

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Психолого-педагогічний факультет
Кафедра практичної психології

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри

_____ О. А. Чаркіна

«_____» _____ 202 5 р.

Реєстраційний № _____

«_____» _____ 202 5 р.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ
ПІДЛІТКАМИ

Кваліфікаційна робота студентки

групи ПП-21

ступінь вищої освіти бакалавр

спеціальності 053 Психологія

Довгань Елізабет Романівни

Керівник асистент

кафедри практичної психології

Фіщіна Г.О.

Оцінка:

Національна шкала _____

Шкала ECTS _____ Кількість балів _____

Голова ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

Члени ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

_____ (підпис) (прізвище, ініціали)

_____ (підпис) (прізвище, ініціали)

Кривий Ріг – 2025

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, **Довгань Елізабет Романівна**, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно, не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавала і не одержувала недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело. Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ПІДЛІТКАМИ.....	7
1.1 Поняття та класифікація травматичних подій у підлітковому віці.....	7
1.2 Психологічні особливості підлітків у контексті травматичного досвіду.....	10
1.3 Фактори ризику та захисні фактори у переживанні травми. Механізми розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у підлітків.....	12
1.4 Теоретичні підходи до вивчення психологічної стійкості підлітків у контексті подолання наслідків травматичного стресу.....	15
Висновки до розділу 1.....	17
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ПІДЛІТКАМИ.....	19
2.1. Програма комплексної діагностики.....	19
2.2. Аналіз отриманих результатів комплексної діагностики.....	24
2.3 Психологічна корекція та профілактика травматичного стресу у підлітків. Зміст корекційної програми.....	37
2.4 Рекомендації розвитку протидій з наслідками травматичних подій.....	43
Висновки до розділу 2.....	46
ВИСНОВКИ.....	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	52
ДОДАТКИ.....	58

ВСТУП

У сучасному світі підлітки дедалі частіше стикаються з подіями, що мають потенціал завдати глибокої психологічної травми: військові дії, насильство, соціальні катастрофи, втрати близьких, серйозні захворювання. Ці події можуть стати джерелом травматичного стресу — гострої психологічної реакції на надзвичайну ситуацію, що виходить за межі звичного досвіду. Особливості переживання такого стресу в підлітковому віці є вкрай важливими для дослідження, оскільки саме у цей період формуються базові механізми особистісної адаптації та соціальної взаємодії.

Підлітковий вік — це період, що характеризується інтенсивними фізіологічними, емоційними та соціальними змінами, тому реакція на психотравмівні події у цьому віці має свої особливості. Недостатній життєвий досвід, емоційна нестабільність, потреба у підтримці та визнанні з боку дорослих і однолітків створюють умови, за яких травматичні події можуть мати більш виражений і тривалий вплив. Саме тому питання своєчасного виявлення, аналізу та психокорекції наслідків травматичного стресу у підлітків набуває особливої актуальності.

З практичної точки зору, вивчення особливостей переживання травматичного стресу у підлітків дозволяє визначити найбільш уразливі категорії осіб, своєчасно застосовувати профілактичні заходи, а також розробляти ефективні програми психологічної допомоги. Знання механізмів формування стресової реакції допомагає також педагогам, соціальним працівникам і батькам ефективніше взаємодіяти з підлітками у кризових ситуаціях.

Актуальність дослідження зумовлена зростанням частоти травматичних подій у житті сучасних підлітків, особливо в умовах соціальних потрясінь та військових конфліктів, а також недостатністю глибоких систематизованих досліджень щодо особливостей їхнього емоційного реагування та потреб у психологічній підтримці. Поглиблене вивчення цієї проблеми сприятиме

більш ефективному впровадженню психопрофілактичних і корекційних програм у роботі з підлітковою аудиторією.

Мета дослідження: вивчення психологічних особливостей переживання травматичного стресу підлітками та виявлення чинників, що впливають на характер і глибину цього переживання.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасний стан наукових досліджень проблеми переживання травматичного стресу у підлітковому віці у вітчизняній та зарубіжній психологічній літературі.

2. Визначити основні психологічні особливості підлітків, що впливають на характер переживання травматичного стресу.

3. Дослідити емпіричним шляхом рівень переживання травматичного стресу у старших підлітків.

4. Виявити роль соціальної підтримки, типів копінг-стратегій та особистісної стійкості у процесі подолання травматичного стресу.

5. Розробити психологічні рекомендації щодо формування адаптивних стратегій подолання травматичного стресу у підлітків.

6. Оцінити ефективність запропонованих психокорекційних заходів, спрямованих на зменшення негативних наслідків травматичного стресу у старших підлітків.

7. Узагальнити результати теоретичного, емпіричного та корекційного етапів дослідження.

Об'єктом дослідження виступають психічні стани підлітків, що виникають у відповідь на травматичні події.

Предметом дослідження виступають психологічні механізми, форми прояву та особливості переживання травматичного стресу у підлітковому віці.

Методи і методики дослідження: – теоретичні методи (аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, систематизація знань); - емпіричні методи і методики: методика «Перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5))», шкала тривоги Бека, шкала оцінки впливу травматичної події (IES-

R), міжнародний опитувальник травм (ITQ). Статистико-математичні методи: описова статистика, коефіцієнт Спірмена. Теоретико-методологічна основа дослідження: теоретичні положення про психологічних особливостей переживання підлітками травматичного стресу, принципи системного підходу у психології особистості (С. Максименко), концепції вікової психології, які стосуються підліткового віку.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у широких можливостях застосування теоретичних висновків, діагностичного апарату і змістових орієнтирів в організації корекційно-розвивальної роботи з допомоги підліткам, пережившим травму.

Організація і база дослідження: вибірка включала 36 учнів 15-17 років з різних навчальних закладів: Криворізький ліцей №24 Криворізької міської ради, Криворізький ліцей №81 Криворізької міської ради, Криворізький ліцей №49 Криворізької міської ради, Криворізький ліцей № 35 «Імпульс», Криворізький ліцей №127.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаної літератури (51 найменування, з них 7 іноземною мовою) Основний зміст роботи викладено на 52 сторінках. Загальний обсяг – 61 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ПІДЛІТКАМИ

1.1 Поняття та класифікація травматичних подій у підлітковому віці

У психологічній науці травматична подія розглядається як психотравмівна ситуація, що перевищує межі адаптаційних можливостей індивіда, викликає інтенсивні негативні емоції та залишає глибокий слід у свідомості [25]. Підлітковий вік є особливо чутливим періодом, під час якого відбувається формування особистісної, соціальної та емоційної ідентичності, тому вплив травматичних подій у цей період може бути особливо руйнівним або, навпаки, стимулювати розвиток механізмів адаптації [36]. У цьому віці підліток ще не має достатньо сформованих внутрішніх ресурсів та стратегій подолання стресу, що посилює ймовірність формування тривалих негативних наслідків навіть у відповідь на, здавалося б, незначні ситуації [10].

У науковій літературі також наголошується, що психологічні наслідки пережитого травматичного досвіду залежать не лише від інтенсивності самої події, а й від соціального середовища, у якому перебуває підліток. Позитивне оточення (підтримка батьків, стабільність шкільного середовища, доступ до психолога) може значною мірою знизити ймовірність формування ПТСР, тоді як соціальна ізоляція, конфлікти у родині чи повторні травматичні події сприяють його загостренню [44].

Травматичний досвід може бути класифікований за кількома ознаками. Залежно від природи виникнення, розрізняють:

- природні травматичні події (землетруси, повені, пожежі);
- соціальні катастрофи (війна, терористичні акти, збройні конфлікти);
- особистісні події (смерть близьких, розлучення батьків, насильство, булінг, хвороби).

За тривалістю впливу виділяють:

- гострі травматичні події — одноразові ситуації інтенсивного характеру (аварія, напад);
- хронічні — події, що тривають у часі (наси́льство в сім'ї, життя у зоні воєнного конфлікту).

Інша класифікація базується на соціально-психологічних особливостях травмуючих подій:

- події, які травмують безпосередньо підлітка (особистісна травма);
- події, що мають опосередкований вплив (втрата друзів, життя в умовах загальної нестабільності);
- віртуальні травми, пов'язані з кібернаси́льством, переглядом жорстокого контенту [39].

Особливе значення має травматичний досвід, пов'язаний із насильством у сім'ї чи з боку однолітків. За даними українських досліджень, понад 30% підлітків хоча б раз у житті стикалися з фізичним або психологічним насильством у родині чи школі [12]. Такий досвід може стати базою для тривалих посттравматичних реакцій, включаючи уникнення соціальних контактів, підвищену тривожність, депресивні стани.

У підлітковому віці специфіка сприйняття травматичних подій зумовлена високим рівнем емоційної чутливості, нестабільністю самооцінки та потребою у соціальному визнанні. Згідно з дослідженнями І. П. Марціновської, травматичний стрес у підлітків часто пов'язаний не лише з об'єктивно важкими подіями, а й із суб'єктивним переживанням втрати контролю, безпорадності або сорому [34]. Підлітки можуть демонструвати широкий спектр реакцій — від замикання в собі до агресивних проявів чи відмови від соціальної взаємодії. Нерідко у підлітків спостерігається зміна поведінкових моделей, порушення сну, харчування, навчальної успішності. Відсутність інтервенцій може призвести до формування емоційної холодності, зниження емпатії та втрати мотивації до досягнень у навчанні [15].

Відповідно до сучасної міжнародної класифікації DSM-5, травматичні події визначаються як такі, що включають реальну або потенційну загрозу

смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства [7]. Для підлітків особливо актуальними є такі події, як свідчення або участь у бойових діях [23], досвід булінгу, кібернасильства, соціальної ізоляції [39].

Окрему увагу варто приділити травматичним подіям, пов'язаним із війною. В умовах збройного конфлікту в Україні дедалі частіше фіксуються випадки порушень психоемоційного стану у підлітків, які стали свідками руйнувань, втрати близьких або вимушеної міграції [10; 46]. Згідно з дослідженнями Сузанської та Головської, переживання втрати домівки або зміна соціального статусу внаслідок переміщення є особливо травматичними для підліткової психіки, з огляду на важливість стабільності та приналежності у цьому віковому періоді [46].

У дослідженнях Марціновської наголошується, що наявність травматичного досвіду у дитинстві підвищує ризик розвитку тривожних розладів та ПТСР у дорослому віці [34]. Також зазначається, що накопичення травматичного досвіду без належної психологічної підтримки веде до формування стійких форм соціальної дезадаптації. За даними UNICEF, зростає кількість випадків емоційного вигорання навіть серед підлітків, які не перебували у зоні бойових дій, але зазнали впливу опосередкованого стресу через інформаційне середовище [23].

Визначення та класифікація травматичних подій дозволяє дослідникам та практичним психологам точніше формулювати завдання діагностики, прогнозування та психологічної допомоги підліткам. Як зазначає Ковальчук і Мацієвська, індивідуальна сприйнятливність до травми зумовлюється також наявністю або відсутністю ресурсів — підтримки з боку сім'ї, рівнем стресостійкості, доступом до психологічної допомоги [26]. Особливо важливо, щоб підлітки мали доступ до якісного шкільного психолога, який здатен розпізнати симптоми прихованого стресу й надати первинну підтримку або скерувати до спеціаліста. Без такої підтримки травматичні події можуть призвести до формування девіантної поведінки або аутоагресивних тенденцій [24].

Таким чином, поняття травматичних подій у підлітковому віці охоплює як об'єктивні обставини зовнішнього середовища, так і суб'єктивні чинники сприйняття цих подій. Комплексне розуміння природи травматичного досвіду є передумовою ефективної профілактики деструктивних психологічних наслідків і формування адаптивних копінг-стратегій у підлітків. Класифікація та аналіз таких подій створює основу для подальших досліджень і розробки науково обґрунтованих психокорекційних програм, що враховують індивідуальні, вікові та соціокультурні особливості підліткового віку.

1.2 Психологічні особливості підлітків у контексті травматичного досвіду

Підлітковий вік є одним із найбільш критичних етапів онтогенезу, оскільки саме у цей період відбувається інтенсивне формування особистості, її соціальної ролі, емоційної та ціннісної системи. У контексті переживання травматичного досвіду психіка підлітка виявляється особливо вразливою до впливу зовнішніх факторів, які можуть порушити процес нормального розвитку [26]. Психологічна напруга, викликана травмою, часто не знаходить адекватного виходу, що зумовлює розвиток внутрішніх конфліктів, тривожності, депресивних або агресивних станів [8].

За даними досліджень Ігумнової та Михайлова, підлітки, які зазнали травматичних подій, демонструють зниження рівня довіри до світу, гіперчутливість до соціальних сигналів, а також тенденцію до уникнення міжособистісної взаємодії [24]. У разі хронічного перебування в умовах загрози, наприклад у прифронтових територіях або середовищі сімейного насильства, формується стійка модель дезадаптивної поведінки, що супроводжується емоційним онімінням, втратою мотивації, соціальною ізоляцією [42]. Часто спостерігаються також розлади сну, нічні жахи, регресивна поведінка, порушення харчових звичок, зниження успішності в навчанні [38].

Емоційно-психологічні особливості підлітків у ситуації травми включають також зміну образу «Я» — відчуття провини, сорому, небезпеки або несправедливості. Ці зміни часто супроводжуються внутрішньою напругою, втратою цілісності ідентичності, що призводить до формування невротичних симптомокомплексів [36; 47]. Нерідко виникають також порушення афективної сфери — емоційна нестабільність, дратівливість, надмірна чутливість до критики або замкненість [32].

Також варто враховувати вікову специфіку когнітивної сфери підлітка. У цьому періоді розвиваються рефлексивні здібності, формується абстрактне мислення, але ще не сформовані навички довготривалого планування чи критичної переоцінки подій. Саме тому реакція на травматичну ситуацію може бути імпульсивною або неадекватною, а спроби подолання — хаотичними, непродуктивними [19; 43].

Особливу роль у подоланні травматичного стресу відіграє рівень розвитку емоційного інтелекту. Підлітки з розвиненою здатністю до розпізнавання та регуляції власних емоцій краще адаптуються до складних ситуацій, рідше демонструють деструктивну поведінку, легше приймають підтримку з боку дорослих [47; 21]. Розвинений емоційний інтелект також сприяє формуванню стресостійкості та позитивної самооцінки, що є ключовими факторами адаптації [39].

В межах дослідження Кузнєцової [29] показано, що наявність акцентуацій характеру у підлітків (особливо тривожно-підозрілий, емоційно-лабільний, демонстративний типи) є предикторами більшої чутливості до травматичного досвіду. Такі особи частіше демонструють симптоми ПТСР, включаючи флешбеки, уникнення, соматичні скарги. Аналогічні результати отримано в роботах Сакунової [41], де вказується на зв'язок між певними рисами характеру та глибиною переживання травми.

Крім індивідуально-психологічних особливостей, важливу роль у переживанні травматичного досвіду відіграють особливості сімейного середовища та мікросоціуму. За спостереженнями Вовченко [15], наявність

підтримки з боку значущих дорослих, стабільність соціальних зв'язків, спільне обговорення емоційних переживань — є потужними захисними чинниками. Водночас дефіцит уваги, емоційна холодність у родині чи насильство значно ускладнюють процес подолання наслідків психотравми. У дослідженнях Бондарук [12] зазначено, що групова психологічна підтримка може мати потужний позитивний вплив на емоційний стан підлітків, які пережили травму.

Особливу роль у формуванні стресостійкості відіграють також інституційні фактори: доступ до якісної психологічної допомоги у навчальних закладах, рівень підготовки шкільних психологів, наявність кризових програм реагування [46]. За даними Чуніхіної та співавт. [51], наявність налагодженої співпраці між освітнім середовищем, родиною та службами психосоціальної підтримки дозволяє значною мірою знизити ризики розвитку ПТСР у підлітковому середовищі.

Таким чином, психологічні особливості підлітків, зумовлені як віковими, так і індивідуальними характеристиками, значною мірою впливають на їхню спроможність адаптуватися до пережитої травми. Усвідомлення цих особливостей дозволяє психологам, педагогам і соціальним працівникам розробляти цілеспрямовані втручання, спрямовані на профілактику негативних наслідків та формування конструктивних стратегій подолання травматичного стресу у підлітковому віці. Комплексне урахування когнітивного, емоційного, мотиваційного та соціального аспектів є ключем до ефективної психологічної допомоги підліткам, що пережили травму.

1.3 Фактори ризику та захисні фактори у переживанні травми. Механізми розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у підлітків

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним станом, що виникає внаслідок переживання надзвичайно загрозливої або травматичної події. У підлітковому віці ПТСР має специфічні клінічні прояви

та механізми розвитку, обумовлені особливостями емоційного та когнітивного розвитку. У міжнародній класифікації DSM-5 ПТСР розглядається як відповідь на події, що загрожують життю або викликають сильне почуття безпорадності чи жаху [7; 3].

Механізми розвитку ПТСР у підлітків включають порушення нейрогуморальної регуляції, гіперактивацію системи «борись або тікай», а також зниження здатності до емоційної переробки травматичного досвіду. Як зазначають Мотрук і Гордієнко [35], у підлітків спостерігається тривале підвищення рівня кортизолу, що веде до гіперактивності, тривожності, порушень сну та уваги. У дослідженнях Джаббарової [19] наголошується на ролі когнітивних викривлень, які сприяють закріпленню негативних уявлень про себе, світ і майбутнє — центрального механізму формування ПТСР.

Формування ПТСР залежить від взаємодії багатьох чинників, які умовно можна поділити на фактори ризику та захисні фактори. До основних факторів ризику відносять:

- попередній досвід травматичних подій (накопичення стресу);
- індивідуальні психологічні особливості (низька самооцінка, емоційна нестійкість);
- наявність психічних розладів у родині;
- дефіцит соціальної підтримки;
- тривале або повторюване перебування у небезпечному середовищі (військові дії, насильство, вимушене переселення) [10; 46; 30];
- соціальна ізоляція, кібербулінг, нестабільне середовище проживання [39; 22].

До захисних факторів належать ті, що знижують ймовірність розвитку ПТСР після пережиття травматичної події, полегшують адаптацію та сприяють психологічній стабілізації. Вони охоплюють три ключові групи: сильні особистісні риси, соціальну підтримку та сприятливі умови життя [26; 21].

До сильних особистісних рис відносяться:

- стійкість — здатність адаптуватися до труднощів і відновлюватися після стресу;
- оптимізм — схильність сприймати складні обставини як тимчасові та подоланні;
- впевненість у собі — наявність позитивного уявлення про власні можливості та здатність діяти в складних ситуаціях [47; 19].

Соціальна підтримка є важливим буфером між пережитою травмою та розвитком ПТСР. До неї належать:

- емоційна підтримка з боку родичів, друзів, педагогів;
- відчуття приналежності до спільноти, де існує взаєморозуміння й прийняття;
- наявність позитивних стосунків з однолітками та дорослими [45; 51; 15].

Сприятливі умови життя формують стабільне середовище для психологічного розвитку:

- безпечне житло, передбачувана структура життя, доступ до ресурсів (освіти, охорони здоров'я, дозвілля);
- відсутність додаткового стресу (нестабільність, конфлікти, бідність, соціальне відчуження) [12; 22; 39].

Дослідження Даник і Зборовської [18] вказують на значущу роль соціальної підтримки у профілактиці ПТСР. Підлітки, які відчують підтримку з боку оточення, мають нижчий рівень симптомів тривожності, менше схильні до уникнення травматичних спогадів і демонструють вищу адаптивність. Водночас, у разі відсутності підтримки або переживання повторної травматизації, ризик розвитку тяжких форм ПТСР істотно зростає. Аналогічні висновки роблять автори Сузанська і Головська [46], які підкреслюють роль сімейної стабільності у переживанні травми, пов'язаної з війною.

До типових проявів ПТСР у підлітків належать нав'язливі спогади (флешбеки), уникнення ситуацій, що нагадують про травму, підвищена пильність, емоційна загальмованість, соматичні скарги (головний біль, біль у

животі), а також регресивна поведінка [28; 44; 15]. Спостерігається також розвиток таких коморбідних станів, як депресія, панічні атаки, порушення харчової поведінки, а в окремих випадках — суїцидальні наміри [41; 50].

Психофізіологічні дослідження, зокрема Селюкової [42], демонструють, що ПТСР у підлітків часто супроводжується змінами у структурі мозкової діяльності, зокрема у гіпокампі, мигдалевидному тілі та префронтальній корі. Це може пояснювати труднощі з концентрацією уваги, імпульсивну поведінку, підвищену тривожність, що характерні для травматизованих підлітків. На нейробіологічному рівні також встановлено взаємозв'язок між раннім травматичним досвідом і дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи [37].

Таким чином, розвиток ПТСР у підлітковому віці є наслідком складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Визначення факторів ризику і захисних механізмів дозволяє не лише прогнозувати ймовірність виникнення розладу, а й розробляти ефективні стратегії первинної та вторинної профілактики. Раннє виявлення симптомів, психологічна підтримка та індивідуалізовані корекційні програми можуть істотно зменшити негативні наслідки травматичного досвіду у підлітків. Залучення родини, освітнього середовища та громадських ініціатив є запорукою ефективного реагування на психотравмівні впливи.

1.4 Теоретичні підходи до вивчення психологічної стійкості підлітків у контексті подолання наслідків травматичного стресу

Психологічна стійкість (резильєнтність) є центральним поняттям у контексті вивчення адаптаційних процесів у підлітків, які пережили травматичні події. У науковій літературі психологічна стійкість трактується як здатність особистості зберігати або швидко відновлювати психоемоційний баланс після дії стресогенних факторів [26; 21]. Вона включає як індивідуальні характеристики, так і соціально зумовлені чинники, що підтримують або посилюють здатність до ефективного подолання труднощів. У дослідженнях

Коваль [25] зазначається, що стійкість не є вродженою якістю, а формується під впливом життєвого досвіду та умов соціалізації.

У межах когнітивно-поведінкової парадигми психологічна стійкість розглядається як результат набуття адаптивних копінг-стратегій, що дозволяють підлітку ефективно опрацьовувати травматичні переживання та трансформувати їх у досвід зростання [5; 2]. Такі стратегії включають рефреймінг, планування, емоційну регуляцію, соціальну підтримку та звернення до ресурсів спільноти. За даними Ковальчука і Мацієвської [26], формування резильєнтності у підлітковому віці сприяє зменшенню інтенсивності ПТСР-симптоматики. Цей підхід є базовим у структурі психокорекційних програм, зокрема когнітивно-поведінкової терапії [1; 6].

Психодинамічні підходи акцентують на внутрішніх механізмах подолання — зокрема, захисних механізмах, які активуються в умовах травми: витіснення, раціоналізація, сублімація. Хоча ці механізми можуть бути тимчасово ефективними, їх надмірне використання здатне призвести до порушення емоційного розвитку, якщо не супроводжується підтримкою та терапевтичним втручанням [41]. У дослідженнях Батлер [11] підкреслюється важливість усвідомлення та інтеграції травматичного досвіду через безпечну терапевтичну взаємодію.

Гуманістичний підхід зосереджується на розкритті внутрішніх ресурсів особистості. Згідно з ідеями К. Роджерса та А. Маслоу, кожна людина має потенціал до самореалізації та подолання кризи через усвідомлення власної цінності та залучення до значущої діяльності. У цьому контексті важливо забезпечити підліткові умови для безпечного самовираження та конструктивної взаємодії з оточенням [33; 12].

Соціокогнітивна теорія Альберта Бандури підкреслює роль самоефективності — віри особистості у власну здатність впоратися з викликами. Самоефективність формується через досвід подолання труднощів, спостереження за позитивними моделями поведінки та отримання підтримки від значущих осіб [5; 43]. За даними Джаббарової [19], розвиток

самоефективності у підлітків після травматичних подій безпосередньо корелює з рівнем їх стресостійкості та готовності долати нові життєві виклики.

Інтегративні моделі резильєнтності, запропоновані в останні роки, поєднують індивідуальні (особистісні, когнітивні) та екологічні (сімейні, соціальні, культурні) ресурси [26; 47]. У цих підходах ключовим є визнання мультифакторної природи психологічної стійкості та необхідність інтердисциплінарної взаємодії у процесі її формування.

Таким чином, різні теоретичні підходи висвітлюють психологічну стійкість як багатокомпонентне явище, що формується під впливом як індивідуальних, так і соціальних чинників. У контексті переживання травматичного стресу підлітками вона виступає важливим чинником адаптації, профілактики ПТСР та збереження психічного здоров'я. Комплексний підхід до вивчення стійкості дозволяє ефективніше розробляти психопрофілактичні та корекційні програми для підлітків, які пережили травматичний досвід, з урахуванням вікових, культурних і соціальних особливостей.

Висновки до розділу 1

У результаті теоретичного аналізу літератури з проблеми переживання травматичного стресу у підлітковому віці було з'ясовано, що підлітковий вік є вразливим періодом психічного розвитку, у якому травматичні події можуть мати суттєвий вплив на формування особистості та емоційне функціонування. Травматичний досвід у цей період супроводжується широким спектром психологічних наслідків — від короточасних дезадаптивних реакцій до формування посттравматичного стресового розладу.

Проведене дослідження понятійного апарату дозволило встановити, що поняття «травматичний стрес» охоплює комплекс реакцій на події, які виходять за межі звичайного людського досвіду, та викликають надмірне психоемоційне напруження. Класифікація травматичних подій, зокрема в підлітковому віці, дозволяє виділити як одноразові (катастрофи, насилля), так і хронічні (війна, домашня дисфункція) травматизуючі впливи [2; 10; 26].

Психологічні особливості підлітків у контексті травматичного досвіду зумовлюють специфіку їх реагування на стрес. Недостатній рівень сформованості саморегуляції, емоційної зрілості, схильність до імпульсивних реакцій та нестабільна самооцінка є факторами, що підвищують ризик негативних наслідків травматизації [8; 12; 36]. При цьому наявність підтримки від оточення, довірливі стосунки з дорослими, доступ до психологічної допомоги можуть відігравати буферну роль.

Аналіз наукових джерел дозволив виокремити основні фактори ризику розвитку травматичних розладів: інтенсивність та тривалість впливу стресогенних чинників, попередні психологічні травми, психоемоційна нестабільність, дефіцит соціальної підтримки. Водночас до захисних факторів належать: стійкість, оптимізм, наявність підтримуючого соціального оточення, стабільні життєві умови, доступ до ресурсів (психологічних, освітніх тощо) [1; 4; 15; 22; 25; 39].

Теоретичне осмислення поняття психологічної стійкості дало змогу виявити, що вона розглядається як здатність особистості зберігати внутрішню цілісність та функціональність в умовах впливу деструктивних факторів. Основні підходи (когнітивно-поведінковий, ресурсно-орієнтований, екосистемний, нейропсихологічний) підкреслюють значущість індивідуальних, контекстуальних і нейрофізіологічних чинників у формуванні здатності підлітків долати травматичний стрес [3; 5; 19; 24; 27].

Таким чином, теоретичне підґрунтя дослідження створює передумови для формулювання емпіричної частини, що передбачає вивчення індивідуально-психологічних характеристик підлітків у контексті переживання ними травматичного досвіду.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ПІДЛІТКАМИ

2.1. Методологічне підґрунтя дослідження: мета, завдання, гіпотеза

Емпіричне дослідження особливостей переживання травматичного стресу підлітками передбачало комплексну психодіагностику, спрямовану на виявлення специфічних реакцій на травматичний досвід, включаючи когнітивні, емоційні та поведінкові прояви, характерні для переживання травми; психологічних особливостей, таких як емоційна регуляція, самооцінка, рівень тривожності та депресії, які можуть впливати на процес переживання травми а також наявності та вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу, відповідно до діагностичних критеріїв.

Організація і база дослідження: вибірка включала 36 учнів 15-17 років з різних навчальних закладів: Криворізький ліцей №24 Криворізької міської ради, Криворізький ліцей №81 Криворізької міської ради, Криворізький ліцей №49 Криворізької міської ради, Криворізький ліцей № 35 «Імпульс», Криворізький ліцей №127.

Програма комплексної психодіагностики включала:

1. Методика «Перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5))»
2. Шкала тривоги Бека.
3. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)
4. Міжнародний опитувальник травм (ITQ)

Методика «Перелік життєвих подій» (Life Events Checklist for DSM-5 – LEC-5) є стандартизованим інструментом самозвітування, призначеним для ідентифікації життєвих ситуацій, які можуть мати психотравматичний характер. Вона використовується для попереднього виявлення потенційно травматичних подій у досвіді респондента та є ефективним індикатором для подальшого аналізу посттравматичних реакцій.

Анкета включає 17 основних категорій травматичних подій, таких як стихійні лиха, пожежі, серйозні аварії, токсичне отруєння, фізичне чи сексуальне насильство, збройні напади, бойові дії, перебування у місцях позбавлення волі, важкі захворювання або травми, хронічний біль, раптова смерть близької людини, а також інші форми значних життєвих потрясінь.

Кожен тип події оцінюється за допомогою варіантів відповіді, що дозволяють уточнити характер залученості респондента: безпосереднє переживання події, роль свідка, інформація про подію з досвіду близьких осіб, досвід у межах професійної діяльності, складність у відповіді або відсутність дотичності до події.

Результати опитування дозволяють кількісно та якісно оцінити ступінь впливу травматичних подій у житті особи та виявити зони підвищеного ризику для подальшої діагностики посттравматичних розладів.

Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) була розроблена Аароном Беком і є одним із поширених та валідних інструментів для оцінки рівня тривожності. Вона являє собою самозвітний опитувальник, який складається з 21 пункту, кожен з яких описує поширені симптоми тривоги. Респондент оцінює, наскільки сильно він відчував кожен симптом протягом останнього тижня, за чотирибальною шкалою (від "зовсім не відчував" до "відчував дуже сильно").

Шкала тривоги Бека у даному дослідженні орієнтована на виявлення та оцінку рівня тривожності у підлітків, які пережили травматичний досвід. Зокрема, вона допомагає виміряти загальний рівень тривоги; оцінити соматичні, когнітивні та афективні прояви тривоги, оскільки пункти шкали охоплюють різні аспекти тривожності, такі як фізичні відчуття, когнітивні симптоми та емоційні переживання; виявити підлітків з клінічно значущим рівнем тривоги, дослідити зв'язок між рівнем тривожності та іншими аспектами переживання травматичного стресу; вона може бути використана, як один з індикаторів психологічного благополуччя, оскільки підвищений

рівень тривожності може свідчити про психологічний дистрес, пов'язаний з травматичним досвідом.

BAI складається з 21 твердження, кожне з яких описує поширений симптом тривоги. Ці симптоми охоплюють різні аспекти тривожного стану, включаючи: Соматичні симптоми: наприклад, серцебиття, пітливість, тремтіння, запаморочення, м'язова напруга, відчуття задухи, нудота; когнітивні симптоми: наприклад, відчуття напруги, неспокійні думки, страх втратити контроль, відчуття паніки, страх смерті, нервозність; афективні симптоми: наприклад, дратівливість, знервованість, відчуття страху.

Респонденту надається інструкція оцінити, наскільки сильно він відчував кожен з 21 симптому протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Для кожного твердження пропонується чотирибальна шкала для оцінки інтенсивності симптому: 0 – зовсім не турбує; 1 – злегка турбує; 2 – середньо турбує; 3 – дуже турбує.

Загальний бал шкали тривоги Бека є сумою балів за всі 21 твердження. Мінімальний можливий бал становить 0, а максимальний – 63. Загальний бал інтерпретується відповідно до встановлених критеріїв: 0-7 балів: мінімальний рівень тривоги; 8-15 балів: легкий рівень тривоги; 16-25 балів: помірний рівень тривоги; 26-63 бали: виражений рівень тривоги.

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) (Автор: М. Горовіц та ін. (M. J. Horowitz et al., 1979, 1996)) (Адаптація: Н. В. Тарабріна (2001)) призначена для оцінки суб'єктивного дистресу, спричиненого пережитою травматичною подією [25]. Хоча вона не використовується як діагностичний інструмент для визначення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), шкала є ефективним засобом для вимірювання індивідуальної реакції на конкретну травматичну ситуацію. IES-R є переглянutoю версією оригінальної Шкали впливу події (IES) і включає додаткові пункти для більш повного охоплення симптомів ПТСР, зокрема симптомів гіперзбудження.

Опитувальник складається з 22 пунктів, які стосуються переживань протягом останніх семи днів щодо визначеної травматичної події. Респондент

оцінює, наскільки сильно його турбували кожна з перелічених труднощів за 5-бальною шкалою (від 0 – зовсім не турбує до 4 – дуже сильно турбує).

IES-R оцінює три кластери симптомів ПТСР: вторгнення: нав'язливі думки, спогади, образи, сни про подію; уникнення: спроби уникати думок, почуттів, місць або людей, пов'язаних з подією, а також емоційне оніміння; гіперзбудження: підвищена тривожність, дратівливість, труднощі зі сном, гіперпильність, надмірна реакція на несподівані подразники. Шкала надає загальний бал, а також бали за кожним із трьох субшкал. Вищі бали свідчать про більший рівень дистресу, пов'язаного з травматичною подією.

Міжнародний опитувальник травм (ITQ) є самозвітним опитувальником, розробленим для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та розладів самоорганізації, які разом складають комплексний ПТСР (КПТСР). був розроблений міжнародною групою дослідників під керівництвом Мішель Клуатр, Марка Шелвіна, Кріса Брюїна, Джона Біссона, Ніла Робертса, Андреаса Меркера, Томаса Каратзіаса та Пітера Гайленда у 2018 році відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) [25].

Структурно опитувальник складається з 18 тверджень, згрупованих у шість основних кластерів, кожен з яких включає по два питання. Три кластери охоплюють базові прояви ПТСР (інтрузії, уникнення, гіперзбудження), ще три – симптоми порушень саморегуляції (афективна дисрегуляція, негативний образ себе, міжособистісна відчуженість), що характерні для КПТСР. Додатково опитувальник містить блок запитань, спрямованих на оцінку впливу симптомів на повсякденне функціонування особи у трьох сферах: соціальній, професійній/навчальній та особистій (самообслуговування, особистий простір, міжособистісна взаємодія).

Оцінювання здійснюється за п'ятибальною шкалою, де 0 – зовсім не турбує, 1 – трохи турбує, 2 – помірно турбує, 3 – значно турбує, 4 – надзвичайно турбує. Показники в 2 бали і вище вважаються клінічно значущими. Діагноз ПТСР ставиться за умови наявності як мінімум одного

клінічно значущого симптому в кожному з трьох базових кластерів, а також вказівки на щонайменше один суттєвий вплив симптомів на функціонування. Для діагностування КПТСР, крім критеріїв ПТСР, необхідна наявність хоча б одного клінічно значущого симптому у кожному з кластерів DSO (disturbances in self-organization) і також щонайменше одне функціональне порушення.

ІТQ демонструє високі психометричні показники. За результатами міжнародних валідаційних досліджень, інструмент має стабільну факторну структуру, високу внутрішню узгодженість ($\alpha > 0,85$ для окремих шкал) і чітко відображає дихотомічну модель ПТСР/КПТСР. Адаптовані версії опитувальника активно використовуються у країнах, які зазнали збройних конфліктів або інших масштабних катастроф. В Україні ІТQ використовується як у клінічній практиці, так і в емпіричних дослідженнях серед дорослих і підлітків, зокрема в умовах війни, внутрішнього переміщення, втрати близьких, руйнування соціального середовища.

Застосування ІТQ у підлітковій вибірці дозволяє не лише виявити факт наявності травматичних симптомів, а й глибше зрозуміти, як саме пережита подія трансформує особистісну структуру, впливає на стосунки з оточенням і внутрішній образ себе. Цей підхід відкриває можливість раннього втручання і цільового психокорекційного супроводу, що особливо важливо у роботі з вразливими категоріями молоді, які пережили воєнну травму.

2.2. Результати комплексної діагностики

Методика «Перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5))». За результатами анкетування методом LEC-5 було встановлено, що всі 36 респондентів (100%) стикалися з подіями, які мають потенціал спричинити психотравматичну реакцію. Це очікувано, зважаючи на поточну ситуацію повномасштабної війни в Україні, що безпосередньо або опосередковано торкнулася кожного підлітка у вибірці.

Найчастіше зазначалися наступні події:

- Бойові дії або перебування у зоні війни – 33 респонденти (91,66%) вказали, що були безпосередніми учасниками або свідками воєнних подій, або дізналися про них у досвіді своїх близьких. У 19 (52,77%) підлітків ця подія відбулася особисто з ними, що свідчить про високий рівень включеності у ситуації прямої небезпеки.

- Збройний напад – 30 респондентів (83,33%) або пережили, або були свідками епізодів, пов'язаних із збройним насильством. Це включає артилерійські обстріли, ракетні удари, або безпосередні загрози життю.

- Пожежа чи вибух – 31 респондентів (86,11%) повідомили про безпосереднє або опосередковане зіткнення з вибухами, пожежами, спричиненими воєнними діями.

- Раптова насильницька смерть близької людини – 5 респондентів (13,88%) зазначили, що дізналися або стали свідками загибелі знайомих або родичів унаслідок бойових дій чи актів насильства.

- Фізичне насильство – 13 респондентів (36,11%) вказали, що стали жертвами фізичної агресії або бачили, як це сталося з іншими.

Досить часто також відзначалися такі події:

- Раптова смерть від нещасного випадку – 9 респондентів (25%)
- Серйозна хвороба або травма з погрозою для життя – 8 респондентів (22,22%)

- Стихійні лиха (переважно пов'язані з воєнними обставинами, такими як техногенні аварії або руйнування інфраструктури) – 7 респондентів (19,44%)

- Тяжкі страждання — 16 респондентів (44,44%) визнали наявність глибокого суб'єктивного дистресу, пов'язаного з травматичними подіями

- Сексуальне насильство або неприємний сексуальний досвід — 18 підлітків (50%) зазначили прямий або опосередкований контакт з такими подіями, що є тривожним показником.

Окремо варто звернути увагу на те, що жоден із респондентів не повідомив про контакт із токсичними речовинами, серйозними

ушкодженнями, заподіяними іншій особі, або перебуванням у полоні (окрім одного випадку через близьких), що свідчить про нижчу поширеність цих факторів.

У багатьох випадках підлітки одночасно обирали кілька варіантів для однієї події – наприклад, подія стосувалася як особистого досвіду, так і досвіду близьких (друзі, родичі). Це підкреслює високу щільність та багатошаровість травматичного впливу. Таким чином, результати методики LEC-5 підтверджують надзвичайно високий рівень травматизації у вибірці, що створює об'єктивні передумови для подальшого розвитку симптомів тривожності, порушень адаптації та ризику формування ПТСР.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що в більшості випадків підлітки пережили не одну, а кілька травматичних подій. Такий кумулятивний вплив підвищує ризик формування посттравматичного стресового розладу, хронічної тривожності, порушень сну, соматичних розладів та емоційного виснаження. Отримані результати підкреслюють необхідність впровадження системної психологічної підтримки підлітків, що перебувають у зоні підвищеного ризику психотравматизації.

За результатами проведеної діагностики за шкалою тривоги Бека (BAI), спостерігається значна варіативність у рівнях тривожності серед досліджуваної групи респондентів. Загалом, розподіл показує тенденцію до підвищених рівнів тривоги у значної частини вибірки. Лише невелика кількість респондентів демонструє нормальний рівень тривоги, тоді як більшість мають легкий, середній або високий рівень тривожності.

Таблиця 2.1.

Рівень тривожності за шкалою Бека у підлітків

Рівень тривоги	Кількість респондентів %	Кількість респондентів (осіб) n=36
Нормальний рівень	8,33	3
Легкий рівень	13,89	5
Середній рівень	22,22	8
Високий рівень	55,56	20

3 респонденти (8,33%) набрали бали в межах від 0 до 5, що свідчить про нормальний або мінімальний рівень тривоги. Це означає, що ці 3 респонденти відчують незначну кількість симптомів тривоги, які не є інтенсивними та не суттєво впливають на їхнє повсякденне функціонування. Вони можуть демонструвати адекватні реакції на потенційні стресори без надмірної активації тривожних симптомів. Їхній рівень тривоги, найімовірніше, знаходиться в межах фізіологічної норми, необхідної для адаптації до життєвих обставин.

5 респондентів (13,89%) набрали бали в межах від 6 до 8, що свідчить про легкий рівень тривоги. Це означає, що ці підлітки відчують деякі симптоми тривоги, які можуть бути помітними, але, ймовірно, не є надто інтенсивними або постійними. Ці респонденти можуть періодично відчувати нервозність, легке занепокоєння, іноді можуть спостерігатися незначні соматичні прояви тривоги (наприклад, легке серцебиття або напруження м'язів). Однак ці симптоми, скоріш за все, не є домінуючими у їхньому житті та не призводять до значних порушень у функціонуванні. Легкий рівень тривоги може бути реакцією на певні ситуаційні стресори або відображати загальну схильність до деякої емоційної чутливості.

8 респондентів (22,22%) набрали бали в межах від 9 до 18, що свідчить про середній рівень тривоги. Це означає, що ці респонденти відчують більш

виражені та часті симптоми тривоги, які можуть суттєво впливати на їхнє емоційне стан та повсякденне життя. У них можуть спостерігатися помітні соматичні прояви тривоги (наприклад, прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, головний біль, проблеми зі сном). Когнітивно вони можуть бути схильні до тривожних думок, переживань про майбутнє, труднощів з концентрацією уваги. Середній рівень тривоги може вже призводити до певних обмежень у соціальній, навчальній або іншій діяльності, а також впливати на якість життя.

20 респондентів (55,56%) набрали більше 19-ти балів, що свідчить про високий рівень тривоги. що значна частина вибірки відчуває інтенсивні та дезадаптивні симптоми тривоги, які можуть серйозно порушувати їхнє функціонування та значно погіршувати якість життя. Соматичні прояви тривоги можуть бути дуже інтенсивними та різноманітними (наприклад, сильне серцебиття, задишка, запаморочення, нудота, м'язові спазми). Когнітивно вони можуть бути перевантажені тривожними думками, страхами, нав'язливими ідеями, мати труднощі з контролем своїх переживань. Високий рівень тривоги може призводити до значних обмежень у соціальних контактах, навчанні, роботі, самообслуговуванні.

Результати емпіричного дослідження свідчать про те, що більшість старших підлітків у вибірці (36 осіб) мають підвищений рівень тривожності, що є індикатором значного психоемоційного навантаження та потенційної вразливості до розвитку стресових і дезадаптивних реакцій. Лише 8,33% респондентів демонструють нормальний або мінімальний рівень тривоги, що вказує на досить обмежене коло підлітків із збереженим емоційним балансом.

Таким чином, отримані результати дозволяють зробити висновок про високий рівень поширеності тривожних проявів серед старших підлітків, що свідчить про актуальність впровадження психологічних програм підтримки, спрямованих на зниження рівня тривожності, розвиток адаптивних копінг-стратегій та зміцнення особистісної стійкості (див. додаток А).

Аналіз результатів Шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R) показав, що за шкалою IES-R виявлено значний рівень посттравматичних реакцій. Дослідження проводилось з метою оцінки інтенсивності симптомів інтрузії, уникнення та гіперзбудження після пережитих травматичних подій, пов'язаних переважно з умовами війни.

Таблиця 2.2.

Загальний бал IES-R: рівень травматичного дистресу

Рівень травматичного дистресу	Кількість респондентів %	Кількість респондентів (осіб) n=36
Низький рівень	8,33	3
Помірний рівень	13,89	5
Виражений рівень	19,44	7
Високий рівень	55,56	21

- Низький рівень (0–23 бали) – 3 респонденти (8,33%)
- Помірний рівень (24–32 бали) – 5 респондентів (13,88%)
- Виражений рівень (33–38 балів) – 7 респондентів (19,44%)
- Високий рівень (≥ 39 балів, клінічний ризик ПТСР) – 21 респондент (58,33%)

Отримані дані вказують на те, що 77,77% підлітків мають симптоматику, яка досягає або перевищує клінічний поріг розвитку ПТСР. Такий високий рівень є характерним для осіб, що пережили масові або тривалі психотравмуючі події, зокрема бойові дії, втрату близьких, фізичне чи психологічне насильство.

Понад половина вибірки демонструє високий рівень дистресу, що свідчить про глибоку внутрішню дестабілізацію та високу вірогідність формування хронічних психічних розладів, якщо своєчасно не буде надано психологічну допомогу.

Таблиця 2.3.

Показники субшкали інтрузії у підлітків

Субшкала інтрузії	Кількість респондентів %	Кількість респондентів (осіб) n=36
Низький рівень	11,11	4
Помірний рівень	25	9
Виражений рівень	33,33	12
Високий рівень	30,55	11

- Низький рівень (0–8 балів) – 4 респонденти (11,11%)
- Помірний рівень (9–13 балів) – 9 респондентів (25%)
- Виражений рівень (14–19 балів) – 12 респондентів (33,33%)
- Високий рівень (20+ балів) – 11 респондентів (30,55%)

Інтрузивні симптоми включають спонтанні, нав'язливі спогади про травматичну подію, флешбеки, повторювані нічні кошмари, емоційні спалахи, що актуалізують травму.

Більше ніж 61% респондентів мають помірний або високий рівень інтрузії, що свідчить про незавершеність когнітивної та емоційної переробки травматичного досвіду. Підлітки з високими показниками інтрузії зазвичай виявляють знижену концентрацію, схильність до ретравматизації, труднощі у навчанні та соціальній адаптації.

Таблиця 2.4.

Результати за субшкалою уникнення

Субшкала уникнення	Кількість респондентів %	Кількість респондентів (осіб) n=36
Низький рівень	16,66	6
Помірний рівень	22,22	8
Виражений рівень	27,77	10
Високий рівень	33,33	12

- Низький рівень (0–8 балів) – 6 респондентів (16,66%)
- Помірний рівень (9–13 балів) – 8 респондентів (22,22%)
- Виражений рівень (14–19 балів) – 10 респондентів (27,77%)
- Високий рівень (20+ балів) – 12 респондентів (33,33%)

Уникнення включає усвідомлені або неусвідомлені зусилля уникати думок, почуттів, місць, людей чи обставин, що нагадують про травму.

61,1% підлітків мають виражене уникнення, що є ознакою дисоціативної захисної стратегії, яка перешкоджає ефективному опрацюванню травматичного досвіду. Такий механізм тимчасово знижує інтенсивність емоційного болю, однак водночас поглиблює ізоляцію, відчуття самотності, підсилює дистрес у довгостроковій перспективі.

Таблиця 2.5.

Гіперзбудження у структурі тривожних проявів у підлітковому віці

Субшкала гіперзбудження	Кількість респондентів %	Кількість респондентів (осіб) n=36
Низький рівень	5,55	2
Помірний рівень	22,22	8
Виражений рівень	33,33	12
Високий рівень	38,88	14

- Низький рівень (0–6 балів) – 2 респонденти (5,55%)
- Помірний рівень (7–10 балів) – 8 респондентів (22,22%)
- Виражений рівень (11–14 балів) – 12 респондентів (33,33%)
- Високий рівень (15+ балів) – 14 респондентів (38,88%)

Гіперзбудження включає симптоми емоційної гіперреактивності, підвищеної настороженості, дратівливості, порушень сну, проблем із концентрацією. Це найбільш поширений симптомокомплекс у вибірці: 72,22% респондентів мають виражене або високе гіперзбудження, що свідчить про високий рівень хронічного емоційного напруження, фізіологічної активності, що часто призводить до виснаження, тривожності, порушень

поведінки. Такий стан є характерним для постійного перебування в стані "бойової готовності", який не згасає навіть після завершення загрози (див. додаток А).

У ході емпіричного дослідження з використанням Міжнародного опитувальника травм (ITQ) було проаналізовано рівень виразності посттравматичних симптомів у трьох ключових доменах: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), порушення функцій «Я» (афективна дисрегуляція, негативний образ себе, соціальні труднощі) та наявність комплексного ПТСР (КПТСР) як сукупності обох попередніх.

Таблиця 2.6.

Показники рівня виразності ПТСР

Рівень виразності ПТСР	Кількість респондентів %	Кількість респондентів (осіб) n=36
Низький рівень	13,88	5
Помірний рівень	16,66	6
Високий рівень	38,88	14
Дуже високий рівень	30,55	11

ПТСР оцінювався на основі наявності симптомів у трьох кластерах: інтрузії, уникнення, та гіперзбудження. Аналіз результатів показав, що:

- 5 респондентів (13,88%) продемонстрували низький рівень симптоматики ПТСР. У цих учасників відзначалася незначна частота нав'язливих спогадів, помірна стабільність емоційного стану та загалом адаптивні реакції на стрес.
- 6 респондентів (16,66%) виявили помірний рівень ПТСР, що характеризувався періодичними симптомами флешбеків, униканням певних ситуацій чи думок, а також епізодичними порушеннями сну та тривожністю.
- 14 осіб (38,88%) мали високий рівень ПТСР, що виявлявся через регулярні інтенсивні інтрузії, підвищену фізіологічну напругу та емоційну збудливість.

- 11 респондентів (30,55%) показали дуже високий рівень симптоматики — зі стійкими нав'язливими спогадами, тривалою гіперреактивністю, тривожними розладами та вираженою дезадаптацією у соціальній поведінці.

Таким чином, більше ніж половина вибірки (69,44%) мають клінічно значущі показники ПТСР, що свідчить про глибоке внутрішнє опрацювання травматичних подій, які не завершилися психологічною інтеграцією.

Таблиця 2.7.

Показники рівня порушень функції «Я»

Порушення функції «Я»	Кількість респондентів %	Кількість респондентів (осіб) n=36
Низький рівень	22,22	8
Помірний рівень	16,66	6
Високий рівень	33,33	12
Дуже високий рівень	27,77	10

Оцінювання порушень у структурі «Я» дозволяє глибше зрозуміти, як травматичний досвід вплинув на базові процеси саморегуляції у підлітків. Результати розподілилися таким чином:

- 8 респондентів (22,22%) не виявили суттєвих порушень у цій сфері: вони мали відносно стабільну самооцінку, здатність до контролю емоцій і конструктивної міжособистісної взаємодії.
- 6 респондентів (16,66%) продемонстрували помірний рівень порушення функцій «Я», який проявлявся у труднощах із самоконтролем, періодичних емоційних зривів, почутті безпорадності.
- 12 осіб (33,33%) мали високий рівень виразності симптомів: це виявлялось у хронічній емоційній нестабільності, надмірній самокритиці, частому відчутті сорому чи провини.
- 10 респондентів (27,77%) засвідчили дуже високий рівень порушення функцій «Я», що супроводжувалося ізоляцією, втратами соціальних контактів, втратою сенсу та постійною внутрішньою напругою.

Отже, половина підлітків (61,11%) демонструє виражені проблеми у сфері саморегуляції, що є критичною ознакою комплексної психологічної дезадаптації.

Таблиця 2.8.

Результати показника КПТСР у підлітків

КПТСР	Кількість респондентів %	Кількість респондентів (осіб) n=36
Низький рівень	16,66	6
Помірний рівень	22,22	8
Високий рівень	25	9
Дуже високий рівень	36,11	13

- 6 респондентів (16,66%) не виявили ознак КПТСР.
- 8 респондентів (22,22%) перебувають у стані «пограничного» рівня ризику розвитку КПТСР. Вони мають окремі симптоми, але їхня виразність наразі недостатня для повної діагностичної картини.
- 9 респондентів (25%) виявили повноцінний клінічний рівень КПТСР, тобто вони мають і симптоми ПТСР, і глибокі порушення у сфері емоційної регуляції та образу себе.
- 13 осіб (36,11%) мають високий клінічний рівень КПТСР, що супроводжується комплексними проявами дезадаптації, включно з депресивною симптоматикою, почуттям емоційного відчуження, а також хронічним дистресом.

Загалом, 61,11% підлітків мають симптомокомплекс, характерний для КПТСР. Це вказує на те, що наслідки травматичного досвіду в умовах війни набули системного характеру і вимагають глибокої психологічної інтервенції.

Дослідження виявило, що більшість підлітків переживають не лише короточасний посттравматичний дистрес, а й стійкі зміни в особистісній сфері, характерні для комплексної травматизації. Особливо тривожним є те, що майже дві третини учасників демонструють ознаки КПТСР, що вказує на

розлад, який впливає не лише на емоційний стан, а й на самосприйняття, соціальну поведінку та життєву перспективу.

Відповідно до отриманих результатів, можна стверджувати, що для ефективної допомоги цій категорії підлітків необхідно впроваджувати цілісні психокорекційні програми, які будуть спрямовані на роботу з травмою, так і на відновлення функцій особистості, зміцнення образу «Я», розвиток емоційної стійкості та відновлення довіри до соціального середовища (Діаграми представлені у додатку Б у малюнку 4).

Аналіз кореляційних зв'язків одержаних результатів респондентів по методикам: шкала тривоги Бека, Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R), Міжнародний опитувальник травм (ITQ) Для виявлення взаємозв'язку між рівнями тривожності, посттравматичного стресу та симптомами комплексного ПТСР було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена (через негаусівський розподіл шкальних балів).

Таблиця 2.9.

Кореляційний зв'язок рівня тривожності та впливу травматичної події

Порівнювані змінні	Коефіцієнт кореляції (r)	Інтерпретація
Рівень тривоги та рівень травматичного дистресу	+0,921	Дуже сильний позитивний зв'язок
Рівень тривоги та рівень інтрузії	+0,792	Сильний позитивний зв'язок
Рівень тривоги та рівень уникнення	+0,784	Сильний позитивний зв'язок
Рівень тривоги та рівень гіперзбудження	+0,673	Помірний до сильного позитивний зв'язок

Таблиця 2.10.

Кореляційний зв'язок між впливом травматичної події та рівнем виразності ПТСР, порушення «Я», КПТСР

Порівнювані змінні	Коефіцієнт кореляції (r)	Інтерпретація
Рівень травматичного дистресу та рівень виразності ПТСР	+0,686	Помірний до сильного позитивний зв'язок
Рівень травматичного дистресу та рівень виразності порушення «Я»	+0,836	Сильний позитивний зв'язок
Рівень травматичного дистресу та рівень виразності КПТСР	+0,841	Сильний позитивний зв'язок

Таблиця 2.11.

Кореляційний зв'язок між тривожністю та рівнем виразності ПТСР, порушення «Я», КПТСР

Порівнювані змінні	Коефіцієнт кореляції (r)	Інтерпретація
Рівень тривоги та рівень виразності ПТСР	+0,863	Сильний позитивний зв'язок
Рівень тривоги та рівень виразності порушення «Я»	+0,783	Сильний позитивний зв'язок
Рівень тривоги та рівень виразності КПТСР	+0,755	Сильний позитивний зв'язок

Проведений кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена дозволив виявити наявність статистично значущих зв'язків між рівнем тривожності, вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та симптомами комплексного ПТСР (КПТСР) у підлітків, які пережили психотравмівні події. Враховуючи специфіку вибірки та розподілу даних, було обґрунтовано використання саме непараметричного підходу до аналізу залежностей між змінними.

Аналіз результатів за шкалою тривожності Бека (BAI) у зіставленні з показниками Шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R) показав наявність дуже сильного позитивного кореляційного зв'язку між загальним рівнем тривожності та травматичним дистресом ($r = +0,921$). Це свідчить про

те, що підвищення рівня тривожності у підлітків тісно пов'язане з інтенсивністю переживань, зумовлених травматичною подією. Крім того, було виявлено сильні позитивні зв'язки між тривожністю та такими специфічними проявами ПТСР, як інтрузії ($r = +0,792$), уникнення ($r = +0,784$) та гіперзбудження ($r = +0,673$). Це дає підстави вважати, що тривожність виступає важливою психологічною складовою посттравматичних реакцій і може слугувати індикатором глибини емоційної дестабілізації.

У другому блоці аналізу було оцінено взаємозв'язок між показниками шкали IES-R та результатами Міжнародного опитувальника травм (ITQ), який дозволяє диференціювати симптоми ПТСР, КПТСР та порушення функціонування особистісного ядра (порушення «Я»). Встановлено, що загальний рівень травматичного дистресу достовірно корелює з рівнем вираженості ПТСР ($r = +0,686$), а також має ще сильніші зв'язки з проявами порушення «Я» ($r = +0,836$) та КПТСР ($r = +0,841$). Це свідчить про глибоку взаємозалежність між афективними реакціями на травму та тривалими порушеннями в особистісній сфері підлітків. Тобто, емоційна та когнітивна дезорганізація, викликана психотравмівною подією, трансформується у більш стійкі форми психологічної дезадаптації, які виходять за межі класичних проявів ПТСР.

У третій частині аналізу простежено зв'язки між тривожністю (BAI) та окремими складовими ITQ. Отримані коефіцієнти кореляції свідчать про наявність сильного позитивного зв'язку між рівнем тривоги та ПТСР ($r = +0,863$), порушенням «Я» ($r = +0,783$), а також КПТСР ($r = +0,755$). Таким чином, тривожність не тільки є реакцією на актуальну загрозу або пережиту подію, а й суттєво пов'язана з розвитком вторинних ускладнень, пов'язаних з дезінтеграцією самосприйняття, труднощами у міжособистісній взаємодії та порушенням емоційної саморегуляції.

Сукупність отриманих даних підтверджує, що у підлітків, які пережили психотравмівні події, формується тісно взаємопов'язаний симптомокомплекс, у якому тривожність, посттравматичні реакції та елементи порушення

особистісної цілісності не існують ізольовано, а взаємно підсилюють одне одного. Це свідчить про системний характер впливу психотравмівного досвіду на психічне здоров'я підлітків. Високі значення коефіцієнтів кореляції вказують на необхідність комплексного підходу до діагностики та психокорекції, який передбачає одночасний фокус на емоційну сферу, когнітивні переконання, образ «Я» та здатність до адаптації.

Таким чином, отримані результати поглиблюють розуміння особливостей переживання травматичного стресу в підлітковому віці, підтверджують взаємозалежність між тривожними розладами, ПТСР і КПТСР, а також акцентують увагу на високій вразливості особистості підлітка до довготривалих наслідків психотравми.

2.3 Психологічна корекція та профілактика травматичного стресу у підлітків. Зміст корекційної програми

Проведене дослідження засвідчило високий рівень травматизації та тривожності серед підлітків, які зазнали дії психотравмуючих подій. Отримані емпіричні дані підтвердили необхідність впровадження психологічної допомоги, спрямованої на подолання посттравматичних симптомів, покращення емоційного стану та формування адаптивних механізмів реагування. З огляду на це, важливим завданням є розробка корекційної програми, яка враховувала б вікові особливості підлітків, специфіку переживаних травматичних подій та доведену ефективність запропонованих психотерапевтичних підходів.

У цьому розділі представлено психокорекційну програму, побудовану на принципах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), яка має широке наукове обґрунтування як один із провідних методів роботи з посттравматичним стресовим розладом у підлітковому віці [3; 5; 14]. Програма розроблена з урахуванням українського соціокультурного контексту та включає структуровані заняття, спрямовані на зменшення симптомів травматичного стресу, розвиток навичок емоційної регуляції, опрацювання травматичних

спогадів та активізацію ресурсів особистості. Застосування КПТ у роботі з дітьми та підлітками дозволяє зменшити прояви таких симптомів, як гіпервозбудження, уникання, повторне переживання травми, депресивні реакції та соматичні скарги [7; 13].

Корекційна програма спирається на принципи травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (TF-CBT), яка є ефективним методом подолання ПТСР у дітей та підлітків [2; 8; 24]. Дослідження засвідчують її позитивний вплив на зниження симптомів тривоги, флешбеків, уникання, а також покращення емоційної регуляції, соціального функціонування та академічної успішності [6; 9]. TF-CBT є структурованим і доказовим методом терапії, що адаптується під конкретний вік, культуру та рівень розвитку клієнта. Методика включає основні компоненти, узагальнені аббревіатурою PRACTICE: Psychoeducation (психоедукація), Relaxation (релаксація), Affective expression and regulation (вираження та регуляція емоцій), Cognitive coping (когнітивне опрацювання), Trauma narrative (опрацювання травматичних спогадів), In vivo exposure (експозиція в реальному житті), Conjoint parent-child sessions (сесії разом з батьками), Enhancing safety and development (підвищення безпеки та розвиток навичок) [2; 24; 8; 11].

Водночас в умовах воєнного стану в Україні та численних соціальних стресорів, підлітки зазнають постійного впливу травматичних подій, зокрема втрати близьких, вимушеного переселення, перебування у зонах бойових дій, руйнування житла, порушення навчального процесу тощо. У цьому контексті особливо важливою є адаптація західних моделей психотерапевтичної допомоги до українських реалій, що потребує врахування соціокультурних, ментальних та комунікативних особливостей української молоді [1; 12; 15; 22].

Такі автори, як Басенко О. (2023), Бударова Л.В. (2024), Вовченко О.А. (2023), Орленко І.М. (2024), Сакунова А.В. (2024), акцентують увагу на інтенсивності психотравмуючих впливів в умовах війни, зростанні рівня тривожності та депресії, а також на необхідності комплексної психоедукації для підлітків і їхніх батьків [1; 4; 16; 19; 23]. За їхніми спостереженнями,

поєднання КПТ-методів із психоедукаційною брошурою, вправами на усвідомлення емоцій, розвитком навичок самозаспокоєння та ресурсноорієнтованим підходом сприяє стабілізації психоемоційного стану.

Крім того, дослідження вказують на важливість мультидисциплінарного підходу у роботі з травмованими підлітками, де психологи співпрацюють із педагогами, соціальними працівниками, сім'єю та медичними спеціалістами [10; 17; 21]. Такий комплексний підхід дозволяє не лише знизити інтенсивність ПТСР-симптомів, але й сприяти довготривалій адаптації, формуванню почуття безпеки та самостійності, особливо в умовах затяжної кризи.

Отже, представлену нижче програму можна вважати спробою поєднати ефективні елементи когнітивно-поведінкової терапії із практичними завданнями та адаптацією до реалій сьогодення, зокрема в умовах гуманітарної кризи, спричиненої війною в Україні.

Мета програми: Зменшення симптомів травматичного стресу в підлітків шляхом формування навичок емоційної регуляції, безпечного опрацювання травматичних спогадів, підвищення рівня самоусвідомлення, відновлення відчуття контролю та залучення соціальних ресурсів.

Структура програми

Тривалість: 8–10 занять (по 60–90 хвилин)

Форма роботи: індивідуальна або групова

Цільова аудиторія: підлітки віком 15–17 років, які пережили психотравмуючі події

Методи: елементи когнітивної терапії, поведінкові техніки, елементи арт-терапії, психоедукація, тілесні техніки, рольові ігри

Модуль 1. Психоедукація та створення безпечного простору

Тривалість: 2 заняття

Заняття 1. Ознайомлення, формування довіри

Вправи:

- ✓ "Знайомство через символ": кожен учасник обирає предмет/символ, що його представляє, і розповідає про себе.

- ✓ "Правила безпеки": створення правил групової взаємодії.

Очікувані результати: зниження тривожності перед початком роботи; формування безпечної атмосфери й довіри у групі.

Заняття 2. Психоедукація про травму та її вплив

Вправи:

- ✓ Міні-лекція з візуальними матеріалами про ПТСР.
- ✓ "Міфи і факти про травму": робота в малих групах.

Очікувані результати: підвищення обізнаності про симптоми ПТСР; нормалізація переживань учасників, зниження почуття "ненормальності".

Модуль 2. Навички саморегуляції та стабілізації

Тривалість: 3 заняття

Заняття 3. Дихальні техніки та заземлення

Вправи:

- ✓ "Квадратне дихання".
- ✓ "Заземлення через 5 органів чуття" (метод 5-4-3-2-1).

Очікувані результати: засвоєння простих технік самозаспокоєння у станах тривоги чи паніки.

Заняття 4. Робота з тілом

Вправи:

- ✓ Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном.
- ✓ "Моє тіло – моя фортеця": образна вправа для усвідомлення тілесних меж.

Очікувані результати: зменшення фізичного напруження; підвищення тілесної обізнаності та відчуття безпеки.

Заняття 5. Малювання емоцій та самодопомога

- Вправи:
 - o "Моє внутрішнє небо": малюнок своїх емоцій.
 - o "Моя скринька спокою": створення списку технік, які допомагають заспокоїтися.
- Очікувані результати:

- о Розвиток емоційної грамотності.
- о Формування індивідуального набору методів самодопомоги.

Модуль 3. Робота з травматичними спогадами

Тривалість: 3 заняття

Заняття 6. Вступ до безпечного згадування

Вправи:

- ✓ "Моя історія життя" (малювання лінії часу).
- ✓ Пояснення поняття "травматична пам'ять" та її вплив.

Очікувані результати: початок усвідомленої роботи з травматичними подіями в безпечному темпі.

Заняття 7. Ресурсне згадування

Вправи:

- ✓ "Спогад про силу": опис події, де підліток подолав труднощі.
- ✓ "Ресурсний персонаж" (візуалізація або малюнок).

Очікувані результати: активізація внутрішніх ресурсів; підвищення самооцінки та відчуття контролю.

Заняття 8. Безпечне перепроживання травматичних подій

Вправи:

- ✓ "Письмове опрацювання травми": написання історії з елементами когнітивної переоцінки.
- ✓ Післяопрацювання: обговорення з фокусом на нові значення та зміни.

Очікувані результати: зменшення інтенсивності травматичних спогадів; покращення емоційного реагування на згадки про подію.

Модуль 4. Когнітивна реструктуризація

Тривалість: 2 заняття

Заняття 9. Виявлення негативних переконань

Вправи:

- ✓ "Думки – емоції – поведінка": вивчення когнітивної триади.
- ✓ "Мій внутрішній критик": виявлення негативних автоматичних думок.

Очікувані результати: усвідомлення шкідливих установок, які виникли після травми.

Заняття 10. Заміна думок і робота з переконаннями

Вправи:

- ✓ "Докази за і проти": раціональне опрацювання думки.
- ✓ "Альтернативна думка": заміна негативної установки на більш адаптивну.

Очікувані результати: зниження рівня самозвинувачення, сорому, страху.; формування реалістичнішого та підтримуючого погляду на себе і світ.

Модуль 5. Соціальна підтримка та залучення батьків

Тривалість: 2 заняття

Заняття 11. Роль підтримки та соціальні навички

Вправи:

- ✓ "Мій коло підтримки": малювання соціального кола довіри.
- ✓ Рольові ігри на тему прохання про допомогу.

Очікувані результати: розвиток комунікативних навичок; формування відчуття, що звернення по допомогу є нормальним і безпечним.

Заняття 12. Залучення дорослих/батьків (індивідуальна сесія або спільна зустріч)

Вправи:

- ✓ Психоедукація для дорослих про ПТСР.
- ✓ "Міст розуміння": спільне завдання на покращення діалогу.

Очікувані результати: зміцнення зв'язку підліток – батьки/опікуни; підвищення рівня підтримки в сім'ї.

Модуль 6. Завершення та інтеграція змін

Тривалість: 1 заняття

Заняття 13. Підсумки та прощання

Вправи:

- ✓ "Я – до і після": візуальне/словесне підбиття підсумків особистого зростання.

- ✓ "Лист у майбутнє собі".
- ✓ Ритуал завершення (свічка, браслет, символічний об'єкт).

Очікувані результати: інтеграція отриманого досвіду; усвідомлення власного прогресу; позитивне завершення групової взаємодії.

Також було створено брошуру, яка представлена у додатку В

2.4. Рекомендації розвитку протидій з наслідками травматичних подій

Розвиток ефективних стратегій протидії наслідкам психотравмувальних подій у підлітків потребує системного підходу, що поєднує індивідуальні, міжособистісні та соціальні ресурси. З огляду на результати проведеного емпіричного дослідження, яке засвідчило високі рівні посттравматичних симптомів та тривожності у респондентів, доцільним є формування комплексу науково обґрунтованих рекомендацій щодо психопрофілактики та інтервенції у роботі з підлітками, що зазнали впливу травматичних подій.

1. Психоедукація як засіб формування психологічної грамотності

Психоедукація є базовим компонентом сучасних програм допомоги дітям та підліткам із посттравматичними розладами. Вона сприяє формуванню уявлення про природу психотравмувальних реакцій, нормалізації симптомів та зменшенню відчуття ізоляваності й сорому [2; 8]. Рекомендується інтегрувати психоосвітні елементи в шкільні програми або проводити окремі тренінгові заняття, в межах яких підлітки можуть дізнатись про типові реакції на стрес, механізми ПТСР, способи регуляції емоцій та доступні ресурси допомоги. Згідно з даними досліджень, інформованість про природу травматичних симптомів значно знижує рівень тривожності, сприяє формуванню відчуття контролю над ситуацією та покращує дотримання рекомендацій психотерапевтів [6; 24].

2. Формування навичок емоційної регуляції

Порушення емоційної регуляції є характерною рисою ПТСР у підлітковому віці [2; 19]. У зв'язку з цим, доцільно впроваджувати техніки,

спрямовані на розвиток усвідомленості, розпізнавання емоцій та їх конструктивне вираження. Ефективними виявилися вправи на дихання, м'язову релаксацію, ведення щоденників емоцій, а також когнітивна реструктуризація автоматичних негативних думок [8; 18].

Дослідження показують, що регулярне застосування таких технік знижує рівень гіперактивації, зменшує симптоми уникання та покращує загальний психоемоційний стан підлітків [6; 21].

3. Підтримка соціального середовища: роль батьків та школи

Формування безпечного соціального оточення має ключове значення для успішної протидії наслідкам психотравмувального досвіду. Залучення батьків до процесу корекції — один із центральних принципів травма-фокусованої КПТ (TF-CBT), який сприяє зменшенню симптомів у підлітків та покращує сімейну комунікацію [2; 24]. Рекомендується проводити інформаційні зустрічі з батьками, спрямовані на підвищення їхньої компетентності щодо ознак ПТСР, форм підтримки, уникнення ретравматизації та формування емпатійного стилю взаємодії. Водночас освітнє середовище повинно забезпечувати психологічну безпеку, толерантне ставлення до переживань дитини, можливість звернення до шкільного психолога чи соціального педагога [7; 10].

4. Розвиток копінг-стратегій та особистісних ресурсів

Ефективне подолання наслідків травми можливе за умови наявності адаптивних копінг-стратегій, які допомагають підліткові зберігати психічну рівновагу у складних ситуаціях. Дослідження підтверджують, що підлітки з розвиненим усвідомленням власних сильних сторін, мотивацією до саморозвитку та навичками проблемного вирішення ситуацій демонструють нижчі рівні симптомів ПТСР [6; 15].

В рамках психокорекційної роботи доцільно формувати позитивний образ «Я», працювати з самооцінкою, визначати життєві цілі, стимулювати залучення до волонтерської діяльності, соціальних ініціатив, творчості або

спорту — як джерел відновлення контролю та зміцнення резильєнтності [11; 25].

5. Створення стійких систем підтримки у спільноті

Загальносистемний рівень передбачає формування доступної інфраструктури психосоціальної допомоги підліткам. В умовах воєнного часу особливої актуальності набуває розвиток шкільних програм підтримки психічного здоров'я, мобільних груп психологів, онлайн-платформ для консультування та інформаційної підтримки [12; 26]. Практика багатьох країн, які зіткнулися з воєнними конфліктами (Ізраїль, Боснія, Сирія), показує, що системна взаємодія шкільних установ, соціальних служб та охорони здоров'я є запорукою довгострокового зниження ризику хроніфікації психотравматичних симптомів [4; 23].

Висновки до розділу 2

У межах наукової роботи було проведено комплексне психодіагностичне дослідження старших підлітків ($n=36$) з метою виявлення рівня психоемоційної дезадаптації, обумовленої пережитим травматичним досвідом у контексті воєнного конфлікту. Діагностичний блок включав методику LEC-5 для оцінки життєвого досвіду, пов'язаного з травматичними подіями, шкалу тривожності Бека (BAI) для виявлення рівня ситуативної та хронічної тривожності, а також шкалу впливу травматичної події IES-R для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Аналіз результатів LEC-5 показав, що всі опитані підлітки стикалися з одним або кількома типами травматичних подій, що включали безпосередню участь у військових діях, перебування в зоні активних бойових дій, спостереження за насильством, руйнуванням будівель, пораненням чи загибеллю близьких, а також вимушену евакуацію або тривале перебування в укриттях. Частина респондентів повідомили про досвід втрати батьків, тимчасове розлучення з сім'єю, вимушене переселення та перебування у

стресогенному середовищі. Таке накопичення травматичного досвіду підтверджує високий рівень кумулятивної травматизації, що істотно знижує психологічну стійкість і сприяє формуванню тривалих негативних наслідків для психіки підлітка.

Результати шкали Бека (BAI) виявили, що лише 8,33% підлітків мають низький рівень тривожності, що свідчить про відносно збережену емоційну регуляцію. Більшість респондентів (55,56%) демонструють високий рівень тривожності, що характеризується наявністю соматичних проявів (наприклад, серцебиття, тремору, пітливості), постійним почуттям напруження, страхом перед майбутнім, труднощами у прийнятті рішень. Помірний рівень тривоги було виявлено у 36,11% учасників, що також вказує на емоційне перевантаження та потребу в корекційних заходах. Високий рівень тривожності у підлітків ускладнює навчальну діяльність, міжособистісну взаємодію, порушує сон і сприяє формуванню вторинних психосоматичних розладів.

Шкала IES-R дозволила встановити глибину посттравматичних змін, а також домінуючі симптоми ПТСР. Близько 58,33% респондентів мали загальні показники вище за клінічний поріг, що вказує на наявність значущих посттравматичних симптомів. Понад 60% учасників виявили високі рівні інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки), уникнення (бажання уникати тем, пов'язаних із війною, або соціальної взаємодії) та гіперзбудження (підвищена тривожність, роздратування, порушення сну, підвищена пильність). Особливо слід звернути увагу на те, що 38,88% респондентів мають виражене гіперзбудження, що може бути чинником розвитку депресивних симптомів, агресивної поведінки або соціальної ізоляції.

Інтерпретація отриманих даних свідчить про наявність чітко виражених особливостей переживання травматичного стресу підлітками. Поєднання високого рівня тривожності та ПТСР-симптомів відображає не лише реакцію на окремі стресові події, а й загальне виснаження адаптаційних механізмів. Крім того, значна частина підлітків проявляє ригідність емоційного

реагування, зниження рівня довіри, підвищену потребу в безпеці та захисті. Це підтверджує актуальність вивчення як індивідуально-психологічних ресурсів (резилієнтність, самооцінка, копінг-стратегії), так і зовнішніх чинників підтримки (сім'я, школа, громада).

На основі отриманих результатів дослідження було розроблено, теоретично обґрунтовано та структуровано психокорекційну програму, спрямовану на подолання наслідків травматичного стресу в підлітків. Програма базується на принципах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), зокрема її травма-фокусованого варіанту (TF-SBT), що продемонстрував високу ефективність у роботі з підлітками, які пережили психотравмуючі події.

Корекційна програма охоплює п'ять взаємопов'язаних модулів, кожен із яких має конкретні цілі, вправи та очікувані результати. Серед ключових завдань програми — підвищення рівня психоосвіченості щодо природи травми, розвиток навичок емоційної регуляції, робота з травматичними спогадами в безпечному середовищі, формування адаптивного мислення та мобілізація особистісних ресурсів. Структурованість, поетапність та врахування вікових і соціокультурних особливостей українських підлітків є важливими перевагами запропонованої моделі психокорекційної допомоги.

Очікуваними результатами впровадження програми є зниження інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу (флешбеків, уникання, гіперактивації), зменшення рівня тривожності, покращення навичок емоційного саморегулювання та формування почуття безпеки. Також передбачається посилення суб'єктивного відчуття контролю над власним життям, підвищення самооцінки та розвиток особистісної стійкості.

Окрему увагу приділено рекомендаціям щодо подальшого розвитку системи протидії травматичному впливу серед підлітків. Підкреслено значущість мультикомпонентного підходу, який включає психоедукацію, підтримку родинного і шкільного середовища, розвиток індивідуальних копінг-ресурсів та створення стійкої інфраструктури психосоціальної допомоги.

Таким чином, розроблена психокорекційна програма може бути використана як основа для надання цілеспрямованої психологічної допомоги підліткам, що пережили психотравмуючі події, а також як елемент більш широких профілактичних і реабілітаційних заходів у контексті військової та гуманітарної кризи в Україні.

ВИСНОВКИ

Проведене дипломне дослідження було спрямоване на комплексне вивчення феномену переживання травматичного стресу підлітками, виявлення його особливостей, закономірностей прояву та визначення ефективних психокорекційних підходів до подолання його наслідків. У роботі було проаналізовано науково-теоретичні джерела, здійснено емпіричне обстеження вибірки підлітків, які зазнали психотравмуючих подій, а також розроблено й теоретично обґрунтовано корекційну програму, базовану на принципах когнітивно-поведінкової терапії.

Поглиблений аналіз сучасних психологічних підходів до проблеми травматичного стресу в підлітковому віці дозволив визначити, що саме цей період розвитку характеризується високою чутливістю до впливу зовнішніх травматичних чинників. На тлі інтенсивних фізіологічних, емоційних, соціальних та когнітивних змін підлітки виявляють значну психологічну вразливість, що посилюється нестачею зрілих механізмів емоційної саморегуляції, ще не сформованою ідентичністю, недостатнім досвідом подолання життєвих труднощів. Саме тому психотравма, яка виникає в підлітковому віці, має довготривалі наслідки і здатна негативно впливати на формування особистості, міжособистісні стосунки, навчальну мотивацію, соціальну поведінку та життєві орієнтації.

Теоретичний огляд джерел дозволив систематизувати основні форми прояву травматичного стресу у підлітків. До типових реакцій належать: інвазивні спогади, нав'язливі образи, нічні кошмари, емоційна оціпенілість, соматичні скарги, підвищена збудливість, уникнення місць або людей, пов'язаних із травмою. Виявлено, що травма значною мірою змінює когнітивну сферу підлітка — він починає сприймати себе як незахищеного, світ як небезпечний, а майбутнє як непередбачуване та загрозливе. Це створює передумови для формування негативних переконань, тривалих депресивних або тривожних станів, а також поведінкових порушень.

Емпіричне дослідження, проведене серед 36 підлітків віком 15–17 років, дало змогу поглибити уявлення про реальний стан переживання травматичного досвіду в умовах сучасних соціальних викликів. За допомогою валідних психодіагностичних методик (Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5), шкала тривоги Бека, шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) та Міжнародний опитувальник травм (ITQ)) було виявлено, що значна частина учасників має клінічно виражені симптоми ПТСР. Зокрема, спостерігались підвищені показники тривожності, емоційного напруження, інвазивних спогадів, а також порушення когнітивного функціонування. Гендерний аналіз продемонстрував, що дівчата, як правило, демонструють вищу емоційну чутливість і схильність до внутрішнього переживання, тоді як хлопці частіше реалізують травматичний досвід через поведінкові реакції, такі як уникнення або агресивність.

Виходячи з аналізу теоретичних джерел та результатів емпіричного дослідження, було розроблено психокорекційну програму, спрямовану на подолання симптомів травматичного стресу в підлітків. Програма базується на доказовому підході — когнітивно-поведінковій терапії (КПТ), зокрема її травма-фокусованій моделі (TF-CBT), адаптованій до вікових та культурних особливостей українського контексту. Вона включає 6 основних модулів, кожен із яких має чітко сформульовану мету, послідовність занять, вправи та очікувані результати. Особливістю запропонованої програми є її гнучкість, орієнтація на особистісні ресурси підлітка, поєднання психоедукації, емоційної регуляції, когнітивної реструктуризації та опрацювання травматичних спогадів у безпечному середовищі. Для підвищення ефективності було також створено брошуру для самостійного використання, що сприяє закріпленню знань і формуванню навичок самодопомоги.

Описана програма може бути застосована як у форматі групової, так і індивідуальної роботи, з можливістю залучення батьків або опікунів, що посилює соціальну підтримку дитини й формує сприятливе емоційне середовище в родині. Очікувані результати включають зниження рівня

симптоматики ПТСР, покращення здатності до саморегуляції, зростання усвідомленості у ставленні до власних емоцій, зміцнення самооцінки та формування довготривалих адаптивних механізмів подолання травматичних подій.

Окрім цього, у роботі сформульовано науково обґрунтовані рекомендації щодо розвитку системи протидії наслідкам травматичного стресу на рівні освіти, сім'ї та соціального середовища. Підкреслюється необхідність інтеграції психоедукації в шкільну програму, підготовки спеціалістів до роботи з травмованими підлітками, розвитку мережі психологічної підтримки в громадах. Наявність таких систем дає змогу не лише своєчасно ідентифікувати випадки психотравматизації, а й надавати якісну допомогу, спрямовану на відновлення психічного здоров'я і соціального функціонування підлітків.

Таким чином, дипломне дослідження продемонструвало актуальність і значущість проблеми переживання травматичного стресу в підлітковому віці, підтвердило ефективність когнітивно-поведінкових методів у роботі з цією категорією осіб та запропонувало конкретні психокорекційні рішення, які можуть бути адаптовані та впроваджені в освітню, клінічну та кризову практику в Україні. Отримані результати можуть стати основою для подальших досліджень, розробок і програм з психічного здоров'я молоді в умовах суспільної нестабільності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Bianjiang Z., Jianchun Z., Xiaoyu S., Jian Y. Mind–body intervention for post-traumatic stress disorder in adolescents: a systematic review and network meta-analysis: BMC psychiatry, 2025. 25(1), 178 с.
2. Cohen J. A., Mannarino A. P. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children and families: Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 2015 24(3), 557 с.
3. de Arellano M. A. R., Lyman D. R., Jobe-Shields L., George P., Dougherty R. H., Daniels A. S., Delphin-Rittmon M. E. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence: Psychiatric services, 2014. 65(5), 591-602 с.
4. Doey, Tamison. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents: Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry 19.1. 2010. 54 с.
5. James T. R., Soler A., James G., Creswell C. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у дітей та підлітків. 2018. 1226 с.
6. Jensen Tine K., et al. Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study: European journal of psychotraumatology 13.2. 2022. 2114630.
7. Weathers F.W., Blake D.D., Schnurr P.P., Kaloupek D.G., Marx B.P., Keane T.M. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Переклад та адаптація: Хаустова О.О., Трачук Л. Є., Безшейко В. Г. 2013.
8. Анопрієнко О. В. Стиль батьківської поведінки як чинник виникнення і подолання хронічного стресу в підлітковому віці: Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.07 Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ. 2017. 334 с.
9. Барна О. М., Аліфер О. О. Тривожні розлади як новий виклик сучасному суспільству: Ліки України: вип. 1. 2022. 17-22 с.

10. Басенко О. Особливості переживання підлітками стресових подій воєнних конфліктів: дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053: Національний університет «Києво-могилянська академія. Київ. 2023. 83 с.
11. Батлер Джилліан Подолати соціальну тривогу. Львів: Видавництво УКУ. Переклад з англійської Діани Бусько 2014. 96 с.
12. Бондарук Ю. Особливості групової психологічної роботи з дітьми, які отримали травматичний досвід. *Psychological Prospects Journal* вип. 36 2020. 49-66 с.
13. Бударова Л. В. Підліткові стреси під час війни: допомога і підтримка: Безпека життя і діяльності людини: теорія та практика : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітнім дням цивільної оборони та охорони праці. Полтава. 2024. 5 с.
14. Бурда Г. Когнітивно-поведінкова терапія при генералізованому тривожному розладі: *Psychosomatic Medicine and General Practice*: Національний медичний університет імені Богомольця. Київ. 2017. 12 с.
15. Вовченко О.А. Посттравматичні стресові розлади у дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного часу: Наукова та інноваційна діяльність сучасного світу. Київ. 2023. 338–343 с.
16. Воронцова, Е. В. Організація психологічної підтримки учнів для профілактики ПТСР: Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: тези доповідей науково-практичної конференції: Інститут психології імені ГС Костюка НАПН України. Київ-Біла Церква: 30 вересня 2023. 268 с.
17. Гальченко А. В. Проблемні питання діагностики, розвитку та терапії посттравматичного стресового розладу: ВДНЗ України: Українська медична стоматологічна академія. Полтава. 2018. 6 с.
18. Даник Ю. Г., Зборовська О. В. Інструментальне виявлення і діагностика стрес-асоційованих та посттравматичних стресових розладів: *Одеський медичний журнал* (1). Одеса. 2019. 61-65 с.

19. Джаббарова, Л. В. Сучасна когнітивно-поведінкова терапія: Соціально-гуманітарний вісник: зб. наук. пр.–вип. 34. Харків. 2020, 64.
20. Дметерко, Н. В. Проективні методи дослідження особистості: Донбаський державний педагогічний університет. Слов'янськ. 2021. 33 с.
21. Журавель Т., Іванюк І., Лехолетова М., Лютий В., Лях Т., Пашко Н., Соловійова В., Сорокіна О., Спіріна Т., Суліцький В., Удовенко Ю., Чепенко О., Чуйко О., Швед О., & Янковець В. Профілактика деструктивної поведінки підлітків: Видавництво ФО-П Буря О.Д. Київ. 2022. 144 с
22. Зливков В. Л., Світлана О. Л. Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги. Київ-Ніжин 2022. 95 с.
23. Зливков В. Л., Світлана О. Л., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ. 2016. 219 с.
24. Ігумнова О. Б., Михайлов А. Р. Когнітивно-поведінкова терапія як метод корекції самоушкоджень підлітків: Хмельницький національний університет: Науковий журнал «Психологічні травелогі» вип. 1. Хмельницк. 2021. 99-114 с.
25. Коваль, І. А. (2015). Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загальномедичній практиці. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський. 2015. 210-219 с.
26. Ковальчук О., Мацієвська М. Резильєнтність як фактор посттравматичного зростання підлітків: Вісник гуманітарного наукового товариства: наукові праці. вип 25. Дніпро. 2024. 353 с.
27. Копіївська О. Еволюція поняття «травматичний досвід»: культурологічний аспект. Вісник Національної академії керівних кадрів культури і мистецтв. Київ. 2024. 3-13 с.
28. Корольчук В. М. Посттравматичний стресовий розлад, як наслідок дизадаптивного прояву стресогенного впливу: Вісник Національного університету оборони України 4. Київ. 2011. 152-155 с.

29. Кузнєцова Л. М. Психологічний супровід зі зниження фрустрації у підлітків з акцентуаціями характеру: Проблеми сучасної педагогічної освіти. Педагогіка і психологія 37: Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ. 2012. 212-217 с.
30. Лазос Г. П. Психологічна корекція негативних переживань підлітків у стосунках з батьками: Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.07: Інститут психології імені ГС Костюка. Київ. 2013. 22 с.
31. Левчук С. С., Данілович Н. В. Методичні рекомендації для практичних психологів та соціальних педагогів: Відділ освіти Сквирської райдержадміністрації Районний методичний кабінет. Київ. 2018. 84 с.
32. Максимук М. А. Дитяча травма як чинник агресивності в дорослому віці: Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія: Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк. 2024. 67 с.
33. Марціновська І. П. Корекція посттравматичного стресового розладу у дітей із зони військового конфлікту, які мають психофізичні порушення: Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук: Кам'янець-Подільський національний університет імені І. Огієнка. Кам'янець-Подільський. 2020. 311 с.
34. Марціновська І. П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії: Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна. Хмельницький. 2017. 223-227 с.
35. Мотрук Т. О., Гордієнко О. Механізми розвитку ПТСР. Актуальні питання сучасної психології. Суми. 2014. 288-291 с.
36. Мітакі К. В. Психологічні особливості підлітків, які пережили травматичні події: Кваліфікаційна робота здобувача освітнього ступеня магістр спеціальності 053 Психологія. Ізмаїл. 2024. 93 с.

37. Николенко А. Патофізіологічні механізми посттравматичного розладу. Actual priorities of modern science, education and practice. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця. Київ. 2022. 460-461 с.
38. Орленко І. М., Романчикова. А. А. Використання арттерапії в корекції страхів підлітків в умовах воєнного стану в Україні: Ментальне здоров'я 3. Одеса. 2024. 49-55 с.
39. Перетятко Л. Г., Возниця Л. І. Особливості стресостійкості підлітків в умовах воєнного стану. Полтавський національний педагогічний університет імені ВГ Короленка. Редакційна колегія. Полтава. 2024. 199-202 с.
40. Савченко Л. Л., Г. Отич О., Савченко. Д. Р. Психологічна підтримка дітям, які пережили травматичні події. Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції 14-15 вересня 2023р. Міжнародний гуманітарний університет Одеса. 2023. 259-262 с.
41. Сакунова А. В. Посттравматичний стресовий розлад у підлітків: особливості прояву та корекція: Рекомендовано Вченою радою ФСП КПІ ім. Ігоря Сікорського: протокол № 5 від 28.11. 2024 р. Київ. 2024. 126-129 с.
42. Селюкова Н. Ю. Нейроанатомія посттравматичного стресового розладу: Національний фармацевтичний університет. Харків. 2023. 3 с.
43. Слободенюк О. В. Психоедукація як метод психологічної профілактики психічного здоров'я підлітків в умовах воєнного стану: кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія. Ізмаїл. 2024. 80 с.
44. Смашина О. Є. Когнітивно-поведінкова терапія інсомнії при посттравматичних стресових розладах. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» Архів психіатрії 4. 2014. 91-94 с.

45. Соколовський К. О. Тренувальні заняття з футболу як засіб зниження постратматичного синдрому у дітей та підлітків. Редакційна колегія 2023. 599-602 с.
46. Сузанська А. О., Головська І. Г. Психологічні особливості допомоги дітям та підліткам в травмі пов'язаній з війною: Збірник наукових праць Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції 17 травня 2024 р. Одеса. 2024. 5-8 с.
47. Сімановський В. Г. Розвиток стресостійкості і формування копінг-поведінки у старших підлітків. кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія: Криворізький державний педагогічний університет. Кривий ріг. 2024. 57 с.
48. Троценко С. В., Варіна Г. Б. Впровадження арттерапевтичних технологій в прозес психологічного супроводу підлітків зі статусом ВПО: Редакційна колегія: Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького. Запоріжжя. 2024. 380-384 с.
49. Тушина О. Є. Проблеми первинної психопрофілактики ПТСР та формування стресостійкості у дітей та підлітків. Мелітополь. 4 с.
50. Халепа К. Ф. Особливості психологічної допомоги дітям, які зазнали психологічної травми. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер.: Психологічні науки 114. Чернігов. 2013. 195-198 с.
51. Чуніхіна С. Л. et al. Третинна профілактика суїцидів у закладі освіти: соціально-психологічні технології кризової взаємодії педагогічної спільноти, сім'ї, громади: методичні рекомендації: Національна академія педагогічних наук України. Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький. 2022. 90 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

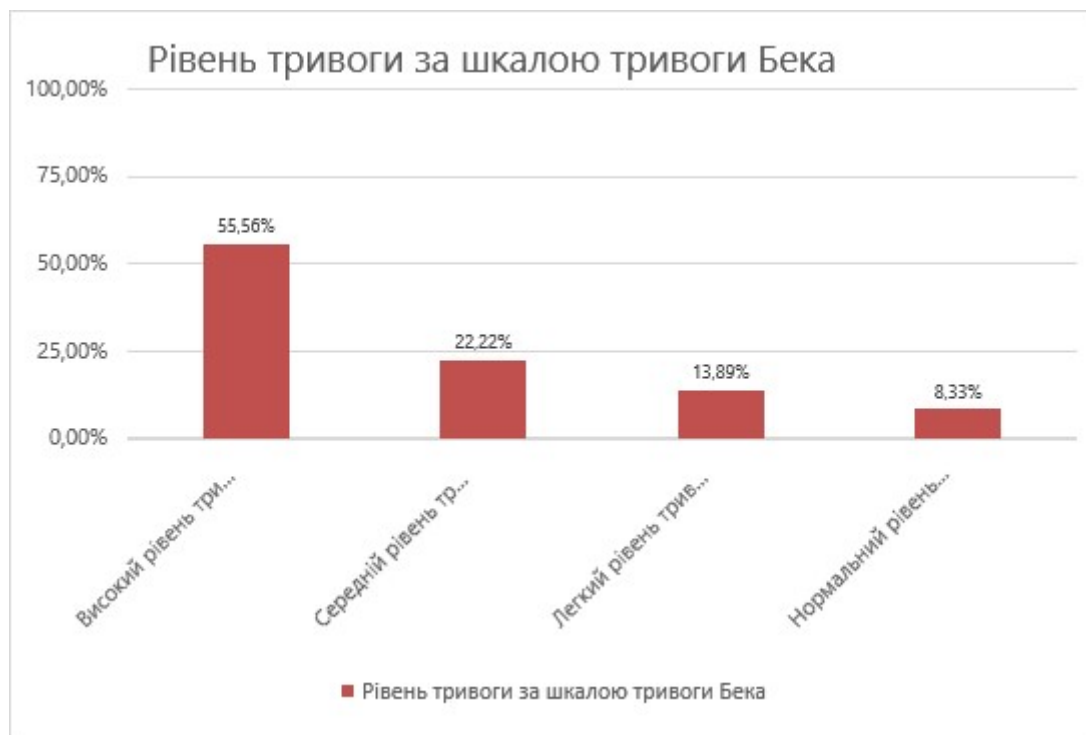


Рис. 2.1 Показники тривожності за методикою А. Бека



Рис. 2.2 Розподіл вираженості впливу травматичної події

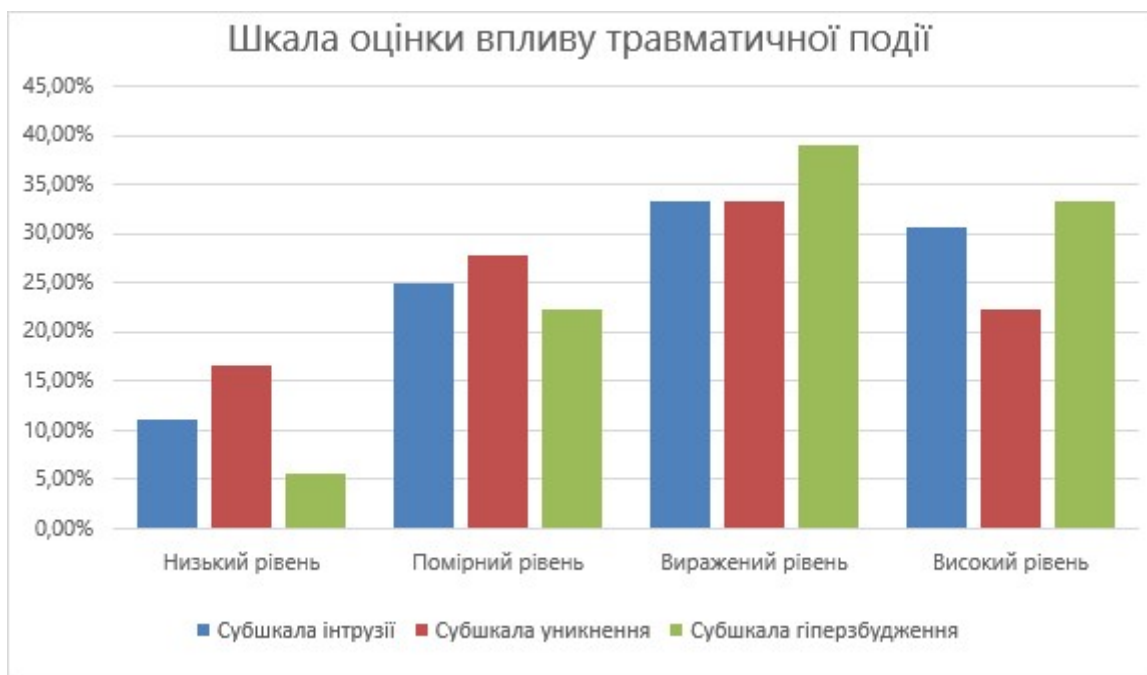


Рис. 2.3 Рівень переживань травматичної події у підлітків

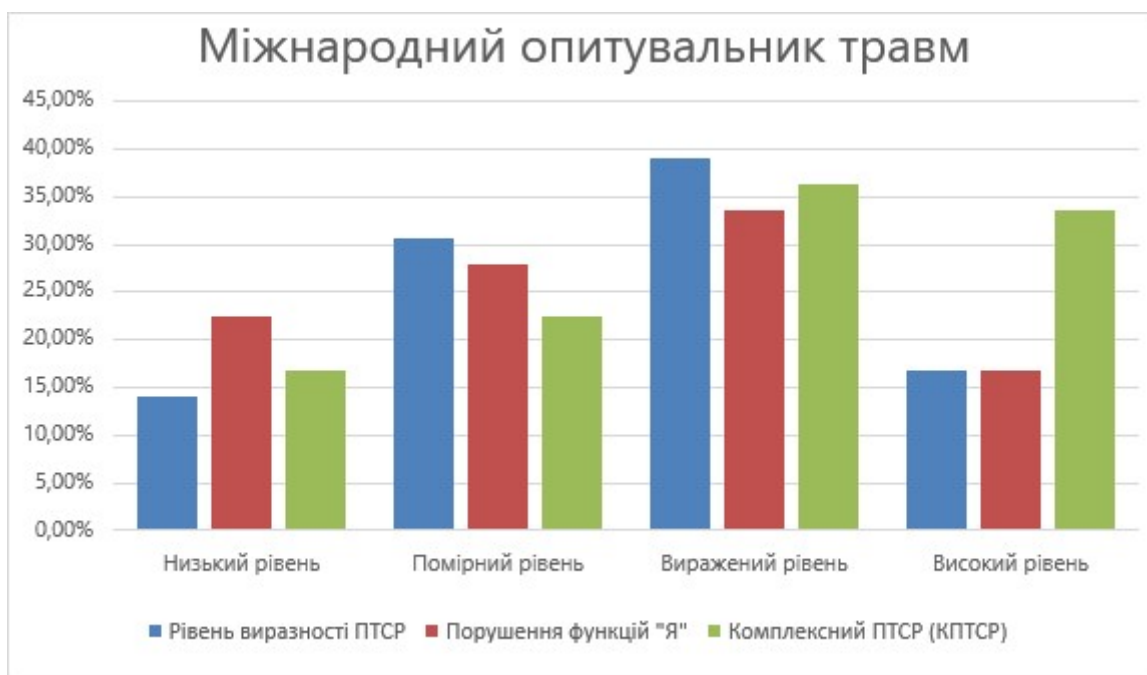


Рис.2.4 Розподіл респодентів за рівнем переживання травматичного досвіду

Додаток Б

Психологічна па'мятка для підлітків: як допомогти собі в емоційно складний період

ЯК ПОДБАТИ ПРО СЕБЕ, ЯКЩО ТОБІ БУЛО СТРАШНО?

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПІДЛІТКІВ,
ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ
ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ

ЩО ЗІ МНОЮ ВІДБУВАЄТЬСЯ?

ІНОДІ ЖИТТЯ КИДАЄ НАМ ВИКЛИКИ, ДО ЯКИХ МИ НЕ БУЛИ ГОТОВІ: ВІЙНА, ВТРАТА БЛИЗЬКИХ, РОЗЛУКА, НЕБЕЗПЕКА. ПІСЛЯ ЦЬОГО МИ МОЖЕМО ПОЧУВАТИСЯ ДИВНО АБО НАВІТЬ ЛЯКАТИСЯ САМИХ СЕБЕ.

ЦЕ НОРМАЛЬНО, ЯКЩО:

- ТИ ЧАСТО ЗГАДУЄШ ПОДІЮ, НІБИ ВОНА ЗНОВУ ВІДБУВАЄТЬСЯ
- ТОБІ СТРАШНО БЕЗ ПРИЧИНИ
- ТИ УНИКАЄШ ЛЮДЕЙ, МІСЦЬ, ДУМОК
- НЕ МОЖЕШ СПАТИ АБО ЗОСЕРЕДИТИСЯ
- ЗДАЄТЬСЯ, ЩО ТЕБЕ НІХТО НЕ РОЗУМІЄ

ЩО МЕНІ ДОПОМОЖЕ?

1. НАЗВИЙ СВОЇ ЕМОЦІЇ НЕ ХОВАЙ ПОЧУТТЯ ГЛИБОКО В СОБІ. КОЛИ МИ НАЗИВАЄМО ЕМОЦІЮ — МИ КРАЩЕ ЇЇ РОЗУМІЄМО. ЗАРАЗ Я ЗЛЮСЬ, "МЕНІ СТРАШНО", "Я СУМУЮ" — ЦЕ НОРМАЛЬНО.

СПРОБУЙ:

- ЩОДЕННИК ЕМОЦІЙ
- КОЛЬОРОВІ ЕМОЦІЙНІ КОЛА
- ГОВОРИТИ З ДРУГОМ АБО ДОРОСЛИМ

2. ПОВЕРНИСЬ У «ТУТ І ЗАРАЗ»

★ ВПРАВА 5-4-3-2-1

- НАЗВИ 5 РЕЧЕЙ, ЯКІ БАЧИШ
- 4 ЗВУКИ, ЯКІ ЧУЄШ
- 3 ОБ'ЄКТИ, ЯКИХ МОЖЕШ ТОРКНУТИСЯ
- 2 ВІДЧУТТЯ ТІЛА
- 1 ДУМКУ АБО ФРАЗУ, ЯКА ДАЄ ТОБІ СИЛИ (НАПРИКЛАД, «Я В БЕЗПЕЦІ!»)

КВАДРАТНЕ ДИХАННЯ:

КВАДРАТНЕ ДИХАННЯ — ЦЕ ПРОСТИЙ МЕТОД ДЛЯ ЗАСПОКОЄННЯ. ПОЧИНАЙ З ГЛИБОКОГО ВДИХУ НА 4 СЕКУНДИ, ПОТІМ ТРИМАЙ ПОДИХ 4 СЕКУНДИ, ПОТІМ ПОВІЛЬНО ВИДИХАЙ 4 СЕКУНДИ, І ЗНОВУ ТРИМАЄШ ПОДИХ НА 4 СЕКУНДИ. ЦЕ МАЙЖЕ ЯК ВАЛЬС

ПОВТОРЮЙ ЦЕЙ ПРОЦЕС КІЛЬКА РАЗІВ, ФОКУСУЮЧИСЬ НА РИТМІЧНОМУ ДИХАННІ. ЦЕ ДОПОМАГАЄ ЗАСПОКОЇТИ НЕРВИ І ЗНИЗИТИ ТРИВОГУ.

ТЕХНІКА 4-7-8

ЦЕ ДИХАЛЬНА ВПРАВА, ЯКА ДОПОМАГАЄ ЗАСПОКОЇТИ НЕРВОВУ СИСТЕМУ ТА ЗМЕНШИТИ РІВЕНЬ ТРИВОГИ. ОСНОВНА ІДЕЯ ПОЛЯГАЄ В ТОМУ, ЩОБ КОНТРОЛЬОВАНО ДИХАТИ ЗА ПЕВНИМ РИТМОМ. ОСЬ ЯК ВОНА ПРАЦЮЄ:

ВДИХАННЯ (4 СЕКУНДИ): ПОЧИНІТЬ, ЗРОБИВШИ ГЛИБОКИЙ ВДИХ ЧЕРЕЗ НІС НА ЧОТИРИ РАХУНКИ. ПІД ЧАС ВДИХУ НАМАГАЙСЯ НАПОВНИТИ ЛЕГЕНІ ПОВІТРЯМ, ВІДЧУВАЮЧИ, ЯК ВОНО СПОКІЙНО РОЗШИРЮЄТЬСЯ

УТРИМАННЯ ПОДИХУ (7 СЕКУНД): ПОТІМ УТРИМУЙТ ПОДИХ НА СЕМИ РАХУНКАХ. ПРОСТО ТРИМАЙ ПОВІТРЯ У ЛЕГЕНЯХ БЕЗ НАПРУЖЕННЯ ЧИ НАПРУЖЕНИХ М'ЯЗІВ.

ВИДИХАННЯ (8 СЕКУНД): ПОВІЛЬНО ТА РІВНОМІРНО ВИДИХАЙ ПОВІТРЯ ЧЕРЕЗ РОТ ПРОТЯГОМ ВОСЬМИ РАХУНКІВ. СПРОБУЙ ВИПУСТИТИ ВСЮ НАПРУГУ ТА СТРЕС РАЗОМ З ВИДИХОМ.

5. «ЯКІР СПОКОЮ»

ЗНАЙДИ ПРЕДМЕТ, ЯКИЙ НАГАДУЄ ПРО ЩОСЬ ДОБРЕ: ХУСТИНКА З ЗАПАХОМ, БРАСЛЕТ, ФОТОГРАФІЯ, КАМІНЧИК. ТРИМАЙ ЙОГО ПРИ СОБІ.

ЩО РОБИТИ, КОЛИ «НАКРИВАЄ»

- СЯДЬ. ВІДЧУЙ НОГИ НА ПІДЛОЗІ
- ПОДИВИСЬ НАВКОЛО. НАЗВИ КОЛЬОРИ
- ДИХАЙ. ПОВІЛЬНО
- ВІЗЬМИ РУЧКУ Й НАПИШИ/НАМАЛЮЙ, ЩО ВІДЧУВАЄШ

ЯК ПРАЦЮВАТИ З ВАЖКИМИ ДУМКАМИ:

НАШІ ДУМКИ НЕ ЗАВЖДИ ПРАВДИВІ. КОЛИ З'ЯВЛЯЄТЬСЯ ТРИВОЖНА АБО ЗВИНУВАЧУВАЛЬНА ДУМКА: ЗАПИТАЙ СЕБЕ:

- «ЦЕ ФАКТ ЧИ ПРИПУЩЕННЯ?»
- «ЯК БИ Я ПІДТРИМАВ/ЛА ДРУГА, ЯКИЙ ПЕРЕЖИВ ТЕ САМЕ?»
- «ЩО Б СКАЗАВ(ЛА) МЕНІ ХТОСЬ, ХТО МЕНЕ ЛЮБИТЬ?»

ЩО МОЖНА РОБИТИ ЩОДНЯ

- 🚶‍♀️ РУХАЙСЯ — ПРОГУЛЯНКА, РОЗТЯЖКА, НАВІТЬ 5 ХВИЛИН ВАЖЛИВІ
- 🍌 ЇЖ РЕГУЛЯРНО — ОРГАНІЗМУ ПОТРІБНА ЕНЕРГІЯ
- ✍️ ПИШИ АБО МАЛЮЙ — ВИПУСТИ ЕМОЦІЇ НА ПАПІР
- 🗣️ ГОВОРИ — НЕ ТРИМАЙ УСЕ В СОБІ
- 😴 СПИ, КОЛИ МОЖЕШ — СОН ЛІКУЄ

КОЛИ ЗВЕРТАТИСЯ ПО ДОПОМОГУ

ЯКЩО:

- ТОБІ ПОСТІЙНО СТРАШНО АБО СУМНО
- У ТЕБЕ ФЛЕШБЕКИ АБО КОШМАРИ
- ТИ НЕ МОЖЕШ ЗОСЕРЕДИТИСЯ
- МАЄШ ДУМКИ, ЩО НЕ ХОЧЕШ ЖИТИ

ЗВЕРНИСЬ ДО:

- ПСИХОЛОГА АБО ШКІЛЬНОГО ПСИХОЛОГА
- ДОРОСЛОГО, ЯКОМУ ДОВІРЯЄШ
- ГАРЯЧОЇ ЛІНІЇ ПІДТРИМКИ (0 800 300 265)

 **ТВОЇ РЕСУРСИ**
З РЕЧІ, ЯКІ ДОПОМАГАЮТЬ
МЕНІ ПОЧУВАТИСЬ КРАЩЕ: 

1: _____
2: _____
3: _____

 **2 ЛЮДИНИ, ДО ЯКИХ Я**
МОЖУ ЗВЕРНУТИСЬ:

1: _____
2: _____

ФРАЗА, ЯКА ДАЄ
МЕНІ СИЛИ: 

