дитинства**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) особистості є серйозним наслідком психологічної травми, що переживається в дитинстві. Даний стан може виникнути після переживання або свідчення травматичної події, такої як насильство, знущання, війна, природні катастрофи чи інші екстремальні ситуації.

Психологічна травма в дитинстві може вплинути на формування особистості та її емоційне здоров'я. Коли дитина переживає травматичний досвід, її емоційні та когнітивні системи можуть бути порушені, що може призвести до тривалого стану тривоги, постійного відчуття загрози, а також до нав'язливих спогадів про травматичну подію [4].

Г. Подольська зазначає: «Гостра стресова реакція – короткий проміжок небажаних спогадів, які спливають на поверхню протягом місяця після того, як дитина пережила травматичну подію або була залучена до неї» [24, с. 36].

Прояви симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей, згідно з дослідженнями М. Весселса, суттєво варіюються в залежності від вікової категорії.

У дошкільному віці діти часто демонструють емоційні та поведінкові реакції на травматичні події. Вони можуть страждати від нічних страхів та кошмарів, часто прокидаючись з відчуттям страху. Деякі діти можуть проявляти регресивну поведінку, повертаючись до ранніх етапів розвитку, таких як нетуалетність чи збільшена залежність від батьків. Підвищена тривожність є характерною рисою для дошкільників, які можуть боятися розлуки з батьками або нових ситуацій. У поведінці можуть виникати агресивні або імпульсивні реакції, а також фізичні симптоми, такі як головний біль або біль у животі, що свідчить про стрес [6].

У молодшому шкільному віці прояви ПТСР стають більш явними. Діти можуть часто повертатися до травматичних спогадів, повторно переживаючи

їх через гру або розповіді. Труднощі з концентрацією можуть призводити до проблем з навчанням, оскільки діти не можуть зосередитися на уроці. Зміни в настрої, що проявляються у частих перепадах, агресії чи депресивних станах, також є характерними. Проблеми зі сном, такі як безсоння або нічні страхи, стають звичними, а соціальна ізоляція може бути результатом відчуття самотності або незрозуміння з боку однолітків [6].

У підлітковому віці прояви ПТСР можуть бути ще складнішими. Підлітки часто відчують депресивні стани, втрачаючи надію і відчуючи себе відчуженими. Вони можуть вдаватися до ризикованої поведінки, включаючи агресивні дії або вживання наркотиків і алкоголю, як спробу уникнути емоційного болю. Соціальна ізоляція стає більш помітною, підлітки можуть уникати спілкування з родиною та друзями, відчуючи себе незрозумілими. Нав'язливі думки, постійні спогади про травматичний досвід, можуть виникати у формі флешбеків, а також зниження успішності в школі через труднощі з концентрацією і підвищений рівень тривоги [6].

У праці К. Флетчера, присвяченій посттравматичному стресовому розладу (ПТСР) у дітей, автор підкреслює важливість розуміння специфіки цього стану в контексті дитячого розвитку. Флетчер вказує на те, що діти можуть реагувати на травматичні події по-різному, в залежності від їхнього віку, розвитку, та емоційної зрілості, що важливо для діагностики та вибору терапевтичних методів [39].

К. Флетчер зазначає, що симптоми ПТСР у дітей можуть проявлятися в багатьох формах, включаючи нав'язливі спогади, нічні жахи, підвищену тривожність та агресивну поведінку. Особливо важливим є те, що у дітей може бути менш виражена усвідомленість своїх емоцій, що ускладнює ідентифікацію та обробку травматичного досвіду [39].

Автор також акцентує увагу на тому, що своєчасне виявлення та лікування ПТСР у дітей можуть запобігти розвитку серйозних емоційних і поведінкових проблем у підлітковому та дорослому віці. К. Флетчер підкреслює, що підтримка з боку батьків і дорослих є критично важливою для

процесу одужання дитини. Психотерапевтичні інтервенції, які орієнтовані на зміцнення емоційних і соціальних навичок, можуть суттєво покращити шанси дитини на успішну адаптацію після пережитого травматичного досвіду [39].

У своїй праці С. Суліман разом із колегами визначають вплив множинних травм на прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривоги та депресії у підлітків. Висновки цієї роботи мають важливе значення для розуміння того, як накопичений травматичний досвід може вплинути на психічне здоров'я молоді [42].

По-перше, дослідження виявило, що підлітки, які пережили кілька травматичних подій, мають вищий ризик розвитку симптомів ПТСР, тривоги та депресії порівняно з тими, хто зазнав лише однієї травми. Даний кумулятивний ефект травм свідчить про те, що не лише серйозність окремої події, а й загальна кількість травматичних переживань суттєво впливають на емоційний стан підлітків [42].

По-друге, автори підкреслюють, що симптоми ПТСР, тривоги та депресії можуть мати спільні патерни прояву, і це ускладнює їх діагностику та лікування. Наявність кількох травматичних подій може призводити до взаємодії цих симптомів, що ускладнює їхнє розрізнення. Даний фактор може негативно вплинути на вибір терапевтичних стратегій і підходів [42].

Дослідники також акцентують на необхідності врахування індивідуальних особливостей підлітків, які пережили множинні травми, під час розробки лікувальних програм. Підтримка з боку сім'ї, однолітків і професіоналів може суттєво сприяти процесу одужання та покращенню психічного стану підлітків [42].

За визначення М. Гупти: «ПТСР у підлітків – це те, до чого слід ставитися вкрай серйозно. Хоча симптоми посттравматичного стресового розладу можуть бути особливо сильними протягом місяців після травматичної події та зникати після цього, підлітки можуть відчувати ці симптоми роками, якщо їх не лікувати» [40, с. 86].

У праці А. Шалева досліджуються фактори ризику, пов'язані з розвитком посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у людей, які нещодавно пережили травматичні події. Висновки цієї роботи мають велике значення для оцінки та прогнозування ризику розвитку ПТСР у різних груп населення [41].

Дослідження виявило, що ризик розвитку ПТСР значно варіюється в залежності від ряду факторів, таких як характер травматичної події, індивідуальні особливості особи, а також соціально-економічний контекст. Наприклад, учасники, які пережили насильство або серйозні природні катастрофи, демонструють вищий рівень симптомів ПТСР у порівнянні з тими, хто зазнав менш травматичних подій [41].

Крім того, дослідження представило модель для прогнозування ризику розвитку ПТСР, що може бути використано в клінічній практиці для ідентифікації осіб, які потребують додаткової психологічної підтримки. Раннє виявлення та втручання можуть суттєво зменшити ймовірність розвитку хронічних форм ПТСР [41].

Н. Яцук і О. Говоруха зазначають, що діти, які зазнали психологічної травми, часто стикаються з важкою задачею – намаганням адаптуватися до своїх переживань. Даний процес може бути надзвичайно складним, адже травма зазвичай викликає глибокі емоційні переживання, які потребують адекватного оброблення. На жаль, без належної підтримки з боку батьків, вчителів або фахівців, механізми копіngu, які розвивають ці діти, можуть виявитися недостатніми для подолання стресу, що призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [38].

Р. Іванців вказує, що одними з найбільш поширених симптомів, що свідчать про наявність ПТСР, є нав'язливі спогади. Діти можуть повторно переживати травматичні події, що проявляється у вигляді яскравих спогадів, флешбеків або кошмарів, які вони не можуть контролювати – це постійне повернення до травми викликає додатковий стрес і тривогу, ускладнюючи їхнє повсякденне життя. Паралельно з цим, у дітей може виникнути постійне

відчуття тривоги та страху, яке зберігається навіть у безпечних ситуаціях – це почуття загрози, яке не завжди має об'єктивні підстави, стає для них хронічним і сильно впливає на їхній емоційний стан [17].

На думку А. Сузанської, емоційна відчуженість також є характерною реакцією на травму. Діти можуть втратити інтерес до навколишнього світу, уникати спілкування з друзями і родиною, що свідчить про їхню спробу уникнути емоційної близькості та глибокого болю, пов'язаного з пережитими травмами. Регресія в поведінці може стати ще одним проявом стресу: діти можуть повертатися до ранніх етапів розвитку, демонструючи, наприклад, нетуалетність або збільшену залежність від батьків. Зазначені зміни в поведінці часто викликані бажанням відновити почуття безпеки, яке вони втратили через травму [30].

Проблеми зі сном, такі як безсоння або часті нічні жахи, також є типовими для дітей з ПТСР. Такі симптоми можуть посилюватися через страх перед сном, оскільки діти бояться, що їхні кошмари можуть повернутися, а відсутність відпочинку лише погіршує їхній загальний стан [30].

На жаль, наслідки ПТСР, що виникає в дитинстві, можуть бути тривалими і мати серйозний вплив на доросле життя. Однією з найзначніших проблем є важкі міжособистісні стосунки. Відчуття недовіри, страх відмови та труднощі у встановленні емоційних зв'язків можуть призвести до постійних конфліктів та ізоляції. Дорослі, які пережили травму в дитинстві, часто страждають від депресії та тривожних розладів, оскільки їхній досвід залишає глибокі емоційні шрами, які важко загоїти [2].

О. Яцина вказує, що соматизація – ще один важливий аспект, що може проявлятися у вигляді фізичних симптомів, таких як хронічний біль або інші соматичні розлади, що означає, що психологічний дискомфорт може «перекладатися» на тілесні відчуття, ускладнюючи лікування та підвищуючи загальну тривожність [37].

Додатково, К. Дендеберя зауважує, що особи з історією травми можуть бути схильні до ризикованої поведінки, включаючи адикції або

самоушкоджувальну поведінку, що може слугувати способом уникнення емоційного болю або спробою контролювати свою реальність. Таким чином, травматичний досвід у дитинстві формує унікальний профіль ризику, що потребує уваги, підтримки та професійної допомоги для подолання негативних наслідків [12].

Важливо зазначити, що своєчасна інтервенція та підтримка можуть допомогти дитині подолати наслідки травми. Психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія та ігрова терапія, може стати ефективними методами для роботи з дітьми та підлітками, які пережили травматичні події.

Отже, ПТСР, що є наслідком психологічної травми в дитинстві, потребує особливої уваги, щоб забезпечити дітям можливість здорового розвитку та адаптації в майбутньому. Своєчасна підтримка та терапевтичні методи можуть суттєво покращити якість життя людей, які пережили травми в дитинстві.

### **Висновки до першого розділу.**

У теоретико-методологічному аналізі проблеми психологічної травми дитинства в наукових дослідженнях можна виокремити кілька ключових висновків.

По-перше, психологічна травма дитинства є складним і багатограним феноменом, що потребує системного підходу в дослідженнях. Наукові праці свідчать про важливість вивчення як індивідуальних, так і соціальних чинників, які можуть впливати на формування травматичного досвіду, що охоплює сімейну динаміку, соціальне оточення, культурні контексти та особистісні особливості дітей.

По-друге, важливою складовою є різноманітність методологічних підходів, які використовуються для вивчення психологічної травми. Від кількісних методів, що дозволяють встановити статистичні зв'язки між травмою і її наслідками, до якісних, які забезпечують глибше розуміння

суб'єктивного досвіду постраждалих – кожен підхід має свої переваги і недоліки.

По-третє, результати досліджень вказують на необхідність інтеграції знань з різних галузей, таких як психологія, психіатрія, соціологія та педагогіка. Такий міждисциплінарний підхід дозволяє більш повно охопити проблему психологічної травми, адже дитячий досвід травми часто виходить за межі індивідуального, взаємодіючи з соціальними і культурними контекстами.

Крім того, результати аналізу підтверджують важливість раннього виявлення і втручання для запобігання розвитку хронічних форм ПТСР і інших психічних розладів у дорослому житті. Залучення фахівців, таких як психологи та психотерапевти, а також створення підтримуючого оточення для дітей є критично важливими для їхнього відновлення.

Отже, дослідження проблеми психологічної травми дитинства відкриває нові перспективи для подальших наукових розробок і практичних впроваджень. Вивчення наслідків травматичних переживань, розробка ефективних методів лікування та профілактики, а також підвищення обізнаності суспільства про цю проблему є важливими напрямками, які потребують уваги як науковців, так і практиків.

## **РОЗДІЛ 2**

### **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ВІЙНИ НА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЯК ЧИННИКА ПОЯВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ**

#### **2.1. Опис методик та процедури дослідження**

Заплановане дослідження вияву впливу психологічної травми на появу симптомів посттравматичного стресового розладу, було проведено у березні 2024 року серед дітей, які останні два роки перебували в Україні. Експериментальною базою дослідження слугував навчальний заклад загально-

середньої освіти на території Херсонської області. Загальна вибірка складалася з 40 досліджуваних, з яких 20 осіб були молодшого шкільного віку, а інші 20 – підліткового віку, які були свідками активних бойових дій у своєму місті. Дослідження проводилось завдяки використанню сервісу GoogleForms, що дозволило нам отримати репрезентативний зразок з різних вікових груп.

Для дослідження особливостей прояву наслідків психологічної травми у дітей молодшого шкільного віку було обрано низку психодіагностичного інструментарію:

*1. Шкала «Загальна тривожність» Багатошкального опитувальника дитячої тривожності (БОДТ).*

Багатошкальний опитувальник дитячої тривожності (БОДТ) є важливим інструментом для оцінки особливостей тривожності у дітей. Цей опитувальник створений для проведення багатовимірного аналізу, що охоплює десять різних параметрів та шкал. Основна мета БОДТ полягає в тому, щоб дати можливість фахівцям, таким як психологи та психотерапевти, детально вивчити прояви тривожності у дітей, а також зрозуміти, як ці прояви можуть відрізнятися в залежності від статі.

Однією з найзначніших шкал у цьому опитувальнику є перша шкала, яка оцінює «Загальну тривожність». Дана шкала дозволяє отримати чітке уявлення про загальний рівень тривожності дитини, враховуючи різні аспекти її емоційного стану. Важливо відзначити, що БОДТ також включає в себе можливість диференціювати прояви тривожних станів в залежності від статевих ознак, що є критично важливим, оскільки чоловіки та жінки можуть демонструвати різні патерни тривожності, що слід враховувати при розробці індивідуальних стратегій підтримки.

Процес роботи з опитувальником є досить простим і зрозумілим. Діти отримують анкету, що містить 100 запитань, на які вони мають дати відповіді, вибираючи між двома варіантами – «Так» або «Ні». Така бінарна форма відповіді робить опитування легким для розуміння, навіть для молодших дітей. Після завершення заповнення опитувальника, фахівець підраховує



відповіді за допомогою спеціального ключа, який дозволяє визначити кількість балів, набраних дитиною.

Кожна шкала оцінюється у межах від 0 до 10 балів, що відображає рівень тривожності. Така система оцінювання дає можливість не лише встановити фактичний рівень тривожності дитини, але й проаналізувати його в динаміці. У подальшому, у таблицях, що додаються до звіту, представлені співвідношення набраних балів з конкретними рівнями тривожності, що дозволяє фахівцям бачити, як зміни в показниках можуть вказувати на покращення або погіршення емоційного стану дитини.

## *2. Проективна методика «Кактус» М. А. Панфілової.*

Проективна методика є інструментом для дослідження внутрішнього світу особистості, її емоцій, ставлення до себе та оточуючих. Дана методика базується на проективному принципі, що означає, що особа, проходячи тест, проектує свої думки, почуття та переживання на запропоновані образи або символи.

Методика «Кактус» зазвичай проводиться у формі малювання або виготовлення моделі, де учаснику пропонується зобразити кактус – це може бути простий малюнок на аркуші паперу або тривимірна модель, виготовлена з різних матеріалів. Процес створення образу кактуса дозволяє вивчити, як людина бачить і сприймає свій внутрішній світ, а також способи самозахисту і адаптації. Методика «Кактус» часто використовується психологами для роботи з дітьми та підлітками, а також дорослими, щоб виявити їх внутрішні конфлікти, емоційні проблеми або складнощі у стосунках. Вона може бути застосована в терапевтичних і консультувальних практиках, а також у дослідженнях, пов'язаних із вивченням психологічного стану особистості.

Для проведення опитування серед осіб підліткового віку нами було використано:

*1. Методика «Діагностики депресивного стану» В. Зунг (адаптація Т. Н. Балашової).*

Методика є важливим інструментом для психологів та психіатрів, що дозволяє точно визначити наявність депресивних симптомів у пацієнтів. Дана методика відома як Шкала зниженого настрою (ШЗНС) і створена для того, щоб допомогти в оцінці ступеня зниження настрою, а також виявити стан, який близький до депресії, відомий як субдепресія.

Основна мета опитувальника – провести диференціацію між різними формами депресивних станів. Депресія може проявлятися в різних варіантах, і важливо правильно розрізнити їх для забезпечення ефективного лікування. ШЗНС охоплює різні аспекти емоційного стану, поведінки та фізичного самопочуття, що дозволяє отримати детальну картину загального психологічного стану особи [1].

### *2. Методика Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів».*

Методика Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів» є одним із інструментів для вивчення психічного благополуччя особистості. Дана методика допомагає виявити різні аспекти психологічного стану, зокрема рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності.

Методика складається з 40 тверджень, з якими респонденти повинні висловити згоду чи незгоду і поставити у відповідності 0 або 2 бали. Кожне питання охоплює певний аспект психічного стану, і учасники повинні оцінити, наскільки ці твердження відповідають їхньому власному досвіду [1].

### *3. Модифікована шкала оцінки впливу травматичної події для дітей «CRIES-8».*

Шкала Впливу Подій (Impact of Events Scale, IES) була створена в 1979 році з метою оцінювання симптомів посттравматичного стресового розладу, таких як повторне переживання травматичних подій та уникнення спогадів про них, а також пов'язаних з ними емоцій. Початкова версія шкали містила 15 запитань і була розділена на дві субшкали. Проте, ця шкала не була спеціально адаптована для використання з дітьми. Два великі незалежні дослідження, проведені з дітьми віком від 8 років, виявили, що багато запитань шкали можуть бути неправильно зрозумілі дітьми. У результаті цих

досліджень була розроблена скорочена версія, відома як Шкала Впливу Подій для Дітей, яка містить лише 8 запитань [15].

#### *4. Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).*

Самозвіт про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) заснований на діагностичних критеріях DSM-5 – це шкала, що складається з 20 запитань, призначена для самостійної оцінки наявності та ступеня вираженості симптомів ПТСР. Питання в PCL-5 відповідають критеріям, встановленим у DSM-5.

PCL-5 є інструментом самооцінки, заповнення якого займає близько 5-10 хвилин. Він був розроблений Національним центром з ПТСР США. Однак, важливо зазначити, що PCL-5 не слід використовувати як єдиний діагностичний інструмент. При постановці діагнозу необхідно застосовувати навички клінічного опитування та рекомендовані структуровані інтерв'ю для точного визначення діагнозу [25].

#### *5. Опитувальник ситуативної та особистісної тривоги Ч.Д. Спілбергера -Ю.Л. Ханіна.*

Дана методика є важливим інструментом для самооцінки рівня тривожності, який дозволяє оцінити як реактивну тривожність, що відображає тимчасовий стан особи в даний момент, так і особистісну тривожність, яка є стійкою характеристикою особи.

Методика була розроблена Ч.Д. Спілбергером і пізніше адаптована Ю.Л. Ханіним для використання в українському контексті. Вона містить 40 запитань, які охоплюють різні аспекти тривожності, що допомагає отримати комплексну картину емоційного стану респондента [1].

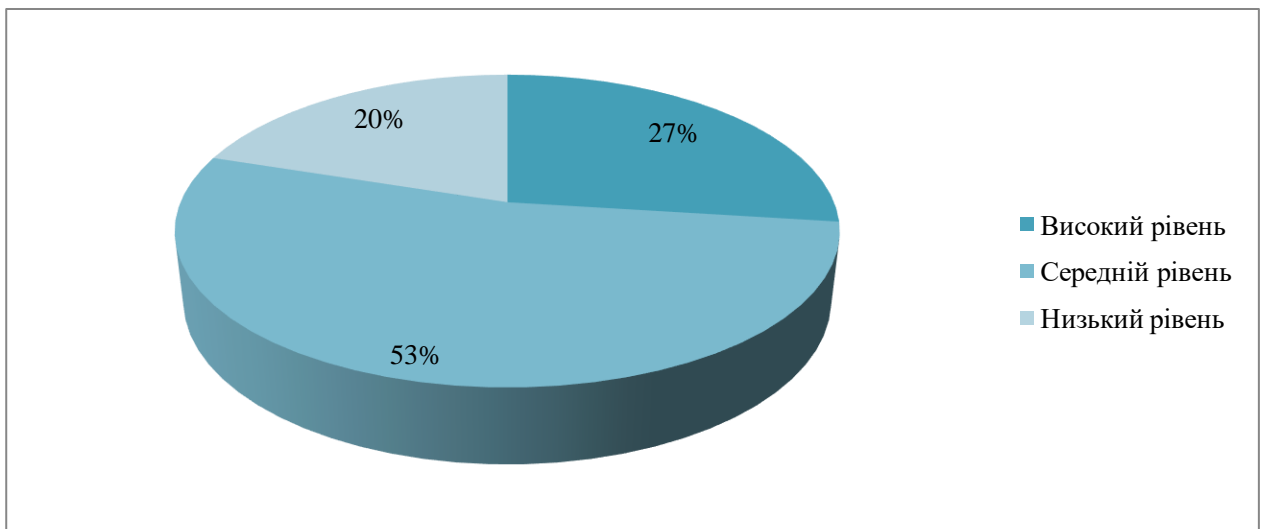
У рамках цієї методики створено дві підшкали. Перша підшкала оцінює реактивну тривожність, тобто, як людина реагує на конкретні ситуації, що викликають тривогу. Друга підшкала фокусується на особистісній тривожності, яка визначає загальний рівень тривожності особи як стабільну рису характеру. Такий інструмент може бути корисним у клінічній практиці,

психологічних дослідженнях та для самодіагностики, дозволяючи зрозуміти, як тривожність впливає на повсякденне життя особи [1].

## 2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

У першу чергу нами було проведено та інтерпретовані показники дослідження осіб молодшого шкільного віку.

Результати за шкалою «Загальна тривожність» Багатошкального опитувальника дитячої тривожності (БОДТ) представлені у вигляді рисунка 2.1.



**Рис. 2.1. Показники загальної тривожності**

Отримані показники свідчать, що високий рівень тривожності спостерігається у 27% дітей, що може проявлятися в боязні, емоційній нестабільності та труднощах у спілкуванні з однолітками. Такі діти часто є більш чутливими до стресових ситуацій, таких як зміни в оточенні або нові завдання в школі, що може заважати їхньому навчанню та соціалізації.

Середній рівень тривожності охоплює 53% дітей, які відчують тривогу в певних ситуаціях, але в загальному здатні адаптуватися до більшості обставин. Такий рівень може коливатися в залежності від конкретних ситуацій, наприклад, зміни в шкільному середовищі або соціальних взаємодіях, які можуть викликати певний стрес.

20% дітей мають низький рівень тривожності, що вказує на їх позитивний погляд на світ і впевненість у більшості ситуацій. Вони легше

адаптуються до нових умов, менше переживають через навчальні завдання і краще справляються з соціальними викликами.

На основі проведення проєктивної методики «Кактус» нами було визначено наступні показники:

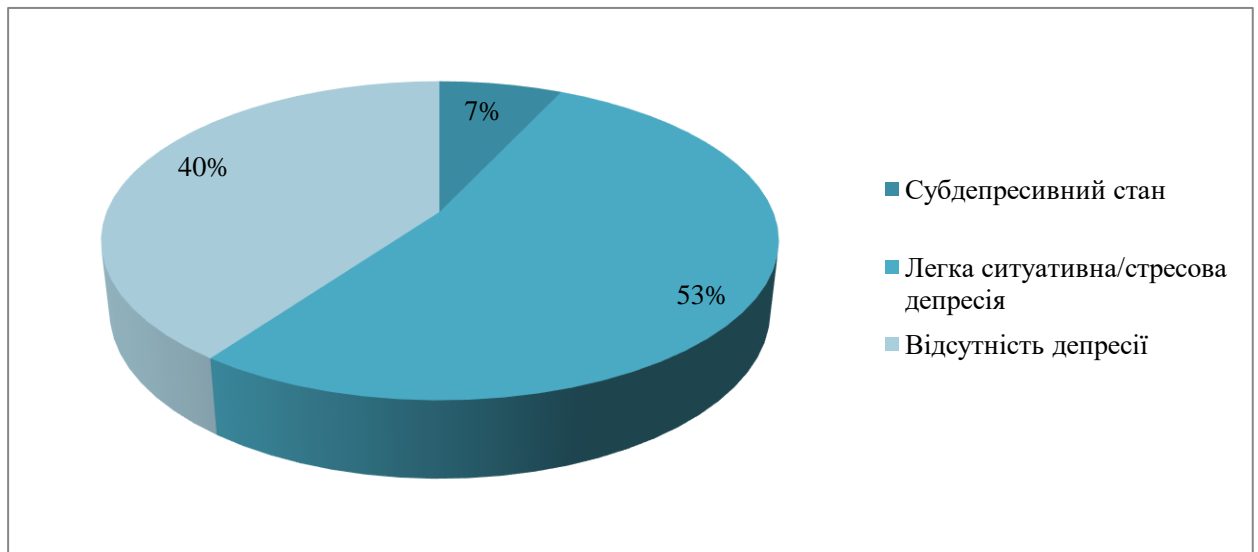
1. Агресія виявляється у 47% дітей, що може свідчити про наявність труднощів у їхній соціалізації або емоційній регуляції. Дана група дітей може мати проблеми з управлінням своїми емоціями, що може впливати на їхнє спілкування з однолітками та дорослими.

2. Скритність спостерігається у 13% опитуваних, що може вказувати на їхню схильність до закритості або нерішучості у вираженні своїх почуттів і думок. Такі діти можуть уникати відкритих взаємодій з іншими, що може призводити до соціальної ізоляції.

3. Почуття самотності було виявлено у 20% дітей, що може відображати їхнє незадоволення в соціальному середовищі або брак підтримки з боку однолітків. Дане почуття може суттєво впливати на їхнє емоційне здоров'я та загальний добробут.

4. 20% досліджуваних дітей не проявляють зазначених емоційних труднощів, що вказує на їхню емоційну стійкість і здатність до адаптації в соціальному середовищі.

Наступним кроком було проведення дослідження з особами підліткового віку. Результати за методикою «Діагностики депресивного стану» представлені у вигляді рисунку 2.2.



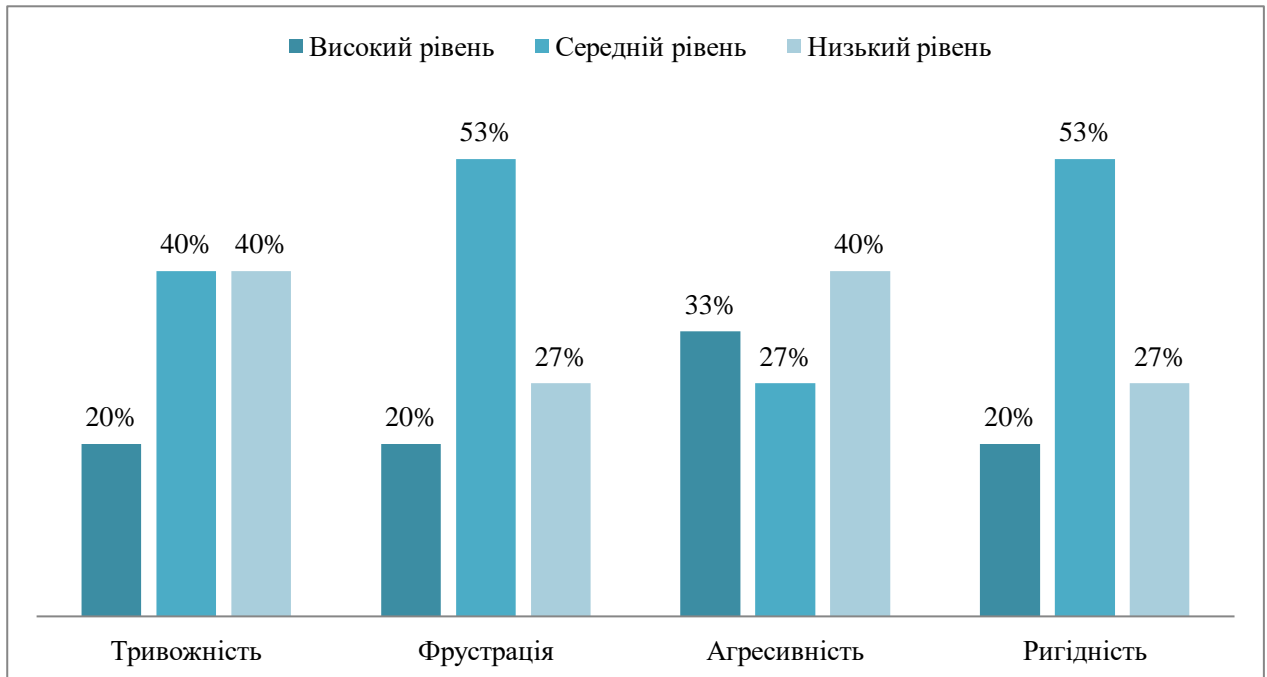
**Рис. 2.2. Показники депресивного стану**

Субдепресивний стан спостерігається у 7% підлітків. Дана категорія включає тих, хто може відчувати легкі, але тривалі симптоми депресії, які можуть впливати на їхню повсякденну активність і емоційний стан, хоча й не є критичними.

Легка ситуативна або стресова депресія характерна для 53% підлітків. Даний показник свідчить про те, що більше половини досліджуваних переживають депресивні епізоди, викликані зовнішніми обставинами, такими як навчальний стрес, проблеми в стосунках або інші життєві труднощі. Такі підлітки можуть відчувати погіршення настрою, втрату інтересу до звичних справ, але, зазвичай, ці симптоми є тимчасовими і можуть зникати з усуненням стресових факторів.

Водночас 40% підлітків не відчують проявів депресії, що свідчить про їхнє емоційне благополуччя та здатність справлятися з труднощами без значних психологічних наслідків. Такі підлітки, як правило, мають позитивний погляд на життя і здатні підтримувати здорові стосунки з однолітками та дорослими.

Показники за методикою «Самооцінка психічних станів» представлені у вигляді рисунку 2.3.



**Рис. 2.3. Показники самооцінки психічних станів**

Показники самооцінки психічних станів відображають різні рівні емоційної стійкості та особистісних особливостей серед досліджуваних, зокрема в аспектах тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності.

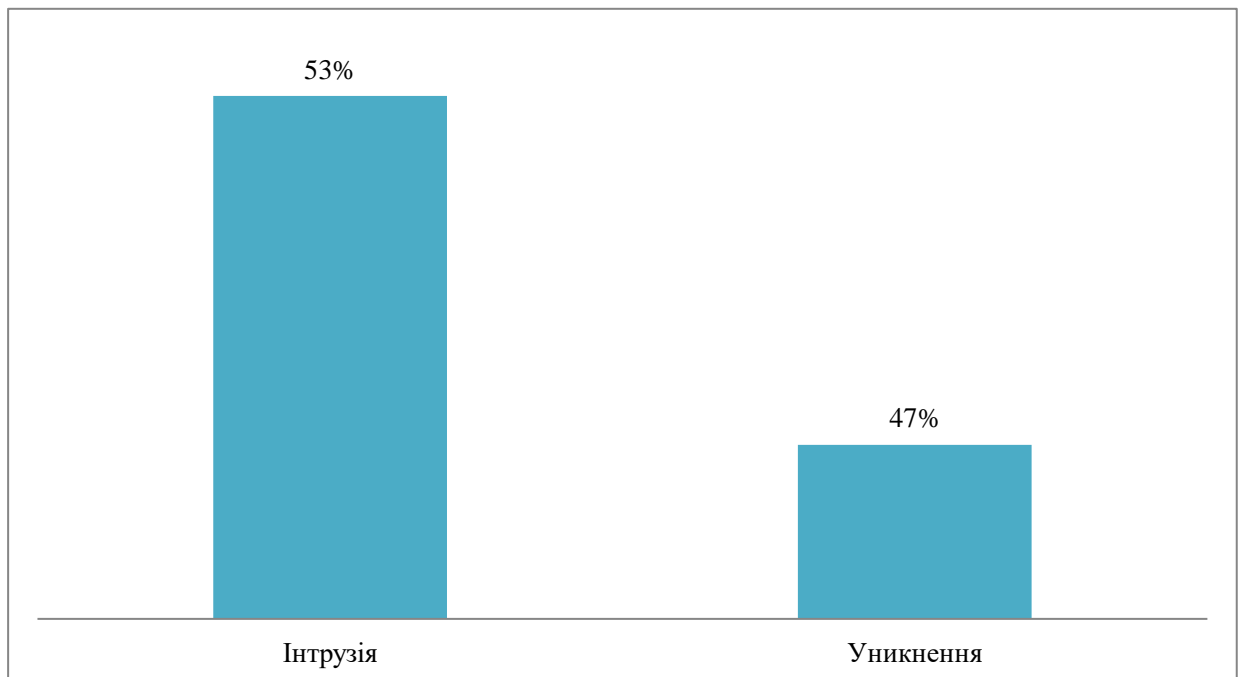
Тривожність серед досліджуваних розподілена наступним чином: високий рівень тривожності спостерігається у 20% осіб, тоді як середній і низький рівні тривожності однаково властиві 40% досліджуваних, що свідчить про те, що приблизно половина осіб відчуває тривогу на прийнятному або помірному рівні, тоді як у меншій частини вона досягає високих показників, що може негативно впливати на їхнє психоемоційне благополуччя.

Фрустрація, яка характеризується відчуттям розчарування або незадоволення, виявлена у 20% осіб на високому рівні. У більшості – 53% – вона має середній рівень, що може вказувати на епізодичні прояви фрустрації, викликані повсякденними труднощами. Низький рівень фрустрації характерний для 27% осіб, що свідчить про їхню здатність ефективно справлятися з невдачами і зберігати емоційну стійкість.

Агресивність виявлена на високому рівні у 33% досліджуваних, що вказує на схильність значної частини до прояву агресії як реакції на труднощі чи стресові ситуації. Середній рівень агресивності характерний для 27%, тоді як 40% досліджуваних мають низький рівень агресивності, що свідчить про їхній контроль емоцій та здатність уникати конфліктів.

Ригідність, тобто схильність до стереотипності мислення та поведінкових реакцій, характерна на високому рівні для 20% осіб. У 53% осіб вона виражена на середньому рівні, що може вказувати на гнучкість у поведінці та мисленні, але за певних обставин вони можуть проявляти ригідність. Низький рівень ригідності спостерігається у 27% досліджуваних, що свідчить про їхню відкритість до змін і здатність адаптуватися до нових умов.

Показники проведення модифікованою шкалою оцінки впливу травматичної події для дітей «CRIES-8» представлені у вигляді рисунку 2.4.



**Рис. 2.4. Показники оцінки впливу травматичної події**

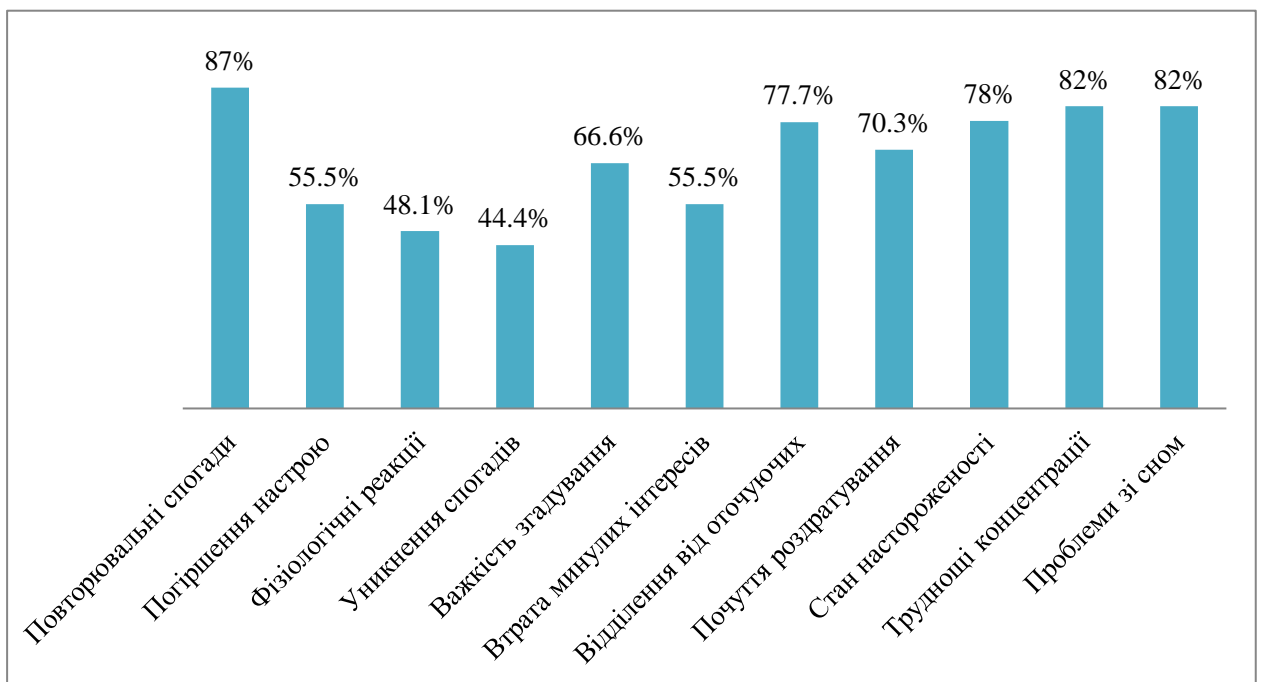
Показник інтрузії в 53% відображає інтенсивний вплив травматичного досвіду, який часто проникає в думки й емоції людини, що проявляється у вигляді нав'язливих спогадів, яскравих снів або спонтанних думок, пов'язаних



з подією, які можуть викликати значний стрес і впливати на повсякденне життя.

Показник уникнення в 47% демонструє прагнення уникати ситуацій, місць чи людей, які можуть нагадувати про подію. Хоча даний показник дещо нижчий, ніж інтрузія, він все одно вказує на помірне уникнення, що свідчить про певну готовність зіштовхуватися з думками про травму або працювати з ними на когнітивному рівні.

Результати проведення шкали самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу представлені у вигляді рисунка 2.5.



**Рис. 2.5. Показники самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу**

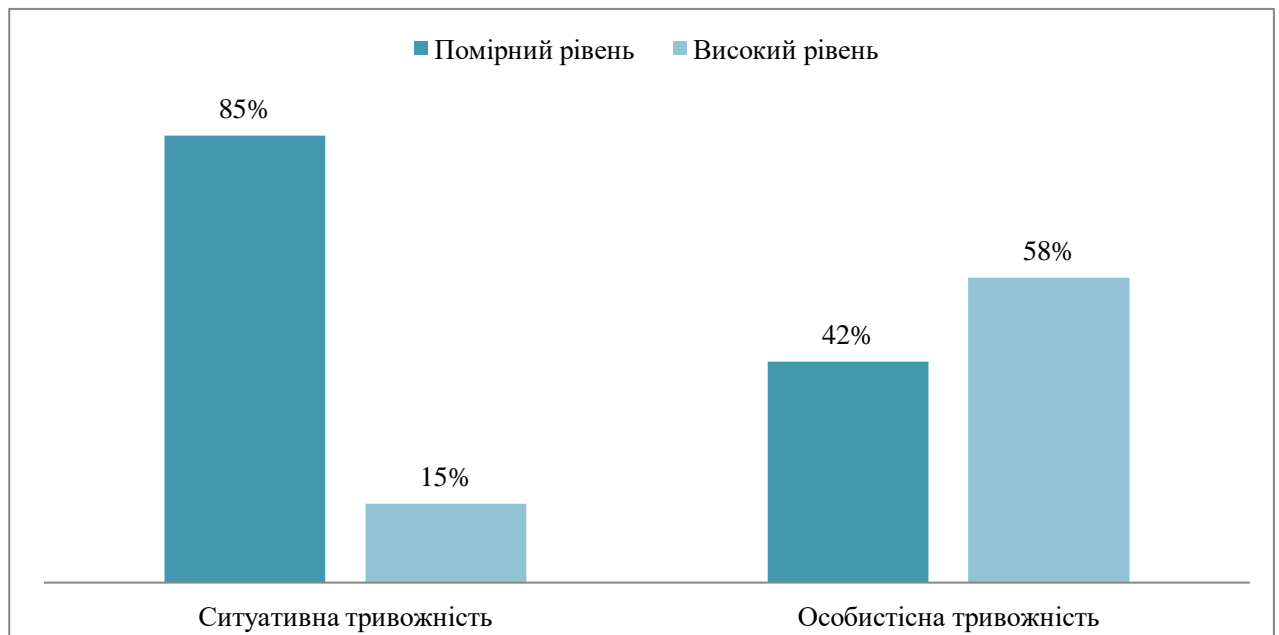
Згідно з даними, повторювальні спогади про травматичну подію є найпоширенішим симптомом і спостерігаються у 87% дітей. Такі спогади можуть бути нав'язливими, викликати дискомфорт та втручатися в повсякденне життя. Труднощі з концентрацією та проблеми зі сном, які також спостерігаються у 82% дітей, є частими проявами стресу, що може ускладнювати навчання та звичну діяльність.

Стан настороженості, що притаманний 78% дітей, і відділення від оточуючих (77,7%) свідчать про глибокі психологічні зміни, пов'язані з

постійним очікуванням небезпеки та бажанням дистанціюватися від людей, можливо, через страх перед повторенням травматичної ситуації. Почуття роздратування (70,3%) та важкість згадування (66,6%) також можуть вказувати на емоційну перевантаженість і труднощі у спробах забути пережите.

Погіршення настрою та втрата минулих інтересів, що проявляються у 55,5% дітей, демонструють значний вплив травматичної події на емоційне благополуччя, де дітям стає важко отримувати задоволення від звичної діяльності. Крім того, фізіологічні реакції на згадки про травму, такі як прискорене серцебиття або потовиділення, помічені у 48,1% дітей, а уникнення спогадів у 44,4% вказує на бажання уникнути будь-яких нагадувань про подію.

Показники за опитувальником ситуативної та особистісної тривоги Ч.Д. Спілбергера -Ю.Л. Ханіна представлені у вигляді рисунку 2.6.



**Рис. 2.6. Показники ситуативної та особистісної тривожності**

Ситуативна тривожність, яка виникає як реакція на конкретні ситуації, виявлена на помірному рівні у 85% досліджуваних, що свідчить про те, що більшість із них відчують тривогу лише за певних обставин, таких як стресові чи невідомі ситуації, і здатні зберігати емоційну стабільність у повсякденному житті. Водночас високий рівень ситуативної тривожності

спостерігається лише у 15% осіб, що може означати їхню особливу чутливість до зовнішніх стресорів, які викликають сильніші тривожні реакції.

Особистісна тривожність, яка є стабільною рисою і відображає загальну схильність до тривожних переживань, виражена на високому рівні у 58% досліджуваних, що вказує на те, що понад половина осіб схильні відчувати тривогу незалежно від ситуаційних факторів, що може впливати на їхнє самопочуття та життєву активність. Помірний рівень особистісної тривожності притаманний 42% осіб, що свідчить про їхню здатність контролювати свою тривогу та зберігати спокій у звичайних умовах.

Загалом, отримані дані вказують на те, що ситуативна тривожність має менший рівень вираженості, тоді як особистісна тривожність є більш значущою проблемою для більшості досліджуваних, що підкреслює важливість розробки методів підтримки, які б допомогли знизити загальний рівень тривожності та сприяли розвитку емоційної стійкості.

### **2.3. Описова статистика та кореляційний аналіз дослідження**

Описова статистика дітей молодшого шкільного віку відображає показники загальної тривожності, де високий рівень тривожності спостерігається у 27% дітей, середній рівень у 53%, а низький рівень – у 20%. Додатково, результати проективної методики «Кактус» свідчать, що агресивні прояви характерні для 47% дітей, що може вказувати на певні труднощі в емоційній саморегуляції. Скритність спостерігається у 13% дітей, що може бути проявом замкнутості або уникання соціальних контактів. Почуття самотності виявлено у 20%, що вказує на потребу в увазі та підтримці з боку дорослих. Ще 20% дітей не виявляють жодних емоційних труднощів, що свідчить про їхній стабільний емоційний стан.

Описова статистика підлітків щодо депресивних станів виявляє, що 7% мають субдепресивний стан, 53% – легку ситуативну депресію, викликану стресовими факторами, а 40% не виявляють ознак депресії. Показники

самооцінки психічних станів демонструють, що 20% підлітків мають високий рівень тривожності, тоді як решта мають середній (40%) або низький рівень (40%). Фрустрація, або відчуття незадоволеності, проявляється у 20% підлітків на високому рівні та у 53% на середньому рівні, що вказує на епізодичні труднощі у подоланні труднощів. Агресивність на високому рівні спостерігається у 33% підлітків, що може бути наслідком особистісних труднощів або адаптаційного стресу, пов'язаного із зовнішніми факторами. Ригідність на високому рівні проявляється у 20% осіб, тоді як середній рівень має 53%, що може вказувати на певні труднощі з адаптацією до змін у соціальному чи навчальному середовищі.

Для проведення кореляційного аналізу нами було використано коефіцієнт кореляції Спірмена. Отримані показники значущих значень дослідження осіб молодшого шкільного віку представлені у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

**Значущі показники кореляційного аналізу дослідження осіб  
молодшого шкільного віку (n=20)**

Показник	Тривожність	Агресивність	Скритність	Почуття самотності	Відсутність емоційних труднощів
Тривожність	1.00	0.48	0.35	0.40	-0.25
Агресивність	0.48	1.00	0.42	0.30	-0.20
Скритність	0.35	0.42	1.00	0.25	-0.22
Почуття самотності	0.40	0.30	0.25	1.00	-0.27
Відсутність емоційних труднощів	-0.25	-0.20	-0.22	-0.27	1.00

*Примітки\*:*

1. Коефіцієнти кореляції  $\geq 0.378$  є статистично значущими при рівні значущості 0.1.

2. Коефіцієнти кореляції  $\geq 0.444$  є статистично значущими при рівні значущості 0.05.

Отже, нами визначено, що тривожність і агресивність мають кореляцію 0.48, що є статистично значущим при рівні значущості 0.1, що вказує на

зв'язок між рівнем тривожності та агресивними проявами. Агресивність і скритність також показують помірний зв'язок (0.42), що може свідчити про тенденцію приховувати свої емоційні реакції у дітей з агресивною поведінкою.

Отримані показники значущих значень дослідження осіб підліткового віку представлені у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8.

**Значущі показники кореляційного аналізу дослідження осіб  
підліткового віку (n=20)**

Показник	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність	Вплив травматичних подій	Інтрюзія
Тривожність	1.00	0.50	0.46	0.40	0.58	0.41
Фрустрація	0.50	1.00	0.55	0.38	0.47	0.30
Агресивність	0.46	0.55	1.00	0.42	0.53	0.17
Ригідність	0.40	0.38	0.42	1.00	0.45	0.21
Вплив травматичних подій	0.58	0.47	0.53	0.45	1.00	0.12
Депресивний стан	0.39	0.29	-0.19	0.22	0.31	0.51
Уникнення	0.31	0.12	-0.22	0.30	0.21	-0.12

*Примітки:*

1. Коефіцієнти кореляції  $\geq 0.378$  є статистично значущими при рівні значущості 0.1.

2. Коефіцієнти кореляції  $\geq 0.444$  є статистично значущими при рівні значущості 0.05.

Визначено, що тривожність і вплив травматичних подій мають значущу кореляцію (0.58) при рівні значущості 0.05, що вказує на зв'язок між високим рівнем тривожності та пережитими травматичними подіями. Фрустрація і агресивність мають кореляцію 0.55, значущу при рівні 0.05, що вказує на те, що фрустрація може підсилювати схильність до агресивних реакцій у підлітків. Ригідність і вплив травматичних подій корелюють на рівні 0.45, що також є статистично значущим при рівні 0.1, і може вказувати на зниження адаптивності підлітків, що зазнали травматичних переживань.

Спостерігається значна позитивна кореляція між тривожністю та депресивними станами, що свідчить про те, що підлітки, які відчувають високий рівень тривожності (0.39), також частіше мають симптоми депресії. Інтрюзія має значний зв'язок із депресивними станами. Підлітки, які прагнуть уникнути згадок про травматичний досвід, часто також страждають від інтрузійних спогадів, що свідчить про їх емоційне напруження.

Порівняння емоційного стану дітей молодшого шкільного віку та підлітків показує значні відмінності в тому, як ці вікові групи переживають та виражають свої почуття. У дітей молодшого віку емоційні стани менш комплексні, і хоча тривожність може супроводжуватися агресивністю, ці прояви не такі глибокі й менш пов'язані з іншими емоційними труднощами. Емоції дітей цього віку простіші й, здебільшого, зосереджені на ситуаціях «тут і зараз».

Підлітки, натомість, показують більш складний емоційний профіль. Їхній рівень тривожності частіше супроводжується агресивністю, роздратуванням, а також фрустрацією, яка є наслідком стресових переживань та труднощів у соціальних відносинах. Більша уразливість до стресів також зумовлює сильнішу емоційну реакцію на травматичні події, що виражається через поглиблену тривогу, відчуженість від оточуючих і зниження інтересу до звичних занять. У них емоційні стани взаємопов'язані та можуть легко посилювати одне одного, що підвищує потребу в психологічній підтримці.

Таким чином, для дітей молодшого шкільного віку характерні менш складні та менш глибокі реакції на стреси та емоційні виклики, тоді як у підлітків такі реакції набувають інтегрованого характеру, що свідчить про їхню підвищену емоційну вразливість і потребу в адаптації до життєвих викликів у процесі дорослішання.

#### **2.4. Психологічні рекомендації батькам для допомоги дітям та підліткам, які пережили травматичний досвід**

У сучасному світі, де діти і підлітки все частіше стикаються з різноманітними травматичними подіями – від природних катастроф до

соціальних конфліктів і насильства, питання психологічної підтримки стає надзвичайно актуальним. Травматичні переживання можуть мати глибокий і тривалий вплив на емоційний та психічний стан молоді, що вимагає системного підходу до їхнього лікування та підтримки.

Розробка психологічних рекомендацій для батьків є важливим кроком у процесі підтримки дітей і підлітків, які пережили травматичні події. Батьки відіграють ключову роль у житті своїх дітей, і їхня здатність надати підтримку, зрозуміння та безпеку може істотно вплинути на емоційне відновлення дитини. В умовах постійного стресу і невизначеності важливо, щоб батьки знали, як діяти, щоб допомогти своїм дітям впоратися з переживаннями і знайти стійкість у труднощах [31].

По-перше, адекватна психологічна підтримка може допомогти знизити ризик розвитку психічних розладів, таких як тривожні стани або депресія. Без належної уваги травматичні переживання можуть призвести до серйозних наслідків, що негативно впливають на загальне благополуччя дітей. Психологічні рекомендації надають батькам знання та навички, які можуть вберегти дітей від подальших емоційних труднощів [31].

По-друге, такі рекомендації сприяють підвищенню обізнаності батьків про важливість емоційного благополуччя їхніх дітей. Вони дозволяють батькам зрозуміти, як правильно реагувати на емоційні прояви дітей, як створити підтримуючу атмосферу вдома та як допомогти дитині відновити почуття контролю над власним життям, що підвищує ефективність комунікації між батьками і дітьми, що, в свою чергу, сприяє зміцненню довіри в стосунках [31].

Крім того, розробка рекомендацій допомагає соціальній адаптації дітей після травматичних подій. Вони забезпечують практичні поради, які можуть бути реалізовані в повсякденному житті, що робить їх доступними для широкої аудиторії, що важливо, оскільки травматичні переживання можуть призвести до соціальної ізоляції дітей, і вміння підтримувати стосунки з однолітками та батьками стає ключовим для відновлення.

В умовах постійних змін у суспільстві, які призводять до нових викликів для психічного здоров'я дітей, актуальність розробки таких рекомендацій тільки зростає. Батьки стають першими, хто помічає емоційні труднощі своїх дітей, тому їхнє навчання і підготовка до підтримки в кризових ситуаціях є пріоритетним завданням. Таким чином, рекомендації для батьків є не лише корисними, а й необхідними в умовах сучасного життя, де психологічні виклики стають все більш поширеними [16].

Коли діти та підлітки переживають травматичні події, їх емоційний стан може значно погіршитися, що вимагає особливої уваги з боку батьків і опікунів. У таких ситуаціях важливо створити безпечне і підтримуюче середовище, в якому діти зможуть виражати свої почуття і переживання. Один із перших кроків, який можуть зробити батьки, – це надати дітям відчуття фізичної і емоційної безпеки, що може бути досягнуто через відкриті та довірливі стосунки. Діти повинні знати, що вони завжди можуть поговорити про свої почуття без страху бути осудженими або знеціненими [16].

Батьки повинні активно слухати своїх дітей, коли ті намагаються поділитися своїми переживаннями. Емпатія і розуміння можуть стати основою для відкритого діалогу. Важливо виявляти інтерес до того, що відчуває дитина, і давати їй зрозуміти, що її емоції важливі і зрозумілі, що допоможе дитині відчути, що вона не одна у своїх переживаннях і що в сім'ї є підтримка [36].

Крім того, корисно надати дітям інформацію про те, що травматичні події можуть викликати різні емоційні реакції, і це абсолютно нормально. Чітке розуміння того, що вони переживають, може допомогти їм легше адаптуватися до своїх почуттів. Слід розповісти про можливі реакції на травму, щоб дитина усвідомлювала, що такі переживання є частиною відновлення [32].

Створення стабільної рутини також є важливим аспектом підтримки. Регулярний розклад дня, який включає як навчання, так і відпочинок, може допомогти дітям відчути більше контролю над своїм життям у часи



невизначеності, що також допоможе їм відволіктися від негативних думок і емоцій [26].

Батькам варто залучати дітей до активностей, які можуть знизити рівень стресу, таких як спорт, творчі заняття або спільні прогулянки, що не лише дозволить дітям відпочити від переживань, а й зміцнить родинні зв'язки. У спільних активностях діти можуть знайти радість і задоволення, що важливо для їхнього емоційного благополуччя [22].

Водночас важливо спостерігати за змінами в поведінці дітей. Якщо ви помітите прояви тривожності, агресії або соціальної ізоляції, це може бути сигналом, що дитині потрібна професійна допомога. Не слід ігнорувати такі зміни, оскільки вони можуть свідчити про глибші емоційні труднощі [11].

Також необхідно дати дітям можливість говорити про свої переживання в їхньому власному темпі. Не потрібно тиснути на них або примушувати ділитися, якщо вони не готові. Діти повинні відчувати, що можуть відкриватися в будь-який момент, коли це стане для них важливим.

Важливо навчити дітей справлятися зі стресом через здорові стратегії, такі як дихальні вправи або ведення щоденника. Такі навички допоможуть їм розвивати стійкість і навчитися долати труднощі в майбутньому. Також батьки можуть стати позитивним прикладом, демонструючи здорові способи впоратися зі стресом [7].

Якщо ж ситуація залишається складною і емоційні труднощі тривають, не бійтеся звернутися до професійних психологів або терапевтів. Спеціалісти, які мають досвід роботи з травмами, можуть надати цінну допомогу та підтримку, сприяючи процесу відновлення.

Також, не варто забувати про власне емоційне благополуччя. Підтримка дітей може бути емоційно виснажливою, і батьки також повинні дбати про себе, що може включати час для відпочинку та звернення за допомогою, коли це необхідно. Психологічне здоров'я батьків прямо впливає на їхню здатність підтримувати дітей, тому важливо знайти баланс у сімейному житті [5].

Отже, підтримка дітей і підлітків, які пережили травматичний досвід, вимагає чуйності, терпіння та активного слухання. Підтримуючи їх на шляху до відновлення, батьки можуть істотно полегшити їхній емоційний стан і допомогти знайти шлях до одужання.

### **Висновки до другого розділу.**

Емпіричне дослідження впливу психологічної травми війни на дітей та підлітків, яке було проведено в рамках цього дослідження, підтверджує, що травматичні переживання можуть мати суттєві наслідки для емоційного та психічного здоров'я молоді. Результати свідчать про значний рівень тривожності, агресії, депресії та інших емоційних розладів, пов'язаних із пережитими травмами, що підкреслює необхідність своєчасної психологічної підтримки для дітей та підлітків, щоб запобігти розвитку посттравматичного стресового розладу та інших негативних наслідків.

З огляду на отримані дані, стає очевидним, що комплексний підхід до реабілітації дітей і підлітків, які пережили війни, є життєво необхідним. Психологічні рекомендації для батьків і спеціалістів можуть суттєво полегшити процес відновлення, створюючи умови для емоційної безпеки і підтримки. Важливо не лише розуміти наслідки травми, а й активно працювати над їх подоланням, забезпечуючи молодому поколінню можливість для здорового розвитку в умовах миру та стабільності.

## **ВИСНОВКИ**

На основі проведеного аналізування теоретичних матеріалів та емпіричного дослідження нами сформовано наступні висновки:

1. Визначено, що психологічна травма визначається як глибокий емоційний або психологічний дискомфорт, що виникає внаслідок

переживання травматичних подій, що може включати насильство, катастрофи, військові дії або інші стресові ситуації. Наслідки психологічної травми для особистості є багатогранними: вони можуть проявлятися в емоційних розладах, зниженні самооцінки, проблемах у соціальних взаєминах та розвитку різноманітних психічних розладів, таких як тривожність і депресія.

2. У літературі висвітлюється, що психологічна травма в дитинстві має особливий вплив на формування особистості. Дослідження свідчать про те, що діти, які пережили травматичні події, можуть стикається з труднощами в емоційному розвитку, порушеннями у стосунках з однолітками, а також з труднощами у навчанні. Психологічні наслідки травми можуть зберігатися в дорослому віці, ускладнюючи адаптацію до соціального середовища.

3. Виявлено, що посттравматичний стресовий розлад є серйозним наслідком психологічної травми, що характеризується повторними спогадами про травму, уникненням ситуацій, пов'язаних із травмою, та підвищеним рівнем тривожності. У дітей і підлітків симптоми ПТСР можуть проявлятися через агресивну поведінку, проблеми зі сном і труднощі у спілкуванні. Рання діагностика та терапевтичні втручання є критично важливими для запобігання хронізації симптомів.

4. Проведене емпіричне дослідження підтвердило наявність психологічної травми у дітей та підлітків, а також виявило значний вплив травматичного досвіду на їх емоційний стан. Кількісний та якісний аналіз результатів дослідження показав, що більшість учасників відчувають високий рівень тривожності та симптоми депресії, що вказує на необхідність системної психологічної підтримки.

5. У зв'язку з отриманими результатами важливо надати батькам інструменти та стратегії для підтримки дітей і підлітків, які пережили травматичні події. Рекомендації включають активне слухання, забезпечення емоційної підтримки, навчання навичкам подолання стресу та звернення до професійних психологів у разі необхідності. Правильна психологічна

підтримка може суттєво полегшити процес відновлення і запобігти розвитку серйозних психічних розладів.

Отже, дослідження підтверджує, що психологічна травма, особливо в дитинстві, є серйозним чинником, що впливає на психічне здоров'я особистості. Своєчасна підтримка і розробка рекомендацій для батьків можуть істотно полегшити переживання дітей і підлітків, допомагаючи їм відновитися після травматичних подій, що підкреслює важливість комплексного підходу до проблеми, який охоплює як дослідження, так і практичні дії у сфері психологічної підтримки.

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

2. Башевник Д. Є., Куций О. А. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. *Проблеми та перспективи розвитку системи безпеки життєдіяльності* : зб. наук. праць XII міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених, курсантів та студентівч. Ч. 2. Львів: ЛДУ БЖД, 2017. С. 212-213.

3. Бондарук Ю. С. Особливості психологічних підходів у роботі з дітьми та сім'ями, що переживають наслідки травмуючих подій та опинились у складних життєвих обставинах. *Габітус*. №31. 2021. С. 44-50.

4. Бондарчук Ю. С. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу як комплексу реакції людини на травмуючу ситуацію. *Scientific Journal Virtus*. №26. 2014. С. 43-49.

5. Бульковська В. О. Особливості роботи з дітьми які постраждали від війни в межах закладу освіти. *Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: тези доповідей науково-практичної конференції, 30 вересня 2023 р.* Київ-Біла Церква: Інститут психології імені ГС Костюка НАПН України, 2023. С. 45.

6. Весселс М. Г.. Діти та збройні конфлікти: заходи для підтримки дітей, які постраждали від війни. Діти та збройні конфлікти: заходи для підтримки дітей, які постраждали від війни. Мир і конфлікт: *Журнал психології миру* . 2017. Вип.№ 23. С.4-13.

7. Вовченко О.А. Панічні атаки за умов воєнного часу в дітей з особливими освітніми потребами. *Науковий вісник МДУ. Серія «Педагогіка та психологія»*. 2023. Т. 9. № 2. С. 48-56.

8. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки*. 2015. № 1(74). С. 378-390.

9. Грицюта О. Ф. Психолого-педагогічні особливості подолання стресу, психічної травми та посттравматичного синдрому в постраждалих від

війських дій. *Оновлення змісту, форм і методів навчання і виховання в закладах освіти*. 2016. № 13(1). С. 110-113.

10. Давиденко А. В. Діти та війна: методи психологічної допомоги дітям із травмуючим досвідом. *Організаційні, нормативно-правові та клінічні питання реабілітації в Україні в мирний час та під час війни: колективна монографія* / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава, 2022. С. 31.

11. Данилик М. Я., Кропишина О. А. Посттравматичний стресовий розлад у дітей, його діагностика та лікування за допомогою арт-терапії. *Проблеми та перспективи розвитку забезпечення безпеки життєдіяльності* : зб. наук. праць X міжнародн. наук.-практ. коф. Молодих вчених, курсантів та студентів. Львів : ЛЛУ БЖД, 2015. С. 237-238.

12. Дендеберя К. Психічні та психологічні розлади у дорослих і дітей під час війни. *Прояви резилієнтності на різних рівнях системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни* : зб. наук. матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф., (23–24 травня 2024 р.). Полтава : Нац. ун–т ім. Юрія Кондратюка, 2024. С. 125-127.

13. Журавльова Н. Ю., Гурлаєва Т. С. Додаткові прояви ПТСР як мішені впливу у контексті психологічної допомоги постраждалому від війни. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: Психологія, 2023. Т. 34(37). № 1. С. 190-196.

14. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія: Психологічні науки. 2015. Вип. 128. С. 108-111.

15. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 119 с.

16. Іванова І. Г., Данилова В. А. Невробиологічний аспект посттравматичного стресового розладу у дітей та підходи до лікування. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2020. № 5(1). С. 34-39.

17. Іванців Р. П., І. С. Іванців-Гріга. Посттравматичний стресовий розлад: війна у свідомостях. *Українські медичні вісті*. №3-4. 2022. С. 123-123.
18. Калшед Д. Внутрішній світ травми. архетипічні захисту особистісного духу. Діл. кн., Акад. проект, 2001. 368 с.
19. Корнієнко І.О., Лісовецька І. М., Луценка Ю. А., Романовська Д. Д. Досвід надання допомоги дітям і сім'ям - жертвам військового конфлікту : практ. посіб. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 152 с.
20. Кузікова С. Б., В. Л. Зливков, С. О. Лукомська. Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. №2. 2022. С. 64-70.
21. Лозіна В. Е. Актуальні напрями дослідження особливостей протікання і способів лікування птср у сучасному суспільстві. *Теоретичні і практичні проблеми психології*, 2018. № 3(2). С. 75-81.
22. Лукашевич М. П. Теорія і методи соціальної роботи : навч. посібн. Київ : МАУП, 2003. 168 с
23. Олійник О. В. Особливості переживання психічної травми у дитячому та підлітковому віці. *Інноваційні наукові дослідження: методологія, практика*. Херсон. № 6. 2022. 35 с.
24. Подольська Г. Ю. Символи стабілізації стану особистості в роботі з травматичним стресом в методі глинотерапії. *Перспективи розвитку сучасної психології*. №10. 2022. С. 54-59.
25. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник. Уклад.: М.В. Лемак, В.Ю. Петрище. Вид. 2-ге, виправл. Ужгород: Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.
26. Романча А. В. Особливості взаємозв'язку депресії та посттравматичного стресового розладу у підлітків. *Психологія кризових станів: наука і практика / Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 4-6 листопада 2021 року)*. 2021, С. 144-146.

27. Савченко І. В., Лівінгстон Р. Невробиологічний підхід до діагностики та лікування ПТСР у дітей. *Психіатрія, неврологія і медична психологія*, 2017. № 1, С. 91-98.
28. Самойлова О. В. Характеристика клінічних проявів посттравматичних стресових розладів у дітей-переселенців. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2016. Т.1. № 1. С. 26-32.
29. Синявський В.В., Сергєєнкова О.П. Психологічний словник / за ред. Н.А. Побірченко. Київ, 2007. 336 с.
30. Сузанська А. О. Психологічні особливості допомоги дітям та підліткам в травмі пов'язаній з війною. *Актуальні проблеми практичної психології : збірн. наук. праць Міжнародн. наук.-практич. інтернет конф.* (17 травня 2024 року, м. Одеса). Одеса, 2024. С. 106-109.
31. Титаренко Т. М. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму. *Психологія: теорія і практика*. №1.1. 2018. С. 112-119.
32. Титаренко Т. М., Дворник М. С., Климчук В. О. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник. Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.
33. Титаренко Т.М. Психологія особистості : словник-довідник / за ред. П.П. Горностая. Київ : Рута, 2001. 320 с.
34. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : ДП «Вид. дім Персонал», 2017. 160 с.
35. Фрейд З. Вступ до психоаналізу: лекції зі вступу до психоаналізу з новими висновками. Київ: Основи, 1998. 709 с.
36. Шкіндер К. А. Посттравматичний стресовий розлад у дітей молодшого шкільного віку як наслідок пережитого стресу. *Магістерські студії. Альманах*. Херсон : ХДУ, 2022. Вип. 22. С. 255-258.
37. Яцина О. Ф. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. *Перспективи та інновації науки*



(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». № 7 (25). Київ : Громадська наукова організація «Всеукраїнська асамблея докторів наук з державного управління», 2022. С. 554-567.

38. Яцук Н., О. Говоруха. Посттравматичний стресовий розлад у дітей та дорослих під час війни. розробка вправи поезія внутрішнього стану. *Scientific Collection «InterConf»*. №122. 2022. С. 113-117.

39. Fletcher K. E. Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. *Mash & R. Barkley* (Eds.), 1996. № 8. P. 89-93.

40. Gupta M.A. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry*. № 7. 2013. P.86-99.

41. Shalev Arieh Y. Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP). *World Psychiatry*. №18. 2019. P.77-87.

42. Suliman S., Mkabile S.G., Fincham D.S., Ahmed R., Stein D.J., Seedat S. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Compr Psychiatry*. №50(2). P.121-127.