

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет психолого-педагогічний
Кафедра практичної психології

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри

_____ Мірошник З.М.
_____ 2023 р.

Реєстраційний № _____

«_____» _____ 2023 р.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ, ТРАВМОВАНИХ ВІЙНОЮ

Кваліфікаційна робота
студентки групи ЗПП-19
ступеня вищої освіти бакалавр
спеціальності 053 Психологія
Самсоної Валерії Сергіївни

Науковий керівник:
канд.психол.наук, старший викладач
кафедри практичної психології
Михайленко О. Ю.

Оцінка:

Національна шкала _____

Шкала ECTS ___ Кількість балів _____

Голова ЕК _____

Члени ЕК _____

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, Самсонова Валерія Сергіївна, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно і 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.

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| Вступ..... | 4 |
| РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНИХ ПІДХОДІВ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ, ТРАВМОВАНИХ ВІЙНОЮ..... | 6 |
| 1.1. Особливості психологічного стану дітей, травмованих війною..... | 6 |
| 1.2. Психологічні особливості реакцій дітей на травматичну подію | 13 |
| Висновки до розділу 1..... | 21 |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПЕРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ, ТРАВМОВАНИХ ВІЙНОЮ. | 22 |
| 2.1 Опис та характеристика вибірки дослідження, обґрунтування методик емпіричного дослідження | 22 |
| 2.2 Аналіз та інтерпретація отриманих даних..... | 26 |
| 2.3 Аналіз програм та рекомендацій щодо, психологічного супроводу дітей, травмованих війною..... | 29 |
| Висновки до розділу 2..... | 33 |
| ВИСНОВКИ..... | 34 |
| Список використаної літератури..... | 36 |

Вступ

Актуальність. Ранок 24 лютого 2022 р. розділив життя кожного українця на «до» і «після». Прокинувшись під звуки вибухів, виттям ворожих ракет, підло увірвалася війна, зруйнувавши звичайне життя та звичний порядок речей. З початком відкритого наступу рф на Україну, питання психічного здоров'я українців значно зросло. Війна – це стрес не тільки для дорослих, які все розуміють, а й для дітей. Війна торкнулась кожного українця, вона ввійшла у кожен дім та дихає в потилицю. Наші діти зарано подорослішали, в свої молоді роки вони розрізняють звук коли летить ракета, а коли летить дрон. Відрізняють звук коли був «прильот», а коли спрацювало ППО. Вони вкрали у наших батьків старість, а у дітей дитинство. Повернення із зони бойових дій або переміщення з району, де велись бойові дії, це завжди перехід від однієї реальності до зовсім іншої реальності кожен з них живе за своїми законами, багато з них вимагають серйозних переглядів та адаптації. Такий перехід від війни до миру ні для кого не є легкою справою. Він потребує чималих ресурсів, як зовнішніх, суспільних, так і внутрішніх, особистісних. Війна вже вплинула на психіку українських дітей. На сьогодні майже мільйон українських дітей позбавлені дитинства. У свої незначні роки вони отримали тяжкий досвід війни та її нещадних проявів: обстрілів, поранень, смертей, розрухи, страх смерті, переживання за своїх близьких, тривожність. Звісно, це все не мине безслідно і проявиться в дорослому житті. Багато дітей бачили жахіття війни на власні очі, такого не витримає доросла психіка, що вже казати за дитячу. У мільйонів дітей війна вкрала святкування днів народження, час з родиною та зустрічі з друзями та інших радощів. Українські діти були не лише свідками жорстоких бомбардувань, ракетних обстрілів, масових пожеж, вибухів, руйнувань, ай вбивств і насильства.

Об'єкт дослідження: діти, травмовані війною.

Предмет дослідження: психологічні особливості емоційного стану молодших школярів під час військових подій.

Мета: теоретичне обґрунтування психологічних особливостей впливу військового конфлікту на особистість дітей. Експериментальне вивчення впливу війни на психічний стан молодших школярів.

Згідно до поставленої мети було сформовані такі завдання:

1. Теоретично обґрунтувати психологічні особливості впливу війни на дітей.
2. Проаналізувати прояви емоційних реакцій дітей на військовий конфлікт.
3. Реалізувати теоретичний аналіз проблеми щодо супроводу дітей, травмованих війною.
4. Експериментально дослідити емоційний вплив війни на дітей молодшого шкільного віку.
5. Проаналізувати програми психологічного супроводу дітей, травмованих війною.

Експериментальна база дослідження :

Дослідження було проведено на Google Platform за посиланням https://docs.google.com/forms/d/1eim9PrT_vX2I07EBwUYm224pDj_PYmJzAhvhgsvSbsY/edit . Дослідженням було охоплено 30 дітей, з них 14 хлопчиків та 16 дівчат віком 8-12 років.

Структура роботи: Вступ, 2 розділи, висновки до кожного розділу, загальний висновок, список літератури. У роботі є 1 малюнок, 1 таблиця, 3 діаграми. У даній роботі використано 34 джерела.

РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНИХ ПІДХОДІВ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ, ТРАВМОВАНИХ ВІЙНОЮ

1.1 Особливості психологічного стану дітей, травмованих війною

Під час воєнного стану діти переживають два різні види травматичних подій – несподівані травматичні події та довгострокові несприятливі події, які призводять до розвитку стратегій подолання. Як наслідок, діти частіше за своїх однолітків відчують тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, дисоціативні розлади (добровільна соціальна ізоляція, деперсоналізація, дереалізація, небажання говорити) та інші проблеми війни. Розлади поведінки (особливо агресивна, антисоціальна та злочинна поведінка, схильність до насильства) і підвищена схильність до майбутнього вживання алкоголю та наркотиків. Психічні розлади насправді є «нормальною реакцією на ненормальні події» [6]. Хоча діти вижили фізично, більшість із них отримали психологічну травму.

З одного боку, психологічний розвиток дітей відбувається інтенсивно, менш стабільно, ніж у дорослих, а з іншого боку, незрілість психофізіологічних процесів у дітей не дозволяє стійко прогнозувати наслідки пережитих психотравмуючих подій [17]. Досвід хронічної травми викликає у дитини постійне відчуття загрози, переводячи її мозок у стан постійного очікування небезпеки. У разі травми розвитку джерелами небезпеки є ті, до кого дитина природно прив'язана, які повинні задовольняти її емоційні та фізичні потреби та бути джерелом безпеки [26].

Психолог Г. Сельє зазначає, що: *«Психологічна травма* – це переживання, в центрі якого знаходиться певний емоційний стан. Центральне місце емоцій в структурі психотравм, обумовлене як важливим місцем емоцій в організації й інтеграції психічних процесів, так і їх роллю у взаємозв'язку психічних і соматичних систем особистості.» [23].

Психологічна травма є результатом перебування людини в певній ситуації і може бути визначена як психологічна травма.

У психологічному словнику за ред. Н.А. Побірченко психічна травма терміном зазначена так: *«Травма психічна* – травма, що виникла в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації і здатна через недостатність механізмів психологічного захисту та за наявності певних рис особистості призвести до розвитку психічного захворювання» [12].

Наслідки травми проявляються у всіх сферах життя дитини [13].

На емоційному рівні: загострення страхів, тривожний стан, агресивність, сльозливість, схильність до насильства, погоне вираження емоцій.

На когнітивному рівні: погіршуються процеси пам'яті, уваги, мислення, збіднюється мова, підвищується вербальна активність.

На поведінковому рівні: порушення сну, нічні кошмари, втрата апетиту, регресивні форми поведінки, гіперактивність, пасивність, замкненість, посилене прагнення до контакту з дорослими або повна відмова від контакту, заперечення, втрата охайності, з'являється смоктання пальців(характерно для дітей молодшого віку).

На соматичному прояві: підвищена стомлюваність, млявість, загострення хронічного захворювання, біль у шлунку, головний біль, захворювання Дихання, захворювання серця, нудота, блювання, захворювання верхніх дихальних шляхів [13].

Окремо ці ознаки можуть бути тимчасовим відхиленням від норми, але разом вони можуть свідчити про погіршення психічного здоров'я [13].

Травма подвійна: спочатку вона виявляє руйнівну силу, позбавляє дитину можливості жити й радіти життю, а потім трансформує людину. Скільки людина травмована, стільки ресурсів доступно для протидії цим травмам [32]. З психологічної точки зору травма – це порушення психічної функціональної цілісності, викликане ситуацією, суб'єктивно інтерпретованою як непереборну і незвичайну через дефіцит захисних механізмів, що згодом призводить до глибоких емоційних переживань. У цьому контексті важливим критерієм травматичного виникнення є не сама травматична подія, а її суб'єктивна інтерпретація [18].

Функція нашого організму контролювати цю відповідь є мимовільною в примітивних відділах мозку і нервової системи, інстинкт відповідає, і наша свідомість не може його контролювати. Частина людського мозку та нервової системи, відповідальні за мимовільні та інстинктивні реакції, практично не відрізняються від відповідних частин мозку ссавців або навіть рептилій. Наш мозок, який часто називають триєдиним мозком, складається з трьох важливих систем – інстинктивний, лімбічний (керуючий емоціями) та неокортексний (керуючий раціональним мисленням) [18].

Психічні прояви загального адаптивного синдрому, тобто різні емоційні переживання завжди супроводжуються стресом і призводять до небажаних порушень в організмі людини, отримують називають «емоційним стресом». Це поняття часто використовується нарівні з поняттям «психологічний стрес», хоча при його виникненні, соціальні фактори відіграють більш важливу роль, тобто оцінка людиною того, наскільки небезпечна ситуація та її власна реакція. Що стосується поняття «психологічна травма», як зазначалося за сучасною концепцією стрес, який згодом стає

психологічною травмою при впливі стресора трансгресія в своїй психічній сфері подібна до трансгресії в соматичний процес (див. таблицю 1) [22].

Як зазначено у психологічному словнику В.В.Синявського, що: «Стрес – стан напруженості – сукупність захисних фізіологічних реакцій, що настають в організмі тварин і людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів (стресорів) – холоду, голодування, психічних і фізичних травм, опромінення, крововтрати, інфекції тощо. Залежно від виду стресора і характеру його впливу, виділяють різні види стресу, у найбільш загальній класифікації – стрес фізіологічний і стрес психологічний» [29].

Огляд розладів, спричинених травмою

Таблиця 1

| <i>Огляд розладів спричинених травмою</i> | | | |
|---|--------------|--|--|
| <i>Tun I</i> | | <i>Tun II</i> | |
| Монотравма | Мультитравма | Секвенційна травма | Травма розвитку |
| Психоедукація конфронтація з травмою | | Стабілізація підсилення ресурсів | |
| Гостра стресова реакція Розлади адаптації | ПТСР | Фобії, депресія соматоформні розлади, залежності як коморбідні розлади | Дисоціативні розлади Комплексний ПТСР |

Важливим є те, що не сама подія є травмою, а психічні, соціальні, фізичні та поведінкові наслідки визначають травму всередині постраждалої особи. Важливо, що травма – це не сама подія, а психічні, соціальні, фізичні та поведінкові наслідки, які визначають травму постраждалого. У західній науці потенційно травматична подія описується як досвід критичного розриву між загрозливою ситуацією фактори та індивідуальні адаптивні можливості, поєднані з почуттям безпорадність і безсилля, що розхитують сприйняття себе і світу [25]. Всі емоційні переживання проектується не тільки на почуття, а також емоції та пов'язані з ними думки й образи, але й у вигляді гормональних виділень, біоелектричних змін, а

також тілесних реакцій. Всі наші душевні розлади, особливо посттравматичний розлад, намагаючись контролювати себе почуття, що гнітять і пригнічують їх, нездійснені бажання і недосягнуті цілі відкладаються у вигляді хронічних м'язових напруг та спазмів, що блокують вільний перебіг обмінних процесів в організмі. Тому слід здійснювати ретельний фізичний моніторинг за симптомами та психологічним і емоційним станом дітей, щоб оцінити залежно від ступеня їхньої травми.

Зробивши висновки з теоретичного аналізу можна охарактеризувати на чотири особливості.

1. Травматичні та візуально нав'язливі спогади про травматичні події неодноразово спливають під час нічних жахів.
2. Повторювана поведінка розіграти трагічний епізод у грі, відтворивши важливі деталі гри чи особливості поведінки.
3. Специфічний страх, пов'язаний з травмою, уникненням подразників або ситуацій, пов'язаних з подією або нагадують про травматичний досвід.
4. Зміна ставлення до людей, до різних аспектів життя і до майбутнього.

Н.В. Тарабрина виділяє два типи психотравмуючих подій: «Короткострокову і постійну. Тип 1 – короткочасна та неочікувана травматична подія. Тип 2 – постійний вплив повторюваних травматичних подій. Безперервна травматизація травматичними стресами або тривалих травматичних подій [10].

Критерії класифікації дітей які постраждали від травматичних подій.

1. За ступенем впливу травмуючого фактору:

- а) діти, які були безпосередніми очевидцями тяжких військових дій (обстрілів, бомбардувань);
- б) діти, які втратили члена сім'ї, близьких друзів або члена сім'ї після великих заворушень;

в) діти, які відчувають серйозну зовнішню загрозу втрати безпечного середовища або життя (загроза вибуху або вибуху, перебувати в безпосередній близькості від зони інтенсивного конфлікту), але не є свідками явних військових конфліктів;

г) діти вразливі до нестабільності або безпеки через деструктивну поведінку в їхньому найближчому оточенні, відсутність інформації про те, що відбувається, потребу вийти за межі звичного середовища тощо.

2. За особливістю поведінкових, емоційних та когнітивних проявів у посттравматичний період:

а) діти, які відмовляються від будь-яких контактів з фахівцями та іншими дорослими чи однолітками, проявляють незвичні поведінкові та емоційні реакції;

б) діти, які мають складнощі у встановленні контакту з фахівцями, не можуть пояснити те, з яких причин їхнє життя втратило звичний плін, є емоційно пригніченими або розгальмованими;

в) діти, які охоче ідуть на контакт з фахівцями, можуть розповісти про те, що сталося, емоційно відреагувати ситуацію у прямій чи символічній формі [20].

Виходячи з наведеної вище класифікації, ми заявляємо, що ті діти, які серед даних категорій знаходяться на перших позиціях є травмованими та вимагають більшої уваги фахівця. Зазначено, що травматична подія охоплює кілька сфер психіки: сфери пізнання, афекту (інтенсивність і адекватність емоційних реакцій), задоволення потреб і контролю імпульсів, і впливають як на особисту, так і на соціальну дезінтеграцію.

Як показано в таблиці, існує ряд ознак, які свідчать про те, що дитина переживає гострі для неї травматичні події обставин, загалом, слід зазначити, що всі вони не є нормальними для дитини, яка потребує уваги спеціаліста та може вказувати на його тяжкість відповідь на стрес [14].

Переживання хронічної травми в дитинстві, що викликає багато нейробиологічних розладів і негативно впливає на психосоціальний розвиток дитини, робить дитину більш сприйнятливою до вторинного розвитку деяких психіатричних розладів у дітей, підлітків і дорослих, особливо розладів поведінки, емоційних розладів. (депресія, суїцидальні нахили), тривожні розлади, зловживання психостимуляторами, розлади особистості, харчової поведінки тощо. Очевидно, що травматичні події в військовий час сильно змінює емоційні події та послаблює адаптаційні події психологічна можливість. Наша психіка організована так, щоби проробляти травмивні події. Процес пов'язаний з регуляція емоцій, характеризується як сукупність психічних процесів, які посилити, послабити або зберегти ту саму інтенсивність. З ними пов'язане сучасне розуміння змісту поняття «психотравма», яка систематично представлена як залишкове явище емоційних переживань, викликаних зовнішніми подразниками, що викликають психічний дискомфорт і мають патогенний вплив на особистість [28].

Типові етапи пережиття психотравми за А. Венгером: [31].

- Шоковий етап- перша реакція на важку психологічну травму – шоковий стан. Діти особливо чутливі до шока, оскільки вони емоційно незрілі.
- Етап стабілізації – у дітей, які пережили травматичну подію, можуть розвинутися симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), якщо протягом попереднього періоду психологічна підтримка була відсутня або неефективна.
- Етап відновлення ;
- Етап особистісної та соціальної інтеграції.

Соціогуманістична теорія поширює саме ці напрями психотрамами сучасності:

- Індивідуальна;
- Колективна;
- Культурна.

Н. Пов'якель виділяє саме ці види психотравми:

- *хронічні* – спровоковані відносно слабкими, але довготривалими, часто повторювальними подразниками (емоційна депривація, ізоляція);
- *гострі* – які мають зв'язок з одноразовими, стрімко діючими сильними подразниками (переляк, стихійні події, конфлікти)[5].

Довгострокові наслідки насильства щодо дітей, таким чином, збільшують «ризик розвитку багатьох і часто довгострокових форм фізичної, психологічної та соціальної непристосованості».

1.2 Психологічні особливості реакцій дітей на травматичну подію

Стикаючись із травматичною подією, людина відчуває почуття страху, яке викликає інстинктивну реакцію боротьби або втечі. Ця відповідь є способом захисту організму, оскільки воно виділяє гормони, які підвищують пильність, збільшують артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень і дихання.

У дитини, яка пережила травматичний емоційний стрес, інакше спрацьовує пам'ять – механізм травми пам'яті, необхідний для виживання індивіда.

Гостра стресова реакція – короткий проміжок небажаних спогадів, які спливають на поверхню протягом місяця після того, як дитина пережила травматичну подію або була залучена до неї [24].

У своєму матеріалі Ж.Ч. Цуциєва висвітлила проблему після травматичні стресові розлади у дітей, які стали жертвами терористичних актів. Вона підкреслює, що терористичні акти, пов'язані з захопленням і вбивством людей, є яскравим вираженням надзвичайної ситуації психологічної травматизації дітей. Авторка з'ясувала, що у дітей, які пережили терористичні акти, спостерігається багато зміни в емоційній, мотиваційній та когнітивній сферах у ранньому посттравматичному періоді

(6 місяців після травматичного досвіду). Зафіксовані нею зміни в дитячій психіці свідчать про наявність або відсутність ПТСР [21].

Наступні симптоми (в межах діапазону ПТСР) є найбільш поширеними у постраждалих дітей у перші 2-3 місяці.

Симптоми повторного переживання (90,7%) – часті нав'язливі думки, стереотипні сновидіння та емоційно забарвлені спогади про травматичну подію. Їхній зміст стосується не лише травматичної події, але й ситуацій, пов'язаних з розлукою з сім'єю (наприклад, лікування, операція, похоронні церемонії);

Симптоми уникнення (79,5%) - намагання уникати ситуацій, які нагадують про травматичну подію, розмов про неї, втрата інтересу до раніше цікавого спілкування та діяльності, в окремих випадках – часткова амнезія;

Симптоми нервового збудження (77,3%) – гіперактивність, емоційна нестабільність, дратівливість, погана концентрація уваги [21].

Реакція дитини на травматичну подію залежить від обставини, віку дитини, їх психологічний стан. Особливості та навички подолання кризової ситуації, як вони з ними взаємодіють батьків, опікунів та інші дорослі [24].

Прояви травмуючої події:

ДОШКІЛЬНИЙ ВІК: страх, проблеми зі сном, безпричинний плач, відображення подій у іграх\малюнках, відмова від їжі, можуть повернутися до поведінки, що притаманна більш ранньому віку.

ДІТИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ: безсоння, байдужість, страх, невпевненість у собі, головний біль, замкнутість, проблеми з пам'яттю.

ПІДЛІТКОВИЙ ВІК: агресія, бунт, головний біль, недовіра до людей(навіть до рідних), апатія, проблеми з самооцінкою, депресія, тривога [4].

Водночас Ж.Ч. Цуциєва зазначає, що цей симптом є вторинним досвід (також відомий як «симптом агресії») спостерігається не тільки у

дітей, які брали безпосередню участь терористичних актів, а й серед дітей, які стали свідками цієї травматичної події.

Травматичні події можуть призводити до різних змін у функціонуванні нервової системи. За сприятливих обставин, з часом, всі ці симптоми зникають, і людина повертається до нормального життя і повертається до своєї колишньої продуктивності. Крім того, останні дослідження показали, що люди, які пережили травму і подолали її наслідки, характеризуються посттравматичним зростанням. Вони не тільки повністю зцілюються, але й стають сильнішими, мудрішими і доброзичливішими, і часто досягають більших успіхів у житті. Протилежний досвід не повністю інтегрується в мозок дитини – відповідно, психобіологічна система дитячого мозку починає дезорганізовуватися, роз'єднуватися, те ж саме починається в дитячому мозку і психіці. Окремі «частини» співіснують. Частина досвіду: яка уникає стосунків, і частина, яка шукає їх, частина, яка відчуває гнів, і частина, яка відчуває страх, частина, яка пам'ятає образливий досвід, і частина, яка нічого не пам'ятає [26]. У результаті спогади про травматичні події не можуть бути належним чином організовані та інтегровані. Частина пам'яті таким чином можуть бути «відокремлені» — ніби приховані за лаштунками, і тоді виникає те, що ми називаємо амнезією, коли інші частини пам'яті знаходяться поза контролем: їх можна згадувати, захоплюючи досвід дитини знову і знову. Коли внутрішній світ дитини наповнений такими болісними спогадами, тими фрагментарними травматичними спогадами, це схоже на життя в замку, підземелля переслідує привиди, і привид переслідує свого власника [26]. Психічне здоров'я, психосоціальна та миротворча підтримка вкрай необхідні для підтримки постраждалих від війни дітей. Щоб відповідально задовольнити масштаби потреб, важливо мати широке бачення системної підтримки дітей, які постраждали від війни [11]. Вплив на війну, життя в зонах конфлікту, втеча та вимушена міграція можуть створити або

збільшити ризики широких наслідків прямих і непрямих ризиків для фізичного та психічного здоров'я, особливо для дітей та осіб, які піклуються про них, і забезпечує можливості розвитку дітей та основних ресурси. Вплив на здоров'я дітей є наслідком фактичного захворювання проти них самих та їхніх сімей, а також через неадекватне медичне обслуговування, недоїдання, інфекційні захворювання та захворювання, заподіяні їхнім сім'ям [1].

У дітей часто розвиваються травматичні стресові реакції, такі реакції найкраще розуміються в контексті соціально-емоційного та когнітивного розвитку, потім діти по – різному реагують на стрес від насилля залежно від рівня свого розвитку. Крім того, насильство війни та тероризму часто погіршується до багаторівневого каскаду негативних життєвих освітніх подій, включаючи втрату навколишніх, переміщення, різкі зміни в повсюдній рутині та суспільних цінностях. Цінні числа втрат, викликів та стресів впливають на дитячий мозок, розум і тіло в організованій реакції всього організму[19]. Втеча та вимушена міграція є додатковими факторами ризику для психічного здоров'я дітей, особливо для неповнолітніх без супроводу, розлучених зі своїми батьками. Велике значення в плануванні заходів психологічного супроводу має вік дитини, етап її психофізіологічного розвитку, характер пережитих травматичних подій, особливості взаємодії в батьківській родині, особливості психологічного комфорту в нових умовах життєдіяльності.

На думку С.О. Липинської, при роботі з дитячою травмою та профілактиці ПТСР важливо звертатися до всіх рівнів сприйняття: раціональної свідомості, образного мислення, емоцій та тіла [9].

На раціональному рівні слід враховувати наступне:

- Пояснюйте те, що відбувається, відповідно до віку дитини; чим молодша дитина, тим легше їй говорити і тим менша кількість слів необхідна.

- Якщо ви не пояснюєте дитині і не розмовляєте з нею, вона буде фантазувати або розповідати щось інше.
- Говоріть тільки правду в усьому;
- Позитивна риторика, а не фантазії про те, що все буде добре;
- Не обіцяйте, якщо немає гарантій;
- Говорити про майбутнє і давати надію, оскільки діти не вміють планувати і не мають розвиненого часового мислення;
- Пояснювати вголос все, що робить дорослий, і прислухатися до почуттів і думок дитини та слухати дитину.

В емоційному плані потрібно пам'ятати про наступне:

- Діти часто відчувають добре, але їм важко назвати свої почуття; батьки повинні вміти висловлювати свої почуття, щоб допомогти дитині;
- визнавати свої почуття та використовувати позитивну риторіку: «Мені теж страшно, але я подумаю, як ми можемо вийти з цієї ситуації, і внесу свої пропозиції».
- Відзначайте зміни настрою в бік зниження та підвищення стресу.

На фізичному рівні важливо враховувати наступне:

- Узгоджувати вербальну та невербальну мову;
- Поговоріть про правила фізичної безпеки;
- Важлива дрібна моторика: обійми, погладжування, гойдання, масаж;
- Емоційні та фізичні контейнери.

Що стосується дитячої уяви (фантазій, спогадів, мрій), важливо навчити їх говорити про всі свої почуття, мрії, думки, тривожні та фантазії.

- Якщо ваша дитина бачить щось страшне, запитайте її, що вона відчуває, і скажіть, що ви завжди готові вислухати і заспокоїти її;
- Допоможіть дитині символізувати свої почуття через гру та творчість (за допомогою малюнків, скульптур, іграшок, тіла та рухів);
- Якщо вони перестають грати або ігри не розвиваються, може виникнути травматичний стрес [6].

Враховання всіх рівнів сприйняття допомагають знизити рівень стресу, активізувати внутрішні ресурси дитини, відновити довіру до себе, укріпити життєстійкість та інше.

Психічний розвиток дітей є інтенсивним, тому, з одного боку, менш стійкий, ніж у дорослих, а з іншого боку, незрілість психофізіологічних процесів у дітей не дозволяє робити стабільні прогнози щодо наслідків. Водночас психіка дітей і підлітків має великі регенераційні здібності, шанси на відновлення та саморегуляцію. Ризик виникнення ПТСР у дітей надзвичайно великий. «Посттравматичний стресовий розлад спостерігається у всіх без винятку дітей, що стали свідками вбивства батьків, більш як 90% дітей, що перенесли сексуальне насильство в дитячому віці страждають від посттравматичних психічних розладів», – зазначає український травмотерапевт Є. Тичковський [29].

Психологічна допомога здійснюється з урахуванням вікового, фізичного і психічного розвитку дитини, стану фізичного і психічного здоров'я, тяжкості психотравми і сили переживання досвіду.

Важливо пам'ятати, що реакція на пережиту травму може виявитись не відразу, а через декілька днів, або тижнів. Діти можуть бути наляканими не тільки травматичним досвідом, а ще й сильними емоціями які вони відчують, ситуацією, де емоції контролюють їх стан. Страх того, що подія повториться, що постраждають вони, або ті кого вони люблять. Під час таких дій дитина потребує максимального догляду, уваги, підтримки. Необхідно враховувати, що у дітей сприймання, мислення, пам'ять тощо відрізняється від дорослих.

Люди під час травматичної події відчують психологічні проблеми, що показує ряд етапів. По–перше, виникає сильний емоційний шок, що характеризується психічною напругою з почуттям безнадії та страху, що супроводжується загостренням сприйняття. Гострий емоційний шок є першою реакцією на травматичну подію. Розвивається після стану

заціпеніння тривалістю 3-5 годин, характеризується загальною психічною напругою, підвищеною мобілізацією психофізіологічних резервів, загостренням сприйняття і швидкості психічних процесів, проявами безрозсудної сміливості. [11].

Коли відбувається травматична подія, організм дитини «готується» до сильної реакції, вмикаючись «сигнали тривоги». (див. рисунок 1.)



Рис.1 Реакція дитини на травматичну подію

Етап тривоги: виделення гормонів, необхідних для швидкої та сильної реакції на ситуацію – адреналіну, норадреналіну, кортизону. Також виділяються анальгетики, які притупляють, а часом і зовсім відключають сенсibilізацію організму - така реакція зменшує напруження, захищаючи від больових потрясінь.

Етап збудження: активується ділянка мозку, що відповідає за емоції та нервову систему. Протягом певного часу (від 3 до 8 годин) людина без шкоди для власного здоров'я (без їжі, без сну та води) витримує таке навантаження, яке вона не витримала б у нормальному робочому стані.

Етап розрядки: особливо характеризуються неконтрольованими поштовхами тіла (вони можуть тривати кілька годин), щоб звільнити організм від стресу.

Етап втоми: у цей період включається системи соціального й емоційного контролю[27].

Деякі люди відносно швидко виходять із кризової ситуації, і часто це відбувається завдяки ефективним психологічним механізмам, які вмикаються під час загострення несприятливих ситуацій.

Ю.В Рябінін трактує *Алгоритм розгортання ефективних механізмів психіки у кризових обставинах* так: « *I. Фаза – зіткнення з кризовою ситуацією* (людина стикається з кризовою для неї ситуацією; людина тимчасово дезорієнтована, у неї розвивається кризовий стан.

II. Фаза актуалізації переживань (активуються переживання, що супроводжують кризовий стан – агресія, тривога, страх, тощо).

III. Фаза опанування кризовою обставиною (символізація переживання – вербальна чи образна; вона нікого не звинувачує, а свідомість працює у бік розширення горизонтів бачення, способів адаптації до ситуації та пошуку перспектив розвитку).

IV. Фаза інтегрування досвіду (людина усвідомлює кризову ситуацію як таку, що сприяє її розвитку)» [27].

Такий алгоритм виходу з кризових ситуацій зустрічається рідко. Інші процеси, що відбуваються в людей, які не можуть подолати кризові ситуації і, тому перебуває в стані хронічної кризи. Найбільш типовим є потрапили в пастку першої чи другої стадії кризової ситуації.

Для деяких дітей ця подія може зупинити їхній особистісний розвиток. У таких ситуаціях важливо:

1. Дати дитині зрозуміти, що ви серйозно ставитеся до її досвіду і що ви знаєте дитину, яка пережила подібне;
2. Створіть безпечну атмосферу;
3. Подивіться разом з дитиною «хороші» фотографії – це може допомогти їй згадати приємні образи з минулого і послабити неприємні спогади;
4. Переведіть розмову про подію з детальних описів на емоції;
5. Допоможіть дитині побудувати життєву перспективу;
6. Пам'ятайте, що абсолютно нормально почуватися безпорадним, наляканим і злим;
7. Підвищуйте самооцінку дитини;
8. Заохочуйте її гратися з піском, водою і глиною.

Висновки до розділу 1

Отже, у процесі теоретичного аналізу наукових досліджень дітей які були травмовані війною було зроблено такі висновки:

Дітям набагато складніше зрозуміти та прийняти багато фактів у житті, тому що у них ще мало знань і умінь. У деяких випадках дитині важко зрозуміти, що відбувається і чому, більше того, вона не може оцінити наслідки або скласти план виходу з кризи. Травма – це пошкодження психічного здоров'я людини є результатом сильної дії несприятливих факторів зовнішнього середовища або внаслідок впливу на психіку особистості високоемоційно – напружених дій.

Психологічна травма дитини призводить до помітних змін у його нормальному функціонуванні, що виражається розлад мислення, розлад мови, неадекватна поведінка, втрата просторове орієнтування, підвищена тривожність та ін. Психіка, так само, як і внутрішнє середовище організму, прагне до підтримки стабільного стану, і все, що порушує цю стабільність, витісняється за термінологією. У той же час, спостерігаючи за дітьми, можна виявити дітей, які гостро усвідомлюють той факт, що вони переживають стресові ситуації. Наслідки стресу можуть бути помітними в емоційних, поведінкових проявах дітей чи представлені на тілесному рівні. Існує ряд ознак, які свідчать про те, що дитина переживає гострі для неї травматичні події обставин, загалом, слід зазначити, що всі вони не є нормальними для дитини вираз, який потребує уваги спеціаліста та може вказувати на його тяжкість відповідь на стрес. Травматичні події можуть призводити до різних змін у функціонуванні нервової системи. Компенсаторні механізми психіки дитини достатньо гнучкі, і у значній кількості випадків наслідки стресових обставин долаються нею природнім чином. Таким чином, травматичний досвід, пережитий у дитинстві, впливає на розвиток дітей.

Розділ 2. ЕМПЕРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ, ТРАВМОВАНИХ ВІЙНОЮ

2.1 . Опис та характеристика вибірки дослідження, обґрунтування методик емпіричного дослідження

На жаль, дане дослідження на сьогоднішній день дуже актуальне, оскільки травматичні події під час воєнного часу інтенсивно прогресують та змінюють емоційні реакції психіки та послаблюють адаптаційні можливості дітей до подальшого життя. Багато дітей мають психологічні травми які несуть в собі симптоматичний характер. Вплив війни на психічне здоров'я є соціальною реальністю. З'ясовуючи природу змін психологічного здоров'я у дітей, фахівцям треба спробувати приборкати психологічні розлади, що виникають у дітей під час війни, та запобігти їхньому подальшому розвитку.

До війни про причини та наслідки психологічних травм у дітей здебільшого обговорювали стосовно дітей та підлітків, які перебували в інтернатних закладах, інтернатних закладах. Ризик психологічної травми вбачався в тому, що у дорослому віці психологічних травм у дорослому віці, що перешкоджатиме соціалізації, адаптації та комунікації. Дійсно, дитяча травма є початком депресивних розладів, які можуть призвести відторгнення загально визнаних і моральних цінностей, що має руйнівний характер для дитини.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Більше ніж 1400 дітей, за офіційними даними, постраждали в Україні внаслідок повномасштабної збройної агресії російської федерації, з яких 464 – дітей загинуло та 936 - поранено. На жаль, ці дані не є остаточними, оскільки ведуться роботи по їх встановленню в місцях бойових дій, тимчасово окупованих і звільнених територіях. [2].

За офіційною статистикою від ЮНІСЕФ про необхідність психологічної допомоги більшості дітей свідчать результати опитування, яке було проведено дослідницькою компанією Gradus Research зробив висновки, що: «Найбільш розповсюдженою ознакою “емоційних гойдалок” є швидке та безпричинне коливання настрою від гарного до поганого. Він спостерігається у 45% дітей. На другому місці – підвищений рівень тривожності – у 41% дітей.

Війна вплинула й на фізіологічні потреби дітей, за словами батьків: 29% дітей мають порушення сну; 10% страждають від нічних кошмарів, 20% дітей – поганий апетит. Також травмівні події війни мають свої наслідки для сприйняття світу та комунікації: 20% дітей часто згадують та обговорюють пережиті та побачені події; 7% дітей відіграють побачене і пережите у формі гри, у 13% дітей зменшилося або взагалі припинилося бажання спілкуватися з іншими людьми»[7].

Також дослідження Gradus Research показало, що: «Після початку війни: 16% дітей страждають на порушення пам'яті, уваги та здатності навчатися; 13% проявляють спалахи агресії; 6% переживають панічні атаки, а в 3% дітей проявляється саморуйнівна поведінка, тобто в них з'явилися шкідливі звички, вони цілеспрямовано завдають собі ушкоджень» [34].

У статті М. Тозера, Г. Хаваджа та Р. Швейцера було зазначено, що: «Вплив травми може бути непомітним, розвиватися безсимптомно або ставати руйнівним. Кілька метааналізів показують високу частку психічних розладів і психопатологій у постраждалого від війни та конфліктів населення. Один із них, що включив 8 досліджень щодо дітей та підлітків-біженців, зазначив поширеність ПТСР на рівні 22,7%, депресії – 13,8% і тривожних розладів – 15,8%. Хоча багато дітей та підлітків страждають від руйнівних, комплексних і широкомасштабних наслідків війни, інші демонструють надзвичайну стійкість до наслідків війни та вимушеної міграції» [30].

Методи дослідження

Під час емпіричного дослідження проводилося вивчення дітей більшість з них перебували на окупованих територіях, або були свідками бойових дій, деякі діти втратили батька. Емпіричну базу дослідження складала діти, під наглядом батьків, опитування проводилось на платформі посилання: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfL1SjLSK0HDNzXahwH0aTdefo pN7Ec4CcLVn2_Uj5r-csDKQ/viewform

Вибірка становила 30 дітей. Вік респондентів – молодший шкільний(8-12 років). Цей вік має особисту специфіку так як у зв'язку з інтенсивним розвитком психіки дитини, незрілість психофізіологічних процесів дитини не дає можливості робити стійкі прогнози, щодо наслідків подій. Таким чином, втрата одного з батьків, або просто на власні очі побачити смерть людини під час бойових дій, ракетної атаки, насилля, психологічні зміни, викликані війною, та страх дитини через сприйняття загрози його були пов'язані з травматичним досвідом. Внаслідок загострення емоційних реакцій, характерних для цього віку, вони сильніше переживають травматичні події, це може бути потужним травмуючим чинником, який негативно впливає на почуття захищеності дитини, впливає на соціальну та психологічну адаптацію дитини.

Емпіричне дослідження проводилось у три етапи:

-Етап підготовки складався з формулювання мети, завдань, вивчення теоретичної частини та визначення емпіричної бази дослідження.

-другий етап полягав у безпосередньому проведенні експериментального дослідження шляхом опитування. На цьому етапі здійснювалося психодіагностичне дослідження за допомогою методик: Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна). Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

-етап аналізу результатів. На основі інтерпретації одержаних результатів аналізу були створенні висновки .

Опис психодіагностичних формалізованих методик:

Оцінка ситуативної тривожності (реакція) (тест Спілбергера-Ханіна). Тест Спілбергера-Ханіна є одним із методів, використовуючи який вивчає психологічний феномен тривоги. Це анкета складається з 20 речень із зазначенням тривога як стан (тривожний стан, реакція або ситуація занепокоєння) і 20 речень для визначення занепокоєння як схильності, риси особистості (риса тривожності). Особиста тривога та реакція Спілбергера є єдиним методом, дозволяє диференціально вимірювати тривожність і як актив індивідуально і як держава.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) – *є визнаним інструментом самооцінки. Неначе Пацієнти можуть провести тест самостійно, чекаючи призначення лікаря. Шкала була розроблена в 1983 році (автори Zigmond A.S. і Snaith R.P.) для виявити та оцінити вираженість симптомів депресії та тривоги в оточенні загальна лікарська практика. Перевагою шкали HADS є її простота запит і лікування, допомогу можете порекомендувати для себе виявити (перевірити) тривогу та депресію.*

Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – для скринінгу посттравматичних стресових розладів в умовах первинної медичної допомоги – це інструмент, призначений для виявлення осіб із ймовірним посттравматичним стресовим розладом.

Шкала скринінгу посттравматичних стресових розладів первинної медичної допомоги PC-PTSD-5 — це інструмент, призначений для виявлення осіб, які можуть мати посттравматичний стресовий розлад. Результат слід вважати “позитивним”, якщо респондент відповів “так” на будь-які три або більше запропоновані варіанти. Позитивна відповідь не обов’язково означає, що респондент має посттравматичний стресовий

розлад, але вказує, що може мати ознаки ПТСР або проблеми пов'язані з травмою і повинна бути проведена подальша психодіагностика.

2.2 Аналіз та інтерпретація отриманих даних.

Згідно з результатами, отриманими за методикою визначення рівня ситуативної (реактивної) тривожності Спілберґера – Ханіна показала, що 33,3% дітей мають високий рівень тривожності, у 46,7% помірний рівень тривожності, у 20% низький (див. Діаграму 1). Переважно у дітей помірний рівень тривожності свідчить про те, що дитина може бути успішною в навчанні. Але це триває до тих пір, поки тривога не зникне погіршити стан, який порушує роботу або проблеми зі здоров'ям, викликаний розладом.

Діаграма 1



Діаграма1 Визначення рівня ситуативної тривожності

Для дітей із високим рівнем тривожності це безпосередньо пов'язано з присутністю невротичних конфліктів, емоційно-невротичної слабкості, психосоматичним та психічним захворювань. Такі діти емоційно не здатні адаптуватися до конкретних соціальних ситуацій. У дітей на цьому рівні

тривога створює ідею, що вони слабкі та некомпетентні. Це призводить до загальної невпевненості в собі. На відміну від цього, низька тривожність характеризує депресивний, нереагуючий стан із низьким рівнем мотивації.

Згідно з результатами, отриманими за методикою Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) показала, що 50% дітей клінічно виражена депресія, у 26,6% субклінічно виражена депресія, 23,4% дітей мають відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії (див. Діаграму 2). Виражена депресія переважає ніж інші, це свідчить про те, що діти які зазнали військові дії, терористичних актів зазнали впливу надзвичайно інтенсивних і виражених травматичних чинників.

Діафрагма 2



Діафрагма 2 Визначення рівня депресії

Дослідження первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) показало такі результати, де у 56,7% наявність посттравматичного стресового розладу, 43,3% дітей свідчать про відсутність посттравматичного стресового розладу (див. діафрагму 3). Більшість дітей отримали травматичний досвід у зв'язку з тим, що вони пережили та бачили, що є загострення емоційних реакцій.

Діаграма 3



Діаграма 3 Визначення рівню посттравматичного стресового розладу

Отже, опираючись на надійність вибірки та на отриманих даних забезпечує валідність і достовірність дослідження Згідно з дослідженням виявились високі показники тривожно-депресивного синдрому та ПТСР.

Діагностичні критерії для досліджуваних. Уникнення когнітивне, коли дитина утримується від думок про травматичну подію, уникнення є як когнітивним, так і поведінковим, коли дитина уникає думати про травматичну подію. Уникнення може бути когнітивним, коли дитина намагається не думати про травматичну подію, або поведінковим, коли дитина намагається уникати розмов про військову подію, місце події або людей, пов'язаних з нею. Вони намагаються уникати розмов про такі показники тривожно-депресивного синдрому та ПТСР. Вважається, що механізми заперечення властиві дітям вимірюється та розглядається як спроба уникнути відволікань і страхів це спосіб втечі від реальності, яку дитина не може сприйняти, оскільки не відповідає її уявленням про себе і світ, створює враження зменшується напруга від негативних емоційних переживань.

2.3 Аналіз програм та рекомендацій щодо психологічного супроводу дітей, травмованих війною

Психологічна допомога постраждалим дітям спрямована на подолання наслідків перебування в стресовій ситуації та запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу.

Спеціаліст повинен знати, що психологічна робота виділяє три основні напрямки роботи психолога з дітьми, які переживають травматичну ситуацію:

1. Робота з середовищем, в якому опинилася дитина;
2. Робота в близькому оточенні;
3. Працюйте з самою дитиною.

Психологічна допомога дітям, які зазнали впливу психотравмівної ситуації, складається із наступних етапів:

Відновлення почуття безпеки - означає зняття фізичного та емоційного напруження і послаблення жорстких захисних механізмів, які виникли у відповідь на кризову ситуацію;

Відновлення та зміцнення психологічних ресурсів дитини - це означає сприяння активізації притаманних дитині психологічних ресурсів, які дають їй змогу подолати кризову ситуацію;

Реагування на негативні переживання, пов'язані з травмуючими факторами - тобто створення умов для прямого або символічного вираження та подолання сильних негативних переживань, які можуть вплинути на розвиток ПТСР;

Активізація природних механізмів самоцілення, адаптації до нових ситуацій - це заохочення та підкріплення позитивних змін у ситуації дитини та активізація природного середовища самоцілення (спілкування з однолітками, відвідування гуртків за інтересами, сприятливе дозвілля з сім'єю, творчі заняття тощо) [14].

Трапляються ситуації, коли фахівцеві потрібно повідомити про загибель рідної чи близької людини дитині. За подібних умов слід враховувати вік того, кому повідомляється така звістка. Діти та дорослі по – різному переживають горе. Як правило, дітям важко говорити про трагедію, тому від психолога потрібні певні зусилля для створення умов відвертої розмови. Для досягнення цієї мети використовують різні методи [8].

У випадку повідомлення дитині про смерть батька чи матері слід, залежно від віку дитини, дотримуватися таких правил:

1. Добре для «знайомства» зі смертю і її наслідками використати психотерапевтичну казку, або притчу [19].
2. Дитина не завжди усвідомлює трагізм ситуації, і може продовжувати гратися, не проявляючи жодних емоцій і ознак горювання, тому психолог після повідомлення про смерть повинен певний час перебувати поруч із нею, відстежувати її реакції, міру прояву негативних емоційних станів [19].
3. Діти до семи років не завжди розуміють, що після смерті немає повернення, тож можуть постійно перепитувати, коли повернеться їхня близька людина, тому необхідно знову й знову їм пояснювати, що після смерті немає повернення, що йдуть назавжди.
4. Про смерть одного з батьків має бути повідомлено найближчу особу дитини, яку вона добре знає, якій довіряє та, бажано, з ким проживає.
5. Психолог має підготувати рідних дитини до повідомлення цієї інформації: увага дорослого має бути зосереджена на дитині, він може плакати, але не ридати, у випадку гніву збоку дитини потрібно проявити розуміння та спокій.
6. У момент повідомлення негативної інформації слід, щоб був тактильний контакт із дитиною (якщо це не причиняє їй дискомфорту): посадити на коліна, взяти за руку, обійняти за плечі.
7. Під час повідомлення трагічної звістки голос того, хто говорить, має бути спокійним, ясним, мова – простою, оповідь – без подробиць.

8. Якщо дитина проявила несподівану реакцію або втекла, слід дати їй зрозуміти, що її почуття – природні. Вона має право злитися, відчувати відчай чи страх, або просто заглибитися в гру (з іграшками чи в комп'ютерну) [16].

9. Після повідомлення негативної звістки необхідно зробити паузу, щоб дитина мала змогу осмислити почуте і запитати те, що їй важливо.

10. Необхідно створити у дитини відчуття безпеки, і дати їй настановлення стосовно того, що світ залишається передбачуваним і стабільним незалежно від втрати;

11. Ресурсними для дитини можуть бути розповіді про віру та релігійні почуття [16].

Методи психологічної допомоги дітям із травматичним досвідом:

У роботі з травмованими дітьми використовуються індивідуальні та групові методи, сімейне консультування, сімейна психотерапія.

Арт-терапія – це один з найбільш ефективних способів роботи з клієнтами будь-якого віку і з будь-якими порушеннями, при цьому для особистості – це спосіб саморозкриття, самовираження, розвитку та шлях до власної гармонізації [9].

Тілесно-орієнтована психотерапія. Психотерапія, яка вирішує психологічні проблеми клієнтів через процес фізичних вправ і фізичного контакту. Однією з центральних ідей цього підходу є припущення про функціональну єдність і рівність тіла і розуму. Цей підхід має значні переваги в психотерапевтичних методів. Одна із переваг цього метода, що вони не піддаються аналізу, тобто діють швидше та ефективніше ніж інші вербальні методи. Цей прийом дозволяє гарно підійти до проблем, про які не хочеться говорити та пропрацювати свідомо. Якраз через такі переваги терапія зарекомендувала себе у роботі з дітьми. **ЗАБОРОНЕНО** використовувати методику коли дитина пережила сексуальне насилля, або діяти дуже обережно, попередньо питати «Чи можна взяти тебе за руку?» «

Можна до тебе доторкнутися?» і тільки якщо дитина дає згоду тільки тоді проводити терапію

Ігрова психотерапія – це підход психотерапевтичного впливу використання ігор на дітей і дорослих. Ігрова ситуація дає можливість показати шляхи вирішення конфліктних ситуацій, корекції небажаних рис характеру, усунення страхів [3].

Піскова терапія – один із психотерапевтичних методів, що з'явилися в рамках аналітичної психології. Це спосіб спілкування зі світом і самим собою; спосіб зняти внутрішню напругу, виразити її на несвідомому символічному рівні, допомогти підвищити впевненість у собі та відкрити нові можливості шляхи розвитку. Пісочна терапія дає можливість доторкнутися глибокого і справжнього я, відновити свою духовну цілісність, зібратися його неповторний образ, образ миру [20].

Гештальт-терапія – допомога людині знайти саму себе, свою індивідуальність, неповторність, цілісність, це й відрізняє гештальт-терапію серед інших психотерапевтичних напрямів. Завдяки гештальт-терапії людина відмовляється від соціально-нормованих та соціальноконтрольованих відчуттів на користь справжніх та відкривається новому досвіду. Терапія спрямована на те, щоб вибити клієнта зі звичної життєвої позиції, допомогти побачити все різноманіття вибору, стати вільним та відповідальним за своє життя [15].

Соматична терапія травми – в її основі лежить ідея про те, що травма – це насамперед нейрофізіологічний процес і що людський організм має здатність до саморегуляції, відновлення внутрішньої рівноваги та життєздатності [31].

Висновки до розділу 2

Аналіз результатів дітей які постраждали під час військового конфлікту показав, що незважаючи на те чи бачила дитина на власні очі жахи війни, все одно це вплинуло на психологічний стан дитини. Діти були приголомшені вибухами бомб і виттям сирен систем попередження про ракетний удар. У першу чергу це відображається в тривожності. Діти постійно перебувають в напрузі через нерозуміння, чого чекати завтра.

Діти, які проходили дослідження мали прояви травми через психологічні реакції дітей, травмованих війною було зроблено висновок, що психологічний стан суб'єктів був пов'язаний проявляється в порушенні когнітивної, мотиваційної та емоційної сфер психіки. Зміна у поведінці викликана реакцією на сильний стрес. Дитина переживання гострої стресової реакції, представлене поведінкою реакцією, емоційним переживанням, порушення його звичних переваг, потреб, порушення сну, бояться грімких звуків, як наслідок стресовий розлад, що проявляється зниженням соціального функціонування, обмежене коло спілкування, зникнення інтересу до всього. Травма характеризується не лише ушкодженнями дитячого організму та психіки але й створенням атмосфери страху, небезпеки та невизначеності, а також психологічної травми. Діти дуже чутливі до змін. Сталість, надійність і безпека їхнього оточення та психологічні та емоційні зв'язки з дорослими швидко зміцнюються. Масові зруйнування і жорстокі військові конфлікти значною мірою порушують нормальне життя дітей. З одного боку діти мають реальний досвід тривоги, страху та відчаю, викликаних їхнім безпосереднім оточенням. З іншого боку, діти усвідомлюють тривогу, страх і відчай, викликані їхнім найближчим оточенням, і використовують стратегії подолання для їх подолання. Ці сильні почуття не завжди працюють ефективно, тому що самі дорослі ще не повністю відновили свою власну цілісність.

Висновки

У кваліфікаційній роботі було зроблено теоретичний аналіз та дослідження дітей травмованих війною.

Психологічна травма – це емоційна поведінка, що призводить до психічного розладу, неврастенії, ушкодження психічного здоров'я людини внаслідок сильного впливу несприятливих факторів навколишнього середовища або сильного емоційного, стресового впливу на її психіку інших людей. У більшості випадків дитина може впоратися з легким стресом за допомогою найближчого сприятливого оточення. Довгостроковий вплив екстремальних умов на дітей також може виявлятися як іноді впливають на їх доросле сімейне життя в майбутньому. Ефективна взаємодія фахівців з кризовими дітьми знижує її негативний вплив на навчання та психічне здоров'я, а також дозволяють повернутися до нормального життя та запобігти виникненню психосоціальних розладів. Як наслідок, діти частіше страждають від тривоги, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та більше, ніж їхні однолітки, які не стикалися з війною. Психічні розлади насправді є «нормальною реакцією на незвичайні події». Зазначемо, що це не подія визначено травму та її психічні, соціальні, фізичні та поведінкові наслідки, травма всередині постраждалої особи. У західній науці потенційно травматична подія описується як досвід критичного розриву між загрозливою ситуацією фактори та індивідуальні адаптивні можливості, поєднані з почуттям безпорадності і безсилля, що розхитують сприйняття себе і світу. Довгострокові наслідки насильства щодо дітей, збільшують «ризик розвитку багатьох і часто довготривалих форм фізичної, психологічної та соціальної дезадаптації». Наслідки травми проявляються у всіх сферах життя дитини. Емоційно: перша реакція на пережиті травми - страх, фобія. Згодом у дітей можуть розвинутися фобії спати наодинці, боязнь бути розлученими з дорослими, емоційна лабільність, підвищена недовірливість

і підозрілість, депресія, тривога, депресія. Когнітивні: погана концентрація, розсіяність, втрата пам'яті, розумова відсталість. На поведінковому рівні: впертість, агресивність, ворожість і конфліктність, регресія (повернення до колишніх форм поведінки - зникають навички акуратності, з'являється смоктання пальців), зміна системи стосунків підлітків, умінь і навичок побудови стосунків з людьми, поява дискомфорту. у спілкуванні та поведінці.

Способи впливу на дітей, які мали травматичний досвід, незалежно від того, чи це одноразова, багаторазова чи довгострокова повторювана подія, це надзвичайно залежно від характеристик і факторів, таких як поточний вік і стадія розвиток дитини, її сприйняття подій, її минулий травматичний досвід і роль батьків. Травматична подія може розвивається з часом – приблизно через шість місяців після травматичної події.

Отже, при роботі з дітьми які постраждали під час військового стану повинні працювати фахівці. Спеціаліст повинен працювати не тільки з дитиною, а і з її оточенням.

Список використаних джерел

1. Бургін Д., Анагностопулос Д. Правління та Відділ політики ESCAP та ін. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей — багаторівневі підходи, орієнтовані на потреби та з урахуванням травми. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-022-01974-z> (дата звернення 13.03.2023)
2. Верховна рада України URL: <https://www.rada.gov.ua/news/razom/234594.html>(дата звернення 1.03.2023)
3. Використання методик ігрової терапії при роботі з дітьми URL: <https://lib.chmnu.edu.ua/pdf/posibnuku/348/10.pdf> (дата звернення 21.04.2023)
4. Вплив війни на психічне здоров'я дітей URL: <https://www.kremenetslyceum.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/vplyv-vijny-na-psychologichnyj-stan-ditej.pdf> (дата звернення 23.04.2023)
5. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Збірник наукових праць національної академії державної прикордонної служби України (серія: педагогічні та психологічні науки). Вип. 1. 2015р.- 378- 390 с.
6. Греса Н.В.Психологічна допомога дітям під час війни «*Особистість, Суспільство, Війна*». Харків, 2022 URL: https://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/13741/Psykholohichna%20dopomoha%20ditiam%20_Hresa_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення 03.03.2023)
7. ДІТИ І ВІЙНА В УКРАЇНІ. URL: https://www.unicef.org/ukraine/media/26731/file/UNICEF_CiAC-monitoring%20report.pdf 11с. (дата звернення 12.03.2023)

8. Євсюк О.П., Куфлієвський А.С., Лебедев Д.В. та ін. Екстримальна психологія 2007р. 502с.
9. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Львів. 2020. 7с.
10. Кулик Н.А., Біловол Л.В. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДИТИНІ У ПСИХОТРАВМУЮЧІЙ СИТУАЦІЇ. Метод. Посіб. Суми. 2019р. 6с.
URL: <http://www.soippro.edu.ua/images.pdf> (дата звернення 1.04.2023)
11. Майкл Г. Весселлс. Діти та збройні конфлікти: заходи для підтримки дітей, які постраждали від війни. Діти та збройні конфлікти: заходи для підтримки дітей, які постраждали від війни. *Мир і конфлікт: Журнал психології миру*. 2017р. Вип.23. 4–13с.
12. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії : навч. посіб. Луцьк.2017р. 187с.
13. Овсяннікова Я.О. Формування стрессостійкості рятувальників з використанням інноваційних технологій Проблеми екстремальної та кризової психології. Вип. 3 4с
14. Ознаки й симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР)
URL: <https://livewell.optum.com/pdfs/Signs%20and%20symptoms%20of%20PTSD%20-%20Optum%20-%20Ukrainian.pdf> (дата звернення 03.03.2023)
15. Основи психотерапії : навч. Посіб. за ред. М. І. Мушкевич. 2017р. 240с.
16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Л. Гридковець та ін. Київ, 2018р. 99-100с.
17. Павелко І. І. Психологічна допомога постраждалим подоланні шокової травми. URL: https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2011/3_2011/18.pdf 1с. (дата звернення 23.04.2023)
18. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «Психічна травма», «Психологічна травма» І «травма втрати» у психологічних проєкціях

- URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/6_2021/11.pdf (дата звернення 25.04.2023)
- 19.Парамджит Т. Джоші. Дебора А. О'Доннелл. Наслідки впливу дітей на війну та тероризм. URL: <https://link.springer.com/article/10.1023/B:CCFP.00000006294.88201.68> (дата звернення 24.04.2023)
- 20.Піскова терапія: міражі піщаної педагогіки веб-сайт. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/346/1/O_Polovin%D0%B0_KG_33_PED_PI.pdf (дата звернення 27 .03.2023)
- 21.Похілько Д.С. Діти та війна URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/4865/1/%D0%94%D1%96%D1%82%D0%B8%20%D1%82%D0%B0%20%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B0.pdf> (дата звернення 13.03.2023)
- 22.Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки. метод. посіб. за ред. З. Г. Кісарчук. Київ. 2015р. 12с.
- 23.Психологічна травма та її вплив на особистість URL: <http://www.hptu14.com.ua/psykholohichna-sluzhba/informatsiia-dlia-batkiv/504-psykholohichna-travma-ta-yiyi-vplyv-na-osobystist.html> (дата звернення 3.03.2023)
- 24.Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу як комплексу реакції людини на травматичну ситуацію URL: <https://lib.iitta.gov.ua/713132/1/Journal26-pages-43-47.pdf> 1с. (дата звернення 1.04.2023)
- 25.Психологія кризових станів: наука і практика URL: https://sss-ua.org/Library/book/Psychology_of_crisis_states_A5_1801_.pdf 51-52с. (дата звернення 19.03.2023)
- 26.Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії: URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf

- 27.Рябінкін Ю.В. Алгоритм розгортання ефективних механізмів психіки у кризових обставинах. URL: <https://vseosvita.ua/library/alhorytm-rozghortannia-efektyvnykh-mekhanizmiv-psykhiky-u-kryzovykh-obstavynakh-560287.html> (дата звернення 13.03.2023)
28. Семенова Ю.С. Психотравма (психологічна травма). дискусійні питання медицини і психології. Український науково-медичний молодіжний журнал (3). с. 50-56.
- 29.Синявський В.В., Сергеєнкова О.П. Психологічний словник. / за ред. Н.А. Побірченко. Київ.2007р. 336 с.
- 30.Тичковський Є. Психотравма в дітей та підлітків (причини та наслідки).. URL: <http://1.psiholog.com.ua/node/1054>
- 31.Тозер М., Хаваджа Н. Г., Швейцер Р. Фактори захисту, що сприяють добробуту серед молоді-біженця в Австралії. Журнал психологів і консультантів у школах. 2017 р. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-psychologists> (дата звернення 30.03.2023)
- 32.Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. Київ. 2017. 22с
- 33.Черниш О.А «Соціально-психологічний практикум» Психологічний супровід дітей в період військового конфлікту. Вінниця. 2016р. 4с
- 34.Як війна змінила життя українських дітей: URL: https://gradus.app/documentsF_Gradus.pdf (дата звернення 13.03.2023)