

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

**на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ СИМПТОМУ
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ
МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Виконала: студентка 4 курсу,
групи 6.0530-1з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Кочуровська Анастасія Олександрівна
Керівник: викладач кафедри
психології Неманежина А.О.
Науковий консультант: Горбань Г.О.,
д.психол.н., професор кафедри психології
Рецензент: Самсонова О.О., к.пед.н., доцент
кафедри дошкільної та початкової освіти

Запоріжжя 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології

Кафедра психології

Рівень вищої освіти бакалаврський

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« ____ » _____ 2024 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Кочуровській Анастасії Олександрівні

Тема роботи Психологічні особливості корекції симптому посттравматичних стресових розладів у дітей молодшого шкільного віку

керівник роботи Неманежина А.О. викладач кафедри психології

науковий консультант: Горбань Г.О., д.психол.н., професор кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «05» 02 2024 року № 235-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати посттравматичний стресовий розлад: сутність та основні характеристики; озкрити особливості посттравматичних стресових розладів у дітей; розглянути особливості психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей; визначити специфіку проведення психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей молодшого шкільного віку; розробити програму психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей; проаналізувати ефективність програми психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей молодшого шкільного віку

5. Перелік графічного матеріалу: 11 таблиць, 5 рисунків

6. Консультанти розділів роботи

7. Дата видачі завдання _____

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання Прийняв
Вступ	Неманежина А.О., викладач Горбань Г.О., професор		
Розділ 1	Неманежина А.О., викладач Горбань Г.О., професор		
Розділ 2	Неманежина А.О., викладач Горбань Г.О., професор		
Розділ 3	Неманежина А.О., викладач Горбань Г.О., професор		
Висновки	Неманежина А.О., викладач Горбань Г.О., професор		

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	лютий 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	березень 2024 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	квітень-травень 2024 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	травень 2024 р.	Виконано
6	Написання висновків	червень 2024 р.	Виконано
7	Передзахист	червень 2024 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	червень 2024 р.	Виконано

Студент _____ А. О. Кочуровська

Керівник роботи _____ А.О. Неманежина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра: 60 сторінок, 5 рисунків, 11 таблиць, 46 джерел.

Об'єктом дослідження: є посттравматичний стресовий розлад.

Предметом дослідження: є корекція симптому посттравматичних стресових розладів у дітей молодшого шкільного віку.

Метою даної роботи є розробка програми психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей молодшого шкільного віку.

Гіпотеза полягає в припущенні, що застосування індивідуально підібраних психологічних методів корекції сприятиме зменшенню симптомів ПТСР у дітей молодшого шкільного віку.

Методи дослідження. Теоретичні: теоретичний аналіз сучасного стану проблеми креативності та творчого потенціалу; систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні (тестування за психодіагностичними методиками).

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що отримані результати дозволяють зрозуміти психологічні механізми корекції симптомів ПТСР у дітей молодшого шкільного віку та забезпечують підставу для подальших досліджень у цій області.

Результати дослідження можуть бути використані у роботі психологів, педагогів та інших спеціалістів, що працюють з дітьми молодшого шкільного віку, спрямоване на поліпшення психічного стану та якості життя цієї вікової групи.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ДІТИ, МОЛОДШИЙ ШКІЛЬНИЙ ВІК, ПСИХОКОРЕКЦІЯ.

SUMMARY

Kochurovska A. O. Psychological Peculiarities of Correction of Post-Traumatic Stress Disorder Symptom in Primary School Children .

Bachelor's thesis: 60 pages, 5 figures, 11 tables, 46 sources.

The object of the study: is post-traumatic stress disorder.

The subject of the study: is the correction of the symptom of post-traumatic stress disorders in children of primary school age.

The purpose of this work is to develop a psychocorrection program for post-traumatic stress disorders in children of primary school age.

The hypothesis consists in the assumption that the use of individually selected psychological correction methods will contribute to the reduction of PTSD symptoms in children of primary school age.

Research methods. Theoretical: theoretical analysis of the current state of the problem of creativity and creative potential; systematization and generalization of scientific literature on the research problem; empirical (testing according to psychodiagnostic methods).

The scientific novelty of the study lies in the fact that the obtained results allow us to understand the psychological mechanisms of correction of PTSD symptoms in children of primary school age and provide a basis for further research in this area.

The results of the research can be used in the work of psychologists, teachers and other specialists working with children of primary school age, aimed at improving the mental state and quality of life of this age group.

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, CHILDREN, YOUNGER SCHOOL AGE, PSYCHOCORRECTION.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ.....	10
1.1. Посттравматичний стресовий розлад: сутність та основні характеристики.....	10
1.2. Особливості посттравматичних стресових розладів у дітей.....	12
1.3. Психокорекція посттравматичних стресових розладів у дітей.....	17
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	21
2.1. Психологічна характеристика дітей молодшого шкільного віку з ПТСР....	21
2.2. Специфіка проведення психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей	23
2.3. Модель проведення психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей	29
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	33
3.1. Організація, методи та результати дослідження.....	33
3.2. Програма психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей.....	44
3.3. Аналіз ефективності програми психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей.....	48
ВИСНОВКИ.....	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55
ДОДАТКИ.....	60

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Симптом ПТСР у дітей молодшого шкільного віку наразі є актуальною та важливою проблемою через зростання кількості травматичних подій, з якими діти можуть стикатися. Це можуть бути негативний досвід, такі як аварії, природні катастрофи, насильство або небезпечні ситуації в сім'ї чи школі. Ці події можуть викликати в дітей стрес, тривогу та травматичні наслідки, які, в свою чергу, можуть призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу.

Психологічні особливості дітей молодшого шкільного віку мають велике значення в контексті корекції симптомів ПТСР. На цьому етапі розвитку дитини формуються основні когнітивні, емоційні та поведінкові паттерни, що визначають її подальший розвиток. Розуміння та адекватна реакція на стресові ситуації дітей даного віку може впливати на психічне та емоційне здоров'я дитини у подальшому.

Корекція симптомів ПТСР у дітей молодшого шкільного віку включає в себе не лише застосування психологічних методів, але й врахування їхніх особливостей, таких як розвиток мови, уяви, відносин з дорослими та однолітками. Важливою частиною корекційної роботи є підтримка та співпраця з батьками та вчителями, оскільки вони можуть мати значний вплив на оточення дитини та її психосоціальну ситуацію.

Такий підхід до корекції симптомів ПТСР у дітей молодшого шкільного віку допоможе покращити якість їхнього життя та зменшити негативні наслідки стресових ситуацій. Розуміння та врахування психологічних особливостей цієї вікової групи дозволить ефективно впливати на їхнє психічне здоров'я та адаптацію до навколишнього середовища.

Дослідження посттравматичних стресових розладів, які проводили раніше, здебільшого фокусувалися на медичному, загально-психологічному та медико-психологічному профілю. Роботи таких авторів, як І. Горбаченко, І. Іванова, В. Данилова, О. Мельник, В. Макаренко та інші, ставили за мету

вивчення особливостей перебігу та лікування ПТСР у різних категоріях пацієнтів.

Крім того, важливо відзначити дослідження, які зосереджені на аналізі переживання стресу в умовах воєнного стану. Роботи Г. Герило, Ю. Луценко, І. Корнієнко та інші, допомагають розкрити особливості виникнення та проявів ПТСР у воєнних умовах та розробляти ефективні методи її корекції.

Дослідження та публікації присвячені корекції симптомів ПТСР у дітей молодшого шкільного віку, звертають увагу на необхідність індивідуального підходу до кожного випадку, розуміння особливостей розвитку дитини та застосування ефективних психологічних методів. Такий комплексний підхід дозволяє досягти кращих результатів у покращенні якості життя дітей, що пережили травматичні події та зменшити прояв симптомів ПТСР.

Об'єктом дослідження: є посттравматичний стресовий розлад.

Предметом дослідження: є корекція симптому посттравматичних стресових розладів у дітей молодшого шкільного віку.

Метою даної роботи є розробка програми психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей молодшого шкільного віку.

Гіпотеза полягає в припущенні, що застосування індивідуально підібраних психологічних методів корекції сприятиме зменшенню симптомів ПТСР у дітей молодшого шкільного віку.

У відповідності з метою та гіпотезою визначені завдання дослідження:

1. Проаналізувати посттравматичний стресовий розлад: сутність та основні характеристики.
2. Розкрити особливості посттравматичних стресових розладів у дітей.
3. Розглянути особливості психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей.
4. Визначити специфіку проведення психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей молодшого шкільного віку.
5. Розробити програму психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей.

6. Проаналізувати ефективність програми психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей молодшого шкільного віку.

Методи дослідження. Теоретичні: теоретичний аналіз сучасного стану проблеми креативності та творчого потенціалу; систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні (тестування за психодіагностичними методиками).

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що отримані результати дозволяють зрозуміти психологічні механізми корекції симптомів ПТСР у дітей молодшого шкільного віку та забезпечують підставу для подальших досліджень у цій області.

Практичне значення. Результати дослідження можуть бути використані у роботі психологів, педагогів та інших спеціалістів, що працюють з дітьми молодшого шкільного віку, спрямоване на поліпшення психічного стану та якості життя цієї вікової групи.

Надійність і достовірність результатів дослідження. Для забезпечення надійності та достовірності результатів дослідження будуть використані відомі та перевірені методи дослідження, а також буде звернута увага на ретельний аналіз та обробку отриманих даних.

Структура та обсяг роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Кількість таблиць 11, кількість рисунків 5, кількість використаних джерел 46, кількість сторінок 60.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ

1.1. Посттравматичний стресовий розлад: сутність та основні характеристики

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це хронічний розлад психічного здоров'я, який може розвинутися у людей, які пережили травматичну подію. Травматичні події можуть включати війну, насильство, стихійні лиха, аварії та інші катастрофи.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психічним розладом, який може виникнути внаслідок травматичної події. Основною характеристикою ПТСР є стійкі та інтенсивні симптоми стресу, які виникають після події і можуть тривати протягом тривалого періоду часу [6, 216-219].

ПТСР може розвинутися внаслідок подій, що становлять реальну загрозу фізичному цілісності особи або інших людей. Ці події можуть включати війну, аварії, насильство, злочини, природні катастрофи та інші травматичні обставини.

Основними симптомами ПТСР є повторні відтворення травматичного досвіду (відчуття, думки, спогади), гіперзбудження (гіпервигнання, гіперпильність, реакція на навколишні подразники) та ухилень від події (відчуття відстороненості, вибухи гніву, втрата інтересу).

Симптоми ПТСР можуть тривати протягом тривалого періоду часу, навіть після того, як травматична подія вже минула. Вони можуть зберігатися протягом місяців або навіть років, впливаючи на якість життя та функціонування особистості.

Люди з ПТСР можуть відчувати повторні переживання травми у вигляді флешбеків, кошмарів та нав'язливих думок. Вони також можуть уникати людей,

місць та речей, які нагадують їм про травму. Інші поширені симптоми ПТСР включають [6, 216-219]:

- зміна настрою та емоцій, такі як дратівливість, гнів, тривога та депресія;
- проблеми з концентрацією та пам'яттю;
- підвищена збудливість і пильність;
- труднощі зі сном;
- фізичні симптоми, такі як прискорене серцебиття, пітливість, тремор і м'язова напруга.

ПТСР може значно вплинути на різні аспекти життя людини, включаючи роботу, відносини з оточуючими, фізичне та психічне здоров'я та загальну якість життя (таблиця 1.1.) [6, 216-219].

Таблиця 1.1.

Основні характеристики ПТСР

Симптом	Опис
Повторне переживання травми	Флешбеки, кошмари, нав'язливі думки
Уникання	Уникання людей, місць та речей, пов'язаних з травмою
Негативні зміни у когніції та настрої	Відчуття безнадійності, безпорадності, провини, проблеми з концентрацією та пам'яттю
Зміни у збудливості та реактивності	Дратівливість, гнів, лякливність, проблеми зі сном
Фізичні симптоми	Прискорене серцебиття, пітливість, тремор, м'язова напруга

Діагноз ПТСР встановлюється лікарем або психіатром на підставі клінічної оцінки симптомів особи та її історії хвороби, оскільки не існує конкретного тесту, що однозначно підтверджував би наявність цього розладу [6, 216-219].

Лікування ПТСР передбачає використання різноманітних психотерапевтичних та медикаментозних методів. Один з найефективніших психотерапевтичних підходів - це когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), що спрямована на зміну негативних думок та поведінки, пов'язаних з травмою.

Інший метод, відомий як десенсибілізація та повторна обробка рухів очима (ДПРР), допомагає поступово звикнути до спогадів про травму. Крім того, ліки, зокрема антидепресанти та препарати для заспокоєння, можуть бути призначені для лікування симптомів ПТСР, таких як тривога та безсоння.

Прогноз при ПТСР може бути різним для кожної людини, але з правильним лікуванням багато людей з ПТСР можуть навчитися контролювати свої симптоми та повернутися до повноцінного життя. Важливо вчасно звернутися до фахівця для діагностики, лікування та психокорекції, якщо у є підозра на наявність ПТСР, оскільки самолікування може бути небезпечним.

Отже, ПТСР - це серйозний розлад, який вимагає уваги та відповідної підтримки з боку фахівців для ефективного управління симптомами та поліпшення якості життя постраждалих осіб.

1.2. Особливості посттравматичних стресових розладів у дітей

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) у дітей мають свої особливості, які варто враховувати при їх діагностиці, лікуванні та психокорекції. Нижче наведено деякі з них.

Емоційні вияви. Коли дитина зіткнулася з травматичною подією, її емоційна реакція може бути дуже сильною та різноманітною. Спостерігаються такі основні емоційні реакції [10, 231-232]:

- Дитина може відчувати великий страх перед подібними ситуаціями у майбутньому або перед тим, що може трапитися з нею або її близькими. Цей страх може бути настільки потужним, що впливає на здатність розуміти та реагувати на навколишні події.

- Тривога може виявлятися в постійній напрузі, невпевненості та

неспокої про майбутнє. Дитина може бути легко збуджена або перелякана навіть за найменшими причинами.

- Невирішені емоції та стрес можуть призвести до вияву агресивного або вибухового поведінки. Дитина може бути злісною або дратівливою, виражаючи свій стан через слова або дії.

- Відчуття втрати, жалю та невпевненості може викликати смуток у дитини. Вона може сумувати за тим, що було втрачено або за тим, як змінився її світ навколо після травматичної події [10, 231-232].

- Дитина також може проявляти дезорганізовану або агресивну поведінку, яка є результатом спроби впоратися зі стресом та невпевненістю. Це може включати зламану чи несподівану реакцію на подібні подразники, нерегульований або неадекватний вибух гніву, а також недостатню здатність контролювати свої емоції у соціальних ситуаціях.

Регресія. Коли дитина переживає травматичну подію, вона може реагувати на неї шляхом регресії, тобто повернення до поведінки, яка є характерною для більш молодшої вікової групи. Це може бути спробою знайти внутрішню безпеку та спокій у звичках та реакціях, які були характерними для них у ранньому дитинстві:

- Для багатьох дітей смоктання пальців є заспокійливою та комфортною дією. Це може бути спробою знайти внутрішню безпеку та розслаблення в момент стресу. Смоктання пальців також може мати функцію самостимуляції, допомагаючи дитині зосередитися та заспокоїти свої нерви.

- Під час сну дитина може переживати нічне здригання або бути надто чутливою до зовнішніх подразників, таких як звуки або світло. Це може бути результатом тривоги та стресу, які впливають на якість сну та можуть викликати фізичну реакцію під час ночі.

Регресія до цих звичок або реакцій може бути спробою дитини знайти внутрішню безпеку та заспокоїтися в моменти стресу, коли вона відчуває втрату контролю або невпевненість. Важливою роллю батьків і дорослих є надання дитині підтримки, розуміння та допомоги в управлінні її емоціями та

стресом, а також сприяння пошуку здорових методів подолання стресу [10, 231-232].

Симптоми викривлення пам'яті. Коли дитина переживає травматичну подію, це може вплинути на її спогади про ці події. Деякі діти можуть виявляти викривлення або неповність спогадів, тобто їхні спогади можуть бути нечіткими або неповними, або ж вони можуть уникати навіть згадувати подію. Це може бути спробою захистити себе від болючих або страшних деталей події, які можуть викликати ще більший стрес та тривогу [10, 231-232].

З іншого боку, деякі діти можуть піддаватися інтенсивним спогадам про травматичну подію, які викликають стрес. Вони можуть мати повторні відтворення події у своїй уяві або переживати відчуття страху, тривоги та безпеки в результаті цих спогадів. Це може бути особливо важким, оскільки спогади можуть виникати навіть у найнепередбачуваніші часи, заважаючи їм нормальному функціонуванню та викликаючи психологічні та емоційні труднощі.

Ця реакція може бути частиною процесу відновлення дитини після травматичної події, але вона також може відобразити необхідність підтримки та допомоги в управлінні її емоціями та стресом. Важливою є підтримка та розуміння з боку батьків, дорослих та фахівців, які можуть допомогти дитині розвинути здорові стратегії подолання стресу та відновлення психологічного благополуччя [10, 231-232].

Фізичні симптоми: головні болі, шлунково-кишкові розлади, безсоння або втома (таблиця 1.2.) [17].

Таблиця 1.2.

Фізичні симптоми ПТСР у дітей

Симптом	Опис
Головні болі	Часті головні болі без явних фізичних причин
Шлунково-кишкові розлади	Запор, діарея, втрата апетиту, нудота, біль у животі

Продовження таблиці 1.2

Безсоння	Труднощі зі засинанням або безперервним сном, нічні кошмари
Втома	Постійна втома та виснаження

Важливо зазначити, що деякі діти можуть відчувати не всі ці симптоми, і у кожної дитини вони можуть проявлятися по-різному.

Будь-які фізичні симптоми можуть бути досить дискомфортними та впливати на загальний стан здоров'я та добробут дитини. Важливою є рання діагностика ПТСР та надання дітям необхідної підтримки та лікування для подолання цих фізичних проявів та поліпшення їхнього стану.

- *Страх перед розлученням* з близькими після травматичної події може виникнути у дітей як результат втрати відчуття безпеки та стабільності, яке зазвичай забезпечує їхній родинний оточення. Дитина може почати переживати тривогу та страх, що її рідні можуть покинути її або змінити місце проживання, особливо, якщо травматична подія відбулася в цьому самому оточенні [17].

Дитина може почати переживати страх, що її близькі можуть бути поранені або покинути її, особливо, якщо вони були причетні до травматичної події або були її свідками. Вона може відчувати, що це буде її провина або що вона більше не буде мати нікого, на кого можна покластися.

Вона може проявляти нестаток відповідного ступеня незалежності та намагатися триматися якнайближче до своїх близьких. Вона може демонструвати страх або тривогу, коли близькі залишають її навіть на короткий проміжок часу.

Дитина може шукати постійної підтримки, розуміння та заспокоєння від близьких, намагаючись відчути відновлене відчуття безпеки та стабільності через їх присутність.

Цей страх перед розлученням може бути значно посилено після травматичної події, оскільки дитина відчуває потребу у безпеці та підтримці більше, ніж коли-небудь. Важливою є турбота та підтримка близьких, щоб допомогти дитині подолати цей страх та відновити відчуття безпеки та стабільності.

- *Соціальна ізоляція.* Уникнення соціальних ситуацій та взаємодії з оточуючими є досить поширеним проявом посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей [17].

Це може виникати внаслідок бажання уникнути подій або ситуацій, які нагадують про травматичну подію, або зі страху перед новими стресовими ситуаціями:

- Уникнення місць або подій, де є багато людей або де дитина має зустрічатися зі свідками або учасниками травматичної події. Наприклад, вона може уникати школи, де вона могла би зіткнутися з образами або ситуаціями, які нагадують їй про травматичну подію.

- Не бажання спілкуватися або взаємодіяти з іншими людьми, включаючи близьких друзів або членів сім'ї. Дитина може уникати спілкування або вибирати самотність, щоб уникнути можливості викликати або ділитися своїми почуттями та досвідом.

- Уникнення соціальних ситуацій та взаємодії з оточуючими, дитина може почувати себе відстороненою від інших та відчувати самотність. Відчуття відстороненості може поглиблювати її емоційний стан та загострювати відчуття безпорадності.

Це уникнення соціальних ситуацій та взаємодії може впливати на якість життя дитини та її здатність до адаптації до навколишнього середовища. Важливою є підтримка та розуміння з боку батьків, дорослих та фахівців, які можуть допомогти дитині подолати це уникнення та повернутися до здорових соціальних взаємодій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей представляє серйозне психічне відхилення, що може виникнути як результат переживання або свідчення травматичної події. Для дітей такі події можуть бути особливо складними, оскільки їх емоційна та когнітивна системи знаходяться на стадії активного формування [17].

Щоб попередити розвиток ПТСР у дітей, важливо створити сприятливе середовище, де діти можуть відчувати себе безпечно та підтримано. Важливо надати дітям відкриту можливість висловити свої почуття та емоції, а також забезпечити їхню підтримку та розуміння. В разі підозри на наявність ПТСР важливо звернутися до фахівця для діагностики, лікування та психокорекції.

1.3. Психокорекція посттравматичних стресових розладів у дітей

Психокорекція посттравматичних стресових розладів у дітей - це процес втручання та підтримки, спрямований на покращення психологічного стану дитини, яка пережила травматичну подію та розвинула ПТСР. Цей процес базується на різних методах та підходах з метою зменшення симптомів стресу, покращення емоційного стану та підтримки процесу відновлення психічного здоров'я дитини.

Розглянемо детальніше психологічний зміст психокорекції ПТСР у дітей [25]:

I етап. Оцінка та діагностика. Початковим етапом психокорекції є оцінка та діагностика психічного стану дитини. Це включає вивчення симптомів ПТСР, оцінку рівня стресу та тривоги, а також виявлення потреби у психологічній підтримці.

II етап. Терапевтичні методи.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) - цей підхід допомагає дитині зрозуміти та переоцінити негативні думки та переконання, пов'язані з травмою. Дитина вчиться розвивати стратегії управління стресом та адаптації до травматичних спогадів.

Десенсибілізація та повторна обробка рухів очима (ДПРР) – метод, що сприяє зменшенню інтенсивності та емоційної віддачі від травматичних спогадів шляхом стимулювання рухів очей та фокусування на позитивних аспектах досвіду.

Групова терапія - участь у групових сесіях дозволяє дітям спілкуватися з іншими, які також пережили подібні травматичні досвіди, і знаходити підтримку та розуміння у спільному середовищі.

Індивідуальна терапія - однією з ключових складових психокорекції є індивідуальні терапевтичні сесії, під час яких психолог працює з дитиною один на один, щоб вивчити та вирішити її унікальні потреби та проблеми.

III етап. Самоствердження та позитивна підтримка. Важливою частиною психокорекції є підтримка самоствердження та позитивна підтримка дитини. Психолог працює над підвищенням самооцінки, розвитком навичок управління стресом та позитивного мислення.

IV етап. Подолання травматичних спогадів. Психологічна корекція також включає в себе роботу з травматичними спогадами дитини. Це може включати поступову експозицію до травматичних ситуацій або подій, щоб дитина могла поступово перебороти свої страхи та навчитися керувати ними.

V етап. Підтримка сім'ї. Важливою частиною психокорекції є також підтримка сім'ї дитини. Психолог може працювати з батьками та іншими родичами, щоб допомогти їм розуміти та підтримувати дитину в процесі одужання.

Психокорекція ПТСР у дітей ґрунтується на ряді основних принципів. (таблиця 1.3.) [25].

Таблиця 1.3.

Основні принципи психокорекції ПТСР у дітей

Принцип	Опис
Індивідуальний підхід	Психокорекція повинна бути адаптована до індивідуальних потреб кожної дитини, з урахуванням її віку, рівня розвитку, тяжкості симптомів ПТСР та інших факторів.

Продовження таблиці 1.3

Безпечне та підтримувальне середовище	Дітям з ПТСР важливо відчувати себе безпечно та комфортно під час психокорекції. Це допоможе їм розслабитися, відкритися та співпрацювати з терапевтом.
Орієнтація на сильні сторони	Психокорекція повинна зосереджуватися на сильних сторонах дитини та допомагати їй розвивати нові навички та здібності. Це допоможе дитині підвищити самооцінку та впоратися з наслідками травми.
Співпраця з сім'єю	Сім'я відіграє важливу роль у житті дитини з ПТСР, тому важливо, щоб сім'я була залучена до процесу психокорекції. Це допоможе членам сім'ї зрозуміти ПТСР, навчитися краще підтримувати дитину та створити сприятливе середовище для її одужання.

Важливо зазначити, що це лише деякі з основних принципів психокорекції ПТСР у дітей. Психотерапевт дитини може використовувати й інші принципи та методи, ґрунтуючись на своїх знаннях та досвіді.

Батькам та опікунам важливо співпрацювати з психотерапевтом дитини, щоб створити план лікування, який буде найкращим для їхньої дитини.

Психокорекція ПТСР у дітей - це комплексний та індивідуалізований процес, який вимагає уважного аналізу психічного стану дитини та розробки ефективних та підходящих стратегій психологічної підтримки.

З усього вище зазначеного, можемо зробити висновок, що ПТСР у дітей є серйозною проблемою, що виникає внаслідок травматичних подій, таких як насильство, аварії чи природні катастрофи. Ці події можуть призвести до стресу, тривоги та психологічних проблем у дітей. Підкреслено важливість індивідуального підходу до кожної дитини у психокорекції ПТСР, з урахуванням її унікальних потреб та характеристик.

Психокорекційні методики, такі як когнітивно-поведінкова терапія, експозиційна терапія та сімейна терапія, використовуються для зменшення симптомів ПТСР та поліпшення функціонування дитини. Успішна корекція ПТСР у дітей вимагає комплексного підходу та врахування їхніх індивідуальних особливостей.

РОЗДІЛ 2.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. Психологічна характеристика дітей молодшого шкільного віку з ПТСР

Діти молодшого шкільного віку віком від 6 до 12 років, які страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), можуть проявляти різноманітні психологічні характеристики, які відображають їхні індивідуальні реакції на травматичну подію та її наслідки. (таблиця 2.4.) [26, 264].

Таблиця 2.4.

Емоційний стан, поведінка, когнітивні порушення та фізичні симптоми ПТСР у дітей віком 6-12 років

Тип симптомів	Опис
Емоційний стан	
Тривожність та страх	Діти можуть відчувати підвищену тривожність і періодичний страх перед конкретними речами або ситуаціями.
Дратівливість та гнів	Діти можуть бути швидко дратівливі або виходити з себе навіть на маленький привід.
Смуток та безнадія	У дітей може виникати відчуття суму, особливо коли вони думають про подію, що викликала травму.
Поведінка	
Регресія	Дитина може почати виявляти знаки регресії, які включають дитячі звички, такі як смоктання пальців або «збирання в клубок» під час стресових ситуацій.
Уникнення	Вони можуть уникати речей або місць, які нагадують їм про травматичну подію, і намагатися утікати від неприємних спогадів.
Зміни у навчанні	Дитина може мати труднощі з увагою та концентрацією в школі, що може вплинути на її успішність у навчанні.

Когнітивні порушення	
Кошмари та флешбеки	Діти можуть мати кошмари або флешбеки, пов'язані з травматичною подією, які можуть виникати вдень або вночі.
Проблеми концентрацією	Діти можуть мати труднощі з увагою та зосередженістю на звичних заняттях.
Збої у пам'яті	Діти можуть мати знижену здатність до запам'ятовування та використання інформації.
Фізичні симптоми	
Болі та розлади сну	Дитина може скаржитися на болі в голові, шлунку або інших частинах тіла, а також мати проблеми зі здоров'ям сну.
Втома	Діти можуть відчувати постійну втому та втому, навіть при відпочинку.

Дитина може виявляти емоційну лабільність, проявляючи періоди високої тривожності, роздратованості та підвищеної схильності до сльозливості. Вона може швидко переходити від радості до смутку або злості, несподівано реагуючи на навіть незначні подразники.

Вона може демонструвати зміни у поведінці, такі як агресія, ізоляція або регресія у розвитку, наприклад, повернення до дитячих звичок (смоктання пальців, іграшок) або нічне здригання.

ПТСР може викликати у дитини різні страхи та фобії, пов'язані з травматичною подією. Наприклад, вона може боятися певних місць, ситуацій або об'єктів, які асоціюються з травмою.

У дитини можуть бути труднощі з концентрацією та увагою, що впливає на її успішність у навчанні. Вона може відмовлятися від участі у навчальних заняттях або мати проблеми з організацією та виконанням завдань. Дитина може мати викривлення або неповність спогадів про травматичну подію, або навіть піддаватися інтенсивним спогадам, які викликають стрес [26, 264].

ПТСР може впливати на сон дитини, призводячи до проблем зі засипанням, частим прокиданням та кошмарами, пов'язаними з травматичною

подією. Дитина може мати складнощі у встановленні та підтримці соціальних відносин з ровесниками. Вона може виявляти уникнення спілкування або проявляти агресивну поведінку взаємодії з іншими.

Ці психологічні характеристики можуть виявлятися в різний спосіб у кожної дитини, залежно від її індивідуальних особливостей, контексту травматичної події та підтримки, яку вона отримує.

2.2. Специфіка проведення психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей

Специфіка проведення психокорекції посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у дітей вимагає особливого підходу та уваги до їхніх потреб і можливостей:

- *Вік і розвиток.*

Різниця в розвитку та розумінні світу між дітьми різного віку значно впливає на вибір і ефективність психокорекційних стратегій (таблиця 2.5.) [28]

Таблиця 2.5.

Особливості роботи з дітьми з ПТСР залежно від їхнього віку

Вік	Когнітивний розвиток	Мовний розвиток	Спосіб вираження емоцій
Молодші діти (6-8 років)	Обмежений словник, абстрактне мислення та уява. Найкраще розуміють конкретні ідеї та ситуації.	Обмежений словник. Труднощі з висловленням почуттів.	Використання малюнків, рольових ігор, казок. Проста та конкретна мова. Терпіння та увага.
Старші діти (9-12 років)	Розвиток абстрактного мислення. Здатність аналізувати та розуміти складніші поняття.	Більший словник. Здатність висловлювати думки та почуття.	Використання термінів та концепцій, що більш складні. Групова робота, дискусії. Більша самостійність у розв'язанні проблем.

Отже, під час психокорекційної роботи з дітьми різного віку важливо належним чином адаптувати підходи та методи до їхніх індивідуальних потреб та рівня розвитку.

- *Специфіка комунікації.*

Використання мови та форм комунікації, зрозумілих для дітей, є ключовим аспектом ефективної психокорекції.

Зважаючи на різницю в розвитку та сприйнятті світу між дітьми різного віку, ефективність психокорекційних стратегій може варіюватися. Те, що працює для підлітків, може бути неефективним для дітей молодшого віку. Тому важливо враховувати індивідуальні особливості та потреби кожної вікової групи при розробці методів психокорекції [28].

Щоб забезпечити ефективність психокорекційних підходів, необхідно використовувати мову та форми комунікації, які зрозумілі для дітей.

Гра - це природний спосіб виявлення емоцій для дітей. Вона створює можливість відчувати себе в безпечному середовищі та експериментувати зі своїми почуттями. Різноманітні ігри можуть бути використані для виявлення різних аспектів емоційного стану дитини, таких як емпатія, співпраця та вираження почуттів [31, 207].

Малювання є візуальним методом виявлення емоцій для дітей. Вони можуть використовувати малюнки, щоб передати свої почуття, страхи та надії. Процес малювання може також допомогти дітям зосередитися та заспокоїтися, що сприяє вираженню емоцій та розв'язанню проблем [31, 207].

Рольові ігри дають дітям можливість виразити свої почуття та переживання через ролі та ситуації, які їм знайомі. Цей метод дозволяє дітям відчувати себе в різних ролях та перспективах, що сприяє їхньому розумінню власних та чужих емоцій.

Казки можуть бути корисним інструментом для вираження складних емоцій та переживань через відображення їх у персонажах та сюжетах. Через історії та пригоди героїв діти можуть легше відчувати себе в безпечному середовищі, а також знайти відповіді на свої питання та страхи.

Ці методи спрямовані на створення безпечної та підтримуючої атмосфери, в якій діти можуть відчувати себе комфортно та вільно виражати свої емоції. Це допомагає їм не тільки зрозуміти свої почуття, а й знайти способи їхнього подолання та пристосування.

Мета використання цих методів полягає в тому, щоб створити безпечну та підтримуючу атмосферу, в якій діти можуть відчувати себе комфортно та вільно виражати свої емоції. Це допомагає їм не тільки зрозуміти свої почуття, а й знайти способи їхнього подолання та пристосування.

- *Створення безпечної атмосфери.*

Створення емоційно-підтримуючої та невимушеної атмосфери є ключовим аспектом успішної психокорекції у дітей. Фахівець з психокорекції повинен виявляти теплоту, розуміння та емпатію, щоб дитина почувалася комфортно та безпечно. Важливо, щоб дитина розуміла, що її почуття та емоції важливі, а її власний простір і безпека будуть поважатися [31, 207].

Фахівець повинен створити атмосферу, де дитина буде відчувати себе прийнятою та підтриманою. Це може включати в себе відкрите та спокійне спілкування, де дитина має можливість вільно висловлювати свої думки та почуття. Важливо уникати будь-якого судження або критики і замість цього підтримувати дитину у її самовираженні.

Розуміння та співпереживання є ключовими елементами підтримки дитини під час психокорекції. Фахівець повинен демонструвати свою готовність слухати та сприймати почуття дитини без будь-якого засудження або переривання. Показники сприйняття та відчуття дитини повинні бути враховані, а виявлені емоції повинні бути підтримані та визнані.

Також, важливою є невимушена атмосфера, яка стимулює відкритість та довіру. Фахівець повинен створити таке середовище, де дитина буде відчувати себе вільно, виражати себе і свої почуття. Це може включати в себе використання різноманітних методів комунікації, які дозволяють дитині обрати той вид діяльності, який їй найбільш зручний, будь то гра, малювання, рольові ігри або просто спілкування.

Отже, створення емоційно-підтримуючого та невимушеного середовища відіграє важливу роль у психокорекції у дітей. Фахівець повинен бути чутливим до потреб дитини та створювати атмосферу, де вона може почуватися в безпеці, прийнятною та вільною виражати свої емоції та почуття.

- *Врахування індивідуальних особливостей.*

Кожна дитина має свою власну унікальну особистість, яка визначається не лише віком, але й внутрішніми рисами, досвідом та індивідуальними потребами. Тому, для успішної психокорекції, важливо поглиблено зрозуміти кожную дитину і враховувати її унікальність [35].

Перш за все, фахівець повинен ретельно дослідити сильні сторони дитини - це можуть бути її таланти, уміння або ресурси, які можна використати для покращення психологічного стану. Підкреслення позитивних аспектів особистості дитини може збільшити її впевненість та сприяти побудові позитивного самовідчуття.

Однак, дуже важливо враховувати слабкі сторони дитини та можливі труднощі, з якими вона зіткнулася. Це можуть бути навички соціальної адаптації, стресова толерантність або інші аспекти, які можуть потребувати уваги та підтримки.

Крім того, ступінь готовності до змін грає важливу роль у процесі психокорекції. Деякі діти можуть бути відкритими та готовими до активного залучення до змін у своєму житті, тоді як інші можуть потребувати більш обережного та поступового підходу. Фахівець повинен бути чутливим до цих індивідуальних особливостей кожної дитини та адаптувати свої методи та стратегії відповідно до її потреб і готовності.

Отже, ретельне врахування індивідуальних потреб, сильних та слабких сторін, а також готовність дитини до змін є важливими аспектами психокорекційної роботи. Правильно підібрані підходи та стратегії до особливостей кожної дитини допоможуть забезпечити ефективність та позитивні результати в процесі корекції психологічного стану.

- *Залучення сім'ї.*

Сімейна підтримка являється важливим фактором у психокорекційному процесі дитини з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Батьки або опікуни грають ключову роль у створенні сприятливого середовища для зцілення та підтримки дитини під час її психологічного відновлення [35].

Перш за все, важливо залучити сім'ю до адаптаційного процесу. Це може включати інформування батьків або опікунів про особливості ПТСР, його симптомів та методів психокорекції. Пояснення професійних термінів та концепцій допоможе родині краще розуміти стан дитини та сприятиме відповідним діям у підтримці.

Крім того, важливо надати батькам або опікунам необхідні знання та навички для підтримки дитини вдома. Це може включати методики релаксації, способи керування стресом та тривогою, а також техніки спілкування, що сприяють відкритій обміну емоціями та почуттями.

Сімейна терапія, також може бути формою підтримки, де всі члени родини мають можливість висловити свої почуття, відчувати підтримку одне від одного та спільно розробляти стратегії підтримки дитини.

- *Емпатія та підтримка.*

Фахівець, що займається психокорекцією у дітей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), повинен мати особливий підхід до взаємодії з маленькими пацієнтами. Це вимагає не лише фахових знань, а й емоційного інтелекту, здатності співчувати та розуміти внутрішні переживання дитини [35].

Фахівець повинен створювати емоційно-підтримуюче середовище, де дитина буде почуватися комфортно та безпечно. Виявлення співчуття та розуміння до переживань дитини допомагає побудувати довіру та відносини довіри між фахівцем і пацієнтом. Фахівець має бути готовим прислухатися до дитячих емоцій та виявляти зацікавленість у її почуттях та думках.

Підтримка та позитивне підкріплення від фахівця є важливим елементом у подоланні ПТСР для дитини. Визнання та похвала за кожен крок у процесі

відновлення можуть мотивувати дитину продовжувати робити позитивні зусилля для подолання своїх труднощів. Фахівець повинен використовувати позитивне підкріплення для підтримки самооцінки та впевненості дитини у власних здібностях та зусиллях.

Загалом, фахівець з психокорекції має виявляти теплоту, розуміння, співчуття та підтримку у взаємодії з дитиною з ПТСР. Це створить сприятливу атмосферу для відновлення та зцілення, допомагаючи дитині перейти через складні моменти та досягти позитивних результатів у своєму житті.

- *Мультидисциплінарний підхід.*

Комплексний підхід до корекції посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей є ключовим у забезпеченні ефективної психологічної допомоги. Цей підхід орієнтується на різноманітні терапевтичні методи, які доповнюють один одного та враховують унікальні потреби та ситуації кожної дитини [35].

Одним з ключових компонентів комплексного підходу є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Цей метод допомагає дітям з ПТСР навчитися ідентифікувати та змінювати негативні думки та поведінку, пов'язані з травмою. КПТ може бути ефективним у вирішенні проблем з тривожністю, депресією та ризикованою поведінкою.

Додатковим методом може бути десенсибілізація та повторна обробка рухів очима (ДПРР), яка полягає у контрольованому виклику та обробці травматичних спогадів. Цей метод допомагає дітям з ПТСР знизити інтенсивність емоційних реакцій та розслабити систему нервової напруги.

Додатково до індивідуальної терапії, сімейна терапія може бути корисною для зміцнення підтримки та розвитку здорових взаємин у сім'ї. Вона може допомогти сім'ям зрозуміти вплив травматичної події на кожного члена родини та розробити способи підтримки один одного.

Крім того, важливою складовою комплексного підходу є фармакотерапія, яка може використовуватися для лікування супутніх психічних розладів, таких як тривожність або депресія.

Цей комплексний підхід забезпечує широкий спектр психологічної підтримки та інтервенцій, що враховують індивідуальні потреби та унікальність кожної дитини, сприяючи ефективному відновленню та зціленню після травматичного досвіду.

Психокорекція ПТСР у дітей - це складний, але дуже важливий процес, який може допомогти дитині подолати стрес та відновити психологічне благополуччя.

2.3. Модель проведення психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей

Модель проведення психокорекції посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у дітей включає кілька ключових етапів, спрямованих на оцінку, психотерапію, підтримку сім'ї, а також моніторинг та оцінку прогресу.

На першому етапі проводиться оцінка, яка включає збір інформації про дитину, її травму та симптоми ПТСР, діагностику розладу та розробку індивідуального плану лікування.

Далі відбувається психотерапія, де використовуються різні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія для зміни негативних думок та поведінки, десенсибілізація та повторна обробка рухів очима для поступового звикання до травматичних спогадів, психодинамічна терапія для розуміння впливу минулих переживань, ігрова терапія для вираження емоцій та сімейна терапія для підтримки сімейного середовища та навчання членів сім'ї, як краще підтримувати дитину [4, 378-390].

На третьому етапі надається підтримка сім'ї, що включає надання інформації та підтримки психотерапевта, сімейну терапію та можливість участі у групах підтримки.

Далі, проводиться моніторинг та оцінка прогресу, який дозволяє психотерапевтові регулярно оцінювати прогрес дитини та коригувати план лікування за необхідності.

Ця модель забезпечує комплексний та індивідуалізований підхід до лікування ПТСР у дітей, сприяючи їхньому відновленню та зціленню після травматичного досвіду [26, 264].

Розглянемо приклад моделі проведення психокорекції ПТСР у дитини:

1. Оцінка:

1.1. Збір інформації.

Психотерапевт зустрічається з батьками та дитиною, проводить інтерв'ю та заповнює анкети для збору інформації про травму, симптоми ПТСР та сімейну ситуацію.

1.2. Діагностика.

За допомогою стандартних інструментів діагностики психотерапевт підтверджує наявність ПТСР та інших можливих психічних розладів (таблиця 2.6.) [26, 264].

Таблиця 2.6.

Стандартні інструменти діагностики ПТСР у дітей

Інструмент	Опис
Дитячий клінічний інтерв'ю для діагностики DSM (DC: 0-5, DC: 5)	<ul style="list-style-type: none"> - Дозволяє провести структуроване інтерв'ю з батьками або опікунами. - Оцінює емоційний стан та поведінку дитини, а також інші фактори розвитку. - DC: 0-5 призначений для дітей віком від народження до 5 років. - DC: 5 призначений для дітей від 6 років і старших.
Інвентар стану дитини (CSI)	<ul style="list-style-type: none"> - Оцінює емоційний стан дитини. - Виявляє симптоми тривоги, депресії, гіперактивності та інші фактори, які можуть вказувати на наявність психічних розладів.
Інвентар для діагностики дитячого стресу (CDI)	<ul style="list-style-type: none"> - Оцінює рівень стресу та тривожності у дітей. - Виявляє симптоми, характерні для ПТСР, такі як кошмари, нав'язливі думки, роздратованість тощо.

Шкала симптомів ПТСР у дітей (CPTSD)	<ul style="list-style-type: none"> - Спеціально розроблений для оцінки симптомів ПТСР у дітей. - Оцінює симптоми, переживання, унікальні для дітей, включаючи реакції на стрес, пов'язаний з травмою.
Мультиаксіальний клінічний інвентар для дітей (MACI)	<ul style="list-style-type: none"> - Дозволяє оцінити широкий спектр психічних розладів у дітей. - Оцінює ПТСР, депресію, тривогу, агресивність та інші психічні розлади.

Ці інструменти допомагають психотерапевтам зробити об'єктивну оцінку психічного стану дитини та підтвердити наявність ПТСР або інших можливих психічних розладів.

1.3. Розробка плану лікування.

На основі отриманої інформації психотерапевт розробляє індивідуальний план лікування, враховуючи вік дитини, рівень розвитку та особливості травми.

2. Психотерапія:

2.1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) [29, 157-161].

Дитина вчиться розпізнавати та змінювати негативні думки, які виникають у зв'язку з травмою. Вона виконує домашні завдання, спрямовані на зміну поведінки та сприйняття ситуацій.

2.2. Десенсибілізація та повторна обробка рухів очима (ДПРР).

Дитина здійснює вправи з медитації та розслаблення, а також вчиться поступово піддаватися спогадам про травму, починаючи з найменших стимулів.

2.3. Ігрова терапія.

Дитина використовує ігрові методи для вираження своїх емоцій та дослідження та вирішення проблем.

2.4. Сімейна терапія.

Члени сім'ї зустрічаються з психотерапевтом, щоб обговорити вплив ПТСР на сімейні відносини та способи підтримки дитини [29, 157-161].

3. Підтримка сім'ї:

3.1. Індивідуальна консультація.

Психотерапевт зустрічається з батьками окремо, щоб надати їм підтримку та інформацію про ПТСР та методи підтримки дитини.

3.2. Сімейна терапія.

Сім'я зустрічається разом з психотерапевтом, щоб обговорити труднощі, з якими вони стикаються, та розвивати стратегії для покращення сімейних відносин.

4. Моніторинг та оцінка:

4.1. Регулярні зустрічі.

Психотерапевт зустрічається з дитиною та сім'єю регулярно для оцінки прогресу та внесення корекцій в план лікування [29, 157-161].

4.2. Оцінка:

Оцінка симптомів ПТСР та їх зміни з часом. Оцінка рівня функціонування дитини в сім'ї, школі та інших сферах життя.

Ця модель дозволяє створити індивідуальний та комплексний план лікування для дитини з ПТСР, забезпечуючи необхідну підтримку та допомогу як дитині, так і її сім'ї.

З усього вище зазначеного, можемо узагальнити, що діти віком від 6 до 12 років перебувають у важливому етапі свого розвитку, коли формуються ключові когнітивні, емоційні та поведінкові навички. Це робить їх особливо вразливими перед стресом та травматичними подіями, які можуть викликати розвиток ПТСР.

Психокорекційні програми для дітей 6-12 років повинні бути адаптовані до їхніх рівня розвитку, інтересів та способів сприйняття інформації. Важливо використовувати гру та творчі методи для залучення уваги дітей та сприяння їхньому емоційному виразу. Застосування різних психокорекційних методик, таких як гра, малювання, рольові ігри, тощо, є ефективними в психокорекції ПТСР у дітей цього вікового діапазону.

РОЗДІЛ 3.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

3.1. Організація, методи та результати дослідження

Дослідження ПТСР у дітей - це важливий аспект наукових досліджень, спрямований на розуміння цього психічного розладу та розробку ефективних методів лікування [2, 94-95].

Розглянемо кілька методів досліджень ПТСР у дітей та їх характеристики:

1. Клінічні дослідження - ці дослідження проводяться з участю дітей, які мають діагноз ПТСР, та порівнюють їх з контрольною групою дітей без цього розладу. Під час клінічних досліджень вивчаються симптоми, психологічні та біологічні характеристики учасників.

2. Дослідження з використанням випадків - ці дослідження фокусуються на конкретних випадках ПТСР у дітей та детально аналізують їхні історії, симптоми та вплив на їхнє життя. Цей метод дозволяє здійснити більш глибоке розуміння конкретних випадків ПТСР.

3. Епідеміологічні дослідження - ці дослідження оцінюють поширеність ПТСР у дітей у популяції, визначаючи фактори ризику та захисту. Епідеміологічні дані допомагають зрозуміти масштаби проблеми та спрямовують роботу на управління нею.

4. Нейробіологічні дослідження - ці дослідження вивчають зміни в мозку, які пов'язані з ПТСР у дітей. Вони можуть включати утворення мозкових зображень, електроенцефалографію та інші методи для дослідження нейробіологічних механізмів розвитку ПТСР [2, 94-95].

Крім того, етичні питання, безпека та конфіденційність респондентів є надзвичайно важливими. Віхівці, а саме психологи, психотерапевти та

психіатри, повинні дотримуватися високих етичних стандартів та забезпечувати захист прав та добробуту дітей під час проведення досліджень.

У нашій роботі для вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей було використано «Шкалу для оцінки дитячого посттравматичного стресового розладу» (CPTSD), яка є діагностичним інструментом, розробленим спеціально для оцінки симптомів ПТСР у дітей. (Додаток 1) [41].

Методика враховує особливості психіки та розвитку дітей і дозволяє отримати інформацію про стан дитини після травматичної події.

«Шкала для оцінки дитячого посттравматичного стресового розладу» CPTSD включає 17 симптомів, які оцінюються за п'ятьма підшкалами, відображаючи різні аспекти посттравматичного стресу:

1. Повторне переживання травми - визначає, наскільки часто дитина згадує травматичну подію або відчуває, що вона знову відбувається.
2. Уникання - оцінює, наскільки дитина уникає думок, почуттів, місць або людей, пов'язаних з травмою.
3. Негативні зміни у пізнанні та настрої - оцінює, чи відчуває дитина негативні зміни у своєму мисленні, почуттях або поведінці після травматичної події.
4. Гіперзбудження - оцінює надмірну тривогу, дратівливість, проблеми з концентрацією уваги або інші симптоми гіперактивності.
5. Дисоціація - оцінює відчуття відокремлення від свого тіла або розуму, відчуття нереальності або інші симптоми дисоціації.

Кожен симптом оцінюється за шкалою від 0 до 3, а загальний бал розраховується як сума балів за всі 16 симптомів. Цей бал служить для класифікації важкості ПТСР: від відсутності до важкого рівня.

Методика є дійсним та надійним інструментом для оцінки ПТСР у дітей і може бути використаний для діагностики, оцінки тяжкості симптомів, відстеження прогресу лікування [41].

Дослідження проводилося у місті Запоріжжі, серед дітей молодшого шкільного віку (6-12 років). Загальну кількість учасників склало 16 респондентів, з яких 8 хлопців та 8 дівчат. Дослідження проводилось офлайн на базі кабінету дипломованого психолога по підписаній згоді батьків.

Учасники були поділені на дві групи:

1. Група ПТСР, яка склала 8 респондентів, які отримали діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вони вважаються основною групою дослідження і є об'єктом підвищеної уваги для вивчення симптомів та проведення психокорекційних заходів.

2. Контрольна група - 8 респондентів, які не мають діагнозу ПТСР. Контрольна група слугує для порівняння з групою ПТСР і допомагає встановити, чи є різниця у показниках між дітьми з ПТСР та без цього розладу.

Першим етапом нашого дослідження проведення «Шкали для оцінки дитячого посттравматичного стресового розладу» (CPTSD).

Результати тесту CPTSD для двох груп дітей:

1. Вік: 6-12 років
2. Кількість дітей: 16
3. Група 1: 8 дітей з ПТСР (4 дівчинки, 4 хлопчики)
4. Травматичний досвід: війна
5. Група 2: 8 дітей без ПТСР (4 дівчинки, 4 хлопчики)

У таблиці 3.7. наведені середні результати відповідей дітей по кожному питанню тесту. Для обчислення застосовувався статистичний метод.

Таблиця 3.7.

Середні бали за кожне питання тесту

Питання	Група 1 (ПТСР)	Група 2 (Без ПТСР)
1	2.25	0.75
2	2.00	0.25
3	1.75	0.25
4	1.50	0.50

5	1.75	0.50
6	1.25	0.25
7	1.50	0.25
8	1.75	0.50
9	1.50	0.25
10	1.75	0.50
11	1.25	0.25
12	1.00	0.00
13	1.50	0.25
14	1.25	0.25
15	1.00	0.25
16	1.25	0.25

6. Загальні бали: представлені в рис.3.1.

- Група 1 (ПТСР): 47.00
- Група 2 (Без ПТСР): 12.00

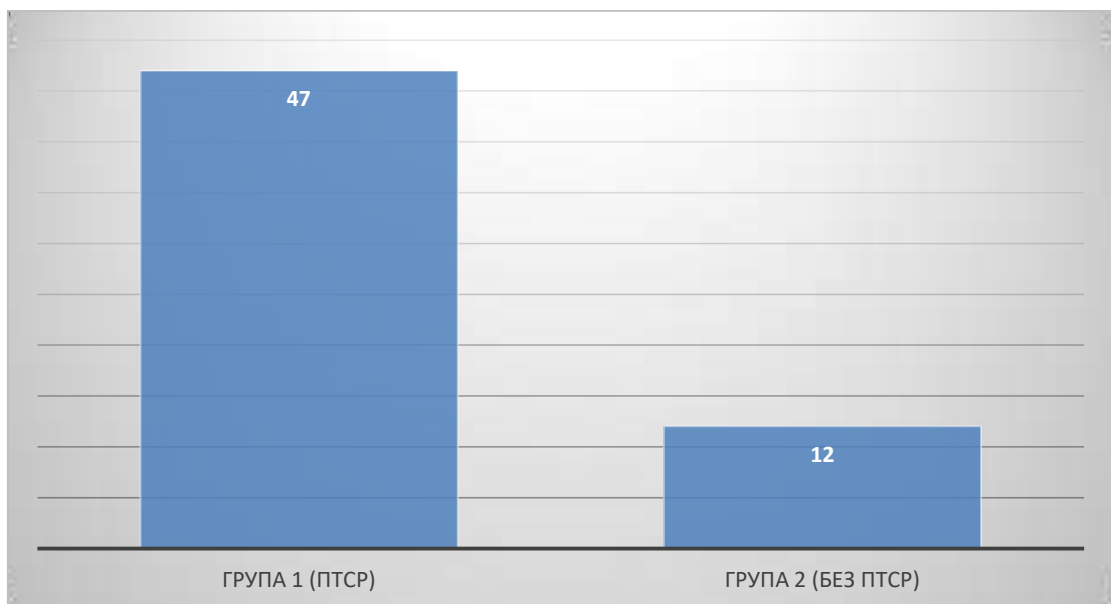


Рис. 3.1. Загальні результати «Шкали для оцінки дитячого посттравматичного стресового розладу» (CPTSD)

7. Статистична значущість:

Результати тесту CPTSD показали статистично значущу різницю між двома групами дітей ($p < 0.001$). Результат $p < 0.001$ в результатах тесту CPTSD свідчить про важливість та достовірність виявленої різниці між двома групами дітей. Це означає, що ймовірність того, що виявлена різниця була б випадковою, дуже мала - менше 0,1%. Такий результат дає підстави вважати, що спостережувана різниця у балах між групами є реальною та не виникає випадково.

Це значення p також підтверджує, що результати тесту CPTSD мають практичне значення і можуть бути корисними для різних аспектів роботи з дітьми, які мають ПТСР. Високі бали за тестом CPTSD можуть слугувати підґрунтям для діагностики ПТСР у дітей, допомагаючи ідентифікувати тих, хто потребує спеціалізованої допомоги. Результати також можуть використовуватися для розробки індивідуального плану лікування, зверненням уваги на найбільш виражені симптоми та вибором найефективніших методів терапії. Крім того, ці результати можуть служити як інструмент для моніторингу прогресу корекції, дозволяючи спостерігати за тим, як дитина реагує на проведені заходи та вчасно коригувати терапевтичні стратегії.

8. Інтерпретація.

Діти з групи 1 (ПТСР) мали значно вищі бали за кожне питання тесту CPTSD порівняно з дітьми з групи 2 (Без ПТСР).

Це свідчить про те, що діти з групи 1 мають більш виражені симптоми ПТСР, які можуть включати повторне переживання травми, уникання, негативні зміни у пізнанні та настрої, гіперзбудження та дисоціацію.

Розглянемо результати дослідження за статтю (таблиця 3.8.)

Результати тесту CPTSD для двох груп дітей, розділені по статі:

1. Вік: 6-12 років
2. Кількість дітей: 16
3. Група 1: 8 дітей з ПТСР (4 дівчинки, 4 хлопчики)
4. Травматичний досвід: Війна

5. Група 2: 8 дітей без ПТСР (4 дівчинки, 4 хлопчики)

Таблиця 3.8.

Середні бали за кожне питання тесту CPTSD

Питання	Дівчатка (ПТСР)	Хлопчики (ПТСР)	Дівчатка (Без ПТСР)	Хлопчики (Без ПТСР)
1	2.50	2.00	0.50	1.00
2	2.25	1.75	0.25	0.25
3	1.75	1.75	0.25	0.25
4	1.25	2.00	0.50	0.50
5	1.75	1.75	0.50	0.50
6	1.00	1.50	0.25	0.25
7	1.50	1.50	0.25	0.25
8	1.75	1.75	0.50	0.50
9	1.25	1.75	0.25	0.25
10	2.00	1.50	0.50	0.50
11	1.25	1.25	0.25	0.25
12	1.00	1.00	0.00	0.00
13	1.50	1.50	0.25	0.25
14	1.00	1.50	0.25	0.25
15	1.00	1.00	0.25	0.25
16	1.25	1.25	0.25	0.25

6. Загальні бали представлені рис.3.2.

- Дівчатка (ПТСР): 43.00
- Хлопчики (ПТСР): 49.00
- Дівчатка (Без ПТСР): 11.00
- Хлопчики (Без ПТСР): 13.00

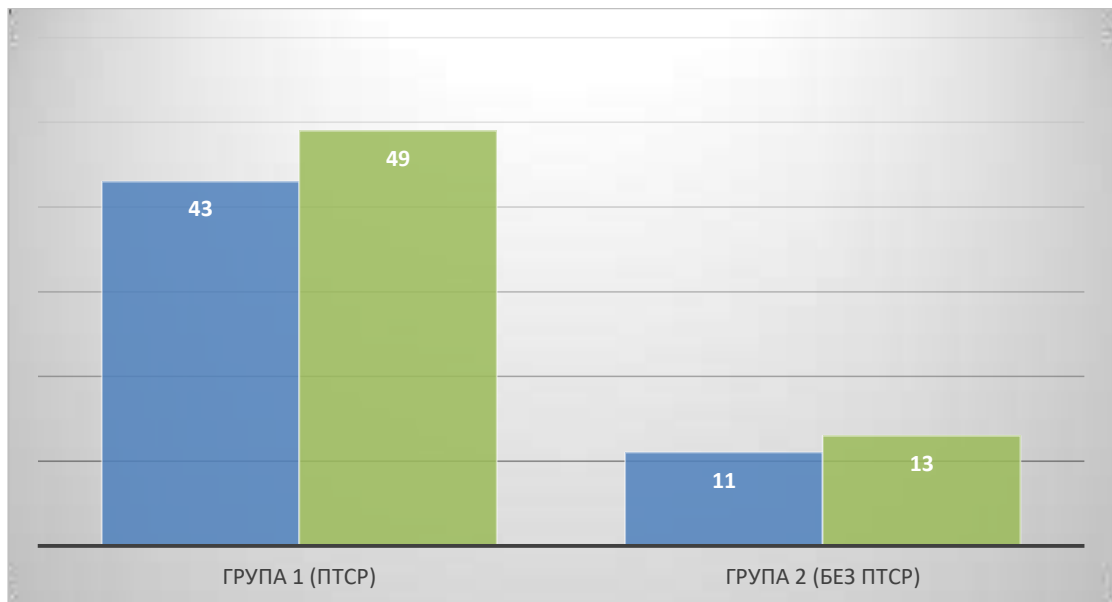


Рис.3.2. Загальні результати за статтю тесту CPTSD

7. Статистична значущість:

Результати тесту CPTSD показали статистично значущу різницю між двома групами дітей ($p < 0.001$). Також було виявлено статистично значущу різницю між балами дівчаток та хлопчиків з ПТСР ($p < 0.05$). Це означає, що результати тесту CPTSD показали, що різниця в балах між двома групами дітей (наприклад, група дітей з ПТСР та контрольна група без ПТСР) є статистично значущою з високою ймовірністю. У даному випадку, $p < 0.001$, що означає, що ймовірність того, що різниця між групами була б випадковою, є дуже мала.

Також було виявлено, що існує статистично значуща різниця між балами дівчаток та хлопчиків з ПТСР, де $p < 0.05$. Це означає, що різниця у балах між хлопчиками та дівчатками з ПТСР є статистично значущою з відносно низькою ймовірністю помилкового висновку.

Отже, обидві ці статистично значущі різниці вказують на те, що є об'єктивні відмінності в симптомах ПТСР між різними групами дітей або між дівчатками та хлопчиками з ПТСР. Це може мати важливі практичні наслідки для діагностики, психокорекції та підтримки дітей з ПТСР.

8. Інтерпретація:

Діти з групи 1 (ПТСР) мали значно вищі бали за кожне питання тесту CPTSD порівняно з дітьми з групи 2 (Без ПТСР).

Це свідчить про те, що діти з групи 1 мають більш виражені симптоми ПТСР, які можуть включати повторне переживання травми, уникання, негативні зміни у пізнанні та настрої, гіперзбудження та дисоціацію.

У таблиці 3.9. та на рис.3.3. подані результати дослідження за підшкалами тесту.

Результати тесту CPTSD за підшкалами:

1. Вік: 6-12 років
2. Кількість дітей: 16
3. Група 1: 8 дітей з ПТСР (4 дівчинки, 4 хлопчики)
4. Травматичний досвід: Війна
5. Група 2: 8 дітей без ПТСР (4 дівчинки, 4 хлопчики)

Таблиця 3.9.

Середні бали за підшкалами

Підшкала	Група 1 (ПТСР)	Група 2 (Без ПТСР)
Повторне переживання травми	9.00	2.00
Уникання	7.00	2.50
Негативні зміни у пізнанні та настрої	8.00	2.00
Гіперзбудження	7.50	2.00
Дисоціація	6.50	1.50

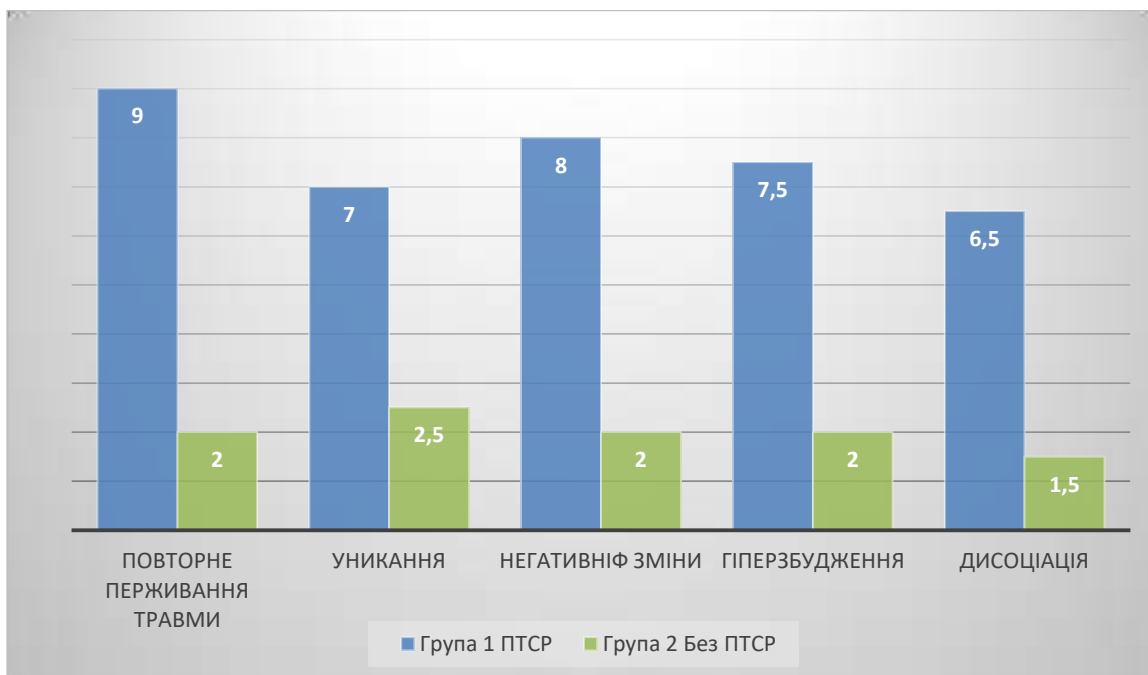


Рис.3.3. Результати тесту CPTSD за підшкалами

6. Статистична значущість:

Результати тесту CPTSD показали статистично значущу різницю між двома групами дітей за всіма підшкалами ($p < 0.001$).

Це означає, що у всіх підшкалах, які враховуються в тесті CPTSD, була виявлена статистично значуща різниця між двома групами дітей. Результати цього дослідження свідчать про те, що діти з групи ПТСР проявляють більш виражені симптоми ПТСР порівняно з дітьми з контрольною групою.

Це дуже важливий результат, оскільки він підтверджує наявність значних розходжень у психічному стані між цими двома групами дітей. Статистична значущість цих результатів ($p < 0.001$) підкреслює високу достовірність цього висновку. Отже, даний результат може мати практичне значення для діагностики, психокорекції та підтримки дітей з ПТСР.

7. Інтерпретація:

Діти з групи 1 (ПТСР) мали значно вищі бали за всіма підшкалами тесту CPTSD порівняно з дітьми з групи 2 (Без ПТСР). Це свідчить про те, що діти з групи 1 мають більш виражені симптоми ПТСР, які включають:

- Повторне переживання травми: діти часто згадують або відчують, що травматична подія знову відбувається.
- Уникання: діти уникають думок, почуттів, місць або людей, пов'язаних з травмою.
- Негативні зміни у пізнанні та настрої: діти відчують негативні зміни у своєму мисленні, почуттях або поведінці після травматичної події.
- Гіперзбудження: діти відчують надмірну тривогу, дратівливість, проблеми з концентрацією уваги або інші симптоми гіперактивності.
- Дисоціація: діти відчують відчуття відокремлення від свого тіла або розуму, відчуття нереальності або інші симптоми дисоціації.

Розглянемо результати за підшкалами цього тесту розділені за статтю. (таблиця 3.10.) та (рис.3.4.)

Результати тесту CPTSD за підшкалами, розділені по статі:

1. Вік: 6-12 років
2. Кількість дітей: 16
3. Група 1: 8 дітей з ПТСР (4 дівчинки, 4 хлопчики)
4. Травматичний досвід: Війна
5. Група 2: 8 дітей без ПТСР (4 дівчинки, 4 хлопчики)

Таблиця 3.10.

Середні бали за підшкалами тесту CPTSD

Підшкала	Дівчатка (ПТСР)	Хлопчики (ПТСР)	Дівчатка (Без ПТСР)	Хлопчики (Без ПТСР)
Повторне переживання травми	9.50	8.50	1.50	2.50
Уникання	7.50	6.50	2.00	3.00
Негативні зміни у пізнанні та настрої	8.50	7.50	2.00	2.00
Гіперзбудження	7.00	8.00	2.50	1.50
Дисоціація	6.00	7.00	1.00	2.00

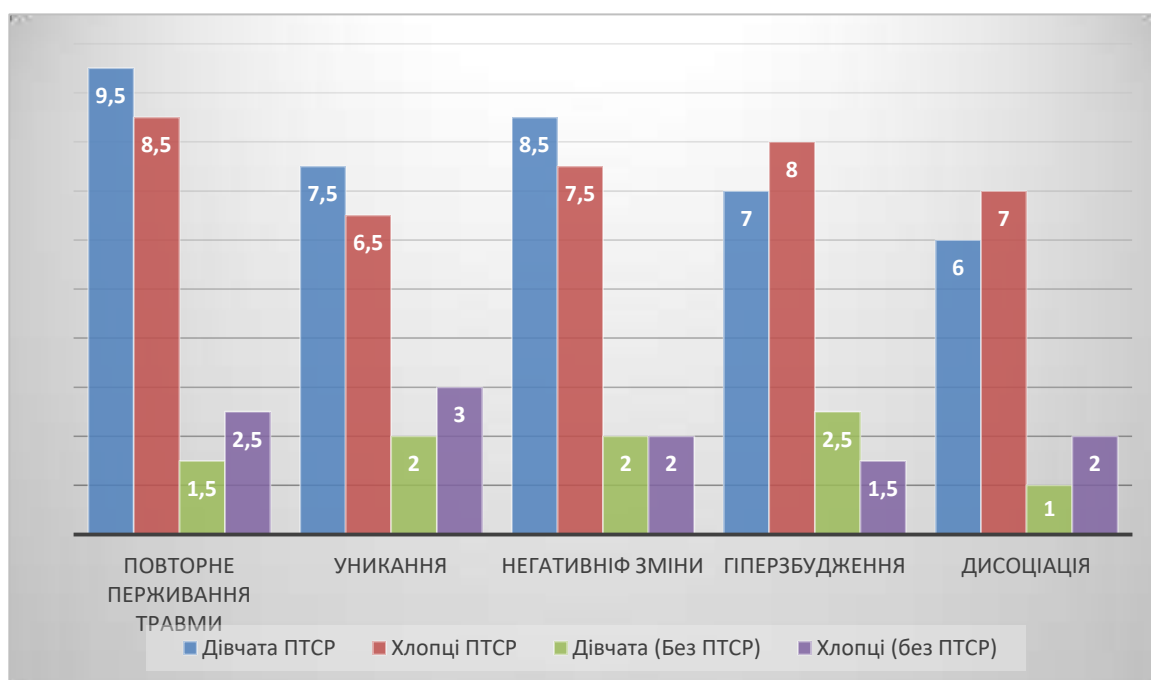


Рис.3.4. Результати тесту CPTSD за підшкалами, розділені по статі

б. Статистична значущість:

Результати тесту CPTSD показали статистично значущу різницю між двома групами дітей за всіма підшкалами ($p < 0.001$). Також було виявлено статистично значущу різницю між балами дівчаток та хлопчиків з ПТСР за підшкалами 1, 2, 3 та 5 ($p < 0.05$).

Це означає, що результати тесту CPTSD показали статистично значущу різницю між двома групами дітей з усіх підшкал, які враховуються в цьому тесті. Тобто, симптоми ПТСР значно відрізняються між дітьми з ПТСР та дітьми без нього.

Крім того, було виявлено статистично значущу різницю у балах між дівчатками та хлопчиками з ПТСР за підшкалами 1, 2, 3 та 5. Це означає, що хлопчики та дівчатка з ПТСР проявляють різні рівні симптомів у цих конкретних аспектах.

Отже, результати цього дослідження свідчать не лише про загальну наявність симптомів ПТСР у дітей, а й про існування різниці в проявах цих симптомів в залежності від статі. Це може вказувати на можливі різниці в переживанні та проявах ПТСР між хлопчиками та дівчатками, що потребує

уваги при розробці індивідуальних підходів до діагностики та психокорекції цього розладу.

7. Інтерпретація:

Результати дослідження засвідчили значну різницю в симптомах посттравматичного стресового розладу (ПТСР) між дітьми з ПТСР та тими, хто не має цього розладу. Загальні бали за тестом CPTSD та всіма його підшкалами були значно вищими у дітей з ПТСР порівняно з тими, хто не має цього розладу. Це свідчить про вираженість симптомів ПТСР у першій групі, які включають повторне переживання травми, уникання, негативні зміни у пізнанні та настрої, гіперзбудження та дисоціацію.

Особливо цікавим є те, що виявлено статистично значущу різницю між балами дівчаток та хлопчиків з ПТСР за підшкалами 1, 2, 3 та 5. Це вказує на те, що реакція на травму може відрізнятися в залежності від статі, що може бути важливим аспектом для подальшого дослідження та розробки індивідуалізованих підходів до психокорекції.

Отже, ці результати підкреслюють необхідність подальшого дослідження та розробки ефективних стратегій діагностики та психокорекції ПТСР у дітей. Вони також підкреслюють важливість ранньої діагностики та індивідуалізованого підходу до кожного випадку ПТСР, враховуючи різні фактори, такі як вік та стать.

3.2. Програма психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей

Програма психокорекції посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у дітей, розроблена на основі результатів тесту CPTSD, має на меті поліпшення емоційного та психосоціального стану дітей, зменшення симптомів ПТСР та надання їм підтримки у подоланні травматичного досвіду.

Основні компоненти програми включають індивідуальну психотерапію, групову психотерапію, сімейну терапію та психоосвітні заходи [14, 607-623].

Індивідуальна психотерапія використовує методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та експозиційної терапії з поступовим зниженням навантаження (ЕПЗН). Ці методи допомагають дітям ідентифікувати та змінювати негативні думки та поведінку, пов'язані з травмою, а також поступово стикатися з травматичними спогадами та емоціями в безпечному середовищі. Крім того, використання ігрової терапії може допомогти дітям, які не можуть вербалізувати свої почуття або переживання.

Групова психотерапія має на меті зменшення відчуття самотності та надання можливості дітям дізнатися, що інші люди пережили схожий досвід. Групові заняття також можуть допомогти дітям розвинути навички спілкування та співпраці.

Сімейна терапія включає в себе участь батьків чи опікунів, щоб допомогти їм краще розуміти ПТСР та його вплив на дитину, а також навчити їх краще підтримувати дитину в її процесі відновлення.

Психоосвітні заходи надають інформацію дітям та їхнім сім'ям про ПТСР, його симптоми, методи лікування та психокорекцію. Ці заходи також можуть допомогти дітям розвинути механізми подолання травми.

Тривалість програми психокорекції ПТСР залежить від індивідуальних потреб дитини і може тривати 12 тижнів. Важливо, щоб програма була реалізована кваліфікованими психологами або психотерапевтами з досвідом роботи з дітьми.

Рекомендації включають залучення батьків або опікунів до програми, надання додаткової підтримки тим дітям, які її потребують, а також забезпечення доступності програми для всіх дітей, незалежно від їхнього соціально-економічного статусу або етнічної приналежності.

Програма психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей [20].

Мета програми:

- Зменшити симптоми ПТСР, такі як повторне переживання травми, уникання, негативні зміни у пізнанні та настрої, гіперзбудження та дисоціація.

- Покращити емоційне та психосоціальне функціонування дітей.
- Допомогти дітям розвинути механізми подолання травми.
- Навчити дітей справлятися з важкими емоціями та поведінкою.
- Покращити стосунки дітей з сім'єю та однолітками.

1. Структура програми:

- індивідуальна психотерапія;
- групова психотерапія;
- групові заняття;
- сімейна терапія;
- психоосвітні заходи.

1. Тривалість програми: ПТСР від 12 до 24 тижнів.

2. Кадри: програма психокорекції ПТСР повинна реалізовуватися кваліфікованими психологами або психотерапевтами, які мають досвід роботи з дітьми.

3. Оцінка ефективності: ефективність програми психокорекції ПТСР повинна оцінюватися за допомогою різних методів, таких як тести, опитування та спостереження.

4. Рекомендації:

- Важливо, щоб батьки або опікуни дітей були залучені до програми психокорекції ПТСР.

- Дітям, які страждають від ПТСР, може знадобитися додаткова підтримка, така як спеціальна освіта або медичні послуги.

- Важливо, щоб програми психокорекції ПТСР були доступними для всіх дітей, які цього потребують, незалежно від їхнього соціально-економічного статусу або етнічної приналежності.

Ця програма психокорекції ПТСР є лише загальним планом. Її необхідно адаптувати до індивідуальних потреб кожної дитини.

Важливо зазначити, що психокорекція ПТСР є складним процесом, який потребує часу та зусиль. Однак за допомогою кваліфікованої допомоги діти, які пережили травму, можуть подолати ПТСР та жити повноцінним життям.

Розглянемо деякі вправи та методи, які можна використовувати в процесі психокорекції ПТСР у дітей:

1. Індивідуальна психотерапія:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

Вправа "Мій внутрішній світ" дозволяє дитині висловити свої емоції та думки шляхом малювання або описування. Разом зі спеціалістом вона аналізує, які саме думки та переконання викликають стрес та як вони впливають на її поведінку.

- Експозиційна терапія з поступовим зниженням навантаження (ЕПЗН).

Вправа "Мої безпечні місця" допомагає дитині ідентифікувати місця чи ситуації, де вона відчуває себе безпечно, і використовувати їх для підтримки в складних ситуаціях [3].

- Ігрова терапія.

Вправа "Створення релаксуючого місця" допомагає дитині створити власний внутрішній образ місця, де вона відчуває себе безпечно та спокійно, що може бути використано в майбутньому для заспокоєння та релаксації [3].

2. Групова психотерапія:

- Гра "Поділися своєю історією". Під час цієї вправи кожна дитина в групі має можливість вільно висловити свої думки та почуття щодо травматичного досвіду, а інші учасники групи надають підтримку та розуміння [3].

- Групова вправа "Моє плече". Під час цієї вправи діти в групі вчаться виражати підтримку один одному, спільно шукаючи рішення для вирішення проблем та подолання стресу [3].

3. Сімейна терапія:

- Вправа "Родинний вечір". Під час цієї вправи родина проводить час разом, розповідаючи про свої почуття, досвіди та спогади. Це дозволяє кожному членові родини відчути підтримку та розуміння [3].

- Вправа "Сімейне дерево". Під час цієї вправи родина створює дерево, на якому вони позначають свої емоції та досвіди. Це допомагає кожному членові родини краще розуміти один одного та взаємно підтримувати [3].

Ці вправи - лише деякі з методів та стратегій, які можуть бути використані в процесі психокорекції ПТСР у дітей. Важливо підібрати ті методи, які відповідають індивідуальним потребам та характеристикам кожної дитини, з урахуванням її віку та рівня травматичного досвіду.

3.3. Аналіз ефективності програми психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей

Впровадження програми психокорекції для дітей, які страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), виявилось значущим кроком у покращенні їхнього психічного та емоційного стану. Результати після виконання програми свідчать про значний прогрес та позитивні зміни у дитячому сприйнятті та відношенні до власних емоцій та травматичного досвіду.

За допомогою ретельно розробленої програми та ряду психокорекційних вправ, діти з ПТСР зазнали помітного полегшення та покращення свого психічного стану. На основі зіставлення початкового стану з результатами після проведення програми видно, що багато з них виявили зменшення симптомів тривоги, паніки та емоційного напруження.

Ці результати, безумовно, свідчать про ефективність та важливість програми психокорекції ПТСР у дітей. Впровадження цієї програми призвело до кращого самопочуття дітей, покращення їхнього відношення до власних емоцій та здатності ефективно копіювати з травматичним досвідом. (таблиця 3.11.) та (рис.3.5.)

Таблиця 3.11.

Загальні результати щодо показників за шкалою CPTSD

Група	Показники	Перед програмою	Після програми	Зміна
Група 1 (ПТСР)	Загальні бали	47.00	28.50	-18.50 ($p < 0.001$)
	Повторне переживання травми	9.00	5.00	-4.00 ($p < 0.001$)
	Уникання	7.00	3.50	-3.50 ($p < 0.001$)
	Негативні зміни у пізнанні та настрої	8.00	4.00	-4.00 ($p < 0.001$)
	Гіперзбудження	7.50	3.50	-4.00 ($p < 0.001$)
	Дисоціація	6.50	3.00	-3.50 ($p < 0.001$)
Група 2 (Без ПТСР)	Загальні бали	12.00	10.00	-2.00 (не статистично значуща)
	Повторне переживання травми	2.00	1.50	-0.50 (не статистично значуща)
	Уникання	2.50	2.00	-0.50 (не статистично значуща)
	Негативні зміни у пізнанні та настрої	2.00	2.00	0.00 (не статистично значуща)
	Гіперзбудження	2.00	2.00	0.00 (не статистично значуща)
	Дисоціація	1.50	1.50	0.00 (не статистично значуща)

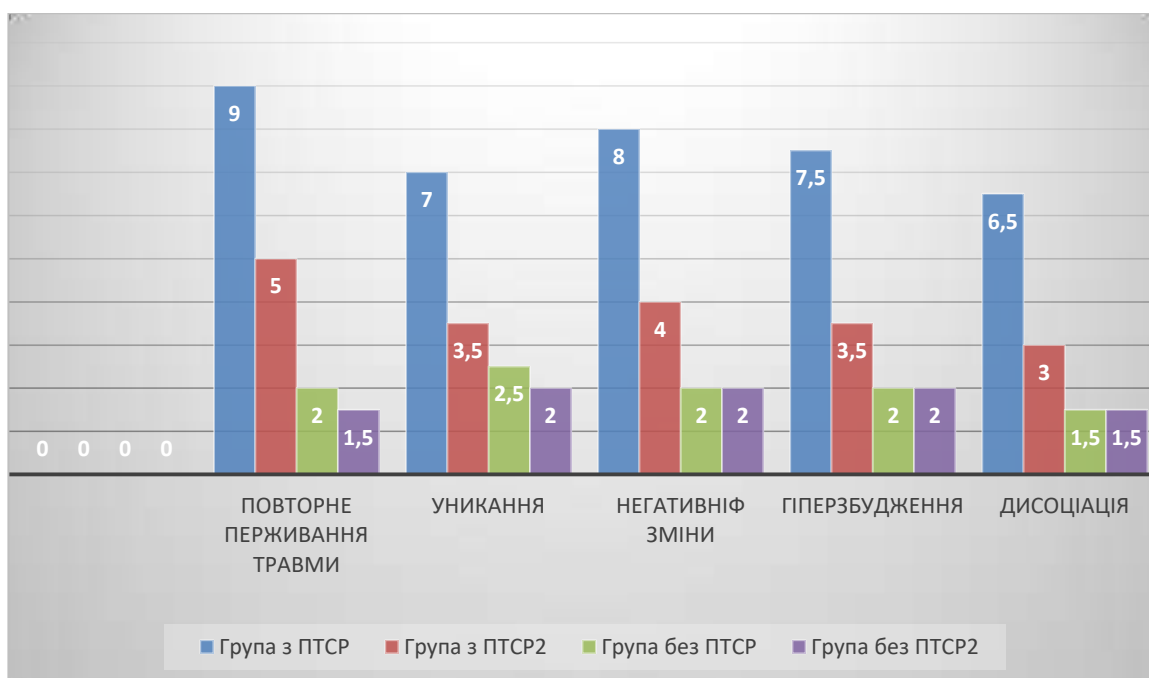


Рис.3.5. Загальні результати щодо показників за шкалою CPTSD

Згідно отриманих результатів до проведення програми психокорекції посттравматичних стресових розладів у дітей та після, ми можемо зробити такі висновки.

- Діти з групи 1 (ПТСР) показали значне покращення за всіма підшкалами тесту CPTSD після участі в програмі психокорекції.
- Діти з групи 2 (Без ПТСР) не показали значних змін за жодною з підшкал тесту CPTSD після участі в програмі.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це серйозний розлад психічного здоров'я, який може розвинутися у людей, які пережили травматичні події, такі як війна, насильство або стихійні лиха. Симптоми ПТСР можуть включати повторне переживання травми, уникання нагадувань про травму, негативні зміни у пізнанні та настрої, гіперзбудження та дисоціацію.

Діти молодшого шкільного віку особливо вразливі до ПТСР, він може мати значний негативний вплив на життя дітей, впливаючи на їхнє навчання, стосунки та емоційний розвиток.

Існує багато різних методів психокорекції ПТСР, включаючи когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), експозиційну терапію з поступовим зниженням навантаження (ЕПЗН) та групову та сімейну терапію.

Це дослідження вказує на результати програми психокорекції ПТСР для 16 дітей, 8 з яких мали діагноз ПТСР, а 8 - ні. Програма психокорекції включала КПТ, ЕПЗН, групову та сімейну терапію, а також психоосвітні заходи.

Діти з групи 1 (ПТСР) показали значне покращення за всіма підшкалами тесту СРТSD після участі в програмі психокорекції. Це свідчить про те, що програма психокорекції ПТСР була ефективною у зменшенні симптомів ПТСР у дітей.

Діти з групи 2 (Без ПТСР) не показали значних змін за жодною з підшкал тесту СРТSD після участі в програмі. Це свідчить про те, що програма психокорекції ПТСР не мала негативного впливу на дітей без ПТСР.

Ці результати свідчать про те, що програма психокорекції ПТСР може бути ефективним методом в психокорекції ПТСР у дітей молодшого шкільного віку.

ВИСНОВКИ

У рамках проведеного нами дослідження було розглянуто актуальність теми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей молодшого шкільного віку. Розвиток цього розладу є значущим у зв'язку зі зростанням кількості травматичних подій, з якими діти можуть стикатися, таких як аварії, природні катастрофи, насильство або небезпечні ситуації в сім'ї чи школі. Підкреслено, що розуміння та адекватна реакція на стресові ситуації у молодшому шкільному віці має велике значення для психічного та емоційного здоров'я дитини у подальшому.

Корекція симптомів ПТСР у цій віковій групі включає в себе застосування психологічних методів, врахування психологічних особливостей дитини та співпрацю з батьками та вчителями. Відзначено, що комплексний підхід до корекції симптомів ПТСР у дітей молодшого шкільного віку може покращити якість їхнього життя та зменшити негативні наслідки стресових ситуацій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій показав, що існуючі дослідження, присвячені корекції симптомів ПТСР у дітей молодшого шкільного віку, вказують на необхідність індивідуального підходу та застосування ефективних психологічних методів.

Результати дослідження були отримані за допомогою психологічного тестування дітей для визначення рівня симптомів ПТСР. Застосування шкали, розробленої на основі сучасних психологічних методик, дозволило оцінити рівень впливу травматичних подій на емоційний та психічний стан дітей.

Аналіз результатів тестування показав, що у дітей молодшого шкільного віку спостерігається різний рівень проявів симптомів ПТСР. Виявлено, що психологічні стратегії корекції вплинули на зменшення цих симптомів у більшості досліджуваних дітей.

Результати дослідження вказують на значну відмінність у проявах посттравматичного стресового розладу (ПТСР) між дітьми, які страждають від цього розладу, і тими, хто не має його. Діти з ПТСР проявляли вищі бали за загальною шкалою тесту CPTSD та на всіх його підшкалах порівняно з іншою групою, що свідчить про серйозні наслідки травматичних подій у цієї категорії дітей.

Спостерігалася статистично значуща різниця між балами дівчат та хлопчиків з ПТСР за деякими підшкалами тесту. Це підкреслює можливу варіабельність у реакціях на стрес в залежності від статі, що важливо для подальших досліджень та розробки персоналізованих методів психокорекції.

Отже, ці результати підкреслюють необхідність подальшого дослідження та розробки ефективних стратегій діагностики та психокорекції ПТСР у дітей. Вони також підсилюють важливість ранньої діагностики та індивідуалізованого підходу до кожного випадку ПТСР, з урахуванням різних факторів, таких як вік та стать.

Впровадження програми психокорекції для дітей молодшого шкільного віку, які страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), має велике значення в сучасному світі, оскільки симптоми ПТСР у цієї вікової категорії стають все більш актуальною проблемою. Зростання кількості травматичних подій, з якими діти можуть стикатися, таких як аварії, природні катастрофи, насильство чи небезпечні ситуації в сім'ї чи школі, потребує негайної та компетентної реакції. Ці події можуть призвести до стресу, тривоги та травматичних наслідків, що в свою чергу може спричинити розвиток ПТСР.

Враховуючи психологічні особливості дітей молодшого шкільного віку, необхідно звернути увагу на розробку ефективних психокорекційних програм, які враховують їхні потреби та розвиток. Такий підхід передбачає не лише застосування психологічних методів, але й врахування їхніх особливостей, таких як розвиток мови, уяви, відносин з дорослими та однолітками.

Результати дослідження свідчать про те, що програма психокорекції для дітей з ПТСР, що була нами використана в роботі, виявилася дієвою та ефективною. Адаптація психологічних стратегій до психологічних особливостей дітей молодшого шкільного віку сприяла значному покращенню їхнього психічного та емоційного стану. Симптоми ПТСР, такі як тривога, паніка та емоційне напруження, значно зменшилися після застосування програми. Діти виявили більшу стійкість до стресу та здатність копіювати з травматичним досвідом.

Важливим фактором в досягненні успіху було врахування психосоціального середовища дитини та співпраця з батьками та вчителями. Підтримка та співпраця з рідними та освітніми закладами грали ключову роль у досягненні позитивних результатів.

Отже, впровадження програми психокорекції для дітей молодшого шкільного віку, які страждають від ПТСР, є важливим та актуальним кроком у покращенні їхнього психічного та емоційного стану.

Гіпотеза про ефективність індивідуально підібраних психологічних методів корекції симптомів ПТСР у дітей молодшого шкільного віку підтвердилася. Мета дослідження, що полягала у покращенні психічного стану та якості життя цієї вразливої групи, свідчить про успішність застосованих стратегій, досягнута.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Блінов О. Опитувальник для виявлення посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР). *Psychological Journal*. 2018. 132 с.
2. Варіна Г. Б., Каткова Т. А. Психологічні засади дослідження феномену життєстійкості. *Міжнародний журнал загальної та медичної психології*. № 2 (02), 2019. С. 94-95. URI: <http://eprints.mdpu.org.ua/id/eprint/8373>
3. Використання методів ігрової терапії у роботі з дітьми URL: <https://lib.chmnu.edu.ua/pdf/posibnuku/348/10.pdf>
4. Гоцуляк Н.С. Психологічна травма: аналіз та шляхи подолання. *Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України*. Серія: педагогічні та психологічні науки). Вип. 1. 2015. 378- 390 с.
5. Греса Н.В. Психологічна підтримка дітей під час війни. «*Особистість, Суспільство, Війна*». Харків, 2022. URL: https://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/13741/Psykhologichna%20dopomoha%20ditiam%20_Hresa
6. Гунько Б.А. Посттравматичний стресовий розлад – у контексті часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. № 1(19), 2015. С. 216–219
7. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис. Лікаря-практику*. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya>
8. Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: довідник вихователя дошкільного навчального закладу / Н.В.Пророк, С.А. Гончаренко та ін.; за ред.. Н.В.Пророк. Слов'янськ: ПП «Канцлер», 2015. 84 с.
9. DSM-5 The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Text Revision (DSM-5-TR). URL: <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>

10. Засєкіна Л.В. Трансформації епізодичної пам'яті під впливом лікування ПТСР. *Генеза буття особистості*. Київ. 2017. С. 231–232.
11. Zasiékina L., Hordovskya T., & Kozihora M. Understanding Language and Speech in the Voice of Collective Trauma. *Psycholinguistics in a Modern World*. № 15. 2020. P. 84–88. URL: <https://doi.org/10.31470/10.31470/2706-7904-2020-15-84-88>
12. Zasiékina L., Kokun O., Kozihora M., Fedotova T., Zhuravlova O., Wojko M. A Concept Analysis of Moral Injury in Ukrainian National Guard Service Members' Narratives: A Clinical Case Study. *East European Journal of Psycholinguistics*. № 9(1). 2022. P. 296–314. URL: <https://doi.org/10.29038/eejpl.2022.9.1.zas>
13. Злівков В, С. Лукомська, О. Федан. Психодіагностика особистості в кризових життєвих ситуаціях. *Журнал сучасної психології* № 4 (27), 2022.
14. Інформація про ПТСР. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/scho-treba-znati-proposttravmatichnij-stresovij-rozlad>
15. Карачевський А. Адаптація шкал та опитувальників українською мовою щодо посттравматичного стресового розладу. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*. № 25, 2016. С. 607–623. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2016_25_97
16. Шкарлет С. Кількість учнів, які навчаються очно та змішано, постійно зростає, 25 жовтня 2022 року. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/kilkist-uchniv-yaki-navchayutsya-ochno-ta-zmishanoshorazu-zrostaye-sergij-shkarlet>
17. Koenen K.C. et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol. Med.* 2017. Oct., 47(13). 2017. DOI: 10.1017/S0033291717000708.
18. Кулик Н.А., Біловол Л.В. надання психологічної підтримки дитині в психотравматичній ситуації: методичний посібник. Суми. 2019. 6 с. URL: <http://www.soippo.edu.ua/images.pdf>
19. Miller-Graff L. E., Howell K. H. Posttraumatic stress symptom trajectories among children exposed to violence. 2015. P. 7-24.

20. Ліберзон І. Обробка контексту та нейробіологія посттравматичного стресового розладу / І. Ліберзон, Дж. Л. Абелсон. *Нейрон*. Вип. 92, № 1. 2016. С. 14-30.

21. Матеріали засідання робочої групи щодо Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки за участю першої леді України від 06 червня 2022 року. URL: <https://moz.gov.ua>

22. Найдьонова Л.А. Цифрові ризики в умовах дистанційної освіти в часи пандемії: Наукова доповідь на методологічному семінарі НАПН України «Актуальні проблеми психологічної протидії негативним інформаційним впливам на особистість в умовах сучасних викликів» 8 квітня 2021 р. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 2021. 3(1). URL: <https://doi.org/10.37472/2707-305X-2021-3-1-13-3>

23. Омельченко Я.М. Психологічна допомога дітям з тривожними станами. Київ: Шкільний світ, 2008. 112 с.

24. Особливості післякризової психологічної діагностики дітей у контексті військового конфлікту на Донбасі. Матеріали конференції. 2017. С. 157-161.

25. Пінчук І.Я., Гоженко А.І., Псядло Е.М. (ред.) Діагностика та корекція психофізіологічних та психічних порушень здоров'я в післястресовий період: методичний посібник. Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, ДП Український НДІ медицини транспорту Міністерства охорони здоров'я України. Одеса : Фенікс. 2015.

26. Венгер О.П. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник. та ін. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 260 с.

27. Посттравматичний стресовий розлад в умовах війни: пояснення психологів. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/posttravmatichnij-stresovij-rozlad-v-umovah-vijni-rozjasnennuapsihologiv>

28. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / Венгер О.П., Ястремська С.О., Рега Н.І. та ін.. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 264 с.

29. Прасол Д.В. Практична реалізація алгоритму-схеми у підготовці педагогів-психологів до роботи з дітьми молодшого шкільного віку в ситуації смерті одного з батьків. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. Серія: Психологічні науки*. 2017. № 1. С. 138-146. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups_2017_1_26
30. Пресреліз – Дослідження психологічного стану населення в умовах повномасштабної війни 2022. *Інститут соціальної та політичної психології*. URL: <https://ispp.org.ua/2022/09/13/doslidzhennyapsixologichnogo-stanu-naselennya-v-umovax-rovnomasshtabnoii-vijni/>
31. Психологічна служба: підручник. Київ : Ніка-Центр, 2016. 362 с.
32. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Г. П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Л.Г. Царенко. Київ, 2015. 207 с.
33. Синявський В.В., Сергєєнкова О.П. Психологічний словник. / за ред. Н.А. Побірченко. Київ.2007р. 336 с.
34. Pfefferbaum, V. Varma, P. Nitiéma, E. Newman. Universal preventive interventions for children in the context of disasters and terrorism. 2014. 363 p.
35. Ramsdell K. D., Smith A. J., Hildenbrand A. K., Marsac M. L.. Posttraumatic stress in school-age children and adolescents: medical providers' role from diagnosis to optimal management. 2015. P.167 - 180.
36. Соловей О. А. Ознаки ПТСР у дітей та особливості кризових інтервенцій дітей, що пережили психотравмуючі події. *Матеріали III Міжнар. Науково-практичної інтернет-конференції: Особистість і суспільство: методологія і практика сучасної психології*, 12 травня 2016 року.
37. Соціально-педагогічна та психологічна підтримка сімей з дітьми під час військового конфлікту: навчально-методичний посібник. Київ: Агенство "Україна", 2015. 106 с.
38. Тичковський Є. Психотравма у дітей та підлітків: причини та наслідки. URL: <http://1. psiholog.com.ua/node/1054>

39. Туриніна О. Л. Психологія травматичних ситуацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : ДП "Видавничий дім «Персонал», 2017. 160 с.
40. Weathers F.W., Bovin M.J., Lee D.J., Sloan D.M., Schnurr P.P., Kaloupek D.G., et al. The Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5: Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 2018. 30(3), P. 383–395.
41. Weathers F.W., Litz B.T., Herman D.S., Huska J.A., & Keane T.M. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. *Poster presented at the 9th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*. San Antonio, TX. 1993, October.
42. Weiss D.S., & Marmar C.R. The Impact of Event Scale Revised. / In: J.P. Wilson & T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York : Guilford Press. 1997. P. 399–411.
43. First M.B., Williams J.B.W., Karg R.S., & Spitzer R.L. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV). Arlington, VA : American Psychiatric Association, 2016.
44. Foa E.B., McLean C.P., Zang Y., Zhong J., Rauch S.A., Porter K., et al. Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment*, 2016, 28(10), 1159–1165.
45. Черниш О.А. Соціально-психологічний практикум. Психологічний супровід дітей в період військового конфлікту. Вінниця. 2016. 3 с.
46. Шрамко О. Втрата в житті дитини: психологічна допомога. *Практичний психолог. Дитячий садок*. 2013. № 2. С. 34-45.

ДОДАТКИ

Додаток А

Питання шкали CPTSD для дітей 6-12 років

Ця версія CPTSD адаптована для дітей віком від 6 до 12 років.

Вона містить 17 питань, які оцінюють 5 симптомів ПТСР.

Кожне питання оцінюється за шкалою від 0 до 3, де:

- 0: Ніколи.
- 1: Рідко (менше 1 разу на тиждень).
- 2: Іноді (1-2 рази на тиждень).
- 3: Часто (3 рази на тиждень або більше).

Питання

1. Чи часто ти думаєш про [травматичну подію] ?
2. Чи часто ти бачиш жахливі сни про [травматичну подію] ?
3. Чи часто ти відчуваєш, що [травматична подія] знову відбувається?
4. Чи часто ти намагаєшся не думати про [травматичну подію] ?
5. Чи часто ти уникаєш місць або людей, які нагадують тобі про [травматичну подію] ?
6. Чи часто ти відчуваєш себе винним через те, що сталося під час [травматичної події] ?
7. Чи часто ти відчуваєш, що ти або хтось із твоїх близьких може померти в будь-який момент?
8. Чи часто ти відчуваєш себе стривоженим або напруженим?
9. Чи часто ти відчуваєш себе дратівливим або легко гніваєшся?
10. Чи часто ти відчуваєш себе неспокійним або не можеш всидіти на місці?
11. Чи часто ти відчуваєш себе відстороненим або ніби не в собі?
12. Чи часто ти відчуваєш, що твоє тіло не належить тобі?
13. Чи часто ти відчуваєш, що втрачаєш пам'ять про [травматичну подію] ?

14. Чи часто ти відчуваєш, що не можеш зрозуміти, що відбувається навколо тебе?

15. Чи часто ти відчуваєш, що ти не можеш нікому довіряти?

16. Чи часто ти відчуваєш себе безнадійним або безпорадним?

17. Чи часто ти відчуваєш себе винним через те, що вижив після [травматичної події] ?

Загальний бал CPTSD розраховується шляхом сумування балів за всі 17 питань.

Інтерпретація балів:

17-34: Діти не мають ПТСР.

35-49: Діти мають легкий ПТСР.

50-64: Діти мають помірний ПТСР.

65-81: Діти мають важкий ПТСР.