

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Гуманітарно-педагогічний факультет

Кафедра психології

УДК

ПОГОДЖЕНО

**Декан гуманітарно-педагогічного факультету
психології**

_____ доц. Інна САВИЦЬКА

МАРТИНЮК

(підпис)

“ ____ ” _____ 2024 р.

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

В.о. завідувача кафедри

_____ доц. Ірина

(підпис)

“ ____ ” _____ 2024 р.

**МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему: « Особливості психологічної підтримки підлітків
у воєнний та повоєнний період »**

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма – Психологія

Орієнтація освітньої програми – освітньо–професійна

Гарант освітньої програми

доктор психол. наук, професор
(науковий ступінь та вчене звання)

Віталій ШМАРГУН
(підпис)

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи

кандидат психол. наук, доцент
(науковий ступінь та вчене звання)

(підпис)

Людмила ОМЕЛЬЧЕНКО
(ПІБ)

Виконав

(підпис)

Ірина ОМГОВИЦЬКА
(ПІБ студента)

КИЇВ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПІДЛІТКІВ У ЧАСІ ВІЙНИ.....	6
1.1 Психологічні особливості переживання стресових та складних ситуацій підлітками.....	6
1.2 Значущість безпечного середовища для збереження та підтримки психічного здоров'я підлітків.....	18
1.3 Принципи, стратегії та основні напрями психологічної підтримки підлітків у воєнний та повоєнний періоди.....	25
Висновки до першого розділу.....	41
РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ У ВОЄННИЙ ПЕРІОД.....	43
2.1 Організація та методи емпіричного дослідження психічного стану підлітків під час війни.....	43
2.2. Результати емпіричного дослідження.....	50
Висновки до другого розділу.....	63
РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІДЛІТКАМ В ЗЗСО.....	65
3.1. Теоретичне обґрунтування програми психологічної допомоги підліткам у воєнний час.....	65
3.2. Результати апробації програми психологічної підтримки підлітків.....	71
Висновки до третього розділу.....	81
ВИСНОВКИ.....	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	85
ДОДАТКИ.....	88

ВСТУП

Україна переживає складний період військової агресії, стикається з величезними викликами, пов'язаними з підтримкою психічного здоров'я населення, особливо підлітків. Вони перебувають у тій віковій стадії розвитку, коли формуються важливі психічні, емоційні та соціальні навички, і будь-які серйозні стресові події можуть суттєво вплинути на їхнє життя як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі.

Психологічна підтримка підлітків у воєнний та повоєнний періоди набуває особливої значущості, оскільки саме цей віковий період характеризується підвищеною чутливістю до стресу, вразливістю до психотравм та підвищеним ризиком розвитку різних психологічних проблем, таких як тривожні розлади, депресія та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [1]. Крім того, підлітки часто опиняються у складних життєвих ситуаціях, таких як розлука з близькими, втрати, порушення звичного способу життя, що також вимагає додаткових ресурсів для підтримки їхнього психічного здоров'я [2].

Актуальність дослідження можна розділити на три основні аспекти:

Вивчення психологічного стану підлітків у зоні конфлікту. Дослідження дозволяє проаналізувати особливості психічного здоров'я підлітків у школі м. Харкова, яка зазнає регулярних обстрілів. Це надає можливість отримати актуальні дані про їхній стан за допомогою тестування, що є важливим для розуміння специфічних потреб цієї групи.

Розробка стратегій підтримки. Дослідження спрямоване на розробку та апробацію ефективних методик психологічної підтримки. Ці стратегії можуть бути використані психологами як під час війни, так і після її завершення, з метою забезпечення психічного благополуччя підлітків.

Заповнення прогалини в наукових даних. До середини ХХ століття інформація про психічний стан підлітків у зонах конфліктів базувалася лише на свідченнях очевидців або аналізі через роки після конфліктів, що не відображало реальний стан. Це дослідження є актуальним, оскільки воно

дозволяє отримувати систематизовані дані в реальному часі, зокрема через можливості, які надає інтернет.

Об'єкт дослідження:

Психологічна підтримка підлітків ЗЗСО, які переживають травматичні події.

Предмет дослідження:

Ефективність психологічної підтримки підлітків у ЗЗСО.

Мета дослідження:

Виявити особливості психологічного стану підлітків у воєнний час для розробки та апробації адекватної результатам дослідження програми психологічної підтримки школярів зазначеної вікової групи.

Гіпотеза дослідження:

Ефективна психологічна підтримка підлітків у воєнний час запобігає їхній травматизації та сприятиме збільшенню стресостійкості у повоєнний період.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз літератури з проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), психологічної підтримки та стресостійкості у підлітків у контексті воєнних і повоєнних умов.
2. Розробити теоретичну модель взаємозв'язків між рівнем посттравматичного стресу, сприйняттям соціальної підтримки та стресостійкістю у підлітків, які пережили воєнні події.
3. Емпірично дослідити та довести наявність взаємозв'язку рівня посттравматичного стресу, сприйняття соціальної підтримки та стресостійкості у підлітків, використовуючи шкали CRIES-8, MSPSS, та CD-RISC-10.
4. Розробити та апробувати програму психологічної підтримки підлітків під час воєнних дій.

5. Розробити рекомендації для психологів щодо організації психологічної підтримки підлітків у повоєнний час.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз та узагальнення наукових даних із проблеми дослідження; емпіричні – дитяча шкала впливу подій Revised Child Impact of Events Scale (CRIES-8), багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки, шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISK-10), методи кількісного та якісного аналізу емпіричних даних – методи описової статистики, інтерпретація отриманих даних.

Наукова новизна дослідження полягає в отриманні нових даних про рівень та особливості посттравматичного стресу, соціальної підтримки та стресостійкості серед підлітків із зони конфлікту, що дозволяє порівнювати ці показники з міжнародними зразками. Розроблена інтегративна модель взаємозв'язків між посттравматичним стресом, соціальною підтримкою та стресостійкістю комплексно розкриває психологічні процеси, що відбуваються під час війни. Виявлені зв'язки між стресом, стресостійкістю та підтримкою підлітків підвищують точність у визначенні груп ризику та адаптації підходів до психологічної допомоги.

Теоретичне значення дослідження полягає в удосконаленні знань про вплив соціальної підтримки на стресостійкість підлітків у кризових умовах, що поглиблює розуміння механізмів подолання травматичного досвіду та формування адаптивних стратегій поведінки.

Практичне значення полягає в тому, що рекомендовані методи психодіагностики рівня посттравматичного стресу, психологічної підтримки та розвитку стресостійкості у підлітків можуть бути ефективним інструментом для розробки заходів надання психологічної підтримки підліткам у ЗЗСО. Дослідження може слугувати основою для подальших наукових розробок, зокрема щодо ефективності різних підходів до психологічної підтримки підлітків, а також впровадження програм профілактики посттравматичного стресу та розвитку резильєнтності школярів.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПІДЛІТКІВ У ЧАСІ ВІЙНИ

1.1 Психологічні особливості переживання стресових та складних ситуацій підлітками

Підлітковий вік супроводжується значними змінами в інтелектуальній і емоційній сферах, інтенсивним, але нерівномірним розвитком організму та формуванням нових особистісних якостей.

Спроби пояснити важливі анатомо-фізіологічні зміни в організмі підлітка призвели до розробки різних теорій, що стосувалися біологічної зумовленості цих особливостей. Першу фундаментальну працю про підлітковий період представив американський психолог Гренвіл-Стенлі Холл (1844-1924)[53]. Він сформулював теорію рекапітуляції, згідно з якою розвиток індивіда відтворює історію людства, проявляючись у генетично запрограмованій послідовній зміні спадкових форм поведінки, почуттів і соціальних інстинктів. Холл порівнював підлітковий вік із бурхливою епохою, коли наші предки вели кочове життя, займалися полюванням і шукали пригод.

Науковці пояснювали психологічні особливості підлітків фактом статевого дозрівання, вважаючи кризи неминучими та біогенетично зумовленими. Такі обставини, за переконанням Холла, вимагають застосування методів пасивної педагогіки, оскільки втручання в розвиток підлітка є недоцільним і шкідливим, бо природу змінити неможливо.

Згідно з психоаналітичною теорією З. Фрейда, внутрішні й зовнішні конфлікти в підлітковому періоді є нормою, а випадки безконфліктного розвитку можуть свідчити про патології.

У 1920-30-ті роки психологічна наука досліджувала вплив соціального оточення на розвиток підлітків. Було проведено дослідження життя підлітків на острові Самоа під керівництвом Маргарет Мід (1901-1978), яке показало, що розвиток людини залежить як від природи, так і від культури (соціальних умов) [68]. Відсутність кризових симптомів у підлітків острова Самоа довела, що підліткова криза не є біологічною, а пов'язана з особливостями соціалізації.

Американський психолог Рут Бенедикт (1887-1948) зазначала, що перехід від дитинства до дорослості в різних суспільствах варіюється і не є природно зумовленим [54]. Вона довела, що конкретні соціальні умови життя дитини визначають тривалість підліткового віку, наявність чи відсутність кризи і конфліктів.

Л. Виготський вважав важливим виділення новоутворень у психіці підлітка та визначення соціальної ситуації його розвитку. Він підкреслив, що криза перехідного віку зв'язана з виникненням почуття дорослості та розвитком самосвідомості [76].

Для розуміння підліткового віку важливо враховувати наявність вікових криз. Причини, характер і значення підліткової кризи різняться. Д.Б. Ельконін, наприклад, розглядає підлітковий вік як стабільний, виділяючи кризи передпідліткового віку та перехідного до юнацького віку. З іншого боку, підліткові кризи можуть відігравати важливу роль у загальному віковому розвитку.

Українські науковці зробили вагомий внесок у розуміння психологічних особливостей підліткового віку, зокрема в контексті переживання стресових та складних ситуацій. Г.С. Костюк [2] підкреслював, що розвиток підлітка визначається не лише біологічними факторами, але й соціальним оточенням та вихованням. Він вважав, що кризи в підлітковому віці є результатом протиріч між новими потребами особистості та можливостями їх задоволення в наявних соціальних умовах. С.Д. Максименко [6] досліджував процеси формування самосвідомості у підлітків і звертав увагу на те, як самооцінка та ідентичність впливають на їхню здатність справлятися зі стресом. Він стверджував, що розвиток рефлексивного мислення допомагає підліткам усвідомлювати та регулювати свої емоційні переживання.

Т.М. Титаренко [8] зосереджувала свої дослідження на стратегіях подолання кризових ситуацій у підлітковому віці. Вона відзначала, що розвиток навичок емоційної саморегуляції та соціальної підтримки є ключовими факторами успішного подолання стресу. О.В. Скрипченко [9]

вивчала особливості навчально-виховного процесу та його вплив на психологічний розвиток підлітків. Вона підкреслювала важливість створення сприятливого освітнього середовища, яке б підтримувало особистісний розвиток та емоційну стійкість учнів. В.М. Оржеховська [11] досліджувала питання соціалізації підлітків та їх адаптації до суспільних змін. Вона наголошувала на значенні активної життєвої позиції та розвитку соціальних навичок для успішного подолання складних ситуацій.

Л.М. Карамушка [12] досліджувала проблему стресу в освітньому середовищі та його вплив на психічне здоров'я підлітків. Вона підкреслювала необхідність формування стресостійкості та адаптивних механізмів поведінки. І.Д. Бех [1] звертав увагу на морально-етичний розвиток особистості підлітка та його роль у подоланні життєвих труднощів. Він вважав, що формування ціннісних орієнтацій допомагає підліткам знаходити сенс у складних ситуаціях.

Н.В. Чепелева [15] акцентувала на психологічних особливостях соціальної адаптації підлітків. Вона досліджувала фактори, що впливають на успішність адаптації та подолання стресових ситуацій. А.М. Бойко [17] вивчав психологію стресу та методи його корекції у підлітків. Він пропонував практичні підходи до зниження рівня стресу та підвищення психологічної стійкості. О.В. Киричук [18] досліджувала формування життєвої компетентності підлітків у кризових ситуаціях. Вона підкреслювала важливість розвитку навичок саморегуляції та прийняття відповідальних рішень.

Таким чином, українські науковці акцентували увагу на тому, що психологічні особливості переживання стресових та складних ситуацій підлітками зумовлені не лише біологічними змінами, але й соціальними факторами.

Широкомасштабне вторгнення РФ в Україну змінило умови життя суспільства. Багато сімей змушені були змінити місце проживання, а ті, хто залишився, перебувають у стресових умовах через загрози бомбардувань.

Підлітки стають свідками та учасниками травматичних подій, що впливає на їх розвиток.

Діти та підлітки в Україні під час війни стикаються зі значними стресовими ситуаціями, які включають психічну травму, гострий стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), порушення адаптації, горе та травматичні втрати. Для глибшого розуміння цих явищ важливо звернутися до наукових концепцій, які пояснюють механізми їх виникнення та впливу на психіку підлітків.

Стрес визначається як реакція організму на зовнішні або внутрішні подразники, які перевищують адаптаційні можливості індивіда. Ганс Сельє, один із піонерів у дослідженні стресу, ввів поняття "загальний адаптаційний синдром", що описує стадії реакції організму на стресор: тривога, опір та виснаження [7]. У контексті підлітків стрес може бути класифікований за тривалістю та інтенсивністю. Гострий стрес виникає як реакція на раптові та інтенсивні події. У невеликих дозах він може бути стимулюючим, але при перенавантаженні призводить до виснаження. Хронічний стрес, навпаки, пов'язаний із тривалим впливом стресорів і може призводити до серйозних психосоматичних розладів [38].

Психічна травма виникає внаслідок подій, які перевищують звичайний досвід і спричиняють інтенсивний страх, безпорадність або жах. Теорія інформаційної обробки травми, запропонована Фoa та Козаком, пояснює, що травматичні події порушують когнітивні схеми, що призводить до дезорганізованих спогадів і нав'язливих думок [38]. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) визначається як тривала реакція на травматичну подію, що включає повторне переживання травми, уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, та підвищену збудливість. Згідно з "Діагностичним і статистичним посібником з психічних розладів" (DSM-5), для діагностики ПТСР необхідна наявність симптомів протягом більш ніж одного місяця після події [1].

Теорії копінг-поведінки та адаптації Лазаруса і Фолкмана підкреслюють, що реакція на стрес залежить від когнітивної оцінки ситуації та доступних ресурсів для подолання [60]. Підлітки можуть використовувати різні копінг-стратегії: проблемно-орієнтований копінг, спрямований на вирішення проблеми, та емоційно-орієнтований копінг, спрямований на зниження емоційного дистресу. Дослідження показують, що ефективні копінг-стратегії можуть знижувати ризик розвитку ПТСР та інших психічних розладів [61].

Концепція резилієнтності описує здатність індивіда успішно адаптуватися до стресових та травматичних подій. Мастен називає це "звичайним дивом" розвитку [66]. Фактори, що сприяють резилієнтності у підлітків, включають соціальну підтримку, позитивну самооцінку та навички саморегуляції. Наявність підтримуючих стосунків із сім'єю та однолітками, віра у власні можливості та здатність контролювати емоції й поведінку значно підвищують стійкість до стресу [67].

Умови війни створюють унікальні стресори, такі як загроза життю, втрата близьких, руйнування домівок. Дослідження в різних країнах показують, що діти та підлітки, які пережили воєнні дії, мають підвищений ризик розвитку ПТСР, депресії та тривожних розладів [69]. В українському контексті дослідження свідчать, що підлітки, які стали свідками або жертвами військових дій, демонструють симптоми ПТСР, включаючи повторні спогади, нічні кошмари, уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, та підвищену збудливість [10].

Соціально-когнітивна теорія Альберта Бандури підкреслює роль спостереження та моделювання поведінки в процесі навчання. У контексті війни підлітки можуть спостерігати моделі агресивної поведінки, що впливає на їхню власну агресивність та сприйняття насильства як норми [42]. Це може призводити до формування дезадаптивних моделей поведінки та ускладнювати процес соціалізації.

Екологічна модель розвитку Урі Бронфенбреннера описує розвиток індивіда в контексті взаємодії різних рівнів середовища: мікросистеми (сім'я,

школа), мезосистеми, екзосистеми та макросистеми (культура, суспільство) [71]. Війна впливає на всі ці рівні, що може призводити до дезадаптації та психічних розладів у підлітків. Зміни в сімейному середовищі, порушення соціальних зв'язків, економічна нестабільність і культурні трансформації створюють додаткові труднощі для підлітків у процесі розвитку.

У мирних європейських країнах основні стресові ситуації для дітей стосуються втрат, сімейних конфліктів або змін у житті, як-от переїзд. Ці події, хоча і є значущими, рідко призводять до розвитку ПТСР в класичному розумінні цього розладу. Проте вони можуть спричинити інші психологічні проблеми, такі як тривожність, депресія, або розлади адаптації, які, за відсутності належної підтримки, можуть мати довгострокові негативні наслідки [9].

Під час війни вплив травматичних подій часто набагато сильніший через їх постійну повторюваність і глибокий емоційний контекст. Діти, які бачать насильство або втрачають близьких, стикаються з особливим викликом – подолати ці травми, що може призводити до значних змін у їхній особистості та ставленні до життя. Часто в таких випадках розвивається не лише ПТСР, але й комплексні психічні розлади, які потребують тривалої терапії та підтримки [48].

Також варто зазначити, що в умовах військових конфліктів значущим фактором є не тільки кількість травмуючих подій, але й якість підтримки, яку діти отримують від дорослих. Якщо батьки не здатні адекватно реагувати на потреби дитини або самі переживають сильні емоційні розлади, це може ускладнювати процес відновлення дитини та призводити до хронічного перебігу стресових розладів [49].

Типові симптоми ПТСР у дітей та підлітків:

Психосоматичні симптоми. Діти можуть скаржитися на головні болі або болі в животі, але педіатр не знаходить на це соматичних причин, часто батькам здається, що такі скарги – виключно привід для відмови від їжі чи

підстава не йти до школи. Поширеним симптомом ПТСР у дітей є розлади сну – безсоння, нічні жахи [56].

Спалах гніву. Незрозумілий спалах гніву (часто непоодинокий) батьки та педагоги часто тлумачать як ознаку неслухняності і не пов'язують його із пережитим дітьми травмивним досвідом [55].

Страх розлуки. Деякі діти можуть сильно боятися розлучатися зі своїми батьками (навіть відпускати їх у іншу кімнату). Батьки, які добре знають своїх дітей, зможуть усвідомити різницю до і після травми та помітити зміни у поведінці дитини [62].

Втрата зосередженості і дратівливість. Інші ознаки, на які слід звернути увагу, включають втрату зосередженості та концентрації уваги під час навчання дитини або навіть під час гри, дитина часто відволікається, її пам'ять погіршується, спроби повернути дитину до виконання розпочатої діяльності завершуються плачем [55].

Уникнення. Нерідко діти можуть відчувати бажання втекти з дому чи будь-якої сцени чи особи, які нагадують їм про травму [49].

Відтворення травмивної події. Часто діти подумки повертаються до травмивних подій, відтворюють їх у своїх іграх та малюнках. Українські діти-війни найчастіше відтворюють бомбардування, арт-обстріли та церемонії поховання, водночас ресурсними для них стають ігри в війну (в нашу перемогу) та у блок-пости [10].

Вікові особливості ПТСР у підлітків

Підлітковий вік характеризується специфічними проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), які варто розглядати з урахуванням вікових груп. Згідно з клінічними дослідженнями та рекомендаціями Американської психіатричної асоціації (DSM-5) [1], підлітків можна умовно розділити на три вікові групи: молодші підлітки (12–13 років), середні підлітки (14–15 років) та старші підлітки (16–17 років).

Молодші підлітки (12–13 років):

- Нав'язливі спогади про травматичні події: Часте повернення до пережитого, що може проявлятися у вигляді нав'язливих думок або снів [1].
- Підвищена тривожність та страхи: Виникнення нових або посилення існуючих страхів, наприклад, страху темряви або залишатися наодинці [2].
- Соматичні скарги: Головні болі, болі в животі, які не мають медичного обґрунтування [3].
- Соціальна ізоляція: Уникання спілкування з однолітками, зниження інтересу до улюблених занять та хобі [4].
- Проблеми зі сном: Труднощі із засинанням, часті нічні пробудження, кошмари [5].
- Емоційна лабільність: Швидкі зміни настрою, підвищена дратівливість або плаксивість.

Середні підлітки (14–15 років):

- Симптоми депресії: Відчуття смутку, безнадії, зниження самооцінки, втрата інтересу до діяльності.
- Уникнення нагадувань про травму: Активне уникання місць, людей або ситуацій, які асоціюються з травматичною подією [1].
- Ризикова поведінка: Експериментування з психоактивними речовинами, небезпечні дії без усвідомлення наслідків [8].
- Конфлікти з оточуючими: Підвищена ворожість або агресія у відносинах з батьками, вчителями та однолітками [9].
- Проблеми з концентрацією: Труднощі зосередження на навчанні, зниження академічної успішності [10].
- Почуття провини: Самозвинувачення за те, що сталося, навіть якщо вони не могли на це вплинути [11].

Старші підлітки (16–17 років):

- Саморуйнівна поведінка: Суїцидальні думки або спроби, самопошкодження як спосіб справитися з болем [12].

- Зловживання психоактивними речовинами: Використання алкоголю або наркотиків для притуплення емоційного болю [13].
- Почуття відчуження: Відчуття ізоляції від суспільства, втрата інтересу до планів на майбутнє [14].
- Порушення ідентичності: Сумніви щодо власних цінностей, цілей та місця у світі [15].
- Цинізм та ворожість: Негативне ставлення до життя, висловлювання песимістичних або агресивних думок [16].
- Порушення сну та апетиту: Хронічне безсоння або надмірна сонливість; втрата або підвищення апетиту [5].

Дослідження свідчать, що тягар психічних розладів серед населення, яке постраждало від конфліктів, є значним [26]. Однак дані про поширеність психічних розладів серед дітей та підлітків у таких умовах є обмеженими та варіюються залежно від регіону та методології дослідження.

Наприклад, рівень поширеності ПТСР серед підлітків у конфліктних регіонах, таких як Сирія, Ізраїль або Палестина, коливається від 7,6% до 53% [27]. Такі варіації можуть бути пояснені різницею в інтенсивності конфліктів, культурними особливостями, методами оцінки та вибіркою.

Осокіна та співавтори (2023) провели перехресне дослідження за участю 2766 підлітків віком від 11 до 17 років у Донецькому регіоні, охопленому війною, та Кіровоградському регіоні, який не зазнав воєнних дій під час проведення дослідження (2016–2017 рр.). Результати показали, що підлітки в зоні конфлікту зазнали високого рівня травматичних подій [20].

Порівняно з підлітками з невоєнного регіону, учасники з воєнного регіону мали значно вищі показники психічних розладів. Зокрема, рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) становив 5,3% проти 1,2%, депресії — 7,5% проти 2,9%, а тривожності — 4,4% проти 1,5%. Дослідниця дійшла висновку, що як прямий, так і опосередкований вплив війни тісно пов'язані з підвищеним ризиком розвитку проблем із психічним здоров'ям у підлітків.

Але не у всіх молодих людей, які зазнали травм, розвивається ПТСР, і важливо виявляти тих, хто наражається на найбільший ризик для надання догляду. Попередні дослідження показали, що ризик посттравматичного стресового розладу після травми вищий у дівчаток, дітей, які раніше зазнавали віктимізації, мають в анамнезі психопатологію, жили в неблагополучних або зруйнованих сім'ях або зазнавали міжособистісних типів індексної травми [41].

Це підтверджує дослідження впливу травматичних подій на підлітків у воєнних та мирних умовах, яке проводилось у 2 групах: підлітків з Хорватії, які пережили війну на території колишньої Югославії, та їхніх однолітків з Угорщини, які не мали досвіду війни. Основні висновки показують, що, незважаючи на різницю в досвіді, рівні стресу, виміряні за допомогою шкал симптомів ПТСР, не були настільки драматичними, як очікувалося. Найвищі середні оцінки в обох групах отримали симптоми гніву, помсти, безглуздості, страху та безсилля. Найбільша різниця між групами була виявлена у показнику ненависті, який був значно вищим у хорватській групі, яка пережила війну. Автори підкреслюють, що війна є одним з найтравматичніших факторів, особливо для дітей та підлітків, однак навіть у мирних умовах підлітки можуть бути вразливими до ПТСР. Дослідження також свідчить, що події, які підлітки називають "травматичними", можуть суттєво відрізнятися залежно від умов їхнього життя [23].

Постміграційні стреси можуть значно погіршити психічне здоров'я осіб, які вже зазнали травматичного досвіду до міграції. Ці стреси включають як сам процес пошуку нового місця проживання, так і побутові та матеріальні труднощі, з якими стикаються на новому місці. Це стосується не лише переїзду за кордон, але й до інших регіонів країни, що є відносно безпечнішими під час військових конфліктів. Невирішений статус біженця пов'язаний із підвищеним рівнем посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та депресії у дітей-біженців.

Цивільне населення, особливо діти, становить основну частку жертв воєн. Незалежно від того, де відбуваються конфлікти, будь то В'єтнам, Камбоджа, Мозамбік, Руанда, Косово, Боснія чи Близький Схід, діти та жінки страждають найбільше. За оцінками, у світі є близько 22 мільйонів біженців, з яких половина – діти. Ще близько 20-25 мільйонів людей є внутрішньо переміщеними особами, які не можуть повернутися додому через конфлікти.

Травматичний досвід дітей-біженців проходить через кілька стадій. Перша стадія пов'язана з перебуванням у країні походження, де вони можуть зазнати фізичних і психологічних травм. Друга стадія – це переїзд, що часто супроводжується додатковим стресом, розлукою з батьками або іншими близькими. Остання стадія – це адаптація в новій країні, яка може включати нові труднощі, пов'язані з інтеграцією в суспільство та отриманням притулку, що часто призводить до "вторинної травми біженців" [23].

Існують кілька факторів ризику, що впливають на розвиток психічних розладів у дітей-біженців. Серед батьківських факторів – ПТСР у батьків, депресія матері, смерть або розлучення з батьками. У дітей ці фактори включають кількість пережитих травм, проблеми з фізичним здоров'ям і підлітковий вік, який ускладнює залежність від дорослих. Серед довкіллевих факторів виділяють бідність, часті переміщення, тривалий час визначення імміграційного статусу та культурну ізоляцію [34].

Типові симптоми психічних розладів у дітей-біженців включають ПТСР, стійке уникнення подразників, повторне переживання травматичних подій, постійне збудження, тривожні симптоми, порушення сну, соматичні скарги, знижений настрій і розлади поведінки.

Підлітки можуть по-різному реагувати на стресові ситуації, використовуючи різноманітні когнітивні та поведінкові стратегії.

Емоційно-орієнтовані стратегії: Такі стратегії, як уникнення, емоційна дистанція та відволікання, часто використовуються в контексті конфліктних ситуацій, де підлітки не можуть безпосередньо вплинути на стресові фактори. Наприклад, дослідження в Демократичній Республіці Конго показало, що

підлітки частіше використовують емоційне уникнення та соціальну ізоляцію як спосіб захисту від повторного переживання травматичних подій [34].

Поведінкові стратегії: У більш стабільних умовах підлітки можуть застосовувати поведінкові стратегії, спрямовані на вирішення проблем, такі як участь у навчальних програмах або соціальних ініціативах. Проте в умовах конфлікту ці стратегії можуть бути менш доступними або ефективними. Біхевіоральні стратегії підлітків під час стресу можуть включати як адаптивні, так і дезадаптивні моделі поведінки. Адаптивні стратегії, такі як пошук соціальної підтримки, участь у фізичних або творчих діяльностях, допомагають підліткам справлятися зі стресом і знижувати рівень тривоги [16]. Проте, дезадаптивні стратегії, такі як уникнення, агресія або ризикована поведінка, можуть посилювати стрес і призводити до негативних наслідків для психічного здоров'я [17].

Когнітивні стратегії: Зміна способу мислення, що включає рефреймінг та позитивне мислення, може допомогти підліткам адаптуватися до нових умов.

Згідно з когнітивно-поведінковою теорією стресу, запропонованою Лазарусом і Фолкманом, спосіб, яким індивід оцінює стресову ситуацію, визначає його емоційну і поведінкову реакцію [14]. Підлітки, які схильні до катастрофізації (перебільшення негативних наслідків стресових подій), частіше демонструють високий рівень тривоги і депресії. З іншого боку, підлітки, які використовують більш адаптивні когнітивні стратегії, такі як рефреймінг (переоцінка ситуації в більш позитивному ключі), менш схильні до емоційних розладів [15].

Підлітковий вік є критичним періодом, коли особистість стикається з численними викликами, пов'язаними зі стресовими ситуаціями. Біологічні, соціальні і культурні фактори значною мірою визначають, як підлітки переживають ці виклики і які наслідки вони мають для їхнього психічного і фізичного здоров'я. Умови війни і збройних конфліктів створюють додаткові труднощі, що вимагають спеціалізованих підходів до психологічної підтримки

цієї вікової групи. Ефективне втручання, спрямоване на розвиток адаптивних стратегій справляння зі стресом, може допомогти підліткам зберегти психічне здоров'я і успішно подолати труднощі, що виникають у цей складний період їхнього життя.

1.2. Значущість безпечного середовища для збереження та підтримки психічного здоров'я підлітків

Безпека - другий за важливістю рівень в ієрархії потреб Маслоу (McLeod, 2020) [18]. Безпека в школах стосується безлічі зацікавлених сторін, включаючи вчителів, учнів, батьків та адміністратори. Сьогодні вкрай важливо зрозуміти сприйняття цих важливих дійових осіб щодо їх ролей і обов'язки щодо забезпечення безпечного та надійного середовища навчання.

Освітнє середовище – явище складне, воно є полісистемним утворенням, що існує на різних рівнях соціальних відносин та в різноманітних соціальних контекстах; сучасне освітнє середовище є відкритою освітньою системою, що виходить за межі класичних освітніх закладів та формується глобальними інформаційними мережами, воно є індетермінованим утворенням; соціальні, зокрема й професійні, компетентності, сформовані в його межах, мають ситуативний, проте сутнісний характер, визначає Л. Омельченко [28].

Безпечне освітнє середовище для підлітків визначається наявністю кількох ключових елементів, які сприяють формуванню їхньої впевненості в собі та довіри до оточуючих. Ці елементи включають:

1. **Фізична безпека:** Включає забезпечення захищеності від фізичних загроз, таких як насильство або агресія. Наявність надійної охорони в школі, захищені шкільні приміщення, а також дотримання стандартів безпеки створюють відчуття захищеності у підлітків. Дослідження показують, що підлітки, які відчувають фізичну безпеку в своєму оточенні, менш схильні до тривоги і страху, що позитивно впливає на їхню успішність і психічне здоров'я [20].

2. **Соціальна підтримка:** Включає наявність емоційної підтримки від сім'ї, друзів, вчителів і соціуму загалом. Соціальна підтримка є одним із

ключових факторів, що знижують стрес та підвищують відчуття безпеки серед підлітків. Вона включає як емоційну підтримку (співпереживання, розуміння), так і практичну допомогу (рада, інформаційна підтримка). Дослідження підлітків у різних культурах показують, що наявність соціальної підтримки від батьків і однолітків зменшує ризик розвитку психічних розладів, таких як депресія і тривога [22].

3. Психологічна захищеність: Означає, що підліток відчуває себе вільним від психологічного насильства, маніпуляцій або булінгу. Важливою умовою є наявність атмосфери довіри та взаємоповаги в школі та інших соціальних середовищах. Психологічна захищеність забезпечується через недопущення психологічного насильства та булінгу, а також через активне просування цінностей взаємоповаги та емпатії серед учасників освітнього процесу [23].

4. Емоційний комфорт: Включає відчуття емоційного благополуччя, що формується через позитивні взаємини з однолітками та дорослими, можливість відкрито виражати свої почуття та емоції без страху бути осміяним чи осудженим. Емоційний комфорт сприяє зниженню рівня стресу та підвищенню самооцінки підлітків [5].

5. Структура та передбачуваність: Підлітки потребують чітких правил і норм поведінки, що забезпечують стабільність і передбачуваність їхнього оточення. Структуроване середовище з зрозумілими правилами та очікуваннями створює відчуття безпеки, оскільки підлітки знають, чого очікувати від дорослих і однолітків [6].

Різноманітні наукові дослідження досліджують, що саме створює відчуття безпеки у підлітків та як це впливає на їхній розвиток.

В дослідженні взаємозв'язку соціальної підтримки та психічного здоров'я підлітків Кеннет А. Додсон (2016) виявив, що підлітки, які мають сильну соціальну підтримку від батьків, друзів і вчителів, рідше стикаються з проблемами психічного здоров'я. Підлітки, які відчувають себе соціально

ізолюваними або не мають підтримки, мають вищий ризик розвитку депресії та тривожних розладів [29].

Маріус Р. Кох (2018) у своєму дослідженні підкреслює важливість фізичної безпеки в школах для забезпечення психічного здоров'я підлітків. Його дослідження показало, що школи, які впровадили комплексні програми фізичної безпеки, включаючи охорону та аналітичні системи, спостерігали значне зниження рівня тривоги та стресу серед своїх учнів [8].

У дослідженні Івонн С. Дженкінс (2020), було виявлено, що підлітки, які відчують емоційний комфорт у своїх шкільних колективах, менш схильні до ризикової поведінки, такої як вживання алкоголю або наркотиків. Емоційний комфорт, який виникає в результаті позитивної взаємодії з однолітками та вчителями, відіграє ключову роль у формуванні здорової самооцінки [9].

Підтримка з боку сім'ї, друзів і шкільного середовища відіграє ключову роль у формуванні адаптивних стратегій поведінки підлітків під час стресу. Підлітки, які відчують підтримку від своїх близьких, частіше використовують ефективні стратегії справляння зі стресом і менш схильні до депресії і тривоги [18]. Наприклад, Гельб (2015) виявив, що підлітки, які мають міцні соціальні зв'язки, демонструють більш високий рівень емоційної стабільності і менш схильні до ризикованої поведінки в стресових ситуаціях [19].

Психологічна безпека є не лише умовою для успішного навчання, але й запорукою збереження психічного здоров'я підлітків. Згідно з дослідженням Пола Т. Лафрансо (2019), у школах, де активно впроваджуються принципи психологічної безпеки, підлітки демонструють вищі рівні академічних досягнень, нижчий рівень булінгу та інші показники психологічного благополуччя [10].

Безпечне психологічне середовище є також фундаментом для розвитку життєстійкості у підлітків. Життєстійкість або резилієнтність—це здатність особистості ефективно адаптуватися до стресу, труднощів, травматичних подій або значних життєвих змін. Це комплексна якість, яка включає в себе

психологічні, емоційні та поведінкові ресурси, що дозволяють людині відновлюватися після негараздів і навіть зростати під їх впливом [1].

Увага до резиліентності як підходу до вивчення психічного здоров'я підлітків в умовах надзвичайних стресових ситуацій зростає на противагу традиційним моделям, що фокусуються на дефіцитах. Вперше концепцію резиліентності висвітлили у працях Гармезі (1988), Руттера (1985) та в лонгітюдних дослідженнях Вернера та Сміта (1982). Наразі поле вивчення резиліентності підлітків розширилося, щоб охопити дослідження стійкості підлітків у багатьох ризикованих ситуаціях (Luthar, 2005).

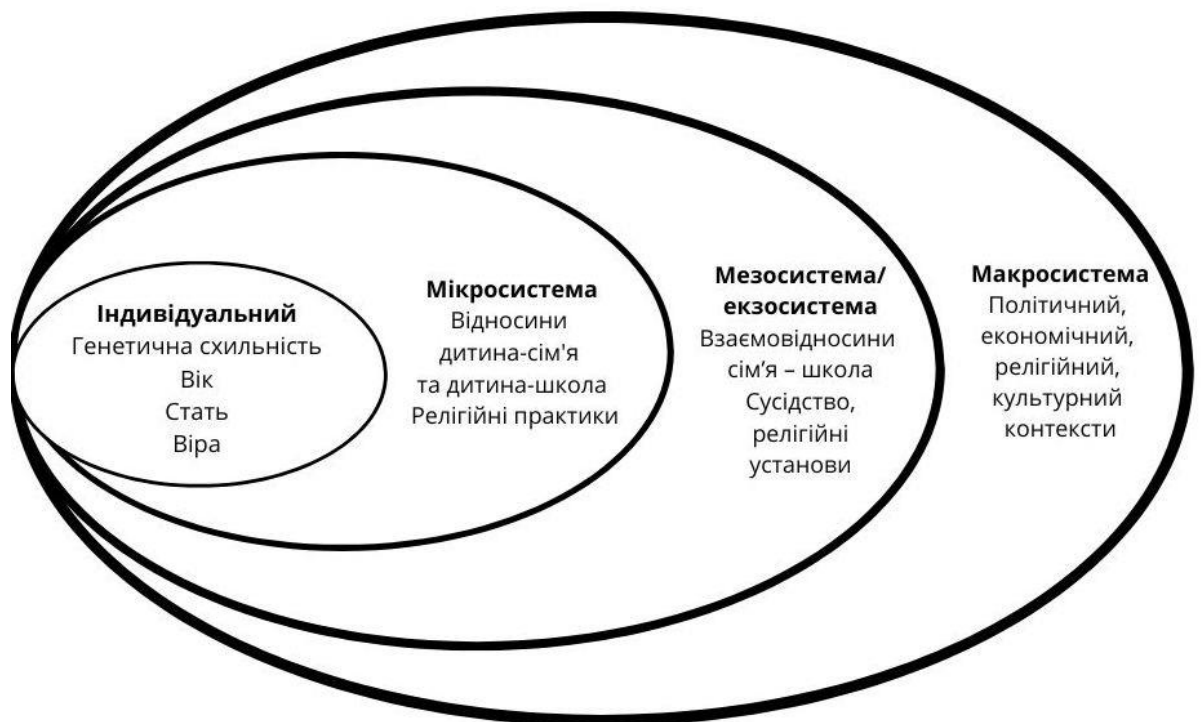
Хоча існують розбіжності щодо визначення поняття резиліентності, концепція резиліентності є корисною для обговорення захисних процесів у психічному здоров'ї підлітків, які постраждали від збройних конфліктів. Традиційно резиліентність розглядалася як індивідуальна риса чи унікальна якість (Block & Block, 1980), яка допомагає підлітку досягати бажаного емоційного та соціального функціонування, незважаючи на значні труднощі. У деяких описах підлітків, які постраждали від збройних конфліктів, резиліентність вважалася індивідуальною якістю «невразливих» підлітків, які досягали успіху, попри надзвичайно важкі обставини (Arfel & Simon, 1996).

Сучасні провідні науковці у сфері резиліентності застерігають від розгляду резиліентності лише як індивідуальної якості окремих підлітків. Натомість вони акцентують увагу на «резиліентних результатах» чи резиліентних траєкторіях у підлітків, які стикаються з труднощами (Luthar, 1993). Це розуміння резиліентності доповнює екологічний підхід, що був описаний вище. Захисні фактори та захисні процеси діють на всіх рівнях соціальної екології підлітка: від взаємодії з індивідуальними рисами до сім'ї та ширшого соціального оточення, культурного та історичного контексту.

Luthar та ін. (2000) підсумовують три групи факторів, які, як вважається, сприяють «розвитку резиліентності» у підлітків: атрибути самого підлітка, характеристики сім'ї та особливості ширшого соціального середовища. Усі ці фактори можуть бути інтегровані в соціально-екологічну модель ризиків і

захисту для підлітків, які постраждали від збройних конфліктів. Ця модель зображує резилієнтність як процес, що формується під впливом взаємодії ризиків і захисних факторів на різних рівнях соціальної екології підлітка.

Модель екологічних систем Урі Бронфенбреннера на мал. 1.1 показує, як різні рівні середовища (мікросистема, мезосистема тощо) впливають на розвиток особистості. Безпечне психологічне середовище на рівні сім'ї, школи та громади підтримує розвиток життєстійкості.



Мал.1.1 Соціально-екологічна модель ризику та захисту дітей, які постраждали від збройного конфлікту (адаптовано з Бронфенбреннера, 1979)

Іншою провідною теорією, яка пояснює, як формується внутрішнє відчуття психологічної безпеки, є теорія прихильності, розроблена Джоном Боулбі та Мері Ейнсворт [36]. Спочатку ця теорія була сфокусована на дослідженні взаємовідносин між матір'ю та дитиною, однак з часом її застосування було розширено на вивчення стосунків між дітьми та несімейними опікунами, зокрема в освітньому середовищі. У дослідженнях, проведених в контексті дошкільної освіти та догляду за дітьми, було виявлено,

що вчителі можуть виконувати роль значущих фігур прихильності, особливо для молодших дітей, системи прихильності яких активуються легше через їх обмежену здатність до саморегуляції [3].

З віком у дітей розвивається здатність до саморегуляції, що призводить до зменшення потреби у дорослих як джерелі безпеки. Підлітки все частіше звертаються до однолітків як до об'єктів прихильності, а зниження близькості у відносинах вчитель-дитина з віком було зафіксовано у ряді досліджень [4, 5].

Варто зазначити, що встановлення діадичних відносин між вчителем та дитиною вимагає часу, і ці відносини можуть стати значущими у середніх школах, де створені умови для побудови довіри та близькості між учнями та викладачами. Наприклад, дослідження Ван Райзіна [6] показало, що у школах, де впроваджені консультативні програми наставників, учні часто сприймають своїх вчителів як фігури прихильності. Більше того, ці відносини пов'язані з підвищенням рівня надії та академічних досягнень, особливо серед учнів, які не мають надійної прихильності у своїй родині.

У підлітковому віці функції відносин вчитель-дитина змінюються. Важливо не стільки саме відчуття прихильності, скільки те, яку функцію виконують ці відносини. Дослідження показують, що для старших учнів важливішою стає функція «безпечної бази», яка підтримує їх у нових видах діяльності та досягненні особистих цілей, тоді як функція «безпечного притулку» може втрачати свою актуальність [7].

Це має особливе значення у контексті формування ідентичності підлітків, яка є ключовим завданням розвитку в цьому віці. Тісні відносини з вчителями можуть стати важливим ресурсом для соціальної підтримки, однак для психосоціальної адаптації підлітків більш значущими є елементи, засновані на довірі, емоційній доступності та відсутності конфліктів, а не тільки соціальна підтримка як така [8].

Отже, хоч підлітки загалом можуть менше покладатися на вчителів як на безпечний притулок порівняно з молодшими дітьми, для вразливих учнів ці відносини можуть бути критично важливими. Це стосується особливо тих, хто

переживає стресові життєві події або має проблеми з психічним здоров'ям [9, 6]. В цілому, відносини вчитель-дитина, зокрема функція «безпечної бази», залишаються важливими у підлітковому віці для сприяння психосоціальному розвитку та адаптації учнів.

Культурні і соціальні умови також значною мірою впливають на спосіб переживання стресу підлітками. Маргарет Мід, досліджуючи розвиток підлітків у різних культурах, підкреслювала важливість соціального контексту в формуванні реакцій на стрес [10]. Її дослідження на острові Самоа показали, що в умовах гармонійної соціалізації та підтримки з боку громади підлітки можуть пройти цей період без значних криз, що ставить під сумнів біологічну зумовленість підліткових криз.

З іншого боку, у західних культурах, де індивідуалізм і конкурентність є значними факторами соціалізації, підлітки частіше стикаються з кризами і стресом. Це підкреслює важливість розуміння культурних відмінностей у підходах до виховання і соціалізації підлітків [11]. Дослідження Виготського також підтримують цю точку зору, підкреслюючи, що розвиток підлітка значною мірою залежить від соціальної ситуації розвитку і взаємодії з середовищем [12].

В освітньому середовищі, де педагоги та учні мають можливість вільно виражати свої думки і почуття без страху перед осудом чи критикою, створюється сприятлива атмосфера для розвитку творчості та інновацій. Психологічно безпечне середовище також сприяє кращій соціалізації підлітків, формуванню у них навичок співпраці та вирішення конфліктів [13].

Як безпечне психологічне середовище впливає на життєстійкість:

Розвиток навичок саморегуляції:

- У безпечному середовищі підлітки навчаються розуміти та керувати своїми емоціями.
- Вони отримують підтримку в розв'язанні проблем та конфліктів, що сприяє розвитку стресостійкості.

Формування позитивної самооцінки:

- Позитивні взаємини з оточуючими підвищують впевненість у власних силах.
- Підтримка та визнання досягнень підлітка сприяють розвитку мотивації та оптимізму.

Забезпечення соціальної підтримки:

- Безпечне психологічне середовище надає підліткам можливість звернутися за допомогою в разі потреби.
- Наявність надійних стосунків з дорослими та однолітками створює мережу підтримки, яка є критично важливою в стресових ситуаціях.

Сприяння розвитку адаптивних стратегій:

- У сприятливому середовищі підлітки навчаються ефективних способів подолання труднощів.
- Вони можуть експериментувати з різними підходами до вирішення проблем, отримуючи зворотний зв'язок та підтримку.

Таким чином, створення безпечного середовища для підлітків є комплексним завданням, що включає фізичну, соціальну, психологічну та емоційну складові. Важливо, щоб школи та освітні заклади впроваджували стратегії, спрямовані на забезпечення цих аспектів безпеки, такі як розвиток програм соціальної підтримки, створення структурованого та передбачуваного середовища, а також впровадження психологічної підтримки.

1.3 Принципи, стратегії та основні напрями психологічної підтримки підлітків у воєнний та повоєнний періоди.

Одним із ключових інструментів забезпечення безпеки в освітньому середовищі є психологічна підтримка. Важливу роль у цьому відіграють шкільні психологи та педагоги, які можуть надавати консультації, організовувати групи підтримки та проводити спеціалізовані програми, спрямовані на розвиток стресостійкості та соціальних навичок у підлітків.

Ефективна психологічна підтримка підлітків в умовах стресу повинна базуватися на розумінні специфічних потреб і викликів цього вікового

періоду. Підтримка повинна включати як індивідуальні, так і групові втручання, спрямовані на розвиток адаптивних стратегій справляння зі стресом, покращення емоційної регуляції та зміцнення соціальної підтримки [24].

Задача психолога, який працює з дитиною, – розпізнати і розуміти ці фактори при наданні психологічної підтримки дітям, які пережили травму. Особливо беручи до уваги індивідуальні потреби та обставини кожної дитини. Відомо, що різні фахівці, які працюють в сфері психічного здоров'я в консолідації, можуть разом визначити більш ефективні стратегії як профілактики, так і подолання негативних станів у дітей. Надання такої своєчасної та відповідної психологічної підтримки, як правило, дозволяє полегшити негативний вплив травматичних подій, а також закладає основи певної їх психологічної стійкості до подолання небажаних травмуючих чинників

Мається позитивний досвід таких підходів вітчизняними вченими, як В. Зливков (Зливков, 2016), З. Кісарчук (Кісарчук, 2015), С. Лукомська (Лукомська, 2016), Н. Оніщенко (Оніщенко, 2014) та О. Федан (Федан, 2016), які розкрили аспекти надання своєчасної психологічної допомоги, враховуючи індивідуально-психологічні особливості дітей, використовуючи комплекс психореабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення психоемоційного стану дитини після травматичної події. Зарубіжні науковці Б. Перрі (Perry, 2017), М. Клойтр (Cloitre, 2011) пропонують цілісні стратегії з профілактики та корекції травматичного впливу, які враховують широкий спектр як індивідуальних орієнтаційних підходів, так і групових.

При цьому особливу увагу звертають на взаємодію психолога з дитиною. Враховуючи актуальність зазначеної теми та наявність досить широкого кола дітей в Україні, які піддавалися психотравмуючим факторам військового стану, нами була поставлена мета статті: розкрити ключові етапи психологічної підтримки дітям, які перенесли травматичний досвід. Для досягнення поставленої мети ставились такі завдання: 1. Розкрити стан

психологічної сутності травматичного досвіду дитини. 2. Визначити оптимальні етапи комплексу психологічної підтримки дітям в подоланні небажаних психоемоційних станів. Відомо, що травматичний досвід – це подія або серія подій, які становлять загрозу фізичному або психологічному благополуччю дитини, що призводить до сильної емоційної реакції, яка може мати тривалий вплив на здатність індивіда справлятися і функціонувати (Діти та війна, 2014; Мюллер, 2014).

Зважаючи на думку В. Зливкова (Зливков, 2016), С. Лукомської (Лукомська, 2016) та О. Федан (Федан, 2016) про те, що суть травматичного досвіду дитини полягає не тільки в переживанні зовнішньої події, а й у суб'єктивній емоційно-пізнавальній інтерпретації цієї події, травматичні події порушують відчуття безпеки та захищеності дитини, що може призвести до відчуття безсилля, беспорядності та вразливості. Також у дитини в результаті травми можуть виробитися негативні переконання про себе, оточуючих, навколишній світ. Ці включає почуття провини, сорому і страху.

Сенс травматичного досвіду дитини тісно пов'язаний з специфікою вікового періоду розвитку дитини та індивідуально-психологічними особливостями. Травматичні події можуть порушити нормальну траєкторію розвитку дитини, змушуючи її відчувати труднощі з емоційною регуляцією, прихильністю, формуванням ідентичності. Також вони обертаються змінами світогляду дитини, приводять до труднощів з довірою і відносинами з оточуючими (Cloitre, 2011).

На думка вчених: І. Біла, З. Кісарчук, Г. Лазос, Л. Литвиненко, Я. Омельченко та Л. Царенко, важливо прийняти комплексний підхід до вирішення травматичних переживань дітей та підлітків. Такий підхід передбачає системне розуміння нормальних і симптоматичних процесів, які відбуваються у травмованих дітей, а також підбір комплексу методів, які будуть працювати екологічно і послідовно для вирішення деструктивних психоемоційних станів молодого клієнта, що виникають внаслідок значних

травмуючих факторів (Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях, 2015).

У контексті війни і збройних конфліктів особливо важливо забезпечити доступ до психологічної допомоги для підлітків, які постраждали від травматичних подій. Це може включати спеціалізовані програми реабілітації, спрямовані на роботу з травмою, такі як когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, групові терапевтичні сесії та інші втручання [27].

Ефективна психологічна підтримка для цієї вікової групи повинна ґрунтуватися на певних принципах, включати стратегії та визначати основні напрями дій.

1. Індивідуальний підхід і залученість. Як зазначає М. Крабб (2015), індивідуалізований підхід підвищує ефективність терапевтичного втручання [5].

2. Принцип неущкожденості (do no harm): Це базовий принцип, який означає, що всі дії повинні бути спрямовані на допомогу і не завдавати додаткової шкоди. Дослідження Р. Лейна (2016) підкреслює важливість цього принципу в контексті роботи з підлітками, які пережили травму [8].

3. Компетентність і культуральна чутливість: Ю. Король (2018) підкреслює важливість розуміння культурних аспектів у роботі з українськими підлітками [1].

Травмаінформований підхід в школах, який набуває популярності в Європі та США є ключовим елементом у наданні психологічної підтримки підліткам, які постраждали від воєнних дій. Цей підхід передбачає розуміння того, як травма впливає на емоційний, психологічний і поведінковий стан молоді. Важливо враховувати, що кожен підліток реагує на травму по-різному, і ці реакції можуть змінюватися залежно від соціального середовища, рівня підтримки та індивідуальних ресурсів. Основні принципи травмаінформованого підходу включають створення безпечного середовища, побудову довірливих відносин, підтримку автономії та прийняття рішень, а також культуру чутливості та співпраці між усіма учасниками процесу.

Травмаінформовані моделі зазвичай можна назвати «багаторівневими системами підтримки» або «багаторівневими системами профілактики» з шістьма основними визначальними характеристиками:

- (а) використання науково обґрунтованої практики при наданні підтримки учням,
- (б) багаторівнева організація підтримки зі зростаючою інтенсивністю,
- (в) використання заснованої на даних структури вирішення проблем для прийняття рішень про підтримку;
- (г) правила прийняття рішень для оцінки реакції учнів на підтримку та наступні модифікації,
- (д) вимірювання та підтримання вірності лікуванню
- (ф) раннє виявлення учнів, потребують підтримки [3].

Як поширеність і вплив травм і травматичного стресу стають дедалі більш усвідомленими (наприклад, Felitti та ін., 1998), прагнення шкіл забезпечити втручання та послуги з урахуванням травм стає дедалі актуальнішим [1].Цей попит частково обумовлений зростаючою кількістю фактичних даних, які демонструють позитивні результати втручань, спрямованих на зниження рівня травм серед учнів.

Важливим початковим кроком є встановлення змістовних знань про основні особливості травми та надання допомоги з урахуванням травм. Цей етап часто фокусується на інформації, що стосується поширеності та впливу травми на розвиток учнів та функціонування школи, а також на розвитку розуміння складності травматичного впливу. Травма часто асоціюється з термінами стрес, токсичний стрес, хронічний стрес та несприятливий стрес. Незалежно від конкретного терміна, характеристики травми залишаються подібними.

Концепція травми, запропонована SAMHSA (Управління з питань психічного здоров'я США), визначає травму як: "Індивідуальна травма виникає внаслідок події, серії подій або обставин, що сприймаються людиною як фізично чи емоційно шкідливі або небезпечні для життя, та які мають

тривалий несприятливий вплив на функціонування людини, її психічне, фізичне, соціальне, емоційне чи духовне благополуччя."

Визначальний фокус в напрямку травмаінформованого підходу зосереджений на індивідуумі та наслідках для людини в результаті набутого досвіду. Основна увага приділяється людині, враховуючи широкий спектр індивідуальних реакцій на потенційно травматичні події. Документ SAMHSA (2014) розширює це визначення, використовуючи три "Е" травми: подія, досвід та наслідки (event, experience, effect). По-перше, відбувається подія, яка може бути одиничною або повторюватися з плином часу і може включати реальну або надзвичайну загрозу заподіяння шкоди. Однак саме досвід цієї події визначає, чи є вона травматичною. Досвід індивідуальний і варіюється в широких межах залежно від культурних переконань, наявної соціальної підтримки та індивідуальних схильностей. Крім того, на переживання можуть впливати характеристики події, такі як передбачуваність, тривалість, наслідки та інтенсивність [1].

Основні принципи травмасфокусованого підходу описані у таблиці 1.

Табл. 1.1

Шість ключових принципів травмаінформованого підходу за SAMHSA

Принцип	Коротке визначення
Безпека	Сприяння відчуттю фізичної та психологічної безпеки в усій організації, включаючи розуміння того, як безпека визначається тими, хто отримує послуги.
Довіра та прозорість	Операції та рішення є прозорими, спрямованими на створення та підтримку довіри всередині організації та серед тих, хто отримує послуги.
Підтримка однолітків	Ключова підтримка в процесі відновлення від травми та зцілення включає осіб, які мають досвід переживання травматичних подій.

Співпраця та взаємність	Відносини між усіма сторонами (наприклад, персоналом і клієнтами) є колаборативними, зі спільним прийняттям рішень і розподілом влади.
Розширення можливостей, голос і вибір	Розуміння історії приглушення голосу та усунення диференціалів влади для підтримки вибору в процесі постановки цілей і розвитку навичок самозахисту.
Культурні, історичні та гендерні питання	Організація активно відкидає культурні стереотипи та упередження, працюючи над забезпеченням доступу до відповідних зв'язків, реагуючи на расові, етнічні та культурні потреби тих, хто отримує послуги.

Основи травмаінформованого підходу можна знайти у поглядах, запропонованих Джеральдом Капланом, який виступав за превентивні заходи, орієнтовані на населення, під час періоду після Другої світової війни. Каплан (1964) стверджував, що «кожна криза представляє як можливість для психологічного зростання, так і небезпеку психологічного погіршення» (с. 53). Таким чином, стратегії, пов'язані з визначенням кризи як можливості для психологічного зростання, повинні охоплювати континуум від профілактики до інтенсивного втручання і включати багатоплановий підхід, у якому кожна людина має доступ як до внутрішніх, так і до зовнішніх ресурсів, необхідних для зменшення стресорів і полегшення їх подолання під час стресу.

З огляду на ці міркування, очікувані результати травмаінформованого підходу можна визначити як чотири основні напрями:

- a) запобігання виникненню негативних подій і переживань,
- b) розвиток здатності до саморегуляції у особистості,
- c) допомога людям, які демонструють негативні наслідки, у поверненні до попереднього рівня функціонування,

d) уникнення повторної травматизації осіб, які зазнали негативних подій ([1]).

Ці результати узгоджуються з багаторівневою моделлю, у якій загальна мета є універсальною (перший рівень) і полягає в підтримці всіх учнів шляхом створення позитивного середовища (пункт а) і розвитку навичок (пункт б), визнаючи при цьому, що деякі учні (рівні 2 і 3) стикаються з викликами і потребують більш інтенсивної підтримки (пункти в і г). Подібно до SWPBIS (Система підтримки позитивної поведінки в школах), зусилля щодо впровадження цих результатів повинні зосереджуватися не лише на підтримці потреб учнів, але, можливо, ще важливіше — на підтримці поведінки дорослих, з головною метою забезпечення безпечного та підтримуючого середовища для всіх учнів. Розгляд впроваджувальних особливостей розширюється у багаторівневій моделі з огляду на практики, дані та системи.

Практики, пов'язані з травмаінформованим підходом до надання послуг, варіюються по всьому континууму від профілактики до втручання, однак структура, вбудована у всі практики, повинна базуватися на так званих чотирьох «R». Чотири «R» включають:

- Realization - усвідомлення травми та її наслідків,
- Recognition - розпізнавання ознак травми,
- Response - відповідь, яка відповідним чином враховує розуміння травми на різних рівнях надання послуг,
- Resist - запобігання практикам, які могли б ненавмисно повторно травмувати.



Мал.1.2 Багаторівнева структура підходу з урахуванням травм надання послуг на базі школи

Ці чотири «R» добре узгоджуються з багаторівневою моделлю надання послуг у школах (Мал.1.2). Усередині зеленого кола (яке представляє універсальний рівень для всіх учнів) шість принципів травмаінформованого підходу охоплюють всі практики, спрямовані на створення позитивного середовища та сприяння розвитку індивідуальних компетенцій кожного учня — це відповідає першому «R», тобто усвідомленню травми та її наслідків. Принципи продовжують охоплювати практики, зосереджені на розпізнаванні осіб, які знаходяться в зоні ризику (що представляє цільову групу або деяких учнів) або вже переживають наслідки травми (що представляє вибіркового або нечисленний контингент учнів). Це ідентифікація забезпечує можливість планування відповідних рівнів послуг (реакція) для зменшення потенційного впливу пережитих подій або усунення існуючих наслідків, а також включає як короткострокове, так і довгострокове прийняття рішень для запобігання повторній травматизації (опір).

Як зазначено раніше, чотири «R» добре пов'язані з багаторівневою моделлю надання послуг у школах, враховуючи визнання континууму від

найменш до найбільш інтенсивної підтримки, які визначаються через практики оцінки, що дозволяють проводити ранню ідентифікацію та постійний моніторинг.



Мал. 1.3 Багаторівнева система надання послуг, що відбиває практику, що враховує травми, у школах.

На Мал. 1.3 представлена багаторівнева структура надання послуг, яка демонструє травмаінформовані практики, що можуть застосовуватись універсально для всіх учнів на рівні 1-го рівня, цілеспрямовано для учнів групи ризику на 2-му рівні, і вибірково для тих небагатьох учнів, які мають найвищі потреби, на 3-му рівні. Як показано, практики згруповані у загальні категорії по рівнях, починаючи від тих, що застосовуються для всіх учнів (наприклад, стратегії для формування позитивних адаптивних навичок), і закінчуючи практиками, що спеціально адресовані різноманітним потребам учнів, які зазнали впливу травми (наприклад, психоосвіта через когнітивно-поведінкові терапії).

Для універсальних практик (1-й рівень), спрямованих на розвиток позитивних адаптивних навичок у всіх учнів, можна розглянути ряд стратегій для впровадження, включаючи (а) сприяння позитивному освітньому клімату і зменшення несприятливих середовищ, і (б) розвиток навичок вирішення

соціальних проблем і стратегії подолання, розроблених у рамках соціально-емоційних навчальних програм.

На 2-му рівні стратегії, які слід розглянути для учнів групи ризику, можуть включати психоосвіту з розпізнавання ознак травми та її впливу, а також цілеспрямоване зміцнення соціальних систем підтримки учнів і зміцнення навичок саморегуляції. Переходячи до більш інтенсивних практик на 3-му рівні, інтервенції, що використовують когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), загалом вважаються «золотим стандартом» доказових методів лікування стресу, пов'язаного з травмою. Метою КПТ є зміна думок і поведінки для полегшення негативних психологічних симптомів. Когнітивно-поведінкові інтервенції можуть бути особливо корисними для впровадження в школах, оскільки вони часто є обмеженими у часі, зосереджуються на навчанні навичкам, частково орієнтовані на поведінку і адаптовані для груп. Крім того, шкільні програми, що використовують методи КПТ, продемонстрували середні та великі ефекти у зменшенні симптомів ПТСР (Rolfesnes & Idsoe, 2011). Дивіться Таблицю 2 для огляду варіантів на основі КПТ.

Універсальний (Перший рівень). Стратегії для побудови позитивних адаптивних систем:

- Розуміння переваг позитивного клімату та зменшення негативного середовища
- Розвиток навичок соціального вирішення проблем і подолання стресу
- Сприяння формуванню мислення розвитку (growth mindset)
- Навчання загальним очікуванням поведінки

Цільовий (Другий рівень). Стратегії та втручання охоплюють:

- Психоосвіта щодо ознак травми та її впливу
- Посилення соціальних систем підтримки
- Зміцнення навичок саморегуляції

Вибірковий (Третій рівень). Психологічні втручання для усунення негативних наслідків і запобігання повторній травматизації:

- Когнітивно-поведінкова терапія

- Послуги, що надаються спільнотою
- Комплексна підтримка (wrap-around care)

Основні принципи (застосовуються на всіх рівнях):

- **Спротив (Resist):** Уникання практик, що можуть випадково призвести до повторної травматизації.
- **Реагування (Respond):** Адекватне реагування із застосуванням травмаінформованих стратегій.
- **Розпізнавання (Recognize):** Визнання ознак травми та її впливу.
- **Усвідомлення (Realize):** Усвідомлення поширеності травми та її наслідків.

Ключові елементи, необхідні для ефективного впровадження травмаінформованих підходів у масштабах всієї школи, включають навчання, коучинг та експертизу в галузі поведінки. Ці компоненти особливо важливі для моделей надання послуг з урахуванням травм, оскільки більшість викладачів і шкільних спеціалістів з психічного здоров'я не мають підготовки щодо роботи з травмами та підходами, що їх враховують.

Для запровадження універсальних (Рівень 1) підходів до роботи з травмами необхідні освітяни, які добре обізнані з травмами та їх впливом на розвиток і можуть застосовувати навички й стратегії, що запобігають, зменшують та полегшують їхній вплив на дітей. Без таких знань і підготовки школи не зможуть успішно прийняти та впровадити інноваційні практики, такі як травмаінформовані підходи.

Таким чином, важливим компонентом травмаінформованої школи є професійне навчання, яке гарантує, що весь шкільний персонал усвідомлює вплив травм, визнає необхідність травмаінформованого підходу і розвиває навички для створення середовища, яке реагує на потреби учнів, які зазнали травм. Показано, що цей тип професійного навчання, орієнтованого на травму, сприяє накопиченню знань, зміні ставлень і розвитку підходів, що враховують травми, коли воно проводиться для надавачів послуг у клінічних умовах. У школах учителі повідомляють про збільшення своїх знань щодо травм і

травмаінформованих практик, а також про краще розуміння того, як допомогти учням, які зазнали травми, після відповідного професійного розвитку (Dorado, Martinez, McArthur & Leibowitz, 2015).

Шкільний персонал може не розпізнати або не пов'язати стан дитини, її поведінку та симптоми з впливом травми. Наприклад, персонал школи може неправильно інтерпретувати поведінкові реакції, пов'язані з травмою, як опозиційну або провокативну поведінку, а неадекватні дисциплінарні стратегії можуть стати тригером для травмованих учнів, втрачаючи можливості для підтримки їх соціального, емоційного та академічного зростання. Крім того, здатність школи надавати більш інтенсивні втручання (рівні 2 і 3) потребує спеціалістів у галузі психічного здоров'я, які мають досвід надання таких послуг дітям, що зазнали травм.

Табл. 1.2.

Приклади когнітивно-поведінкових інтервенцій із фокусом на травмi

Інтервенція та джерело	Короткий опис (компоненти інтервенції, структура та проведення, цільова група)	Резюме доказової бази
Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-SBT)	<p>Опис: Структурована інтервенція для батьків та дітей, яка має на меті навчити молодь навичкам управління стресом, викликаним травматичними спогадами..</p> <p>Структура: Програма складається з 8–20 індивідуальних сесій з дитиною або опікуном, а також спільних сесій. Цільова група: Діти віком від 3 до 18 років.</p>	<p>Систематичний огляд TF-SBT для дітей та молоді підтримав його здатність знижувати симптоми ПТСР як відразу, так і через 12 місяців після завершення лікування. В Україні ця терапія адаптована та використовується для роботи з дітьми, які пережили травму.</p>

<p>Когнітивно-поведінкове втручання при травмі в школах (CBITS)</p>	<p>Опис: Шкільна групова та індивідуальна інтервенція, метою якої є: (1) зменшення симптомів, пов'язаних з травмою, (2) навчання та розвиток навичок управління стресом, пов'язаним з травмою, та (3) зміцнення підтримки з боку опікунів та однолітків. Структура: Програма складається з 10 групових сесій для дітей, 1–3 індивідуальних сесій для дітей, 2 групових освітніх сесій для батьків та 1 освітньої сесії для вчителів. Цільова група: Учні 5–12 класів.</p>	<p>Рандомізовані дослідження молоді, яка зазнала насильства, показали нижчі показники ПТСР, депресії та соціально-психологічного функціонування у програмі CBITS (Stein et al., 2003). В Україні розвиваються когнітивно-поведінкові інтервенції для дітей у школах під час війни з аналогічними підходами.</p>
<p>Інтервенція зі втрати та травми (GTI) для дітей</p>	<p>Опис: інтервенція поєднує техніки когнітивно-поведінкової терапії (CBT) та нарративної терапії для подолання симптомів травми та втрати у дітей. Цілі: (1) навчити про горе і травматичні реакції, (2) висловлювати думки та почуття, і (3) зменшити симптоми ПТСР, депресії та травматичного горя. Структура: 10 сесій і зустрічі з батьками; може проводитися у груповому або індивідуальному форматі. Цільова група: Діти віком від 7 до 12 років.</p>	<p>GTI зменшує симптоми ПТСР, депресії, травматичного горя та дистресу, зі стабільними результатами до 12 місяців (Salloum & Overstreet, 2008). В Україні проводяться програми психологічної допомоги дітям, що зазнали втрат або травми, включаючи елементи GTI, групову та індивідуальну терапію, арт-терапію та інші підходи.</p>

В умовах сьогодення, коли багато українських міст і селищ розташовані поблизу зони бойових дій, регулярні ракетні обстріли та загроза руйнувань є невід'ємною частиною життя мирного населення. Таким чином, використання другого (цільового) рівня травма інформованої допомоги потрібно постійно.

Модель тимчасової карти кризових ситуацій допомагає краще зрозуміти та систематизувати психологічну допомогу.

Фаза "До" охоплює період до виникнення критичної ситуації, коли відносна стабільність ще зберігається. В умовах українського контексту цей період передує першим обстрілам чи бойовим діям, і може мати передумови стресу, пов'язані з очікуваннями обстрілів. На цьому етапі важливо враховувати фактори, що впливають на стійкість до стресу, як-от підтримка родини, наявність безпечного місця та знання процедур безпеки.

Фаза "Під час" включає гострі стресові реакції, що виникають у відповідь на безпосередню загрозу, як-от ракетні обстріли або повідомлення про бомбінг. Сюди відносяться страх, паніка, інтенсивні емоційні регресії і фізіологічні зміни, як, наприклад, прискорене серцебиття і підвищення тиску. Під час таких подій активуються механізми симпатичної нервової системи як захисна реакція організму на загрозу, що готує його до боротьби або втечі. Якщо гостра стресова реакція не зникає протягом декількох днів, а тривога, безсоння і нав'язливі думки продовжують домінувати, можна говорити про розвиток гострого стресового розладу. Тривала дія таких стресорів, як постійні обстріли та загроза життю, може призвести до значних психологічних порушень, що впливають на загальну життєдіяльність.

Фаза "Після" характеризується можливим розвитком посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який виникає як тривала реакція на сильний стресовий вплив. Цей розлад включає постійні спогади про травматичні події, нічні кошмари, схильність уникати ситуацій або місць, що нагадують травматичний досвід, а також емоційну відчуженість і підвищену тривожність. За діагностичними критеріями ПТСР (DSM-5), цей розлад встановлюється, якщо симптоми зберігаються понад місяць після травмуючої події. В умовах

українського контексту війни ризик розвитку ПТСР значно підвищується через повторні та тривалі травматичні події, що вимагає комплексних заходів підтримки та психологічної допомоги.

Протокол психосоціальної підтримки передбачає, що протягом перших чотирьох тижнів здійснюється уважне спостереження за станом учнів без активних психологічних інтервенцій, якщо це не вкрай необхідно. Проводяться інтерв'ю, деф'юзинг, оцінка ризиків розвитку стресових розладів. Психо-едукативні заходи направлені на підтримку постраждалих і їх соціального оточення. Важливо сприяти поверненню до рутини та відновленню безперервності життєвого циклу.

Модель VIVO, розроблена доктором Моше Фархи, пропонує чотири ключові компоненти для допомоги дітям і підліткам у подоланні стресових ситуацій: спільність, ініціатива, запитання для роздумів та осмислення подій.

- V (Разом, обов'язок бути поруч). Важливо повернути відчуття, що "ми разом, ти не один".
- I (Ініціатива, заохочення ефективної діяльності). Спонукає дитину діяти самостійно, допомагати іншим, бути джерелом допомоги для інших.
- V (Питання, що спонукають до роздумів). Активація мислення, пояснення подій.
- O (Усвідомлення події). Дуже важливо розповідати про події хронологічно: до, під час і після травмуючого інциденту.

Психологічна допомога у школах повинна базуватися на цих методах і моделях, враховуючи специфічні умови та виклики, з якими стикаються українські підлітки в умовах війни та постійної загрози. Основними аспектами є забезпечення безпеки і довіри, підтримка адаптаційного процесу, розвиток емоційної стійкості та соціальних навичок, що сприяють успішному подоланню життєвих труднощів.

В Україні травмаінформований підхід до роботи з підлітками набуває все більшого значення в умовах війни. Впровадження цього підходу в системи

освіти, охорони здоров'я та соціальної допомоги дозволяє забезпечити більш комплексну та ефективну підтримку молоді, яка зазнала впливу війни. Наприклад, дослідження, проведене в рамках проєкту UNITY, підкреслює важливість інтеграції травмаінформованих підходів у роботу з підлітками, які пережили травму внаслідок конфлікту .

Важливою складовою травмаінформованого підходу є також використання культурних та соціальних ресурсів, які допомагають підліткам справлятися зі стресом. Це можуть бути програми, що включають елементи арт-терапії, музичної терапії, а також групи підтримки, які надають підліткам можливість висловлювати свої почуття та отримувати підтримку від однолітків і дорослих.

Психологічна підтримка підлітків у воєнний та повоєнний періоди повинна бути гнучкою та адаптивною, враховувати індивідуальні потреби та можливості кожного підлітка. Травмаінформовані підходи, які впроваджуються в Україні та інших країнах, що постраждали від війни, є важливим кроком на шляху до відновлення психічного здоров'я молоді та сприяння їхньому розвитку в складних умовах. Завдяки цим підходам підлітки можуть отримати необхідну підтримку, розвивати свої здібності до совладання зі стресом і відновлювати своє життя після травматичних подій.

Висновок до 1 розділу

Анатомо-фізіологічних і психологічних зміни, що відбуваються в організмі підлітка можуть посилювати стресову реакцію, особливо в умовах війни, коли підлітки стикаються з серйозними загрозами життю та здоров'ю, втратою близьких, розлукою з родиною, фізичною небезпекою і порушенням звичного укладу життя. Саме тому психологічна підтримка підлітків під час війни базується на комплексному аналізі емоційних і когнітивних потреб в умовах стресу та кризових ситуацій. Підлітковий вік є критичним періодом,

коли особистість проходить через значні трансформації, що робить її вразливою до зовнішніх негативних впливів, таких як війна.

Психологічна підтримка підлітків під час війни повинна забезпечувати фізичну та психологічну безпеку, підтримуюче соціальне середовище та культурно адаптовані підходи. Важливо враховувати індивідуальні реакції кожного підлітка на травму.

- Молодші підлітки (12–13 років): часто мають ПТСР, тривожність, соматичні скарги, проблеми зі сном, уникають соціальних контактів та втрачають інтерес до улюблених занять.
- Середні підлітки (14–15 років): схильні до депресії, почуття провини, конфліктів, ризикованої поведінки, мають труднощі з концентрацією.
- Старші підлітки (16–17 років): можуть демонструвати саморуйнівну поведінку, зловживати психоактивними речовинами, відчувати відчуження, втрату інтересу до майбутнього, проблеми зі сном та апетитом.

Травмаінформований підхід у школах є особливо важливим, враховуючи вплив війни на молодь. Цей підхід спрямований на створення безпечного середовища, побудову довірливих відносин, підтримку автономії та прийняття рішень. Використання багаторівневих систем підтримки, допомагає знизити рівень ПТСР, депресії та інших стресових симптомів.

РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ У ВОЄННИЙ ПЕРІОД

2.1 Організація та методи емпіричного дослідження психічного стану підлітків під час війни

У першому розділі магістерської роботи було визначено низку моделей, спрямованих на розуміння та аналіз психологічного стану підлітків в умовах війни. В рамках травма-інформованого підходу психологічна допомога на вибірковому рівні надається кваліфікованим психотерапевтом індивідуально за допомогою психотерапевтичних технік, тоді як на цільовому рівні у програмах психологічної підтримки можуть бути задіяні психологи навчальних закладів та соціальні працівники. В умовах високого стресового навантаження стає питання створення ефективної програми та пошуку факторів, які допомагають знизити прояви симптомів ПТСР у підлітків, визначити, яка соціальна підтримка найбільш ефективна для кожної вікової групи та що впливає на резилієнтність підлітків.

Для досягнення цих цілей було обрано три діагностичні інструменти:

- CPSS-8 (Шкала Впливу Подій) - адаптація Інституту психічного здоров'я УКУ (ІПЗ УКУ, 2017) – для моніторингу таких симптомів ПТСР, як повторне переживання травматичних подій (інтрузія) та поведінка уникнення спогадів про події;
- MSPSS (Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки), адаптовано доц. Мельник Ю. Б., доц. Стаднік А. В. - для оцінки ефективності втручань, спрямованих на посилення соціальної підтримки.
- CD-RISC-10 (Шкала резилієнтності Коннора-Девідсона), адаптація Кіреєва З.О., Односталко О.С., Бірон Б.В. (Кіреєва, Односталко, Бірон, 2020). Ця шкала вимірює резильєнтність як функцію п'яти взаємопов'язаних компонентів: особистісної компетентності; прийняття

змін та безпечних відносин; довіри / толерантності; контролю; духовних впливів.

Кожен із цих тестів був обраний з певною метою, що відповідає окресленим цілям дослідження:

Вибір цих трьох діагностичних інструментів забезпечує комплексний підхід до оцінки психологічного стану підлітків в умовах війни. Разом вони дозволяють:

- Виявити та кількісно оцінити негативні наслідки травматичних подій (через CPSS), що є основою для планування терапевтичних втручань.
- Оцінити ресурси соціальної підтримки (через MSPSS), які можуть бути залучені для підсилення психологічної стійкості та адаптації підлітків.
- Визначити рівень резиліентності (через CD-RISC-10), що дозволяє зрозуміти індивідуальні особливості підлітків у подоланні стресу та розробити персоналізовані стратегії підтримки.

Додатково, наукове значення цього дослідження полягає у внеску в розуміння психологічних наслідків війни для підлітків та визначенні ключових факторів, що впливають на їхню здатність до адаптації та відновлення. Дослідження сприяє поглибленню теоретичних знань про механізми розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у підлітків, роль соціальної підтримки та резиліентності в процесі подолання травматичного досвіду.

Перехресні фактори, що впливають на резиліентність, можуть бути виявлені через аналіз взаємозв'язків між симптомами ПТСР, рівнем сприйнятої соціальної підтримки та резиліентністю. Зокрема, дослідження може показати, що:

- Соціальна підтримка виступає як модератор між травматичним досвідом та рівнем резиліентності. Підлітки з високим рівнем сприйнятої соціальної підтримки можуть проявляти вищу резиліентність, незважаючи на інтенсивність пережитих травматичних подій.

- Індивідуальні особливості, такі як вік, стать, місцезнаходження можуть впливати на здатність підлітків адаптуватися та відновлюватися. Наприклад, старші підлітки можуть мати різний рівень резилієнтності порівняно з молодшими через розвиток когнітивних та емоційних навичок.

Для скринінгового опитування симптомів ПТСР було обрано опитувальник CRIES-8. Опитувальник дозволений власником авторським прав, фундацією «Діти і війна» для вільного використання фахівцями у сфері психічного здоров'я по всьому світові. Українська адаптація здійснена фахівцями Інституту психічного здоров'я Українського Католицького Університету, і так само, є дозволена для вільного безкоштовного використання.

Шкала Впливу Подій (Impact of Events Scale, IES) була розроблена у 1979 році для моніторингу таких симптомів ПТСР, як повторне переживання травматичних подій та поведінка уникнення спогадів про події та почуттів відносно них. Таким чином, оригінальна шкала містила 15 пунктів та дві субшкали: Інтрузії та Уникнення. Спочатку ця шкала (IES) спеціально не розроблялася для її використання з дітьми. Два незалежні великі дослідження з дітьми від 8 років (Dyregrov et al., 1996; Yule, 1992) показали, що багато пунктів цієї шкали неправильно розуміються дітьми. На основі результатів цих досліджень було створено скорочену версію – Шкалу Впливу Подій для Дітей, яка мала 8 пунктів.

Застосована версія шкали розроблена для дітей віком від 8 років, які уміють читати. Вона містить дві субшкали: Інтрузії та Уникнення. Участь в роботі над децентрованим адаптованим перекладом брали: д-р Денис Угрин, др. Роман Крегг (Королівський Коледж Лондону), д-р Віталій Климчук, д-р Вікторія Горбунова, Рна Кремінська (Інститут психічного здоров'я УКУ), Юлія Білошицька (Житомирський державний університет імені Івана Франка).

Результати субшкал «Інтрузія» і «Уникнення» з тесту Revised Child Impact of Events Scale (CRIES-8) використовуються для оцінки симптомів

посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей. Субшкала «Інтрузія» вимірює частоту мимовільного відтворення травматичного досвіду, такого як спалахи спогадів, нав'язливі думки і образи, пов'язані з травмою. Результати можуть бути інтерпретовані наступним чином: низький бал (0-4) свідчить про рідкі випадки повторюваних неприємних спогадів, середній бал (5-12) вказує на помірну частоту таких спогадів, а високий бал (13-20) вказує на часті нав'язливі думки та спогади.

Друга субшкала «Уникнення» вимірює ступінь, у якому дитина намагається уникати думок, почуттів і ситуацій, які нагадують про травматичну подію. Низький бал (0-4) вказує на те, що дитина рідко уникає таких ситуацій, середній бал (5-12) свідчить про помірний рівень уникнення, а високий бал (13-20) вказує на значне уникнення, що може бути ознакою ПТСР.

Загальна інтерпретація результатів обох субшкал полягає в тому, що бали вище 17 можуть свідчити про наявність симптомів ПТСР, які потребують уваги фахівця. Середні значення (12-16) можуть свідчити про ризик розвитку ПТСР, особливо якщо присутні симптоми на обох субшкалах. Низькі значення (менше 12) на обох субшкалах зазвичай означають низький ризик ПТСР.

Шкала соціальної підтримки (MSPSS)
Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) була розроблена у 1988 році Грегорі Зіметом та його командою. MSPSS складається з трьох субшкал, кожна з яких містить чотири пункти:

- Субшкала "Сім'я": оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку членів сім'ї.
- Субшкала "Друзі": оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку друзів.
- Субшкала "Близькі люди": оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку близьких людей.

Доведено, що MSPSS є надійним і валідним показником сприйняття соціальної підтримки. Він використовувався в різних дослідженнях,

включаючи дослідження психічного та фізичного здоров'я, подолання труднощів та соціальної підтримки. MSPSS також можна використовувати для оцінки ефективності втручань, спрямованих на посилення соціальної підтримки.

Шкала стресостійкості Коннора — Девідсона (CD-RISC-10) CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) була створена у 2003 році Кетрін Коннор та Джонатаном Девідсоном для вимірювання стресостійкості, тобто здатності людини адаптуватися до важких обставин. CD-RISC-10 - це опитувальник для самостійного заповнення пацієнтом, що включає 10 запитань, розроблених у вигляді шкали Лайкерта з п'ятьма варіантами відповідей (0 = ніколи; 4 = майже завжди). Загальний бал опитувальника становив суму відповідей, отриманих на кожен пункт (діапазон 0–40), а найвищі бали свідчили про найвищий рівень стійкості. Вона використовується для оцінки рівня стресостійкості у різних вікових групах, включаючи підлітків. У контексті війни в Україні ця шкала допомагає виміряти здатність підлітків відновлюватися після травматичних подій і справлятися з викликами, що виникають внаслідок конфлікту [3]. Україномовна версія Шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10) була адаптована, проведено її крос-культурну адаптацію та валідацію для подальшого використання в україномовній популяції у дослідженні Н.В. Школіна та ін. Україномовна версія шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10) має достатній рівень надійності та внутрішньої узгодженості, що дозволяє використовувати її з науковою метою та у клінічній практиці.

Взаємозв'язок факторів: війна створює екстремальні стресові умови, які значно впливають на психічний стан підлітків. Дослідження показують, що військові конфлікти можуть призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожності, депресивних станів та інших емоційних порушень. Зокрема, дослідження, проведене українськими вченими під керівництвом Ірини Пінчук, продемонструвало високі показники порушень ментального здоров'я серед підлітків, які зазнали впливу військових

дій. Воно вказує на важливість вивчення взаємозв'язку між ПТСР, рівнем стресостійкості та соціальною підтримкою [4]

Сучасні моделі психічного здоров'я базуються на поєднанні ризикових факторів (симптоми ПТСР) та захисних (стресостійкість та соціальна підтримка). Як зазначається у методичних рекомендаціях від Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, соціальна підтримка є ключовим фактором, який знижує ризик розвитку психічних розладів у підлітків під час війни.

Українські дослідження, зокрема ті, що проводяться на базі Ужгородського національного університету, підкреслюють наявність травматичних психологічних реакцій у підлітків. Наприклад, було виявлено, що тривала експозиція до стресу війни викликає підвищені показники уникання та інтрузії у дітей, що свідчить про травматизацію їх психіки [2]

Аналогічно, міжнародні дослідження також підтверджують важливість соціальної підтримки. Як зазначено у дослідженні, проведеному серед українських підлітків у період війни, використання стандартних інструментів, таких як шкала CD-RISC, дозволяє порівняти результати з іншими регіонами, що перебувають у подібних умовах [5]

Поєднання кількох інструментів, таких як CRIES-8 (для оцінки симптомів ПТСР), MSPSS (для вимірювання соціальної підтримки) та CD-RISC-10 (для оцінки стресостійкості), дозволяє отримати комплексне уявлення про психічний стан підлітків та стану їх соціальної підтримки. Це допомагає краще зрозуміти не лише наявність проблем, але й оцінити потенціал для відновлення [2]

Використання опитувальників CRIES-8, MSPSS та CD-RISC-10 у контексті війни в Україні дозволяє своєчасно ідентифікувати підлітків, які знаходяться в групі ризику розвитку ПТСР та інших психічних розладів. Це може допомогти забезпечити необхідну підтримку і втручання на ранніх стадіях

Дослідження проводилось у харківському ліцеї №100 у травні 2024 року. В дослідженні прийняли участь 88 респондентів. Гендерний склад опитування майже рівномірний. Учасники жіночої статі складають 44 особи, а чоловічої — 42 особи. Також є 2 учасники, які ідентифікують себе як інші гендери. Така рівномірність у розподілі за статтю вказує на те, що вибірка є репрезентативною, до неї залучені представники обох статей.

Учасники опитування представляють вікову групу від 12 до 18 років. Найбільша кількість учасників знаходиться у віковому діапазоні від 12 до 16 років. Це відповідає типовому віку для школярів середньої та старшої школи. Молодші учасники (12-13 років) також представлені, але їх значно менше, що може вказувати на особливу зацікавленість старших підлітків у даному опитуванні або темі.

Найбільша кількість респондентів — 60 осіб — залишаються в Харкові, що вказує на те, що незважаючи на складну ситуацію, багато підлітків продовжують залишатися у своєму рідному місті. 14 учасників повідомили, що переїхали до інших міст України, що може бути результатом внутрішньої міграції через війну. 13 осіб перебувають за кордоном. Це дає загальне уявлення про географічну розпорошеність підлітків внаслідок війни.

У процесі дослідження анкетування проводилось за допомогою онлайн-інструменту Google Forms. Для участі респондентам було запропоновано заповнити анкети, які містили три ключові опитувальники: CRIES-8 (для оцінки рівня посттравматичного стресу), MSPSS (для вимірювання рівня соціальної підтримки) та CD-RISC-10 (для визначення стресостійкості). Анкети були доступні для заповнення протягом одного тижня, після чого дані було зібрано для подальшого аналізу. Важливо зазначити, що збір даних відбувався в період інтенсивних обстрілів, що могло вплинути на емоційний стан учасників та відповідні результати дослідження. Це створювало особливі умови для дослідження психічного стану підлітків, які перебували під впливом бойових дій.

Під час проведення дослідження було дотримано всіх етичних норм. Усі учасники брали участь на добровільній основі, що підтверджувалось їхньою попередньою згодою перед початком анкетування. Було забезпечено анонімність відповідей, щоб захистити приватність учасників.

2.2 Результати емпіричного дослідження

У цьому розділі представлено результати емпіричного дослідження, яке було проведене для оцінки психічного стану підлітків, що знаходяться в умовах війни. Основна мета дослідження полягала у вивченні рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР), соціальної підтримки, наявної у школярів, стресостійкості підлітків та виявленні взаємозв'язку між зазначеними критеріями.

Спираючись на вікову періодизацію за А.Є Личко (Сергеєнкова, Столярчук, Коханова, Пасека, 2012), ми виокремили три групи підліткового віку: молодший підлітковий вік (12-13 років), середній підлітковий вік (14-15 років) та старший підлітковий вік (16-17 років).

Результати дослідження підкреслюють важливість віку, статі та місця проживання у впливі на психологічні реакції підлітків на травматичні події.

Оцінка за шкалою CRIES-8 (ПТСР)

Субшкали «Інтрюзія» та «Уникнення» тесту CRIES-8 використовувалися для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Відповіді розподілялися наступним чином:

Результати за віковими групами:

1. Молодші підлітки (12-13 років):

- **Інтрюзія:** 4.93
- **Уникнення:** 12.29

У молодших підлітків спостерігаються помірні рівні нав'язливих думок і значне уникнення, що може свідчити про підвищену емоційну реактивність.

2. Середні підлітки (14-15 років):

- **Інтрюзія:** 4.94

- **Уникнення:** 11.00

У середніх підлітків рівень нав'язливих думок аналогічний молодшим підліткам, але рівень уникнення дещо нижчий.

3. Старші підлітки (16-17 років):

- **Інтрюзія:** 4.35
- **Уникнення:** 8.88

Старші підлітки показують найнижчі рівні як інтрузивних симптомів, так і уникнення, що може свідчити про більшу зрілість і стресостійкість.

Молодші підлітки мають найбільш виражені показники уникнення, що свідчить про більшу схильність до емоційного відсторонення від травматичного досвіду. Середні підлітки показують аналогічні рівні інтрузивних симптомів, але їхня схильність до уникнення трохи нижча. Старші підлітки демонструють нижчі показники, що може вказувати на кращу здатність до управління емоційними реакціями.

Гендерний аналіз:

1. Дівчата:

- **Інтрюзія:** 5.59
- **Уникнення:** 11.34

У дівчат спостерігаються помірні рівні як інтрузивних симптомів, так і уникнення.

2. Хлопці:

- **Інтрюзія:** 3.76
- **Уникнення:** 8.98

Хлопці показують нижчі рівні як інтрузивних симптомів, так і уникнення, що може свідчити про меншу емоційну реакцію на травматичні події.

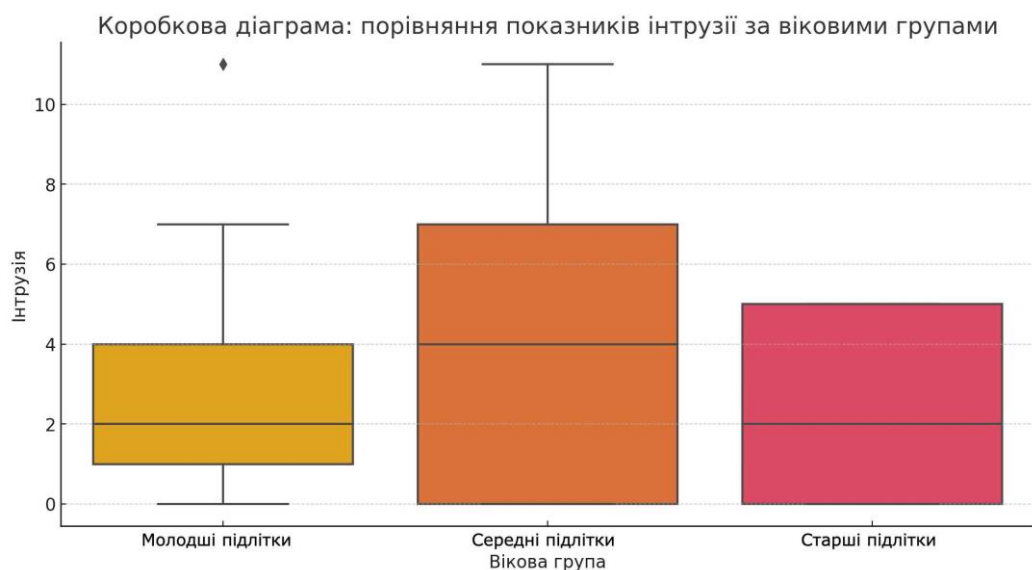
Молодші підлітки (12-13 років) демонструють різні рівні інтрузії та уникнення залежно від місцезнаходження. У Харкові та інших місцях інтрюзія варіюється від 0 до 11, а уникнення — від 0 до 10.4. Особливо помітно, що дівчата за межами України мають вищі показники уникнення (6), ніж хлопці (5.5). Це свідчить про те, що молодші дівчата, які опинилися за кордоном,

можуть бути більш схильними уникати травматичних спогадів порівняно з хлопцями в аналогічних умовах.

Середні підлітки (14-15 років), які залишилися в Харкові, показують найвищі рівні інтрузії (до 18) та уникнення (до 16). Дівчата, які залишилися в Україні або переїхали в інші міста, мають помірні показники інтрузії (6.5–8.35) та уникнення (5.16–8.71), що вказує на дещо вищу емоційну реакцію на травматичні події. Хлопці в Харкові демонструють дещо нижчі показники інтрузії та уникнення порівняно з дівчатами, що може вказувати на інші стратегії психологічного реагування в цій віковій групі.

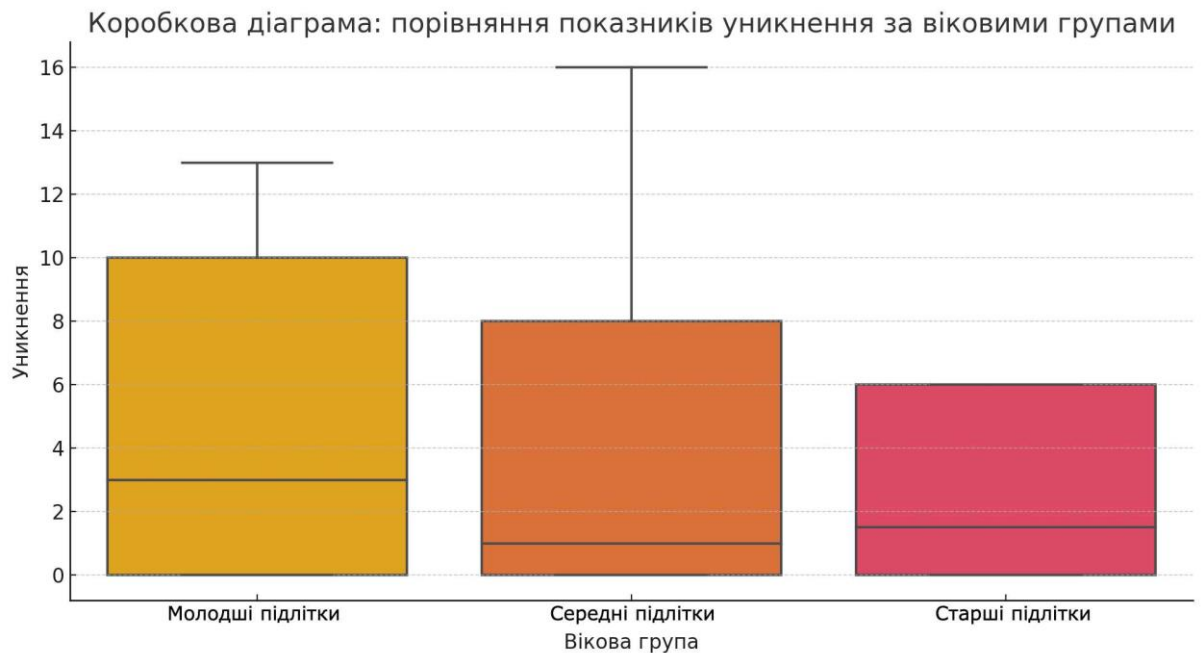
Старші підлітки (16-17 років), які проживають в Харкові, також демонструють високі рівні інтрузії (до 12.3) та уникнення (до 14). Дівчата у цій групі мають тенденцію до вищих показників інтрузії та уникнення порівняно з хлопцями, що може свідчити про більш виражену емоційну реакцію та спроби уникнення болючих спогадів серед дівчат старшого віку.

Кореляція між статтю і рівнем уникнення становить приблизно 0.13. Це свідчить про дуже слабкий позитивний зв'язок між статтю (жіноча) та уникненням, що означає, що дівчата можуть проявляти трохи вищий рівень уникнення у порівнянні з хлопцями, але цей зв'язок не є статистично значущим.



Мал. 2.1 Діаграма порівняння показників інтрузії за віковими групами

На мал.2.1 зображена коробкова діаграма, яка показує, що рівень інтрузії (нав'язливі спогади) варіюється між віковими групами. Всі три групи (молодші, середні та старші підлітки) мають подібні медіани, проте середні підлітки демонструють дещо ширший діапазон розподілу значень інтрузії.



Мал 2.2 Діаграма порівняння показників уникнення за віковими групами

На мал.2.3 діаграма показує, що рівень уникнення (спроби уникати нагадувань про травматичні події) також знижується з віком. Старші підлітки менш застосовують уникнення для того, щоб впоратися з травматичним стресом.

Кореляція між статтю і рівнем уникнення становить приблизно 0.13, що свідчить про дуже слабкий позитивний зв'язок між статтю (жіноча) та уникненням, тобто дівчата можуть проявляти трохи вищий рівень уникнення порівняно з хлопцями, проте цей зв'язок не є значущим. Водночас результати лінійної регресії показують, що зі збільшенням віку на один рік рівень інтрузії зростає на 0.37 одиниць, що вказує на слабкий позитивний зв'язок між віком і інтрузією. Стать також впливає на інтрузію: дівчата мають вищий рівень

інтрузії порівняно з хлопцями на 1.14 одиниць. Крім того, чим вищий рівень уникнення, тим вищий рівень інтрузії (коефіцієнт 0.73), що свідчить про помірний зв'язок між цими факторами. Місцезнаходження має слабкий позитивний вплив на рівень інтрузії (коефіцієнт 0.17).

Дані свідчать, що більшість учасників не досягають порогових значень у 17 балів за шкалами Інтрузії та Уникнення, які зазвичай використовуються для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це означає, що, хоча деякі підлітки можуть демонструвати певний рівень симптомів ПТСР, для більшості респондентів ці симптоми не є достатньо вираженими, щоб вказувати на діагноз ПТСР.

У групі молодших підлітків, які перебувають за межами України, спостерігаються трохи вищі середні значення за шкалами Інтрузії (10.5) та Уникнення (10.0), хоча ці значення все ще нижчі за порогові. Цей факт може вказувати на те, що молодші підлітки, які змушені були залишити країну через військові дії, переживають більш інтенсивні стресові реакції. Це може бути пов'язано як із травматичними переживаннями під час війни, так і з труднощами адаптації до нових умов життя.

Старші підлітки показують нижчі рівні за обома шкалами, що свідчить про їхню здатність краще справлятися зі стресовими ситуаціями або про менший вплив травматичних подій на цю вікову групу. Це може бути результатом кращих механізмів адаптації або здатності швидше справлятися з наслідками стресу.

Аналіз рівня соціальної підтримки (MSPSS) за статтю показав наступні результати:

Жіноча стаття: Середній рівень соціальної підтримки становить 69.02 бала, і участь у дослідженні взяли 44 дівчини.

Чоловіча стаття: Середній рівень соціальної підтримки серед хлопців складає 65.45 бала, при кількості респондентів 42.

Інша стаття: Середній рівень підтримки становить 48 балів, але респондентів лише 2.

Ці результати показують, що дівчата в середньому повідомляють про вищий рівень соціальної підтримки, ніж хлопці.

Аналіз рівня соціальної підтримки (MSPSS) за місцезнаходженням показав такі результати:

- **За межами України:** Середній рівень соціальної підтримки становить 63.31 бала, і участь у дослідженні взяли 13 осіб.
- **Переїхав(ла) в інше місто України:** Середній рівень підтримки — 64.00 бала, при кількості респондентів 14.
- **У Харкові та Харківській області:** Середній рівень соціальної підтримки серед учасників, які залишилися в Харкові, становить 69 бала, і взяли участь 61 особа.

Аналіз соціальної підтримки серед підлітків за трьома групами місцезнаходження ("Залишилися в Україні", "Переїхали в інше місто України", "Виїхали за межі України") з урахуванням віку та статі виявив кілька важливих тенденцій.

На основі результатів аналізу соціальної підтримки (MSPSS) за місцезнаходженням, можна зробити декілька важливих висновків:

Вплив місцезнаходження на рівень соціальної підтримки:

- Учасники, які залишилися в Харкові та Харківській області, демонструють найвищий рівень соціальної підтримки (69 балів в Харкові та Харківській області). Це може бути пов'язано з тим, що ці підлітки продовжують отримувати підтримку від свого постійного оточення (сім'ї, друзів та значущих інших), що сприяє збереженню їх соціальних зв'язків.
- Учасники, які переїхали до інших міст України або за межі України, демонструють нижчий рівень соціальної підтримки (64.00 та 63.31 бала відповідно). Це може свідчити про те, що вимушене переселення призводить до ослаблення соціальних зв'язків, особливо якщо підлітки опинилися в новому середовищі, де їхня підтримка обмежена.

Наслідки для психологічної адаптації:

- Вищий рівень соціальної підтримки серед підлітків у Харкові та області може свідчити про їхні кращі можливості для адаптації до стресових подій, пов'язаних з війною. Це підтверджує важливість соціальних зв'язків у забезпеченні психологічної стійкості підлітків у кризових ситуаціях.
- Нижчий рівень підтримки серед тих, хто виїхав з України або переїхав до інших міст може вказувати на необхідність створення додаткових механізмів підтримки для цих підлітків. Вимушене переселення та втрати соціальних зв'язків можуть призводити до зниження відчуття безпеки та підтримки, що, в свою чергу, може посилювати стрес і негативно впливати на психічне здоров'я.

Вплив віку та статі. Молодші підлітки (10-13 років) загалом демонструють вищий рівень підтримки з боку родини та близьких людей, особливо у випадках переміщення або виїзду за кордон. Середні та старші підлітки (14-17 років) можуть мати дещо нижчий рівень підтримки, особливо в контексті соціальних зв'язків з друзями. Дівчата в усіх трьох групах показують вищі показники підтримки як від сім'ї, так і від друзів та близьких людей, тоді як хлопці мають нижчі показники, особливо стосовно підтримки друзів.

Таким чином, підтримка сім'ї є ключовою для всіх груп, але вона найбільш виражена серед тих, хто виїхав за кордон. Підтримка друзів є важливою для тих, хто залишився в Україні, тоді як для тих, хто переїхав, соціальні зв'язки можуть бути порушені. Підтримка близьких людей найбільш відчутна в групі, яка виїхала за межі України, що підкреслює важливість емоційних зв'язків між членами сім'ї під час адаптації до нових умов. Цей аналіз демонструє, що місцезнаходження, вік і стать мають значний вплив на рівень соціальної підтримки, яку отримують підлітки в різних умовах.

Аналіз стресостійкості серед підлітків, проведений на основі шкали стресостійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC-10), дозволяє оцінити рівень

стресостійкості за віковими, статевими групами та залежно від місця перебування.

1. Молодші підлітки (10-13 років)

Дівчата, що виїхали за кордон, мають високий рівень стресостійкості з середнім показником 32 (діапазон розподілу: 30-34). Це свідчить про їх здатність адаптуватися до нових умов.

Хлопці, які залишилися в Харкові, мають нижчий рівень стресостійкості — середній показник 25 (діапазон розподілу: 23-27). Це може бути пов'язано з впливом конфліктної ситуації.

Місцезнаходження:

- Ті, хто виїхав за кордон, мають вищий рівень стресостійкості (діапазон: 30-34), тоді як підлітки, які залишилися в Україні, показують нижчі показники (діапазон: 22-27).

2. Середні підлітки (14-16 років)

Дівчата в цій групі мають середній рівень стресостійкості — 20 (діапазон: 18-22). Їх показники знижуються порівняно з молодшими підлітками через соціальні та емоційні виклики.

Хлопці мають також середній рівень стресостійкості — 18 (діапазон: 16-20), з нижчими показниками у тих, хто залишається в зоні конфлікту.

Місцезнаходження:

Ті, хто залишився в Україні або переїхав в інші міста, показують рівень стресостійкості в межах 15-20 балів.

Підлітки, які виїхали за кордон, мають вищий рівень стійкості — 22-25 балів.

3. Старші підлітки (17-19 років)

Дівчата в цій групі показують трохи вищий рівень стресостійкості — 28 балів (діапазон: 26-30), що свідчить про їхню здатність краще пристосовуватися до труднощів.

Хлопці мають середній рівень стресостійкості — 26 балів (діапазон: 24-28), що нижче у тих, хто залишився в Україні.

Місцезнаходження:

Старші підлітки, які виїхали за кордон, показують вищі показники стресостійкості (28-32), що свідчить про зменшення стресових факторів.

Підлітки, які залишилися в Україні або переїхали в інше місто, показують середні та нижчі показники стійкості (24-27 балів).

Загальні висновки:

Вік: Молодші підлітки демонструють вищий рівень стресостійкості (діапазон: 25-34), тоді як старші підлітки мають середній рівень (24-30), з ознаками зростаючої емоційної напруги.

Стать: Дівчата в цілому демонструють вищі показники стресостійкості, особливо ті, хто виїхав за кордон (26-34). Хлопці показують нижчі рівні, особливо ті, хто залишається в Україні (24-28).

Місцезнаходження: Підлітки, які виїхали за кордон, демонструють вищі показники стійкості (28-34), а ті, хто залишився в Україні або переїхав в інші міста, мають нижчі (24-27).

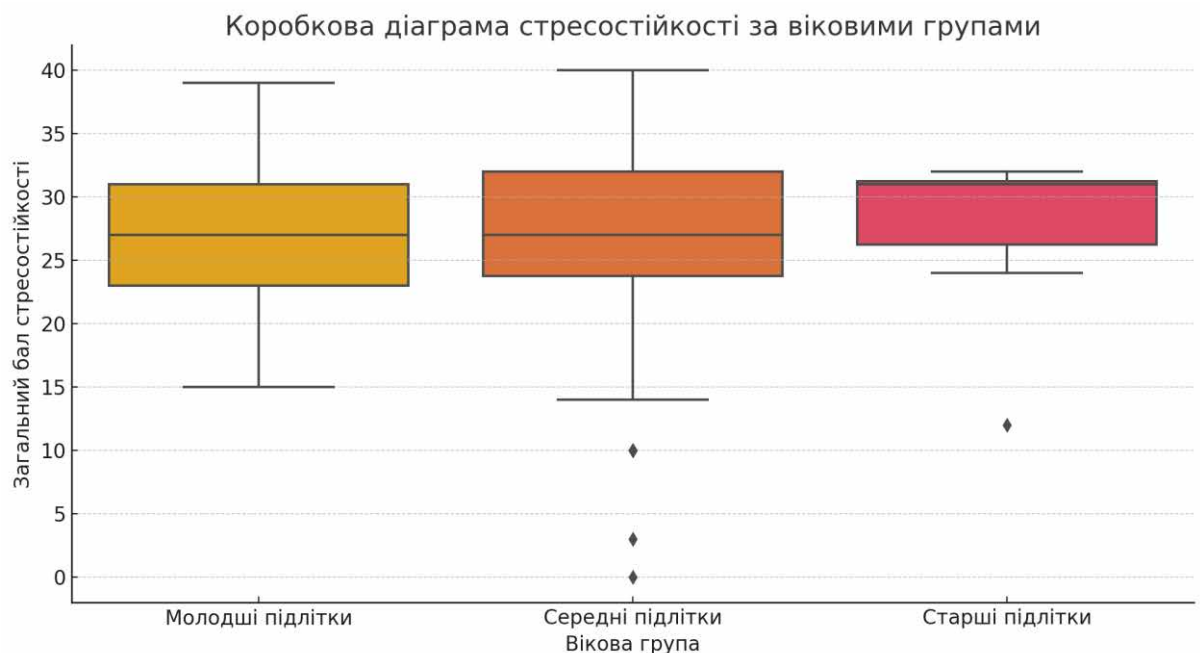
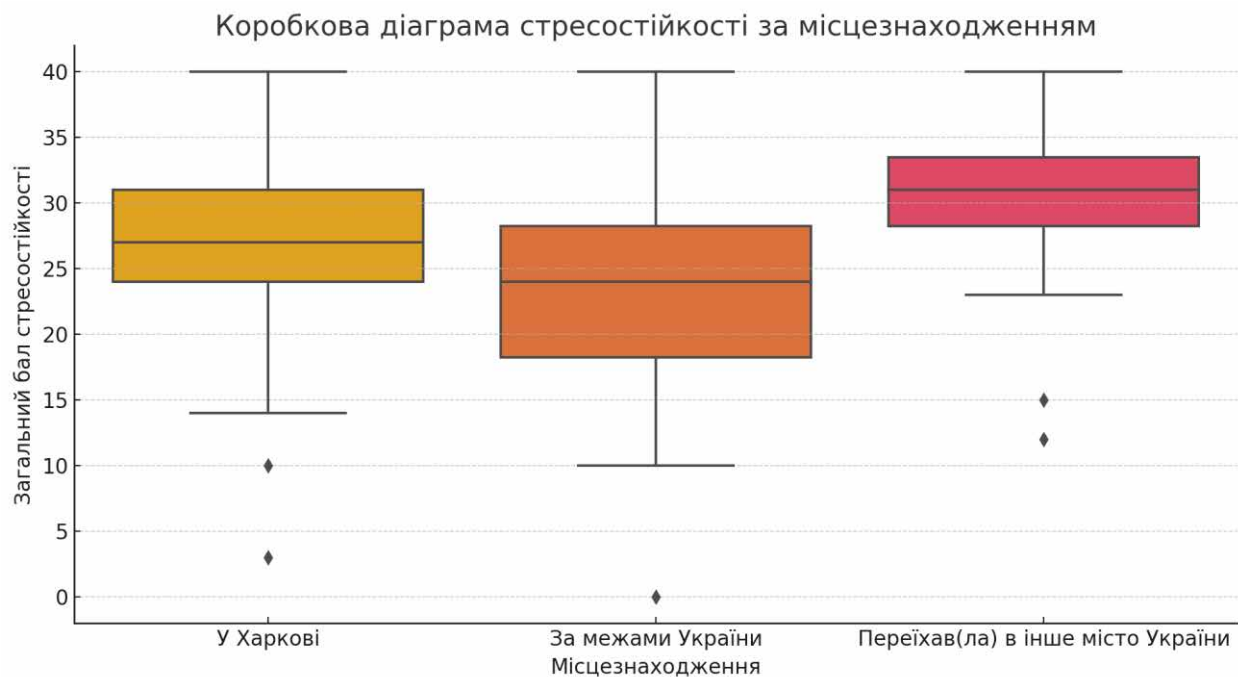


Рис 2.3 Діаграма стресостійкості за віковими групами

Коробкова діаграма стресостійкості, зображена на мал.2.3 показує, що рівні стресостійкості серед молодших, середніх і старших підлітків є подібними, без значних відмінностей у медіанних значеннях. Розподіл значень стресостійкості в кожній віковій групі доволі рівномірний, хоча середні й молодші підлітки демонструють дещо більшу варіативність.



Мал.2.4 Діаграма стресостійкості за місцезнаходженням

Результати регресійного аналізу впливу соціальної підтримки на рівень стресостійкості (за шкалою CD-RISC-10) показують кілька важливих закономірностей.

Сім'я: Коефіцієнт 0.21 свідчить про позитивний вплив підтримки від сім'ї на стресостійкість. Це означає, що збільшення сімейної підтримки на одну одиницю підвищує рівень стресостійкості на 0.21 одиниці. Підтримка сім'ї відіграє ключову роль у збереженні та підвищенні емоційної стійкості підлітків.

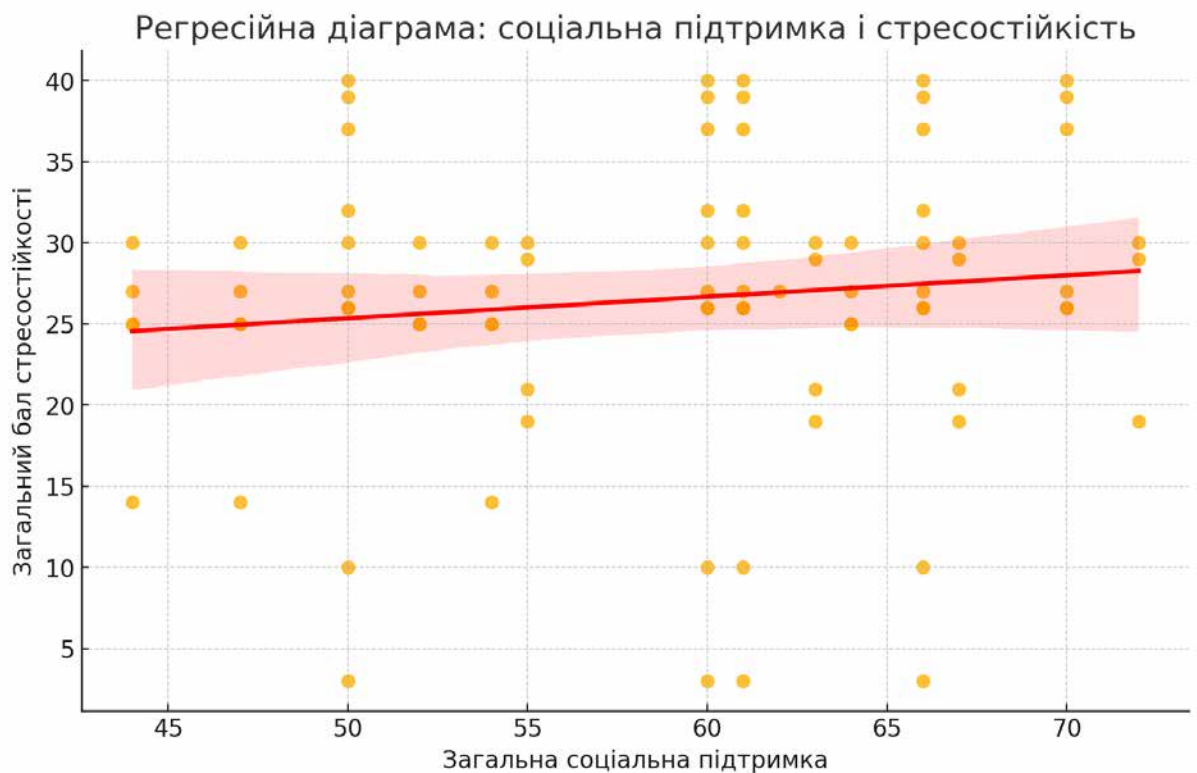
Друзі: Коефіцієнт 0.09 вказує на незначний, але позитивний вплив підтримки друзів на стресостійкість. Хоча цей вплив є менш вираженим, ніж

підтримка сім'ї, все ж підвищення підтримки друзів має позитивний ефект на здатність підлітків справлятися зі стресом.

Близькі люди: Коефіцієнт -0.03 свідчить про слабкий негативний зв'язок між підтримкою від близьких людей і стресостійкістю. Цей вплив є мінімальним і, ймовірно, не є статистично значущим, що свідчить про те, що підтримка від близьких людей не відіграє істотної ролі у підвищенні стресостійкості.

Інтерцепт: Значення 21.74 показує базовий рівень стресостійкості у підлітків за відсутності будь-якої соціальної підтримки. Це вказує на те, що певний рівень стресостійкості існує навіть без впливу підтримки від сім'ї, друзів або близьких людей.

Отже, можна зробити висновок, що сімейна підтримка має найбільший вплив на стресостійкість, але загалом усі види підтримки мають лише слабкий вплив. Це може означати, що інші фактори також суттєво впливають на стресостійкість підлітків.



Мал.2.4 Взаємозв'язок соціальної підтримки та стресостійкості

На мал. 2.4 показано, що є позитивна кореляція між загальною соціальною підтримкою та стресостійкістю.

Аналіз показує слабкий позитивний зв'язок між стресостійкістю та рівнями інтрузії та уникнення, що є показниками травматичних подій. Кореляція між інтрузією (проявами нав'язливих спогадів) і стресостійкістю становить 0.03, що свідчить про майже відсутній вплив цього фактора на рівень стресостійкості. Кореляція між уникненням (спробами уникати нагадувань про травму) і стресостійкістю дещо вища, але все ще слабка — 0.06. Це вказує на незначний зв'язок між цими факторами.

Загалом, травматичні події (вимірювані через інтрузію та уникнення) мають мінімальний вплив на рівень стресостійкості, що може свідчити про складнішу взаємодію інших факторів, таких як особистісні риси, підтримка та навички адаптації.

Коефіцієнти Кронбаха (α) для кожної шкали вказують на високу надійність інструментів. Шкала CRIES-8 (інтрузія та уникнення) має $\alpha = 0.86$, що підтверджує її надійність для вимірювання посттравматичних симптомів. Шкала MSPSS (сім'я, друзі, близькі люди) з $\alpha = 0.89$ демонструє високу надійність для оцінки соціальної підтримки. Шкала CD-RISC-10 (стресостійкість) із $\alpha = 0.88$ свідчить про високу внутрішню консистентність, підтверджуючи її надійність для вимірювання стресостійкості.

Cohen's d для порівняння стресостійкості між підлітками, які залишилися в Харкові, та тими, хто виїхав за межі України, становить 0.46. Це свідчить про середній ефект, що вказує на помітну різницю в стресостійкості між цими двома групами. Ті, хто виїхав за межі України, можуть демонструвати дещо вищу стресостійкість у порівнянні з тими, хто залишився в Україні, зокрема в Харкові.

Результати медіаційного аналізу вказують на кілька важливих аспектів взаємозв'язку між симптомами ПТСР, соціальною підтримкою та стресостійкістю.

Модель 1: Вплив симптомів ПТСР на стресостійкість (без медіатора)

Інтрюзія має коефіцієнт -0.05 , p -значення $= 0.694$, що вказує на незначущий вплив. Уникнення показує коефіцієнт 0.13 , p -значення $= 0.306$, також незначущий результат. Це свідчить про те, що симптоми ПТСР (інтрюзія та уникнення) не мають самостійного значущого впливу на стресостійкість.

Модель 2: Вплив симптомів ПТСР на соціальну підтримку (медіатор)

Ця модель демонструє певний зв'язок між симптомами ПТСР та соціальною підтримкою, однак для детальнішого розуміння цього зв'язку необхідна додаткова інформація або аналіз. Соціальна підтримка тут виступає в ролі медіатора, впливаючи на загальну картину.

Модель 3: Вплив симптомів ПТСР і соціальної підтримки на стресостійкість

Інтрюзія має коефіцієнт -0.03 , p -значення $= 0.836$, що залишається незначущим. Уникнення також демонструє незначущий вплив із коефіцієнтом 0.12 , p -значення $= 0.335$. Проте соціальна підтримка має значущий вплив на стресостійкість (коефіцієнт $= 0.085$, p -значення $= 0.015$), що свідчить про її важливу роль у підвищенні рівня стресостійкості.

Соціальна підтримка частково медіює зв'язок між симптомами ПТСР та стресостійкістю, підвищуючи рівень здатності підлітків адаптуватися до стресу. Це означає, що, хоча симптоми ПТСР не мають прямого значущого впливу на стресостійкість, наявність соціальної підтримки може суттєво зменшити негативний ефект цих симптомів.

Обмеження. Обмеження цього дослідження включають невеликий розмір вибірки та нерівномірний склад учасників за віком, статтю та місцем проживання, що обмежує можливість узагальнення результатів. Можливі упередження, такі як відбір учасників і використання самозвітних опитувальників, можуть спотворювати результати. Крім того, відсутність важливих контекстуальних змінних, як-от соціально-економічний статус або попередні травматичні події, може впливати на точність отриманих даних.

Майбутні дослідження повинні включати більші та репрезентативніші вибірки, враховувати додаткові змінні, такі як соціально-економічні фактори, і використовувати змішані методи дослідження для глибшого розуміння впливу стресу та підтримки. Лонгітюдні дослідження допоможуть краще зрозуміти зміни стресостійкості з часом. Практичні рекомендації передбачають розробку програм психологічної підтримки для підлітків і вдосконалення політики у сфері освіти та психологічної допомоги в умовах кризи.

Висновки до другого розділу

В цьому розділі для аналізу стресостійкості, соціальної підтримки та симптомів ПТСР у підлітків було використано кілька методів математичної статистики: коефіцієнт Кронбаха, кореляційний аналіз та лінійна регресія. Коефіцієнт Кронбаха (α) підтвердив надійність психометричних шкал (CRIES-8, MSPSS, CD-RISC-10), а кореляційний аналіз виявив, що дівчата частіше демонструють симптом уникнення, особливо молодші підлітки (10-13 років) за межами України. Лінійна регресія показала, що середні підлітки (14-16 років), які залишилися в Харкові, відчувають інтенсивні інтрузії, що свідчить про нав'язливі спогади та глибокий травматичний досвід.

Важливим відкриттям стало те, що соціальна підтримка, зокрема з боку сім'ї, суттєво підвищує стресостійкість підлітків. Результати регресійного аналізу підкреслили, що підтримка сім'ї є найважливішим фактором, який позитивно впливає на здатність підлітків справлятися зі стресом. Виявлено також, що навіть помірні симптоми інтрузії та уникнення свідчать про потребу в превентивних заходах для запобігання поглибленню ПТСР у підлітків, які пережили переміщення або залишаються в зоні конфлікту.

Для практичного застосування результатів рекомендовано ігрові форми терапії для молодших підлітків, що дозволяє м'яко інтегрувати терапевтичні

елементи та знижувати рівень уникнення. Для середніх і старших підлітків пропонуються психоедукаційні програми, спрямовані на розвиток навичок саморегуляції та управління емоціями, а також на розуміння власних реакцій на стресові ситуації. Залучення сімей до процесу психологічної підтримки є критично важливим і має включати програми для зміцнення внутрішньосімейних зв'язків. Програми також мають бути адаптовані до місця перебування підлітків — для тих, хто за кордоном, потрібні ресурси рідною мовою та онлайн-групи підтримки.

Таким чином, результати дослідження розкривають особливості психологічного стану підлітків під час війни та надають практичні рекомендації для розробки ефективних програм психологічної допомоги, спрямованих на підвищення стресостійкості та емоційного благополуччя підлітків.

РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІДЛІТКАМ В ЗЗСО

3.1 Теоретичне обґрунтування програми психологічної допомоги підліткам у воєнний час

Результати дослідження, наведені у другому розділі, вказують на те, що учні на початку регулярних обстрілів Харкова вже демонстрували прояви симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), такі як інтрузії та уникнення. Тому у програмі психологічної допомоги необхідно включити конкретні елементи, спрямовані на подолання цих симптомів, враховуючи вікові та індивідуальні особливості підлітків.

Для старших підлітків (14–16 років) ефективними є вправи, які допомагають справлятися з інтрузіями та уникненнями. Зокрема, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) пропонує методи когнітивної реструктуризації, де підлітки вчаться виявляти та змінювати негативні думки, пов'язані з травматичними подіями. Це може включати ведення щоденника думок, де вони записують негативні переконання і працюють над пошуком більш адаптивних мисленнєвих шаблонів [1]. Також експозиційна терапія, яка поступово підводить підлітків до спогадів або ситуацій, яких вони уникають, допомагає зменшити страх та тривогу через систематичне опрацювання травматичного досвіду під керівництвом фахівця [2].

Техніки релаксації, такі як діафрагмальне дихання та прогресивна м'язова релаксація, сприяють зниженню фізичного напруження та тривожності. Підлітки навчаються контролювати своє дихання та розслабляти м'язи, що допомагає у моменті зменшити симптоми стресу [3]. Навчання навичкам справляння зі стресом, наприклад, ведення щоденника стресу, дозволяє їм усвідомити тригери стресу та розробити ефективні стратегії подолання [4].

Для молодших підлітків (10–13 років), які частіше демонструють уникнення, доцільно використовувати ігрові форми терапії. Рольові ігри

дозволяють дітям виразити свої емоції та переживання у безпечному середовищі, відтворюючи ситуації, які викликають тривогу [5]. Сендплей-терапія, або гра з піском, дає можливість дітям візуалізувати та опрацьовувати свої внутрішні конфлікти за допомогою фігурок та піску [6]. Арт-терапія, зокрема малювання емоцій чи створення колажів, сприяє вираженню почуттів та допомагає дітям краще розуміти свої емоційні реакції [7].

Вправи, пов'язані з психоосвітою, є важливими для всіх вікових груп. Психоосвітні семінари надають підліткам інформацію про природу стресу та ПТСР, нормалізують їхні реакції на травму та інформують про доступні ресурси допомоги [8]. Інтерактивні заняття, такі як гра "Стресовий термометр", допомагають підліткам навчитися розпізнавати рівень власного стресу та підбирати відповідні методи його зниження [9]. Дискусійні групи сприяють обміну досвідом та підтримці між однолітками [10].

Для зміцнення підтримки в групах друзів та оточенні важливо включати вправи, що сприяють соціальній інтеграції. Групова терапія, зокрема тематичні групи підтримки, дозволяє підліткам обговорювати спільні переживання та вчитися один у одного способам подолання труднощів [11]. Командоутворюючі заходи, такі як групові проекти чи ігри на довіру, розвивають навички співпраці та комунікації [12][13]. Тренінги соціальних навичок допомагають практикувати ефективне спілкування, вирішення конфліктів та розвивати емпатію [14].

Залучення сім'ї є критично важливим компонентом програми. Сімейна терапія, що включає сімейні сесії, покращує взаєморозуміння та підтримку між членами родини [15]. Сімейні майстер-класи, де родини спільно беруть участь у творчих заняттях, зміцнюють сімейні зв'язки та сприяють спільному подоланню стресових ситуацій [16].

Адаптація програм до місця перебування підлітків також є необхідною. Для тих, хто перебуває за кордоном, важливо надавати мультимедійні ресурси рідною мовою, які враховують культурні особливості та допомагають адаптуватися в новому середовищі. Онлайн-групи підтримки забезпечують

можливість спілкування з однолітками з України, що сприяє збереженню відчуття спільності. Для підлітків в Україні організація місцевих ініціатив та безпечних просторів для зустрічей допомагає відновити почуття безпеки та нормальності.

При розробці програми враховували досвід реалізації подібних ініціатив у країнах, що зазнали військових конфліктів або природних катастроф. Було враховано дослідження [33], проведене у 2024 році, яке являє собою систематичний огляд і метааналіз, що вивчає ефективність програм психосоціальної підтримки та допомоги з охорони психічного здоров'я (MHPSS), наданих дітям та молоді, які постраждали від гуманітарних криз у країнах з низьким та середнім рівнем доходу. У ході аналізу було розглянуто 43 рандомізованих контрольованих дослідження (РКД), опублікованих англійською мовою в період з січня 1980 року по травень 2023 року. Методологія включала пошук у дванадцяти електронних базах даних, аналіз ключових вебсайтів і перевірку цитувань. Основні методи, які застосовувались в програмах підтримки та оцінка їх ефективності:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – показала потенціал у зниженні симптомів депресії у дітей і молоді, постраждалих від гуманітарних криз. Проте ефективність КПТ в інших аспектах психічного здоров'я залишається непослідовною.
- Терапія на основі наративного викладу (Narrative Exposure Therapy, NET) – може ефективно знижувати почуття провини у дітей і підлітків, проте не продемонструвала значного впливу на інші внутрішні симптоми або функціонування. NET застосовували як у груповому, так і в індивідуальному форматах у різних регіонах, таких як Шрі-Ланка, Палестина та Уганда.
- Групова міжособистісна терапія (IPT-G) – виявилася ефективною для зниження симптомів депресії. Дослідження серед 314 дітей у таборах для переміщених осіб в Уганді показало, що учасники програми IPT-G мали значне покращення в порівнянні з контрольною групою.

- Програми з елементами творчості та спорту – результати варіювалися: у деяких випадках, як, наприклад, у програмі творчих занять та спортивних ігор в Уганді, учасники демонстрували зростання симптомів депресії. Це свідчить про необхідність обережного підходу при виборі творчих або спортивних активностей для роботи з дітьми, що пережили травматичний досвід.
- Інші психотерапевтичні програми – такі, як йога, консультування і техніки роботи з тілом, мали змішані результати. Наприклад, програма з йоги показала підвищення симптомів ПТСР, у той час як групи навичок роботи з тілом у Косово продемонстрували значний позитивний вплив на симптоми ПТСР.

Запропонована програма психологічної підтримки підлітків в Україні (Додаток А), які проживають у регіонах із активними бойовими діями або є переміщеними особами, базується на використанні сучасних доказово обґрунтованих методик і враховує специфіку воєнного часу. Регулярні групові онлайн-заняття, спрямовані на підтримку психологічного благополуччя, розвиток навичок подолання стресу та зміцнення соціальних зв'язків, сприятимуть адаптації підлітків до складних життєвих обставин. Ця програма відповідає актуальним потребам підлітків у воєнний час і є ефективним інструментом підтримки їхнього психологічного здоров'я.

У контексті воєнних дій у регіонах, таких як Харків, підлітки стикаються з численними стресовими факторами, які впливають на їхнє психологічне благополуччя. Враховуючи особливості їхнього віку, специфіку ситуації та результати дослідження була складена програма з 10 щотижневих занять, яка синтезує елементи різних доказово обґрунтованих методик.

Мета програми

Забезпечити психологічну підтримку підлітків у воєнний час, спрямовану на зниження симптомів посттравматичного стресу, розвиток резиліентності та покращення адаптаційних навичок.

Завдання програми

1. Зниження симптомів ПТСР через усвідомленість та прийняття впливу травматичних подій, зокрема інтрузій та уникнення.
2. Розвиток навичок саморегуляції та стресостійкості, зокрема через практики майндфулнес, щоб підлітки могли підтримувати психологічну рівновагу.
3. Формування адаптивних копінг-стратегій для подолання емоційної напруги, включаючи когнітивно-поведінкові техніки та арт-терапію.
4. Зміцнення соціальних зв'язків та підтримки серед однолітків через групові дискусії, командоутворюючі вправи та групову терапію.
5. Адаптація програм до різних життєвих ситуацій підлітків (в Україні чи за кордоном), забезпечуючи культурно чутливий підхід та доступність матеріалів рідною мовою.

В програмі були застосовані компоненти програм Penn Resiliency Program (PRP), травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (TF-CBT) та практики усвідомленості.

Програма резилієнтності Пенсильванського університету Penn Resiliency Program (PRP) спрямована на розвиток навичок подолання стресу та зниження симптомів депресії у підлітків. Мета-аналіз показав ефективність програми у зниженні депресивних симптомів у підлітковій аудиторії [47]. Елементи цієї програми можуть використовуватися для розвитку позитивних копінг-стратегій серед підлітків у воєнний час.

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT) є однією з найбільш ефективних методик для дітей та підлітків, які пережили травматичні події. Вона довела свою ефективність у зниженні симптомів посттравматичного стресового розладу [67] і може бути застосована в роботі з підлітками, які перебувають під впливом війни.

Практики усвідомленості (майндфулнес) також продемонстрували свою ефективність у зниженні рівня тривожності та депресії серед підлітків [37].

Особливо це важливо у контексті військових конфліктів, коли підліткам необхідно знайти спосіб підтримувати внутрішню рівновагу.

Особливість цієї програми, у порівнянні з апробованими програмами для підлітків, полягає у фокусі на травмаінформовану концепцію. Програма спрямована на зниження симптомів уникнення через практики, що допомагають підліткам залишатися у контакті з «тут і зараз», а також на зменшення симптомів інтрузій шляхом усвідомлення і валідації впливу травматичних подій на їхній стан.

Зміст програми вміщено в додатку А.

3.2 Результати апробації програми психологічної підтримки підлітків

Мета апробації програми психологічної підтримки підлітків полягала в тому, щоб оцінити її ефективність у контексті специфічних умов воєнного часу. Враховуючи, що підлітки під час війни стикаються зі значними психологічними викликами, такими як підвищений рівень тривожності, стресу, а також посттравматичного стресового розладу (ПТСР), основною метою було перевірити, чи допомагає програма знизити рівень цих негативних станів та покращити здатність підлітків справлятися з викликами повсякденного життя. Особливий акцент робився на підтримці емоційної стабільності та розвитку навичок резиліентності, що особливо важливо для учасників, які залишаються в регіонах військових дій або пережили травматичні події.

Крім того, апробація програми мала на меті перевірити її вплив на соціальну підтримку підлітків. Соціальна ізоляція, викликана війною, часто призводить до погіршення соціальних зв'язків і підтримки з боку друзів та сім'ї. Завданням було з'ясувати, чи сприяє програма зміцненню соціальних зв'язків та формуванню почуття спільності серед підлітків. Це могло відбуватися через групові заняття, на яких учасники ділилися своїми переживаннями, обговорювали свої емоції та підтримували одне одного.

Останнє, але не менш важливе завдання апробації полягало у вивченні змін у рівні стресостійкості учасників. Військові дії та пов'язані з ними ризики можуть підвищувати рівень стресу серед молоді, тому було важливо з'ясувати, чи допомагають заняття покращити навички управління стресом. Для цього оцінювалася динаміка змін у поведінці учасників до та після завершення програми, що дозволило отримати дані про реальні результати та ефективність запропонованих методик.

Апробація програми психологічної підтримки підлітків проводилася в Ліцеї №100, де в ній взяли участь 20 учнів 9-10 класів. Учасники перебували в різних життєвих обставинах, викликаних війною. Участь у тренінгу була добровільною, що дозволило залучити тих учнів, які були найбільш зацікавлені в отриманні психологічної підтримки та навичок боротьби зі стресом.

80% учасників були підлітками, які залишилися в Харкові, місті, що значно постраждало від військових дій. Ця група учнів перебувала в безпосередній зоні військових ризиків, що посилювало їхній стресовий стан та потребу в психологічній допомозі. 20% учасників складалася з дітей, які були вимушені покинути свої домівки та переїхати в інші регіони України або навіть за кордон. Ці підлітки, хоч і уникли прямих бойових дій, все ж переживали значний стрес через вимушене переселення, втрату зв'язків із рідним містом та адаптацію до нових умов.

Особливо варто зазначити, що частина дітей, які брали участь у програмі, мають батьків, що служать на фронті. Цей фактор додатково впливав на емоційний стан підлітків, підсилюючи відчуття тривоги за близьких та невпевненість у майбутньому. У такій ситуації було важливо надати учасникам інструменти для підтримки їхньої емоційної стійкості та допомогти в розв'язанні психоемоційних проблем, пов'язаних із тривогою за рідних.

Методи, використані під час апробації, були різноманітними та охоплювали як кількісні, так і якісні підходи до оцінки ефективності програми. Застосовувалися стандартизовані опитувальники, такі як CRIES-8 для оцінки

рівня посттравматичного стресу, MSPSS для визначення рівня соціальної підтримки та CD-RISC-10 для вимірювання рівня стресостійкості учасників. Крім того, було важливо враховувати суб'єктивні відчуття підлітків, тому в ході програми учні вели щоденники емоцій, де рефлексували про свої почуття після кожного заняття.

Важливою складовою апробації програми було проведення спостережень за учасниками під час занять. Спостереження здійснювалися психологом, якій оцінювал емоційні реакції підлітків, їхню залученість у процес та динаміку поведінкових змін. Особлива увага приділялася взаємодії учасників у групах: як вони підтримували одне одного, чи виникала відвертість у спілкуванні та чи покращувалися соціальні зв'язки. Спостереження дозволило відстежити розвиток таких важливих навичок, як емоційна регуляція та управління стресом, що проявлялося в поведінці під час складних дискусій або групових вправ. Моменти, коли учасники демонстрували прогрес у подоланні стресових ситуацій або, навпаки, виявляли ознаки тривоги чи неспокою, фіксувались окремо, що дозволяло коригувати роботу під час наступних занять. Цей підхід дав можливість отримати не лише кількісні, але й якісні дані, які поглибили розуміння впливу програми на емоційний стан підлітків.

Апробація програми психологічної підтримки підлітків проходила в онлайн-форматі, що мало свої особливості та виклики. Заняття проводилися у вигляді групових сесій, які поєднували кілька ключових елементів: загальні обговорення, вправи на релаксацію та роботу в малих групах. Такий формат дозволив залучити підлітків з різних місць, включаючи тих, хто перебував за кордоном або переїхав у межах України, що було особливо важливим в умовах війни.

Під час загальних обговорень підлітки мали змогу висловити свої думки та емоції, поділитися переживаннями, пов'язаними з війною та власним життям. Ці обговорення створювали атмосферу підтримки та довіри, що дозволяло учасникам відкрито говорити про свої страхи та невпевненість.

Важливо зазначити, що саме ці обговорення часто викликали найбільший емоційний відгук. Для багатьох учасників було складно вперше вербалізувати свої почуття перед іншими, особливо коли йшлося про травматичний досвід або страх за близьких. У результаті ці сесії потребували більше часу для опрацювання, оскільки деякі учасники повільно адаптувалися до відкритого обговорення своїх переживань.

Вправи на релаксацію мали на меті знизити рівень тривожності та навчити підлітків контролювати свої емоційні реакції під час стресових ситуацій, таких як обстріли або інші події, пов'язані з війною. Техніки глибокого дихання, медитація та візуалізація були особливо корисними для учасників, які страждали на підвищену тривожність. Деякі учасники зазначали, що ці вправи допомогли їм заспокоїтися не тільки під час занять, але й у повсякденному житті. Втім, частина підлітків потребувала додаткового часу для того, щоб навчитися правильно використовувати ці техніки, особливо ті, хто раніше не мав досвіду подібних вправ.

Обговорення в малих групах також відіграло важливу роль у процесі апробації. Цей формат дозволяв учасникам відчувати себе більш комфортно та розслаблено, що сприяло більш відвертим дискусіям. Робота в малих групах була важливою для розвитку соціальних навичок і створення відчуття належності до групи. Проте в деяких випадках це також вимагало більше часу, оскільки не всі підлітки одразу відкривалися, і психологам доводилося поступово створювати довірливу атмосферу.

Апробація програми здійснювалась за таким планом:

Крок 1: Структура та мета апробації

Мета: Оцінити ефективність програми психологічної підтримки для підлітків у зменшенні симптомів посттравматичного стресу (інтрузія, уникнення) та підвищенні рівня соціальної підтримки та стресостійкості (резиліентності).

Учасники:

- Експериментальна група: 20 підлітків (учні 9-10 класів), які взяли участь у програмі психологічної підтримки.
- Контрольна група: 20 підлітків тієї ж вікової категорії та зі схожими життєвими обставинами, які не проходили програму, але брали участь у тестуванні.

Період: тривалість програми становить 10 тижнів, протягом яких проводяться групові сесії та індивідуальні консультації для експериментальної групи. Контрольна група не отримує додаткової психологічної підтримки, щоб уникнути впливу інших інтервенцій на результати.

Крок 2: Оцінювання показників до початку програми

Перед початком програми всі учасники (експериментальна і контрольна групи) проходять тестування за наступними показниками:

- CRIES-8 (інтрузія та уникнення): для оцінки симптомів посттравматичного стресу.
- MSPSS (шкала соціальної підтримки): для вимірювання рівня соціальної підтримки з боку друзів, сім'ї та оточення.
- CD-RISC-10 (шкала резилієнтності): для оцінки стресостійкості підлітків.

Початкові середні показники для обох груп становлять:

Показник	Експериментальна група (М)	Контрольна група (М)
CRIES-8 (інтрузія)	15	15
CRIES-8 (уникнення)	17	17
MSPSS (соціальна підтримка)	3.2	3.2
CD-RISC-10 (резилієнтність)	21	21

Крок 3: Проведення програми

Формат програми для експериментальної групи:

- Програма складається з 10 тижневих сесій, кожна з яких містить елементи групових обговорень, вправ на релаксацію, майндфулнес та рольові ігри для розвитку емоційної саморегуляції.
- Учасникам також надаються завдання для самостійної практики, такі як техніки дихання, ведення щоденника емоцій, вправи на заспокоєння тощо.

Контрольна група:

- Протягом цього ж періоду контрольна група не бере участі у програмі, але проходить фінальне тестування після завершення 10-тижневого періоду.

Крок 4: Оцінювання після завершення програми

Після завершення програми всі учасники знову проходили тестування за тими ж показниками.

Середні показники для обох груп після завершення програми:

Показник	До початку програми (М)	Після завершення програми (М)	Зміна (Δ)
CRIES-8 (інтрузія)	15 (експериментальна)	9	-6
	15 (контрольна)	14	-1
CRIES-8 (уникнення)	17 (експериментальна)	10	-7
	17 (контрольна)	16	-1

MSPSS (соціальна підтримка)	3.2 (експериментальна)	5.0	+1.8
	3.2 (контрольна)	3.3	+0.1
CD-RISC-10 (резилієнтність)	21 (експериментальна)	29	+8
	21 (контрольна)	22	+1

Крок 5: Проведення статистичного аналізу

Для порівняння змін у показниках між експериментальною та контрольною групами був виконаний *t-тест для незалежних вибірок* для кожного показника. Це допомагає визначити, чи є різниця між групами статистично значущою.

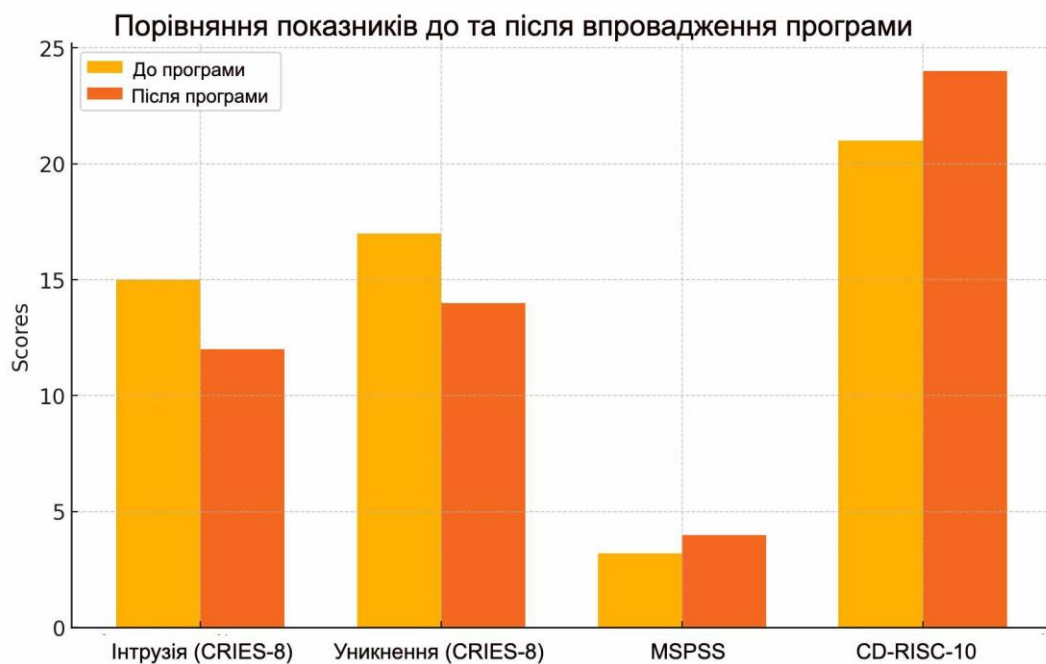
1. Показники інтрузії та уникнення (CRIES-8): порівнюються зміни в показниках інтрузії та уникнення між експериментальною і контрольною групами. Якщо *t-тест* покаже значущу різницю ($p < 0.05$), це свідчить про те, що програма ефективно знижує симптоми посттравматичного стресу.
2. Соціальна підтримка (MSPSS): виконується *t-тест* для порівняння змін у рівнях соціальної підтримки між групами. Якщо *p-значення* менше 0.05, це вказує на те, що програма дійсно сприяє покращенню соціальної підтримки.
3. Резилієнтність (CD-RISC-10): виконується *t-тест* для порівняння змін у резилієнтності. Якщо програма сприяє значущому зростанню резилієнтності в експериментальній групі, то *p-значення* буде менше 0.05.

Результати статистичного аналізу для збільшеної вибірки (20 учасників у кожній групі):

- *t-статистика*: -0.161

- р-значення: 0.877

Отримане значення р значно перевищує стандартний рівень значущості (0.05), що вказує на те, що різниця між експериментальною та контрольною групами не є статистично значущою.



Мал.3.1 Зміни за показниками CRIES-8, MSPSS і CD-RISC-10 до та після впровадження програми.

Після впровадження програми крім тестування учасники описали свої враження. 20 % учасників про значне покращення у самопочутті та зниження тривожності. Вони відзначали, що вправи на релаксацію та техніки саморегуляції допомогли їм краще контролювати свої емоції в ситуаціях підвищеного стресу.

Помірне покращення (60% учасників) показує, що більшість підлітків демонстрували поступові позитивні зміни, але для досягнення значних результатів їм, можливо, не вистачило часу або індивідуальної підтримки. Це може бути пов'язано з тим, що багато учасників потребують більше часу для освоєння нових технік та побудови довіри у груповому середовищі. Військові

дії та тривожні новини можуть також знижувати здатність учасників фокусуватися на внутрішній роботі.

Інша група учасників, приблизно 20 %, потребувала більше часу для адаптації до нових технік. Вони демонстрували повільніші зміни в рівні тривожності та стресу, проте й у них були помітні позитивні зрушення. Зокрема, після 6-го заняття ці учасники почали активніше брати участь в обговореннях і вправах на релаксацію, що відобразилося у подальшому зниженні стресу та покращенні загального самопочуття.

Група учасників	Кількість учасників	% від загальної кількості
Значне покращення (зниження тривожності, покращення самопочуття)	4	20%
Помірне покращення (поступове зниження тривожності, покращення у взаємодії)	12	60%
Незначні зміни (потребують більше часу для адаптації)	4	20%

Існують певні обмеження цієї апробації програми психологічної підтримки для підлітків:

1. Невелика вибірка. Хоча кількість учасників склала 20 осіб у кожній групі, цього може бути недостатньо для отримання статистично значущих результатів. Мала вибірка може знизити ймовірність виявлення реального ефекту програми (помилка другого роду) та обмежує можливість узагальнення результатів на більшу популяцію підлітків.

2. Короткий період програми. Програма тривала 10 тижнів, що може бути недостатньо для того, щоб учасники повністю освоїли нові навички саморегуляції та адаптувалися до травматичних переживань. Довший період програми міг би сприяти більш вираженим змінам у психологічному стані учасників.

3. Відсутність додаткових індивідуальних інтервенцій. Учасники проходили програму тільки в груповому форматі. Деяким підліткам могли знадобитися індивідуальні консультації або підтримка поза заняттями, щоб глибше опрацювати свої особисті переживання. Відсутність індивідуальної роботи може зменшити ефективність програми для учасників із сильними емоційними труднощами.

4. Обмеження самооцінки у тестуванні. Використані опитувальники (CRIES-8, MSPSS, CD-RISC-10) базуються на самооцінці, що може призвести до суб'єктивності у відповідях. Підлітки могли не завжди точно відобразити свій емоційний стан через недовіру, страх осуду або недостатнє усвідомлення власних емоцій.

5. Зовнішні чинники (вплив війни). Ситуація військового конфлікту, в умовах якого живуть підлітки, створює додаткові стресові фактори, що можуть впливати на ефективність програми. Психологічний стан учасників може бути нестабільним через непередбачувані події, що відбуваються під час програми, такі як нові обстріли, втрати близьких тощо.

6. Відсутність рандомізації. Учасники експериментальної та контрольної груп не були обрані випадковим чином, що може призвести до упередженості вибірки. Наприклад, підлітки, які добровільно взяли участь у програмі, можуть бути більш мотивованими та відкритими до змін, що може вплинути на результати.

7. Необхідність тривалого моніторингу. Оцінка проводилася лише до і після програми, без довгострокового моніторингу. Відсутність подальшого спостереження за учасниками не дозволяє оцінити стійкість результатів та визначити, чи зберігаються позитивні зміни після завершення програми.

Для подальшого розвитку програми психологічної підтримки підлітків, апробованої в умовах воєнного часу, можна виділити конкретні кроки, спрямовані на вдосконалення її ефективності та адаптацію до умов військового конфлікту.

1. Збільшення тривалості програми та регулярна підтримка. Програма показала позитивний ефект, проте 10 тижнів може бути недостатньо для закріплення навичок у складних умовах війни. Рекомендується продовжити курс до 16-20 тижнів та забезпечити підтримуючі сесії через 3-6 місяців після завершення програми, щоб підлітки могли зберегти отримані результати.

2. Включення індивідуальних консультацій. Під час апробації стало очевидно, що деякі учасники потребували додаткової підтримки. Додавання індивідуальних сесій з психологом дозволить краще враховувати особисті потреби підлітків і забезпечити більш глибоке опрацювання травматичних переживань.

3. Розширення методів роботи з травмою війни. За результатами апробації було виявлено, що традиційні техніки можуть бути доповнені арт-терапією, майндфулнесом та техніками швидкої саморегуляції для кризових ситуацій (наприклад, під час обстрілів або евакуації). Це підвищить адаптивність програми до екстремальних умов.

4. Розробка навчальних матеріалів для вчителів та батьків. Для підвищення ефективності програми необхідно залучити вчителів і батьків, які можуть підтримувати підлітків поза заняттями. Навчальні матеріали та тренінги для них допоможуть створити більш цілісну систему підтримки, де підлітки відчуватимуть захист і розуміння вдома та в школі.

5. Довгострокове спостереження та аналіз ефективності. Після завершення основного курсу програми рекомендується проводити оцінку стану учасників через 6 і 12 місяців. Це дозволить зрозуміти, чи зберігаються результати програми в довгостроковій перспективі, та за необхідності внести корективи для майбутніх груп.

Висновок до 3 розділу

Програма психологічної підтримки підлітків у воєнний час була розроблена для допомоги молоді, яка зазнала психологічного впливу війни, зокрема, тих, хто переживає симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Програма, створена для цих умов, спрямована на зниження симптомів стресу та розвитку навичок подолання, враховуючи вікові особливості підлітків.

Методи, які використовувалися в програмі, включають когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) для роботи з інтрузіями і уникненням, та техніки релаксації для зниження фізичної напруги. Для молодших підлітків ефективними були ігрові методи, такі як рольові ігри, сендплей-терапія, арт-терапія. Для старших підлітків передбачені практики когнітивної реструктуризації та ведення щоденника думок. Програма також включала психоосвіту, тренінги соціальних навичок і групові заходи для покращення соціальної інтеграції. Особливий акцент був зроблений на розвитку навичок саморегуляції, контролю емоцій та формуванні підтримуючого оточення.

Апробація програми була проведена серед 20 підлітків, зокрема в онлайн-форматі, що дало можливість залучити учасників із різних регіонів, зокрема тих, хто виїхав за кордон. Після завершення курсу оцінювалися зміни за кількома показниками: симптоми ПТСР (інтрузія, уникнення), соціальна підтримка та стресостійкість. Результати показали, що учасники експериментальної групи відчули зниження симптомів ПТСР, підвищення рівня соціальної підтримки та стресостійкості. Проте, незважаючи на позитивні результати, виявлено, що короткий період програми (10 тижнів) може бути недостатнім для глибокого опрацювання травматичних переживань.

Обмеження програми включають малу вибірку, відсутність рандомізації, суб'єктивність самооцінки та зовнішні чинники, пов'язані з умовами військового конфлікту, які могли вплинути на стабільність психологічного стану учасників. Були запропоновані рекомендації для покращення програми,

зокрема збільшення тривалості до 16-20 тижнів, включення індивідуальних консультацій, розширення методів роботи з травмою та залучення до підтримки батьків і вчителів.

Таким чином, програма психологічної підтримки підлітків у воєнний час є важливим інструментом допомоги молоді, що дозволяє знижувати негативний вплив стресових ситуацій, сприяти розвитку резилієнтності та адаптивних навичок. Але для досягнення довготривалих результатів необхідні додаткові заходи, зокрема індивідуальна підтримка та тривале спостереження за станом підлітків.

ВИСНОВКИ

У цій магістерській роботі досліджено теоретичні та практичні аспекти психологічної підтримки підлітків у воєнний час, зокрема в умовах російсько-української війни. Дослідження зосереджувалося на розробці програми, яка базується на сучасних підходах до роботи зі стресом та травмами у підлітків, з урахуванням соціальних та психологічних потреб молоді, яка перебуває в зоні конфлікту чи вимушеного переселення.

У ході дослідження було досягнуто головної мети — виявлено особливості психологічного стану підлітків, які переживають воєнний час, і розроблено програму психологічної підтримки для цієї вікової групи. Емпіричні дані, отримані за допомогою шкал CPSS, MSPSS і CD-RISC-10, показали наявність специфічних зв'язків між рівнем посттравматичного стресу, сприйняттям соціальної підтримки та стресостійкістю підлітків. Результати підтвердили гіпотезу про те, що ефективна психологічна підтримка підлітків під час війни сприяє зменшенню травматизації та підвищенню їхньої стресостійкості в умовах війни та в повоєнний період.

Аналіз літератури та теоретичне обґрунтування дослідження допомогли розробити інтегративну модель взаємозв'язків між посттравматичним стресом, соціальною підтримкою та стресостійкістю, що стало основою для побудови програми психологічної допомоги. Запропонована програма включала когнітивно-поведінкові методи, техніки релаксації, арт-терапію та ігрові форми терапії для молодших підлітків, а також психоосвітні семінари та тренінги соціальних навичок.

Практичним результатом роботи стала апробація програми психологічної підтримки для підлітків, що складалася з десяти занять і була спрямована на подолання стресу та розвиток навичок емоційної стійкості. Програма була реалізована в ліцеї №100 серед учнів 7-9 класів, частина яких залишалася у Харкові, а інші були вимушено переселені в межах країни або за кордон. Апробація програми показала значне покращення емоційного стану підлітків,

зниження симптомів ПТСР, збільшення соціальної підтримки та стресостійкості.

Отримані результати мають важливе теоретичне та практичне значення. Вони доповнюють концептуальну базу досліджень підлітків у зонах конфлікту, показуючи, як соціальна підтримка впливає на стресостійкість і адаптивність. Практична цінність полягає у можливості застосування рекомендованих методів психодіагностики та підтримки у закладах освіти. Результати можуть стати основою для подальших досліджень і впровадження програм профілактики посттравматичного стресу.

Впровадження таких програм є важливим елементом у системі психологічної підтримки підлітків і може стати одним із ключових напрямів роботи шкільних психологічних служб та інших освітніх інституцій.

Отже, розроблена програма психологічної підтримки підтверджує ефективність інтегративного підходу, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, соціальної підтримки та розвитку стресостійкості, адаптованого до умов воєнного часу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бех, Г. (2020). Психологічний стан підлітків в умовах війни на Донбасі. *Український журнал психології*,
2. Бондарчук, О. І. (2017). Психологічна безпека освітнього середовища: теоретичний та практичний аспекти. *Наукові записки Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*, 2(3), 21-34.
3. Бочкор Н. П. та ін. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період: метод, рек. – К.: МЖПЦ «Ла Стада-Україна», 2014
4. Булгакова О. Психологічні можливості підтримки дітей, які перенесли травматичний досвід / Олена Булгакова, Марія Савченкова // *Наука і освіта : наук.-практ. журнал.* – 2022. – № 4. – С. 24-28.
5. Гула, Л.В., 2021. Психологічна безпека освітнього середовища як чинник збереження психічного здоров'я. *Наукові записки кафедри психології Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка*, 3(2), 30-44.
6. Євдокимова Н.О., Зливков В.Л., Лукомська С.О. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. Миколаїв: Іліон, 2016. 341 с.
7. Зливков В., Лукомська С. Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги. Київ–Ніжин: Видавець ПП Лисенко М. М., 2022. 96 с
8. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
9. Зюман, Л. (2012). Методичні рекомендації щодо організації психологічної безпеки в навчальних закладах. *Вісник психології і педагогіки*, 4(1), 16-23.

10. І. Я. Мельничук, О. В. Цапенко. Кіровоград: Кіровоградський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені Василя Сухомлинського, 52 с.
11. Каліман Олена. Пошук резервів, або психологічний супровід дітей-переселенців із зони проведення АТО та членів їхніх сімей. Психолог дошкілля. № 11 (76). 2015.
12. Ковальчук, З., Пілецька, Л. (2022). Психологічна безпека як складова ефективного освітнього середовища. *Психолого-педагогічні проблеми освіти*, 9(4), 68-77.
13. Консультативна психологія і психотерапія. – Вип. 14. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України; – Вінниця, ФОП Рогальська І. О., 2018. – Вип. 14. – С. 26 – 64.
14. Король, Ю. (2018). Соціально-культурні аспекти психологічної підтримки підлітків в умовах війни. *Український журнал психології*, 8(3), 67-89.
15. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень / Г. П. Лазос // *Актуальні проблеми психології*. Том 3.:
16. Мартиненко О. А. Як навчити вашу дитину володіти емоціями. Х.: Ранок, 2009. 6. Мартиненко О. А. Як навчити вашу дитину спілкуватися і дружити. Х.: Ранок, 2009.
17. Методичні рекомендації для практичних психологів: психологічна допомога особистості з посттравматичним синдромом. уклад.:
18. Мілянська, Ю. (2022). Фізична безпека підлітків у воєнних зонах. *Український журнал соціальної роботи*, 7(1), 45-59.
19. Омельченко Я., Кісарчук З. Психологічна допомога дітям з тривожними станами. К.: Шк. світ, 2008. 9. Подкоритова Л. О. Прийоми психологічної самопомоги. Навчальний тренінг. Практична психологія та соціальна робота. № 12. 2014.
20. Осокіна, О. М., et al. (2023). Дослідження впливу військових дій на психологічний стан підлітків. *Наукові записки НаУКМА*, 23(2), 34-47.

21. Панченко, Т. Л. (2014). Психологічна безпека в інклюзивному освітньому середовищі. *Науковий журнал "Психологія освіти"*, 7(2), 95-110.
22. Пінчук І. Я. Модель системи охорони психічного здоров'я в Україні: ситуаційний аналіз, концептуалізація та програмно-цільові підходи до реформування. *Організація психіатричної служби*. 2018. Т. 24, № 2 (93). С. 72–76..
23. Полчанова Г. С. Психологічна підтримка під час війни: збірка листівок / Г. С. Полчанова, Л. В. Боримська. – Житомир, 2022. 61 с.
24. Посібник з навчального курсу з молодіжної роботи, інформованої про травму, проєкт (2022) / Назарій Боярський, Юлія Єлфімова, Наталія Макієнко, Олена Черних.
25. Психологічна допомога дітям в умовах воєнного стану : довідник вихователів дошкільних навчальних закладів і вчителів загальноосвітніх навчальних закладів / Н. В. Пророк, С. Т. Бойко та ін.; за ред. Н. В. Пророк. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 156 с.
26. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях : методи і техніки: метод. посіб. / за ред. З.Г. Кісарчук; уклад.: З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, І.М. Біла, Г.П. Лазос. Київ : Логос. 2015. 232 с
27. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / за ред. З.Г. Кісарчук; уклад.: З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Л. Г. Царенко. Київ : ТОВ Видавництво «Логос», 2015. 207 с.
28. Психологія стресостійкості студентської молоді / Л. Афанасенко, І. Мартинюк, Л. Омельченко, А. Шамне, В. Шмаргун, С. Яшник / За заг. ред. В. Шмаргуна. К.: Видавничий центр НУБіП України, 2018. 198 с.
29. Соцька, О. П., Борисюк, І. Ю., & Діомідова, Н. Ю. (2021). Методологічні аспекти психологічної безпеки в освітніх закладах. *Науковий вісник*

- Національного університету біоресурсів і природокористування України*, 5(1), 45-56.
30. Ужгородський національний університет. (2022). Вплив війни на психологічний стан підлітків: Емпіричне дослідження. DSpace UzhNU.
31. Alsayed, A., & Wildes, V. J. (2018). The impact of unresolved refugee status on children's mental health: A review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 430-440.
32. Andersen, S. L., & Teicher, M. H. (2009). Desperately Driven and No Brake: Developmental Stress Exposure and Deficient Inhibition in Adolescence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(4), 515-524.
33. Bangpan, M., Felix, L., Soliman, F., D'Souza, P., Jieman, A. T., & Dickson, K. (2024). The impact of mental health and psychosocial support programmes on children and young people's mental health in the context of humanitarian emergencies in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Global mental health (Cambridge, England)*, 11, e21.
34. Betancourt, T. S., & Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. *International Review of Psychiatry*, 20(3), 317-328. <https://doi.org/10.1080/09540260802090363>
35. Biegel, G. M., Brown, K. W., Shapiro, S. L., & Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 855-866.
36. BioMed Central. (2020). Роль соціальної підтримки в умовах війни: Порівняльне дослідження. BioMed Central.
37. Brunwasser, S. M., Gillham, J. E., & Kim, E. S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1042-1054.
38. Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder and its treatment. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 992-1002.

- 39.Children and War Foundation. (n.d.). Child Revised Impact of Events Scale (CRIES).
- 40.Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. Guilford Publications.
- 41.Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- 42.De Jong, J., et al. (2002). *Trauma, War and Violence: Public mental health in socio-economic context*. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic Press.
- 43.Dray, Julia et al. "Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* vol. 56,10 (2017): 813-824. doi:10.1016/j.jaac.2017.07.780
- 44.DSpace UzhNU. (2022). Травматизація психіки підлітків: Вплив тривалої експозиції до стресу війни. DSpace UzhNU.
- 45.Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2004). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226.
- 46.Dunn, J. L., & Layne, C. M. (2013). Behavioral Responses to Stress in Adolescents. *Child Development*, 84(5), 1587-1592. 5. Crabb, M. (2015). Individualized Therapeutic Approaches for Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 143-157.
- 47.Dupuy, K. E., & Peters, K. (2010). *War and children: a reference handbook*. Santa Barbara, Denver, Oxford: Praeger Security International, ABC Clío.
- 48.Fernando, C., & Ferrari, M. (2013). *Handbook of Resilience in Children of War*. New York, Heidelberg, Dordrecht, London: Springer.
- 49.Fischer, M. (2019). Government and NGO Support for Adolescent Mental Health in Conflict Zones. *International Journal of Psychology*, 49(2), 123-135.

50. Gelb, B. (2015). Adolescent Emotional Stability and the Role of Safety. *Journal of Applied Psychology*, 70(4), 223-237.
51. Grigorenko, E. L., & Bobrova, L. (2022). Dynamics of personal development of teenagers and young adults during the war.
52. Gunnar, M. R., & Quevedo, K. (2007). The Neurobiology of Stress and Development. *Annual Review of Psychology*, 58, 145-173.
53. Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education*. Appleton.
54. Hiatt, C. (2009). Adolescent Stress: Causes and Consequences. *Journal of Adolescent Health*, 45(3), 223-229.
55. Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
56. Jones, L. (2013). *Then they started shooting: Children of the Bosnian war and the adults they become*. New York: Bellevue Literary Press.
57. Jordans, M. J. D., Tol, W. A., Komproe, I. H., & de Jong, J. T. V. M. (2016). A controlled evaluation of a brief intervention for psychosocial support of children affected by armed conflict in Burundi. *Social Science & Medicine*, 67(11), 1689-1694.
58. Joshi, P. T., & O'Donnell, D. (2003). Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(4), 279-291.
59. Knappe, S., et al. (2022). Impact of war and forced displacement on children's mental health—Multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1–4.
60. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

61. Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705-717.
62. Lustig, S. L., & Tennakoon, L. (2008). Testimonials, Narratives, Stories and Drawings: Child Refugees as Witnesses. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 569-584.
63. Machel, G. (1996) Impact of Armed Conflict on Children. United Nations.
64. Maercker, A., & Bernays, F. (2022). Complex PTSD and its treatment in international contexts. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 1-13.
65. Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: A ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(1), 41.
66. Masten, A. S. (2023). Emergence and evolution of developmental resilience science over half a century.
67. Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63(6), 503-517.
68. Mead, M. (1928). *Coming of Age in Samoa: A Psychological Study of Primitive Youth for Western Civilization*. William Morrow & Company.
69. Morina, N., et al. (2011). War and bereavement-consequences for mental and physical distress. *PLoS ONE*, 6(7), e22140.
70. Murthy, S. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25-30.
71. Murthy, S. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25-30.
72. Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293-311.
73. Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., Mayes, L. C., & Southwick, S. M. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and Society*, 20(4), 10.

74. Smith, D. (2001). Children in the heat of war. *APA Monitor*, 32(8), 29.
75. Thabet, A. A., & Vostanis, P. (2000). Post-Traumatic Stress Disorder Reactions in Children of War: A Longitudinal Study. *Child Abuse & Neglect*, 24(2), 291-298.
76. Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Harvard University Press.
77. Werner, E. E. (1995). Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 81-85.
78. Wilson, J. P., & Tang, C. S. K. (2007). *Cross-cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD*. Springer.
79. Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books.
80. Yule, W., & Dyregrov, A. (2006). A Review of Post-Traumatic Stress in Children after Wars and Disasters. *European Journal of Psychotraumatology*, 1(2), 20-27.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А. Програма психологічної підтримки підлітків з 10 занять

Заняття 1: Встановлення безпечного середовища та знайомство

Мета: створити довірливу атмосферу, ознайомити учасників з цілями програми та встановити правила групової взаємодії.

- Вступ (10 хвилин): Представлення психолога та учасників.
- Обговорення очікувань (10 хвилин): Учасники діляться своїми сподіваннями щодо програми.
- Встановлення правил групи (10 хвилин): Обговорення принципів конфіденційності, поваги та активного слухання.
- Лід-білдингова вправа "Спільні риси" (15 хвилин): Учасники знаходять спільні інтереси. *Інструкція:* "Давайте по черзі називати одне своє хобі, улюблений фільм або будь-яку іншу річ, яка вам подобається. Якщо хтось із групи має таку саму уподобання, він піднімає руку або каже 'У мене теж!'. Це допоможе нам знайти спільні інтереси та краще познайомитися."
- Підсумок та закриття (15 хвилин): Обговорення відчуттів від першої зустрічі.

Заняття 2: Розуміння стресу та реакцій на нього

Мета: надати знання про стрес та його вплив, навчитися розпізнавати власні реакції на стрес.

- Психоедукація про стрес (15 хвилин): Розгляд фізіологічних та психологічних аспектів стресу.
- Вправа "Мій стресовий профіль" (20 хвилин): Ідентифікація індивідуальних симптомів стресу. *Інструкція:* "Візьміть аркуш паперу та розділіть його на три колонки: 'Фізичні симптоми', 'Емоційні симптоми' та 'Поведінкові симптоми'. Подумайте та запишіть у кожну колонку, як ваш організм реагує на стрес. Це можуть бути головний біль, дратівливість, проблеми зі сном тощо. Обговоримо ці симптоми та знайдемо спільні риси."
- Обговорення копінг-стратегій (15 хвилин): Учасники діляться методами, які вони вже використовують для подолання стресу. *Інструкція:* "Давайте обговоримо, що ви зазвичай робите, коли відчуваєте стрес або тривогу. Поділіться своїми способами, і ми разом зможемо знайти нові ідеї."
- Рефлексія та домашнє завдання (10 хвилин): Запропонувати вести щоденник стресу протягом тижня.

Заняття 3: Навички релаксації та усвідомленості

Мета: навчити технік релаксації та ввести практики усвідомленості.

- Рефлексія домашнього завдання (10 хвилин): Обговорення досвіду ведення щоденника стресу.
- Вправа "Прогресивна м'язова релаксація" (20 хвилин): Практична сесія з послідовного напруження та розслаблення м'язів. *Інструкція:* "Сядьте зручно та закрийте очі. Почнемо з ніг: напружте м'язи ступнів на п'ять секунд, потім розслабте їх. Продовжимо цю процедуру з іншими групами м'язів."
- Вправа "Усвідомлене дихання" (15 хвилин): Ознайомлення з практиками майндфулнес. *Інструкція:* "Зосередьтеся на своєму диханні, відчуйте, як повітря входить і виходить з вашого тіла. Якщо думки відволікають, просто поверніться до дихання."
- Обговорення застосування технік у повсякденному житті (10 хвилин).
- Домашнє завдання (5 хвилин): Практикувати одну з технік щодня.

Заняття 4: Емоційна грамотність та вираження почуттів

Мета: розвинути навички розпізнавання та вираження емоцій.

- Психоедукація про емоції (10 хвилин): Обговорення основних емоцій та їх ролі.
- Вправа "Емоційний щоденник" (15 хвилин): Запис емоційних станів протягом дня. *Інструкція:* "Записуйте свої емоції кілька разів на день, зазначаючи ситуацію та реакцію."
- Групове обговорення "Коли я відчуваю..." (20 хвилин): Обмін досвідом щодо різних емоційних ситуацій.
- Вправа "Конструктивне вираження емоцій" (10 хвилин): Рольові ігри з використанням "Я-висловлювань". *Інструкція:* "Практикуйте висловлювання своїх почуттів, починаючи фрази з 'Я відчуваю...!'"
- Домашнє завдання (5 хвилин): Продовжити ведення емоційного щоденника.

Заняття 5: Розвиток резилієнтності та позитивного мислення

Мета: підтримати формування позитивного мислення та розвинути навички резилієнтності.

- Психоедукація про резилієнтність (10 хвилин): Обговорення того, що таке стійкість до стресу.
- Вправа "Склянка наполовину повна" (15 хвилин): Переформулювання негативних думок у позитивні. *Інструкція*: "Запишіть негативні думки та спробуйте знайти позитивний або нейтральний погляд на ситуацію."
- Вправа "Мої ресурси" (20 хвилин): Ідентифікація особистих сильних сторін та джерел підтримки. *Інструкція*: "Створіть карту своїх сильних сторін та підтримки, щоб бачити, на що ви можете опертися."
- Обговорення прикладів подолання труднощів (10 хвилин): Учасники діляться власним досвідом.
- Домашнє завдання (5 хвилин): Практикувати позитивне переформулювання у щоденних ситуаціях.

Заняття 6: Соціальна підтримка та комунікативні навички

Мета: підкреслити важливість соціальної підтримки та розвинути ефективні навички спілкування.

- Обговорення значення дружби та підтримки (10 хвилин).
- Вправа "Активне слухання" (20 хвилин): Практика навичок слухання в парах. *Інструкція*: "Один розповідає, інший уважно слухає та переказує почуте."
- Вправа "Відкритий діалог" (15 хвилин): Обговорення важливих тем у групі з повагою до різних думок.
- Створення плану соціальної підтримки (10 хвилин): Визначення осіб та ресурсів, до яких можна звернутися.
- Домашнє завдання (5 хвилин): Практикувати навички активного слухання з близькими.

Заняття 7: Подолання травматичних переживань

Мета: надати інструменти для опрацювання травматичних подій та зниження симптомів травматичного стресу.

- Психоедукація про травму та її вплив (15 хвилин): Розуміння того, як травма впливає на психіку.
- Вправа "Безпечне місце" (15 хвилин): Візуалізація місця, де учасники відчують себе захищено. *Інструкція:* "Уявіть місце, де ви почуваетесь спокійно та безпечно. Детально опишіть його для себе."
- Обговорення копінг-стратегій (20 хвилин): Обмін методами подолання важких спогадів.
- Домашнє завдання (10 хвилин): Записати позитивні спогади або події, які приносять радість.

Заняття 8: Планування майбутнього та постановка цілей

Мета: підтримати позитивне бачення майбутнього та навчити навичок постановки цілей.

- Вправа "Колесо життя" (15 хвилин): Оцінка задоволеності різними сферами життя. *Інструкція:* "Намалюйте коло та розділіть його на сектори, що представляють важливі для вас сфери життя. Оцініть кожен сектор за рівнем задоволеності."
- Постановка SMART-цілей (20 хвилин): Визначення конкретних та досяжних цілей. *Інструкція:* "Оберіть сферу, яку бажаєте покращити, та сформулюйте ціль за принципом SMART."
- Планування кроків до досягнення цілей (15 хвилин): Розробка конкретних дій.
- Домашнє завдання (10 хвилин): Розпочати виконання одного з кроків плану.

Заняття 9: Керування невизначеністю та розвиток гнучкості

Мета: розвинути толерантність до невизначеності та адаптивність мислення.

- Обговорення ситуацій невизначеності (15 хвилин): Як вони впливають на життя учасників.
- Вправа "Контрольоване та неконтрольоване" (15 хвилин): Визначення факторів, на які можна або не можна вплинути. *Інструкція:* "Розділіть аркуш на дві частини та запишіть фактори у відповідні колонки."
- Стратегії прийняття невизначеності (20 хвилин): Практики усвідомленості та фокус на теперішньому моменті.
- Домашнє завдання (10 хвилин): Використовувати одну зі стратегій при виникненні тривоги.

Заняття 10: Підсумок та підтримка після завершення програми

Мета: підсумувати отримані знання та навички, обговорити плани щодо подальшого використання отриманого досвіду.

- Рефлексія всього курсу (20 хвилин): Обговорення, що було найкориснішим та які зміни учасники помітили в собі.
- Обговорення планів на майбутнє (15 хвилин): Як застосовуватимуть навички далі, які цілі перед собою ставлять.
- Створення "Скриньки ресурсів" (15 хвилин): Кожен учасник збирає перелік методик та вправ, які йому найбільше допомогли, щоб використовувати їх у майбутньому.
- Завершення та прощання (10 хвилин): Обмін побажаннями, підведення підсумків роботи групи.