

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

**на тему: ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З ТРАВМОЮ У ПІДЛІТКІВ у ПЕРІОД
ВОЄННОГО СТАНУ**

Виконала: студентка IV курсу,
групи 6.0530-2з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
Власюк Анастасія Олександрівна
Науковий керівник: Остапенко Л. В, канд.
пед. наук
Рецензент: Турбар Т.В., 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

Власюк Анастасії Олександрівни

Тема роботи Особливості роботи з травмою у підлітків у період воєнного стану

керівник роботи наук. кер.: канд. пед. наук, Остапенко Л. В

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 теоретичні підходи до розуміння поняття психологічної травми та її особливості в науковій літературі; розглянути психологічні особливості особистості в підлітковому віці; розкрити психологічні особливості прояву травми в підлітковому віці; обґрунтувати вплив воєнного стану на психологічний стан підлітків; емпірично дослідити особливості роботи з травмою у підлітків у період воєнного стану

5. Перелік графічного матеріалу: 4 таблиці та 10 рисунків

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання Прийняв
Вступ	Остапенко Л. В. канд. пед. наук		
Розділ 1	Остапенко Л. В. канд. пед. наук		
Розділ 2	Остапенко Л. В. канд. пед. наук		
Висновки	Остапенко Л. В. канд. пед. наук		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	Грудень 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	Січень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	Лютий 2024 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	Лютий-березень 2024 р.	Виконано
5	Написання висновків	Квітень 2024 р.	Виконано
6	Передзахист	Травень 2024 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	Травень 2024 р.	Виконано

Студент _____ А.О. Власюк

Керівник роботи _____ Л.В. Остапенко

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра: 73 сторінки, 4 таблиці та 10 рисунків, 51 джерело.

Об'єкт дослідження: особливості психологічної травми у підлітковому віці.

Предмет дослідження: специфіка роботи з травмою у підлітків у період воєнного стану.

Мета дослідження: визначити особливості роботи з травмою у підлітків у період воєнного стану.

Гіпотеза дослідження: воєнний стан, як соціальна криза, впливає на переживання особистістю нормативної вікової кризи підліткового віку й потребує особливих підходів у психокорекційній та психотерапевтичній роботі.

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 полягає в тому, що визначені психологічні особливості прояву травми в підлітковому віці у період воєнного стану дозволяють більш диференційовано підходити до прогнозування довгострокового впливу війни на психологічне здоров'я та соціальну адаптацію особистості. Також, завдяки отриманим результатам, поглиблені знання про переживання нормативної вікової кризи особистості в умовах повномасштабного військового вторгнення.

Результати дослідження можуть бути використані у роботі практичних психологів закладів освіти та соціальної служби, які працюють з підлітками. Також, при вивченні таких предметів, як Вікова психологія, Психологія делінквентної поведінки, Психогігієна та психпрофілатика.

ПІДЛІТКИ, ТРАВМА, ВОЄННИЙ СТАН, ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, РОБОТА З ТРАВМОЮ.

SUMMARY

Vlasiuk A.O. The specifics of working with trauma in adolescents during martial law.

Object of research: peculiarities of psychological trauma in adolescence

Subject of research: the specifics of working with trauma in adolescents during martial law.

The purpose of the study: to determine the peculiarities of working with trauma in adolescents during martial law.

Hypothesis of the study: martial law, as a social crisis, affects the personality's experience of the normative age crisis of adolescence and requires special approaches in psychocorrectional and psychotherapeutic work.

Methods of the study: theoretical: theoretical and methodological analysis, generalization of neuropsychological and psychological literature to clarify the current state of the problem under study; development of research packages; formulation of conclusions; empirical: observation, testing. Methods and techniques for identifying the level of situational and personal anxiety (the methodology "Scale of situational and personal anxiety" by C. Spielberger); methodology G. Eysenck's method "Self-assessment of mental states", for assessing maladaptive states (anxiety, frustration, aggression) and personality traits, Jenkison's method for determining stress susceptibility in the modification of M. Friedman and R. Rosenman, V. Zhmurov's method "Differential diagnosis of depressive states", M. Panfilova's projective method "Cactus".

The scientific novelty of the study is that the identified psychological features of trauma in adolescence during martial law allow for a more differentiated approach to predicting the long-term impact of war on the psychological health and social adaptation of individuals. Also, thanks to the results obtained, the knowledge about the experience of a normative age crisis of a personality in the conditions of a full-scale military invasion has been deepened.

The practical significance of the research results is the development and implementation of theoretical and methodological recommendations for working with trauma in adolescents under martial law. The results of the study can be used in the work of practical psychologists of educational and social service institutions working with adolescents. Also, in the study of such subjects as Age Psychology, Psychology of Delinquent Behavior, Psychohygiene and Psychoprophylaxis.

ADOLESCENTS, TRAUMA, MARTIAL LAW, PSYCHOLOGICAL
FEATURES, WORK WITH TRAUMA

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДЛІТКОВОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	14
1.1. Феномен поняття «психологічна травма» у науковому дискурсі.....	14
1.2. Психологічні особливості прояву травми у підлітковому віці.....	22
1.3. Види психологічних травм: причини, стадії.....	30
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ ТРАВМИ У ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	36
2.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження.....	36
2.2. Аналіз отриманих результатів дослідження	44
2.3. Теоретико-методичні рекомендації щодо роботи з травмою у підлітків в умовах воєнного стану.....	57
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	74

ВСТУП

Актуальність теми дослідження: зумовлена травматичними подіями під час війни, які суттєво змінили емоційні та адаптаційні реакції, три чверті з яких мають симптоми психологічної травми. Ризик психологічної травми розглядався у зв'язку з труднощами соціалізації, комунікації та адаптації до дорослого життя. Фактично, дитяча травма є початком розладів, які можуть призвести до руйнування особистості. Психологія визначає деструкцію особистості як зміни, що руйнують структуру особистості. Так, К. Юнг припускав, що деструктивність є одним з двох основних потягів особистості, що формується внаслідок конфліктних, агресивних взаємодій у соціальному середовищі та контрастує з конструктивними (життєствердними) потягами. Тоді як, Е. Еріксон був одним із перших, хто звернув увагу на те, що розвиток дитини залежить від соціального середовища. Підлітки, зазвичай, дуже чутливі до будь-яких кризових ситуацій, і війна не є винятком. Під час будь-якої непередбачуваної стресової події або кризи людська психіка піддається дуже високому стресовому навантаженню, якого не існує в повсякденному житті. Стрес та емоційне навантаження в умовах повномасштабного військового вторгнення проявляється по різному, і підлітки, через брак досвіду подолання, стають однією з найвразливіших категорій населення та потребують особливої уваги фахівців у галузі психологічного здоров'я.

Важливо розуміти, що пережити травматичні події без наслідків практично неможливо. Події стають частиною нашої історії і певним чином пов'язують людей між собою. І з часом ми визначаємо себе як тих, хто постраждав від війни. За останні два роки багато людей пережили складні емоції, стани і почуття, такі як гнів, ненависть, слабкість, виснаження, спустошення, втому, тривогу і паніку, а також оніміння, запаморочення, депресію, апатію, панічні атаки, істерію, відчуження, почуття несправедливості тощо. І це далеко не повний перелік, адже кожен з нас по-різному реагує на

одну й ту саму подію. Питання психологічної допомоги та психологічної реабілітації людей, і особливо, дітей та підлітків, які постраждали внаслідок військових подій в Україні, є дуже важливим на сьогоднішній день. Події, що відбуваються по всій країні, стали справжнім моральним, фізичним і психологічним випробуванням для всіх жителів країни. І незважаючи на те, що людська психіка дуже стійка, пережити війну у власній країні дуже складно, особливо коли вона безпосередньо стосується нас.

Аналіз останніх досліджень і публікацій: Під час війни діти різною мірою піддаються впливу двох типів травматичних подій: неочікувані травматичні події та довготривалі негативні події, які призводять до розвитку непродуктивних стратегій подолання. Як наслідок, у дітей значно частіше розвиваються тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, дисоціативні розлади (навмисна соціальна ізоляція, деперсоналізація, деперсоналізація, нездатність говорити), кататонічний синдром), поведінкові розлади (включаючи агресію, антисоціальну та делінквентну поведінку і схильність до насильства), а також підвищена ймовірність зловживання алкоголем і наркотиками [32]. Також, потрібно окремо це обговорити, психічні розлади – це, по суті, «нормальні реакції на ненормальні події». Були проаналізовані всі дослідження психічного здоров'я дітей на територіях, що постраждали від збройного конфлікту й зроблені висновки, що психологічна травма війни має довготривалий вплив на психічне здоров'я дітей: чим довший конфлікт, тим важчі симптоми [36].

Всесвітня організація охорони здоров'я закликає захистити дітей, які постраждали від збройних конфліктів. За даними організації, у десяти відсотків людей, які пережили травматичну подію, пізніше розвиваються симптоми травми, а ще у десяти відсотків – зміни в поведінці або психологічні розлади, які заважають їм повноцінно брати участь у повсякденному житті (найпоширенішими розладами є тривожні розлади, депресія і психосоматичні розлади) [36]. Було встановлено, що основними факторами, які визначають ступінь впливу війни на психічне здоров'я дітей, є: брак базових ресурсів

(таких як житло, вода, їжа, освіта, охорона здоров'я тощо); розрив сімейних зв'язків (через втрату, розлуку або переміщення); стигматизація та дискримінація (які мають значний вплив на ідентичність); песимістичний погляд на життя (постійне відчуття втрати і горя, нездатність уявити краще майбутнє); нормалізація насильства [43].

Останніми роками західний підхід, який фокусується на психічному здоров'ї дітей у зонах конфлікту переважно з точки зору ПТСР, критикують за етноцентризм, який не бере до уваги ні системи вірувань місцевого населення, ні волю та стійкість дітей [34]. Дітей не слід розглядати як пасивних жертв насильства, позбавлених свободи волі. Вони є активними членами суспільства, які розробляють власні стратегії виживання та подолання труднощів і здатні самостійно вирішувати, чи чинити опір, чи брати участь у збройному конфлікті [35]. Останні психологічні дослідження показують, що діти, незважаючи на нелюдські умови, мають величезний потенціал життєстійкості [34], що дозволяє їм вирости і стати повноцінними особистостями, незважаючи на пережиту травму. Дослідники визначили кілька захисних механізмів, найважливішими з яких є ефективні стратегії подолання труднощів, система позитивних переконань, здорові сімейні стосунки та дружба. Бідність, неналежні житлові умови, домашнє насильство, дискримінація та соціальна ізоляція – це лише деякі з питань, які необхідно вирішувати після війни, щоб уникнути наслідків травматичних подій і розвивати життєстійкість) [34]. Тривожність – це емоційне неприємне відчуття, відчуття небезпеки, що насувається та є проявом незадоволеності значущих потреб людини. Тривожність не тільки негативно впливає на емоційне самопочуття людини, але й погіршує її психологічне функціонування, перешкоджаючи розвитку особистості. Хронічний стан підвищеної тривожності найчастіше переростає в патопсихологічні розлади, і значна частина «тривожних дітей» мають проблеми зі здоров'ям. Такі вчені, як Г. Айзенк, Б. Вяткін, Е. Ейдемільер, Е. Еріксон, А. Захаров, Н. Махоні, Н. Морган, Ю. Пахомов, Е. Соколов, Ч. Спілбергер,

Ю. Ханін присвятили багато часу дослідженням підліткової тривожності та її впливу на психологічне благополуччя й соціальну адаптацію особистості.

Об'єкт дослідження: особливості психологічної травми у підлітковому віці

Предмет дослідження: специфіка роботи з травмою у підлітків у період воєнного стану.

Мета: визначити особливості роботи з травмою у підлітків у період воєнного стану.

Завдання:

- проаналізувати джерельну базу з теми дослідження;
- здійснити ретроспективний аналіз проблеми роботи з травмою у підлітків у період воєнного стану;
- розкрити зміст поняття «психологічна травма» та проаналізувати психологічні особливості прояву травми у підлітковому віці;
- експериментально виявити особливості роботи з травмою у підлітків у період воєнного стану;
- систематизувати емпіричні результати в теоретичні висновки;
- розробити теоретико-методичні рекомендації щодо роботи з травмою у підлітків в умовах воєнного стану.

Гіпотеза дослідження: *воєнний стан, як соціальна криза, впливає на переживання особистістю нормативної вікової кризи підліткового віку й потребує особливих підходів у психокорекційній та психотерапевтичній роботі.*

Методи дослідження: теоретичні: 1) теоретико-методологічний аналіз, узагальнення нейропсихологічної, психологічної літератури для з'ясування сучасного стану досліджуваної проблеми; розроблення комплексів дослідження; формулювання висновків; емпіричні: спостереження, тестування;

2) емпіричні: методи і методики для виявлення рівня ситуативної та особистісної тривожності (методика «Шкала ситуативної та особистісної тривожності» Ч. Спілбергера); методика Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів», для оцінки неадаптивних станів (тривога, фрустрація, агресія) і

властивостей особистості, методика визначення схильності до стресу Дж. Дженкісона в модифікації М. Фрідмана і Р. Розенмана, методика «Диференціальна діагностика депресивних станів» В. Жмурова, проєктивна методика М. Панфілової «Кактус»

Наукова новизна полягає в тому, що визначені психологічні особливості прояву травми в підлітковому віці у період воєнного стану дозволяють більш диференційовано підходити до прогнозування довгострокового впливу війни на психологічне здоров'я та соціальну адаптацію особистості. Також, завдяки отриманим результатам, поглиблені знання про переживання нормативної вікової кризи особистості в умовах повномасштабного військового вторгнення.

Практичне значення результатів дослідження полягає у розробці та впровадженні теоретико-методологічних рекомендацій щодо роботи з травмою у підлітків в умовах воєнного стану. Результати дослідження можуть бути використані у роботі практичних психологів закладів освіти та соціальної служби, які працюють з підлітками. Також, при вивченні таких предметів, як Вікова психологія, Психологія делінквентної поведінки, Психогігієна та психпрофілактика.

Надійність і достовірність результатів дослідження забезпечується методологічною обґрунтованістю вихідних положень дослідження; системним аналізом теоретичного та емпіричного матеріалу: застосуванням методології, адекватної предмету, об'єму, меті та завданням дослідження; застосуванням кількісного та якісного аналізу досліджуваних даних; репрезентативністю вибірки для проведення дослідно-експериментальної роботи.

Апробація результатів дослідження, представлені у матеріалах II Міжнародної науково-практичної конференції «PERSPECTIVES OF CONTEMPORARY SCIENCE: THEORY AND PRACTICE», що проходила з 01.04.2024 по 03.04.2024 у м. Львові («Особливості впливу воєнного часу на стресостійкість») та університетської конференції «Молода наука – 2024» на тему «Проблематика психологічної травми у підлітків в умовах воєнного стану», яка відбувалась 30.04.2024 у м. Запоріжжі.

База дослідження: У дослідженні прийняли участь 50 підлітків у віці від 13 до 18 років, що звернулися до Студії практичної психології «Персона»(20 учасників), а також – учні запорізької загальноосвітньої школи I-III ступенів №78 (30 учнів). В умовах військового часу дослідження проводилось в онлайн-форматі, з використанням гугл форми.

Структура та обсяг роботи. Складається зі вступу, двох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з та додатків. Загальний обсяг основного тексту становить 70 сторінки. Робота містить 4 таблиці та 10 рисунків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДЛІТКОВОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ

1.1. Феномен психологічної травми в роботах сучасних вчених

Останніми роками спостерігається значне зростання інтересу до психологічної травми та її впливу на особистість. Значна кількість дослідників стверджує, що психологічна травма є не менш небезпечною для людини і може мати набагато сильніші та глибші наслідки для здоров'я, ніж фізична хвороба. Однак у цій сфері існує кілька суперечностей. 1. Досі не існує єдиного підходу до вивчення терміну «психологічна травма». Деякі дослідники розмежовують терміни «психічна травма» і «психологічна травма», інші, навпаки, об'єднують ці терміни.

Існують класифікації різних видів психотравм та їх тяжкості, але недостатньо уваги приділяється часу виникнення психотравми, а також взаємозв'язку з віком людини, яка пережила травму, та ступеню наслідків психотравмуючих подій для особистості [37].

Історія поняття травми сягає корінням у ранні роботи З. Фрейда, а до З. Фрейда – Ж. Шарко та Ж. Брейера. З. Фрейд розробив першу психоаналітичну теорію травми, в якій розглядав її як явище, глибоко вкорінене в несвідомих емоціях, що має патогенний вплив на психіку людини і лежить в основі невротичних розладів. Джерело травми він вбачав не в зовнішній події, а в самій психіці, в дисоціації «Я», що призводить до травматичного дистресу на основі несвідомих фантазій [42]. Ідею З. Фрейда про травматичні емоції, що виникають на основі несвідомих фантазій, розвинув К. Юнг. Вивчення блокованого афекту та дисоційованих станів привело до висновку, що травма пов'язана з різноманітними індивідуальними історіями та фантазіями (комплексами), іншими словами, до розуміння різноманітності травми. У більш

пізніх роботах поняття психологічної травми розглядається як специфічний тип стресової реакції в контексті теорії стресу. Згідно з цим підходом, травматичний стрес виникає в ситуаціях, коли стресор є досить інтенсивним, тривалий час зберігається, перевантажує можливості індивіда (психологічні, фізіологічні та адаптаційні), руйнує його захисні механізми, викликає тривогу і призводить до психофізіологічних змін в організмі. Важливо зазначити, що якщо переживання стресової події часто може мобілізувати адаптаційні можливості організму, то травматичний стрес виснажує адаптаційні можливості [37]. Деякі дослідники називають травматичні ситуації «психогенністю». Інші дослідники визначають психогенність як психогенні психічні стани, спричинені психогенними та середовищними факторами. Х. Біндер, наприклад, трактує психогенність як незвичний травматичний вплив суспільства через його об'єктивність [40].

Визначення «психологічної травми», широко прийняте науковою спільнотою, безсумнівно, належить французькій психодинамічній школі П. Жане, яка ідентифікує її як одну або кілька подій, які через свої характеристики можуть змінити психічну систему суб'єкта, загрожуючи фрагментацією психічної цілісності [32]. Ж. Шарко погоджувався, але більше зосереджувався на діагностичній гіпотезі «травматичної істерії», спричиненої гострим потрясінням. Натомість Павлов розглядав травму лише як вроджену захисну реакцію у відповідь на загрозу навколишнього середовища, яка з часом призводить до стійких фізіологічних змін. Простіше можна стверджувати, що це одна або кілька подій, які сприймаються суб'єктом як «критики», що породжують безсилля і вразливість, здатні викликати настільки сильний стрес, що загрожують цілісності психофізичної рівноваги людини.

Сама по собі травматична подія може бути будь-якого типу: це може бути втрата близької людини, траур через розрив стосунків або втрата роботи, яка становила для суб'єкта сенс його існування, а ще – серйозна хвороба або участь у драматичній ситуації, яка породила безсилля і вразливість, наприклад, сексуальне (зґвалтування) або психологічне (домашнє насильство, вербальне насильство і булінг) насильство. Усі ці гіпотези, однак, об'єднує спільний

елемент: подія змінює сприйняття суб'єктом свого благополуччя, роблячи його більш крихким і нестабільним, спотворюючи його ідентичність і трансформуючи її в жертву.

Слово «травма» походить з грецької мови і означає «пошкоджувати, завдавати шкоди»; воно також містить подвійне посилення на рану з розривом. Спочатку стосуючись медико-хірургічних дисциплін, у вісімнадцятому столітті цей термін почали використовувати в психіатрії та клінічній психології для позначення непереборного впливу подразника на здатність індивіда впоратися з ним [28]. Травматична подія може бути «одиночною» (якщо вона є випадковою) або «повторною» / «кумулятивною» (якщо травматична дія відбивається в часі, з однією або кількома діями між ними пов'язаними) [34]. І якщо її не опрацювати належним чином, цей стан може стати хронічним, навіть швидко, викликаючи у суб'єкта справжній розлад (який включає відчуття порожнечі та відчаю, ворожості та дереалізації, втрату узгодженості в уявленні про себе, дратівливість, проблеми емоційної дисрегуляції, схильність до самоушкодження або неадекватного особистого захисту, а також сильну залежність, що співіснує з унікаючою прихильністю): цей розлад визначається в специфічній картині «посттравматичного стресового розладу» (ПТСР).

Люди, які пережили травму, часто відчувають різні симптоми. Тяжкість травми варіюється від людини до людини, залежно від типу травми та емоційної підтримки, отриманої від інших людей. Травмована особа також може пережити більше, ніж одну травму. Після травматичного досвіду людина може переживати травму психічно і фізично, тому уникайте спогадів про травму, які також називають «тригером» (тому що вони запускають пам'ять), оскільки це може бути нестерпно і навіть болісно. Травмовані люди можуть шукати полегшення в психотропних речовинах, включаючи алкоголь, щоб спробувати втекти від відчуття травми. Переживання симптомів є ознакою того, що тіло і розум активно намагаються впоратися з травматичним досвідом. Тригери та симптоми діють як нагадування про травму і можуть викликати тривогу та інші пов'язані з нею емоції. Часто травмований суб'єкт може зовсім

не знати про свої тригери. У багатьох випадках це може призвести до того, що людина, яка страждає на травматичні розлади, починає використовувати деструктивні або саморуйнівні механізми адаптації, часто не усвідомлюючи природу або причини своїх дій. Прикладом психосоматичної тригерної реакції є панічні атаки.

Як наслідок, сильні почуття, такі як гнів, можуть часто виникати знову, іноді в дуже невідповідних або непередбачуваних ситуаціях, і здаватися постійно присутньою небезпекою, оскільки вони існують і є наслідком минулих подій. Шокуючі спогади, такі як образи, думки або флешбеки, можуть мучити людину, а нічні кошмари можуть бути частими. Може проявлятися безсоння, а також приховані страхи і невпевненість, які тримають людину настороженою і уважною до небезпеки, як вдень, так і вночі. Людина може не пам'ятати, що сталося, а емоції, пережиті під час травми, може переживати, не розуміючи причини. Це може призвести до того, що травматичні події переживаються безперервно, так, ніби вони відбуваються в сьогоденні, що заважає суб'єкту отримати чітку перспективу щодо пережитого досвіду.

Після стресової події, окрім розвитку ПТСР, може також проявлятися специфічна симптоматика, пов'язана з психотичним спектром дисоціативного характеру деперсоналізуючого характеру (відчуття відірваності від власних психічних процесів, ніби людина є зовнішнім спостерігачем за власним тілом) або дереалізуючого (стійкі або повторювані переживання нереальності оточуючого середовища); в цій гіпотезі небезпека психотичного колапсу набуває реальної конкретики. Важливим питанням, яке багато обговорюється в останні роки, є те, чи є дисоціація адаптивною реакцією на травму, як крайній захист від болючого досвіду. Хоча найпоширенішою гіпотезою є та, що розглядає дисоціативні симптоми як захист, деякі автори, зокрема Дж. Ліотті, досить переконливо доводять, що дисоціація – це «первинна дезінтеграція тканини свідомості та інтерсуб'єктивності, тоді як захист від болю є вторинним і побічним аспектом, який, серед іншого, часто не спрацьовує. Більше того:

дисоціація була б не тільки не захистом від болю, але досвідом на межі знищення, від якого розум повинен захищатися, щоб не впасти у прірву.

Подібно до того, як кістка, що розпадається на тисячу шматочків після фізичної травми, не є результатом захисного механізму нашого організму, так само і розпад інтегруючих функцій совісті внаслідок психологічної травми здається не захистом нашого розуму, а руйнівним побічним ефектом, що має серйозні наслідки для здатності до емоційної регуляції, для метакогнітивних здібностей і для ідентичності. На думку інших, саме в структурній дисоціації особистості лежить суть травматизації, тобто в основі всіх розладів травматичного походження лежить структурна дисоціація особистості. З цієї точки зору, особистість формується різними психобіологічними підсистемами, які у людей, що пережили травму, можуть бути організовані жорстко і відокремлено. Ця закритість призводить до відсутності координації та узгодженості в самій особистості. Ця особлива нескоординована організація підсистем особистості є структурною дисоціацією особистості, яка може мати три різні ступені структурної дисоціації: первинна, якщо чиста форма дисоціації призводить до конверсійних розладів; вторинна, якщо найбільш складна форма дисоціації призводить до пограничного розладу особистості; третинна, якщо найскладніша форма призводить до дисоціативного розладу ідентичності [26].

В останні роки, в період з 2014 по 2018 роки [25], кілька видів досліджень показали, що травми можуть передаватися з покоління в покоління, аж до третього, згідно з механізмом спадковості. Секрет цього успадкування, здавалося б, ховається в «мікроРНК», генетичних молекулах, які регулюють функціонування клітин, органів і тканин. Травма змінює ці "молекулярні режисери", і дефект передається нащадкам через гамети. Таким чином, ми маємо справу з короткими послідовностями, засобами, за допомогою яких передаються інструкції для побудови білків, а також зберігається пам'ять про травматичні події. В історії психоаналізу, однак, гіпотеза про передачу психічних модулів від одного покоління до іншого піднімалася кілька разів. Вже

З. Фройд у роботі «Тотем і табу» (1913) говорив про філогенетичну передачу серйозних і повторюваних травм. З. Фройд розглядав як гіпотезу передачі через несвідоме перенесення ідентифікацій, так і гіпотезу спадкової передачі. «Заборони, таким чином, зберігаються з покоління в покоління, можливо, тільки завдяки традиції, представленій авторитетом батьків або суспільства, або, можливо, натомість, вони організувалися в наступних поколіннях як спадкова психічна спадщина» [27].

У вченні Д. Джанет підкреслюється, що тіло є не лише місцем зберігання пам'яті про пережиті людиною події, але й інструментом для розробки та реструктуризації дуже проблематичного і на даний момент дисфункціонального навчання. Травмовані пацієнти демонструють нерегульоване збудження, з піками гіперзбудження, коли активація перевищує здатність до інтеграції, і піками іпозбудження, коли активація недостатня для інтеграції. Фактично, ці пацієнти дуже швидко переходять від станів інтенсивної емоційної реактивності до емоційної відстороненості, що іноді призводить до справжнього фізичного колапсу. Щоб мати можливість інтегруватися, а отже, опрацювати почуття і травматичний досвід, важливо повернути пацієнта до стабілізації активації в межах вікна толерантності. Згідно з настановами, модель сенсомоторної терапії передбачає три фази втручання: емоційна стабілізація та зменшення симптомів; лікування травматичної пам'яті; інтеграція особистості [32].

Психологічна травма може змінити фундаментальні переконання людини та спосіб, у який вона взаємодіє зі світом. Сексуальне та гендерно зумовлене насильство, включаючи сексуальне насильство, сексуальне насильство над дітьми, сексуальні домагання, переслідування та насильство з боку інтимного партнера, є однією з форм психологічної травми і пов'язане з проблемами психічного та фізичного здоров'я. З огляду на частоту сексуального та гендерно зумовленого насильства, всі медичні працівники надають допомогу людям, які зазнали такого досвіду, навіть якщо вони не знають, що перед ними пацієнт, який пережив насильство. Базове розуміння психологічної травми та її наслідків є важливим для надання якісної допомоги з урахуванням травми, а також може

допомогти медичним працівникам залучити пацієнтів до фізичного лікування або перенаправити їх до психіатричної допомоги. У цьому розділі розглядається психологічна травма з особливим акцентом на сексуальному та гендерно зумовленому насильстві.

Травма може бути фізичною або емоційною. Фізична травма – це серйозне тілесне ушкодження. Емоційна травма – це емоційна реакція на тривожну подію або ситуацію. Зокрема, емоційна травма може бути гострою або хронічною:

- гостра емоційна травма – це емоційна реакція, яка виникає під час та невдовзі після однієї тривожної події.
- хронічна емоційна травма – це довготривала емоційна реакція, яку людина відчуває на тривалі або повторювані тривожні події, що охоплюють місяці або роки. Крім того, комплексна емоційна травма – це емоційна реакція, пов'язана з кількома різними дистресовими подіями, які можуть бути пов'язані, а можуть і не бути пов'язані між собою

Емоційна травма може бути наслідком різних типів подій або ситуацій у період дитинства та дитинства, а також у дорослому віці.

Типи травматичних подій. Травматичні події включають (але не обмежуються):

- жорстоке поводження з дітьми;
- недбале ставлення до дитини;
- залякування;
- фізичне насильство;
- домашнє насильство;
- насильство в громаді;
- стихійні лиха;
- медична травма;
- сексуальне насильство;
- торгівля людьми;
- вживання психоактивних речовин;

- насильство з боку інтимного партнера;
- вербальне насильство;
- нещасні випадки;
- війна;
- травми біженців;
- тероризм;
- травматичне горе;
- травма між поколіннями.

Симптоми травми можуть бути як емоційними, так і фізичними. Емоційна реакція може призвести до інтенсивних почуттів, які впливають на ставлення людини, її поведінку, функціонування та погляд на світ. Людина також може пережити посттравматичний стресовий розлад(ПТСР) або розлад адаптації після травматичної події.

Емоційна реакція на травму може бути будь-якою або комбінацією наступних:

- страх;
- безпорадність;
- дисоціація;
- зміни в увазі, концентрації та відновленні пам'яті;
- зміни в поведінці, ставленні, світогляді;
- труднощі у функціонуванні;
- заперечення або відмова вірити в те, що травма сталася;
- гнів;
- торги, схожі на переговори;
- уникнення;
- депресія, тривога;
- перепади настрою;
- почуття провини або сорому;
- звинувачення (в тому числі самозвинувачення);
- соціальна замкнутість, втрата інтересу до діяльності;

- емоційне заціпеніння.

Фізичні симптоми емоційної травми. Емоційна травма може також проявлятися у вигляді фізичних симптомів. До них відносяться:

- прискорене серцебиття;
- біль або ломота в тілі;
- напруженість м'язів;
- почуття на межі;
- стрибучість або легке здивування;
- кошмари;
- труднощі зі сном;
- втома;
- сексуальна дисфункція, наприклад, еректильна дисфункція, труднощі зі збудженням або труднощі з досягненням оргазму;
- зміни апетиту;
- надмірна тривожність.

1.2. Психологічні особливості особистості в підлітковому віці

Підлітковий вік є критичним періодом розвитку, в якому багато самосприйняття переосмислюються і реконструюються та зазнають різних змін під впливом як внутрішніх, так і зовнішніх факторів. У підлітковому віці поведінкою починають керувати мотивація та цілі [24]. Підлітковий вік також сприяє розвитку когнітивних і метакогнітивних здібностей для абстрактного мислення, пошуку і створення власної ідентичності в суспільстві [33]. Під розвитком особистості розуміють зміни в тенденціях, думках, почуттях і середньостатистичній поведінці, які характерні для підлітків. Е. Еріксон описує підлітковий вік як період розвитку, що характеризується «плутаниною між ідентичністю та роллю»[25]. Це дуже важливий перехідний період, оскільки підлітки стають більш незалежними і починають думати про майбутнє з точки зору стосунків, сім'ї та кар'єри.

Підлітковий вік є важливою фазою розвитку, що характеризується значними біологічними та фізіологічними змінами. З точки зору поведінки, підлітковий вік асоціюється з нестабільними емоціями та поведінкою, що випробовує межі, оскільки вони досліджують і встановлюють свою особисту ідентичність, вчать орієнтуватися у відносинах з однолітками і рухаються до незалежності. Найпоширеніші стереотипи підліткового віку зображені в незліченних телепередачах і фільмах: поява сексуального інтересу і поведінки, а також дилеми, пов'язані з прийняттям рішень.

Підлітковий вік є інтегрованим динамічним утворенням, структурою, яка визначає роль і пропорції кожної окремої лінії розвитку. Підлітковий вік – це відомий цикл розвитку, замкнутий у собі, обмежений іншими циклами, який характеризується особливим ритмом і змістом розвитку. З метою визначення етапів когнітивного розвитку людини Л. Виготський [6, с. 80] виділяє основні психологічні характеристики вікових періодів на основі таких трьох параметрів: соціальна ситуація, яка призводить до формування когнітивного новоутворення як продукту вікового розвитку, основні види діяльності, необхідні для когнітивного розвитку людини, і соціальне спілкування. Саме соціальна ситуація, як одна з основних психологічних характеристик підліткового віку, розглядає самостійне входження в професійну діяльність, що визначає майбутню позицію і соціальний статус людини в суспільстві. Для вирішення нормативних завдань на цьому етапі людина повинна володіти арсеналом психологічних характеристик, які допоможуть їй якнайкраще впоратися із завданнями свого віку, щоб оптимально рухатися по життю. У загальній логіці життя на підлітковий вік припадає завдання розвитку комунікативних якостей і формування найближчого соціального оточення людини. Причому найближче соціальне оточення має складатися з чотирьох груп, що не перетинаються: особисте, професійне, дружба та індивідуальні захоплення. Таким чином, молоді люди повинні відрізнитися від людей на інших етапах свого життя тими характеристиками, які дозволяють їм оптимально вирішувати ці завдання.

Молоді люди прагнуть звільнитися від контролю та опіки батьків і вчителів, а також від встановлених ними правил і процедур. У цьому процесі прийнято розрізняти поведінкову автономію (потреба і право вирішувати власні проблеми), емоційну автономію (потреба і право мати власні, самостійно обрані уподобання) та нормативну автономію (потреба і право на власні норми і цінності) [17]. Перша, відносно легка для досягнення, – це незалежна поведінка, зрозуміло, в певних межах, особливо у сфері дозвілля. Хлопці та дівчата проводять дедалі більше вільного часу поза домом і школою, віддаючи перевагу одноліткам як партнерам у спільному дозвіллі. Емоційної автономії важко досягти, і цей процес є дуже суперечливим. Якщо підлітковий вік – це переважно дисципліна, то рання дорослість характеризується емоційними конфліктами, особливо у стосунках з батьками. Щоб досягти дорослості, молода людина повинна розірвати емоційну залежність від батьків та інтегрувати свої стосунки з ними в нову, більш складну систему емоційних зв'язків та емпатії, де центром є вже не батьки, а вона сама. Батьки зазвичай болісно реагують на таку поміркованість своїх дітей, скаржачись на їхню нечутливість і байдужість.

Однак це минуше явище, і емоційний контакт з батьками відновлюється після кризового періоду, на новому рівні, якщо, звичайно, нетактовність і легковажність старших не виключає внутрішній світ молодої людини надовго, а то й назавжди. Юнаки та дівчата ревно відстоюють право на власні переконання, моральні орієнтири та цінності. З цією метою вони часто підкреслено займають максималістські позиції і висловлюють крайні думки з того чи іншого питання. Однак за такою екстравертною позицією криється сильна залежність від дорослих, особливо від батьків, коли йдеться про серйозні питання (професійний вибір, політичні погляди, світогляд тощо). Інша ситуація, коли йдеться про моду, смаки, проведення дозвілля тощо. У ранній юності триває процес переорієнтації спілкування з дорослих на однолітків. В його основі лежить суперечлива взаємодія двох потреб: потреби у відокремленні та потреби бути включеним у певну групу, бути її частиною.

Перша потреба задовольняється переважно через прагнення звільнитися від дорослих, а друга реалізується у стосунках з однолітками. Відчуття самотності та непотрібності, що виникає внаслідок вікових протиріч у розвитку особистості, призводить до того, що у молодих людей з'являється нестримне прагнення до об'єднання та спілкування з однолітками, в компанії яких вони сподіваються знайти емоційне тепло, розуміння, визнання своєї значущості тощо, чого так гостро потребують. Ці суспільства характеризуються дуже високим ступенем комфортності. У цьому віці відстоювання незалежності від старших поєднується з вкрай некритичним ставленням до ідей і цінностей власної групи та її лідерів. Індивідуальність утверджується через одноманітність (всередині групи) у спільному протистоянні з іншими. Потреба не тільки бути частиною групи, але й бути прийнятим однолітками, відчувати свою потрібність групі, мати в ній певний статус є надзвичайно сильною. Низький статус у групі зазвичай пов'язаний з високим рівнем особистого стресу. Кількість груп та об'єднань, до яких належать старшокласники, стрімко зростає, так само як і кількість референтних груп, тобто груп, на які учні орієнтуються і з якими пов'язують свою самооцінку та цінності. Спілкування молоді демонструє дві суперечливі тенденції: воно стає більш всеосяжним та більш індивідуалізованим [18]. Перша тенденція відображається, наприклад, у збільшенні часу, що витрачається на спілкування з однолітками (3-4 години протягом тижня, 7-9 годин у вихідні та святкові дні), у постійному збільшенні географічного та соціального простору цього спілкування, а також у постійному пошуку та бажанні встановлювати міжособистісні контакти.

Що стосується індивідуалізації стосунків, то тут слід насамперед звернути увагу на чітке розмежування стосунків з різними людьми, високу вибірковість і максималістські вимоги до друзів. Потреба у вираженні та розкритті власних почуттів домінує над інтересом до почуттів та переживань інших, що призводить до егоцентризму у спілкуванні підлітків та створює напруженість і незадоволеність у стосунках. Різко зростає потреба в індивідуальній інтимній дружбі. Відносини між статями стають більш

активними: розширюється сфера дружби, розвивається потреба в любові, з'являються серйозні захоплення і багато хто починає статеве життя. Юнацькі любовні мрії переважно відображають потребу в емоційному теплі, близькості та розумінні. Як правило, вони не збігаються (особливо у юнаків) з чуттєвістю підліткового віку.

Період між 14 і 25 роками є основною та завершальною фазою формування особистості та найважливішою фазою професіоналізації. Прагнення особистості здобути соціально значущу професію підвищує творчий потенціал, розвиває розумові та фізичні здібності. Становлення інтелекту підлітка виражається в узагальненні, пошуку закономірностей розвитку і принципів пізнання як однієї з основ новоутворення, що проявляється в юнацькому віці. Саме професійне навчання є однією з головних психологічних особливостей підліткового віку. У 17 років у людини складаються оптимальні суб'єктивні умови для формування навичок самоосвітньої діяльності [6, 153]. Юнацький вік виступає основним критерієм прийняття або виходу з певних (прямих, опосередкованих) соціальних ролей. У цьому віці, як і в підлітковому, важливо демонструвати цілісність у поведінці, внутрішню єдність, розуміння зв'язку між внутрішніми і зовнішніми ситуаціями та соціальними нормами і груповими прагненнями. Вивчення психологічних особливостей юнацького віку пов'язане з визначенням періоду інтенсивного інтелектуального розвитку, професійного самовизначення, засвоєння ролі фахівця, входження в нове «доросле» життя. На психологічний розвиток особистості в підлітковий період впливає об'єктивність суперечностей, що викликає внутрішню невпевненість, сумніви щодо зовнішніх дій, які супроводжуються тривожністю, темпераментністю та агресивною поведінкою. Підлітковий вік є завершальним етапом психологічної фази «індивідуалізації», періодом набуття самоідентичності. У ранньому юнацькому віці закріплюються та вдосконалюються раніше набуті когнітивні навички.

Водночас відбуваються подальші якісні зміни в усіх аспектах психічної діяльності, що становить основу формування особистості на цьому етапі розвитку. Подальший розвиток сприймання в ранньому юнацькому віці проявляється переважно в його довільних формах, в перцептивних актах, в актах систематичного спостереження за певними об'єктами, які спрямовані на пізнавальну і практичну мету.

Сприймання стає складним психічним процесом, опосередкованим попереднім досвідом, наявними знаннями та інтелектуальним потенціалом. Розвиток уваги в цьому віці відбувається дуже суперечливо. Наприклад, збільшується обсяг уваги, здатність тривалий час зберігати її інтенсивність і переключатися з одного об'єкта на інший; водночас зростає вибірковість уваги і її залежність від спрямованості інтересу, що зумовлює нездатність зосередитися на чомусь одному, майже постійну неуважність, характерну для багатьох молодих людей. Ці особливості уваги (нездатність зосередитися, переключити і відвернути увагу від певних стимулів і потягів) є однією з головних причин поганої шкільної успішності і низки різних емоційних проблем у цьому віці, таких як залежність від алкоголю, наркотиків і гедонізму [18, 124]. Дослідження показали, що розвиток обсягу уваги, стійкості та концентрації уваги в підлітковому віці в основному пов'язаний з формуванням логічного мислення та розвитком узагальнених способів мислення. Здатність до переключення уваги посилюється у зв'язку з переходом від одного навчального і практичного завдання до іншого, а також з необхідністю підпорядковувати близькі цілі більш віддаленим. Розвивається також здатність до розподілу уваги, що дозволяє виконувати кілька дій одночасно. У навчальній та практичній діяльності все більшу роль відіграє увага за дією (довільна увага, яка підтримується без свідомих зусиль, майже спонтанно). Особливо це стосується ситуацій, коли діяльність мотивована особливими інтересами. Так само тривалість уваги після дії визначається стабільністю останньої.

Мислення в інтенсивному інтелектуальному дозріванні, яке характеризує ранній юнацький вік, розвиток мислення відіграє важливу роль. Це пов'язано насамперед з тим, що навчальна робота в старших класах створює сприятливі умови для переходу на більш високі рівні абстрактного та узагальненого мислення. Наукові поняття стають не тільки об'єктом вивчення, а й інструментом розуміння об'єктивної реальності в її фізичних контекстах і зв'язках. Мислення набуває системності. Знання утворюють певну систему, яка поступово трансформується в когнітивну модель світу, що є основою для формування світогляду. Виникає потреба в теоретичній основі для пояснення явищ дійсності, виведення приватних зв'язків явищ із загальної закономірності або прочитування їх у певній закономірності тощо. Характерною особливістю когнітивних функцій та інтелекту в ранньому юнацькому віці є поява сильної тенденції до теоретизування, розробки абстрактних теорій і захоплення філософськими роздумами [50]. Співвідношення між можливим і дійсним змінюється на користь сфери можливого, що призводить до інтелектуального експериментування, своєрідної гри з поняттями і формулами.

Абстрактна можливість стає цікавішою і важливішою за дійсність, оскільки не знає інших кордонів, окрім суто логічних. З'являється тенденція до перебільшення рівня знань і особливо інтелектуальних здібностей. Інтелектуальний розвиток у ранній юності – це не стільки накопичення нових навичок і зміна певних якостей інтелекту, скільки формування індивідуального стилю розумової діяльності, тобто стійкої сукупності індивідуальних варіацій способів сприйняття, запам'ятовування і мислення, в основі яких лежать різні способи здобуття, накопичення, переробки і використання інформації. Ускладнюється мова за змістом і структурою, розширюється активний і пасивний словниковий запас, удосконалюється усне і писемне мовлення, здатність точно висловлювати абстрактні думки, вміння користуватися усним словом як засобом спілкування тощо. Відбуваються певні зміни в динаміці та структурі внутрішнього мовлення. Відбувається перехід від розгорнутого до скороченого внутрішнього мовлення, яке стає формою розумової дії.

У світлі суперечливих даних про вплив переходу до професійної освіти та ринку праці особливо важливо пам'ятати, що життєві зміни не можуть впливати на особистість молодих людей однаково для всіх. На одних перехід до вищої освіти чи трудового життя може вплинути більше, ніж на інших. Ступінь зміни ідентичності молодих людей після того, як вони взяли на себе соціальну роль студента або працівника, може залежати від того, наскільки вони вже пережили синтез ідентичності або прояснення свого образу «Я». Чіткість самосприйняття – це ступінь, до якого люди визнають себе такими, якими вони є а також ступінь, до якого їхнє самосприйняття є чітко визначеним, внутрішньо і тимчасово стабільним. Чіткість самосприйняття позитивно корелює з самооцінкою, але стосується чіткості сприйняття себе, а не того, наскільки позитивним чи негативним є це сприйняття. Недостатня ясність Я-концепції пов'язана з поганим психологічним самопочуттям та різними формами психопатології і вважається ключовим компонентом ідентичності .

Існує гіпотеза, що менш чітка Я-концепція та ідентичність загалом пов'язані з більшою вразливістю до зовнішніх впливів. Люди, які мають менш чітке уявлення про те, ким вони є, або мають непослідовне самосприйняття, можуть бути більш вразливими до зовнішніх, особливо міжособистісних, впливів. Частково це може бути пов'язано з тим, що люди з гіршим самосприйняттям також мають гірші навички саморегуляції та цілеспрямованості, що робить їх більш сприйнятливими до зовнішніх впливів.

З іншого боку, люди з більш чітким самосприйняттям більш залежні від власної інформації у визначенні своєї поведінки і можуть бути більш цілеспрямованими, а отже, менш вразливими до зовнішніх впливів. Відповідно до цієї гіпотези, люди з низькою чіткістю самосприйняття більш схильні до міжособистісного впливу, позитивного зворотного зв'язку, неправдивого зворотного зв'язку та образ серед друзів, ніж люди з більш чітким самосприйняттям. Тому цілком ймовірно, що молоді люди з менш чітким уявленням про те, ким вони є, більш вразливими до зовнішніх впливів, коли вони вступають професійних навчальних закладів або виходять на ринок праці,

що збільшує ймовірність зміни ідентичності в середині життя. З іншого боку, чітке і послідовне уявлення про себе може зробити молодих людей більш відкритими до змін у міру дорослішання.

Маючи чітке і послідовне уявлення про те, ким вони є, вони можуть бути більш готовими до змін, які допоможуть їм добре функціонувати в новій ролі (наприклад, бути більш сумлінними, коли починають нову освіту або роботу). І навпаки, однолітки з менш чіткою Я-концепцією можуть змінюватись у спосіб, який не відповідає конкретній меті, наприклад, новій соціальній ролі. Таким чином, чіткість самосприйняття молодих людей може послабити або посилити зв'язок між переходом до професійної освіти, ринком праці та особистим розвитком.

1.3. Особливості переживання психологічної травми підлітками

У пубертатному віці самооцінка пов'язана з прийняттям однолітків, від хороших дружніх стосунків до успіхів у навчанні. Взаємодія з друзями та однолітками виконує багато функцій, які раніше виконувала сім'я, такі як товариство, спілкування, мотивація та підтримка [38]. Сьогодні добре відомо, що важка травма може перешкоджати делікатному переходу від дитинства до підліткового віку і що відносини прив'язаності в дитинстві є критично важливими для відчуття безпеки і як безпечний притулок для подолання страху. Поведінка прив'язаності активізується, коли життя знаходиться під загрозою та в інших травматичних ситуаціях. Тому, щоб впоратися з травмою, навіть старші діти покладаються на батьків. Вони можуть постійно боятися, що з членами їхньої родини може статися щось дуже неприємне, і ця турбота про безпеку сім'ї може порушити стосунки з друзями та однолітками.

Когнітивні та емоційні навички стають більш складними, гнучкими, інтегрованими та поширеними в період статевого дозрівання. Травматичний досвід посилює концентрацію уваги та емоційні проблеми, що, в свою чергу, може зашкодити фазі прогресу розвитку. Травмовані діти можуть бути не в

зможі показати свої найкращі результати, тому вони не можуть розкрити свій максимальний потенціал у шкільній роботі, що може призвести до великого розчарування як для них самих, так і для батьків та вчителів.

Підлітковий вік вважається складним періодом, оскільки він включає в себе значні зміни в соціальних відносинах і відповідальності перед суспільством, які впливають на мозок і гормональний розвиток. Підлітки встановлюють свої найважливіші інтимні стосунки та формують свою особистість, ідентичність і спосіб життя. Вплив травми в цих сферах може бути глибоким і призвести до руйнування планів на майбутнє та ризику депресивної поведінки. Нав'язливі та неконтрольовані спогади про травматичну сцену можуть порушити інтимні стосунки та підштовхнути підлітків до відходу від соціальних контактів. Переживання травми, спричиненої людиною, як у випадку насильства чи зґвалтування, викликає глибоку зневіру в доброзичливість людського роду, яка часто узагальнюється в інтимних стосунках. Немає жодних доказів того, що травма спричиняє проблеми у формуванні ідентичності підлітків, включаючи бачення світу в екстремальних термінах та розвиток цінностей.

Останні наукові дослідження травми були зосереджені на дітях та підлітках шкільного віку. Проблеми психічного здоров'я, такі як ПТСР і депресивні симптоми, були в центрі уваги, хоча мало відомо про вплив травми на когнітивний розвиток, а також соціальний та емоційний розвиток дитини. Переважає гіпотеза, що вузькі та часткові когнітивні процеси пам'яті, уваги та дисфункціональні навички вирішення проблем є основними проблемами впливу травми. Емпіричні дані підтверджують, що діти, які зазнали травматичних подій, демонструють низьку шкільну успішність і страждають від проблем з концентрацією уваги. Виявлено, що діти, які зазнали насильства, мають мало спогадів і часто часткові, зокрема ті, що стосуються історій; крім того, у них спостерігаються розлади уваги, загальний стан пильності та усвідомлення небезпеки.

Таким чином, травма означає замкнене коло для розвитку дитини, оскільки шкільні невдачі спричиняють додатковий стрес, створюючи додатковий ризик для психічного здоров'я травмованих дітей. Соціальна підтримка вважається одним з найважливіших захисних факторів серед дорослих, які пережили травму. Загальновідомо, особливо в середньому дитинстві, що прийняття однолітками та дружба з однолітками мають фундаментальне значення для психічного здоров'я, так само як і сімейна атмосфера та добрі дружні стосунки, які можуть слугувати захистом від негативних наслідків стресу та травми. Травматичні події посилюють негативну поведінку, а також ізоляцію та агресію, і ці поведінкові патерни можуть зменшити необхідні навички для підтримки дружби і можуть призвести до зниження популярності та посилення самотності.

Дослідження в клінічних умовах підтверджують, що сімейна травма пов'язана зі стосунками між братами та сестрами, які є як проблемними, так і захисними. Описують чотири моделі стосунків між братами та сестрами, пов'язані з травмою: 1) відсутні братерські стосунки стосуються відсторонених і не значущих стосунків, які є результатом невдачі у стосунках між батьками і дітьми; 2) «модель замкненого дорослого» передбачає стосунки між близькоспорідненими братами і сестрами, які слугують заміною небезпечних або патологічних стосунків з батьками; 3) в іншій моделі брати співпрацюють, щоб реактивувати труднощі, яких вони зазнали у проблемних стосунках з батьками; 4) у «захисній моделі» травми дитина приймає на себе роль захисника, яку відіграють інші брати, від негативних наслідків травми. Емоційна обробка, така як визнання зв'язку між розумом і тілом між реакціями страху і регулюванням переповнюючих почуттів, є важливим терапевтичним елементом у лікуванні травмованих дітей. Дослідження емоційних наслідків травми в першу чергу зосереджені на психопатології, а тому залишають поза увагою підхід до розвитку та опрацювання емоцій [38].

Дитинство і підлітковий вік передбачають динамічний розвиток способів вираження, регулювання, розуміння та інтерпретації емоцій, а також розпізнавання їх у собі та в інших людях. Здатність заспокоюватися та керувати хворобливими відчуттями вважаються надзвичайно важливими для психічного здоров'я в травматичних ситуаціях. Вважається, що травма має негативний вплив на емоційний розвиток, наприклад, зниження контролю або надмірний контроль, що виражається в переповнюючих і неконтрольованих почуттях. Травмовані діти зазвичай проявляють свої почуття на поведінковому рівні. Як наслідок, імпульсивна поведінка є поширеним явищем. Імпульсивність має тенденцію трансформувати почуття і напругу безпосередньо в дію без когнітивних оцінок або обробки емоцій, що може дозволити негайно втекти від небезпеки. Травматичний досвід у ранньому та превербальному розвитку кодується у вигляді простого підходу або уникнення мнемонічних патернів, що може пояснити, чому серед травмованих дітей переважають процесуальні та емоційно-кінестетичні вирази. Оптимальні дози точного розпізнавання небезпеки є важливими для розвитку дитини. Травмовані діти, однак, постійно перебувають у стані тривоги. Емпіричні дослідження дітей, які зазнали жорстокого поводження, показали неправильне розпізнавання гніву і страху та обмежене вираження емоцій [28]. Іншими словами, ці діти автоматично налаштовані на розпізнавання гніву, щоб захистити себе.

Травма ставить під загрозу сімейну гармонію та рівновагу в родині. Тому сім'ї не в змозі підготуватися психологічно і фізично до переживання травми, а батьки можуть відчувати, що вони самі себе не контролюють. Діти відчують, що батьки не здатні їх захистити, і це докорінно змінює сімейні стосунки та спілкування. Травма створює специфічну сімейну комунікацію, в якій члени сім'ї рятуються один від одного, маючи повну обізнаність про травматичні події. Батьки можуть відчувати себе безпорадними, коли їхні діти проявляють симптоми і страждають від наслідків травми. Наприклад, якщо травмовані діти демонструють зниження інтересу до примітивних важливих видів діяльності, таких як ігри та дружба, батьки повинні намагатися заохочувати їх. Однак,

роблячи це, вони борються з сильним конфліктом, викликаним травмою і страхом не досягти успіху. Зміни в поведінці дітей і навіть в особистості тягнуть за собою величезний тягар для батьків. Головне завдання батьків – захистити своїх дітей від небезпеки, від небезпеки, загрози і стресу, адже мати дитину, яка стала жертвою травми, дуже боляче для дорослих. У багатьох випадках, таких як дорожньо-транспортні пригоди, катастрофи та насильство, спричинене війною, страждають як батьки, так і діти.

Травма і дисоціація в психопатології є тісно пов'язаними поняттями, не тільки з точки зору епідеміологічних причинно-наслідкових зв'язків між розвитком і травматичними симптомами або дисоціативними розладами, але також і особливо в патогенетичному механізмі травми. Травма активує архаїчні механізми захисту від загроз навколишнього середовища та реакції, що призводять до відриву від звичного досвіду себе та зовнішнього світу і, як наслідок, до дисоціативних симптомів (деперсоналізації та дереалізації). Цей розрив означає різке призупинення нормальної здатності до рефлексії та мислення (метакогніції), а отже, перешкоду для інтеграції травматичної події в безперервність психічного життя. Дезінтеграція травматичних спогадів спричиняє фрагментацію уявлень про себе, а точніше неінтегровану множинність его-станів, що характеризує патологічну дисоціацію.

Травма – це емоційна реакція, спричинена переживанням неприємної або травматичної події. Ця емоційна реакція може бути присутня лише під час та одразу після травматичної події, або ж вона може бути тривалою. Деякі травматичні події, такі як жорстоке поводження з дітьми, можуть тривати, або ж людина може пережити комплексну травму, яка є наслідком впливу кількох травматичних подій. Симптоми травми можуть бути як емоційними, так і фізичними і включати почуття страху, безпорадності або провини, перепади настрою, зміни поведінки, труднощі зі сном, сплутаність свідомості, прискорене серцебиття, ломоту і біль у тілі. Травма може стати більш серйозною, оскільки у людей, які її пережили, може розвинути ПТСР і підвищитися ризик суїциду.

Незважаючи на дослідження травми, які донедавна були спрямовані на категорію дорослих, сьогодні науковцям необхідно звернути увагу на дітей та підлітків, які можуть переживати травматичний досвід на різних етапах свого розвитку. Переважає гіпотеза, що вузькі та часткові когнітивні процеси пам'яті, уваги та дисфункціональні навички вирішення проблем є основною проблемою впливу травми, яка також ставить під загрозу сімейну рівновагу, беручи до уваги, що травматичні події є довільними та непередбачуваними. Не виключено, що явища дисоціації та дереалізації виникають у відповідь на травматичну подію. Специфіка та складність лікування розладів, що виникають внаслідок травматичного розвитку, спонукали фахівців різних напрямків сформулювати настанови та протоколи лікування, якими можна керуватися в клінічній роботі.

Дослідження та знання про наслідки травматичних подій для психічного здоров'я дітей та підлітків постійно зростають. Аспекти розвитку є інформативними для розуміння захворювань, пов'язаних з травмою, дисоціацією та дереалізацією, а також для їх відновлення, спонтанного чи після лікування. Травма не є здоровою присутністю у сфері людського розвитку. Діти потребують усіх своїх ресурсів для виконання соціальних норм і завдань когнітивного та емоційного розвитку, тому переробка травматичних подій є дуже складним завданням для психіки дитини. Травматичні події часто спричиняють замкнене коло в розвитку. Діти, коли вони травмовані, гостро потребують своїх соціально-емоційних ресурсів, щоб вижити, тому що травма випробовує ці самі ресурси, такі як інтимні стосунки дружби та нарративна здатність розуміти та інтегрувати травму.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ ТРАВМИ У ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження

Мета емпіричного дослідження: дослідити особливості роботи з травмою у підлітків у період воєнного стану

Задачі емпіричного дослідження:

1. Організувати та провести емпіричне дослідження психологічних особливостей підлітків, що зазнали травматизації у період воєнного стану
2. Підібрати та обґрунтувати діагностичні методики
3. Сформуванати репрезентативну вибірку
4. Обробити та проаналізувати отримані результати діагностики, визначити основні психологічні особливості підлітків, що зазнали травматизації у період воєнного стану.
5. Розробити методичні рекомендації щодо покращення психо-соціальної роботи з травмою у підлітків в період воєнного стану.

В умовах військового часу дослідження частково проводилось в онлайн-форматі, з використанням Гугл форми (опитування), проєктивна методика «Кактус» проводилась офлайн. Дослідження проводилось на базі Студії практичної психології «Персона» та запорізької загальноосвітньої школи I-III ступенів №78. Дослідження проводилось з інформованої згоди батьків.

Тест «Самооцінка психічних станів», Г. Айзенка.

Методика самооцінки психічних станів є одним із особистісних опитувальників, розроблених Г. Айзенком (60-80-ті роки ХХ століття). Опитувальники Г. Айзенка створювалися на основі розробки автором нового типологічного підходу до вивчення особистості. При цьому використовувалися як теоретичні підходи Р. Вудвортса, Е. Кречмера, І. Павлова, К. Юнга, інших

відомих психологів, психіатрів, фізіологів, так і дані великих експериментальних досліджень самого Г. Айзенка. Особистісні опитувальники Г. Айзенка мають досить високі коефіцієнти валідності та надійності й широко використовуються в практичній психодіагностиці. Мета: визначити рівень таких психічних рис, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Тривожність – це індивідуальна психологічна особливість, що характеризується схильністю до частих та інтенсивних стресів і низьким порогом тривожності. Водночас тривога – це переживання емоційного дистресу, пов'язаного з очікуванням неприємностей, відчуттям неминучої або уявної небезпеки. Фрустрація – це психічний стан, викликаний неможливістю задовольнити потребу або бажання. Це проявляється в негативних переживаннях: розчаруванні, дратівливості, тривозі, відчаї та ін. Агресія – це невмотивована ворожість людини до людей і навколишнього світу, викликана упередженими обставинами. Вона проявляється у схильності нападати, завдавати болю та застосовувати насильство до людей, тварин і навколишнього світу. Іноді виражається в домінуванні індивіда над іншою людиною або соціальним об'єктом. Ригідність – це складність (або навіть нездатність) змінити заплановану програму діяльності в обставинах, які об'єктивно вимагають перебудови. Протилежною властивістю особистості є пластичність. Тест складається з 40 висловлювань, згрупованих у чотири блоки. Кожен із блоків відповідає одному з чотирьох визначуваних психічних станів (тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності). Інструкція: пропонуємо Вам опис різних психічних станів. Якщо цей стан дуже підходить Вам, то за відповідь ставиться 2 бали; якщо підходить, але не дуже, то 1 бал; якщо зовсім не підходить – то 0 балів. Підрахуйте суму балів за кожним блоком висловлювань. I блок (1-10-ті висловлювання) виявляє стан тривожності, II блок (11-20-ті висловлювання) – стан фрустрації, III блок (21-30-ті висловлювання) – стан агресивності, IV блок (31-40-ті висловлювання) – стан ригідності.

Шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілберга в адаптації Ю. Ханіна.

Ця методика була розроблена у 1964 році Ч. Спілбергом та складається з двох частин по 20 запитань кожна. Перша шкала (STAI: X-1) дозволяє визначити, як людина почуває себе зараз, саме в цей момент опитування, тобто для діагностики актуального стану чи ситуативної тривожності. Друга шкала (STAI: X-2) спрямована на виявлення того, як суб'єкт почуває себе звичайно та діагностування тривожності як риси особистості. Особистісна тривожність (ОТ) розглядається як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів. Реактивна тривожність (РТ) або ситуативна тривожність (СТ) – це стан індивіда, який характеризує ступінь його занепокоєння, емоційної напруги, що зумовлюється, розвивається у конкретній стресовій ситуації. Шкала реактивної і особистісної тривожності Ч. Спілберга є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. При інтерпретації результат оцінюється як: менше 30 балів- низька тривожність, 31-45 – помірна тривожність, 46 і більше – висока тривожність.

Методика визначення схильності до стресу Дж. Дженкісона в модифікації М. Фрідмана і Р. Розенмана

Мета методики: визначити рівень схильності до стресу. Показник, що вимірюється: схильність до стресу. Методика має 21 запитання, що передбачає 3 варіанти: «так» оцінюються в 2 бали, «не знаю» – 1 бал, «ні» – 0 балів. Підґрунтям методики є уявлення про те, що існує два типи схильності до стресу – В (низька схильність до стресу) і А (висока схильність до стресу). Установлено, що певний стереотип поведінки, так званий тип А, зумовлює схильність до різних захворювань і що саме певні риси характеру й погляди людини на життя стають першопричиною стресових симптомів. Особистості типу А характеризуються агресивністю та імпульсивністю, швидко говорять, нетерпляче слухають; багато з них швидко рухаються, відчувають мінливість

часу, нетерплячі, орієнтовані на успіх і дуже конкурентоспроможні.. Водночас у людей типу В рідше виникають психологічні проблеми в процесі взаємодії з іншими. Особистості типу В вирізняються, навпаки, браком агресивності в міжособових стосунках, їм притаманне відчуття повільності плину часу; вони зазвичай не схильні до змагання, розслаблені, неспішні, мають спокійний характер. Частині людей притаманні всі або більшість перелічених рис якогось типу, хтось належить до третьої групи – АВ (нейтральна зона). Незалежно від типу людина повинна усвідомлювати, що навіть незначні події часом можуть стати джерелом стресу і хвороб. В результаті обробки даних відбувається поділ на 5 шкал: – низька схильність до стресу(тип В) – 0-8 балів; – перехід до типу В – 9-12 балів; – нейтральна зона – 13-21 бал; – перехід до А – 22-29 балів; – висока схильність до стресу (тип А) – 30-37 балів.

Методика «Диференціальна діагностика депресивних станів»
В. Жмурова

Опитувальник складається з 44 запитань й дозволяє визначити рівень депресії на момент обстеження. Інтерпретація результатів 1-9 – депресія відсутня, або незначна; 10-24 – депресія мінімальна; 25-44 – легка депресія; 45-67 – помірна депресія; 68-87 – виражена депресія; 88 і більше – глибока депресія.

З точки зору Д. Зубцова депресія – це захворювання емоційної сфери, найважливішим проявом якого є стійке зниження настрою та пригніченість, що полягає у зниженні загального рівня активності [1, 77]. На думку М. Орос, О. Тодавчич, депресія – це психічний розлад, що характеризується аномально зниженим настроєм, з негативною, песимістичною оцінкою себе і свого становища, навколишньої дійсності, минулого і майбутнього. Він має три основні компоненти: меланхолія, тривога та апатія і ці компоненти динамічно пов'язані між собою [8, 34]. І. Радул зазначає, що термін «депресивні стани» належить до категорії психічних станів, які мають необхідні психологічні характеристики. Депресія – це емоційний стан, що характеризується негативним емоційним фоном, уповільненням психічних процесів, руховою

загальмованістю. Основними критеріями для постановки діагнозу депресії за МКХ-11 є п'ять або більше симптомів протягом останніх двох тижнів (або більше):

1. втрата ваги;
2. неспокійний сон або сонливість, безсоння вночі та денна сонливість;
3. психомоторний неспокій або млявість;
4. втома; відчуття негідності або провини;
5. зниження здатності до концентрації уваги;
6. періодичні думки про смерть, суїцидальні думки (або спроби суїциду).

При наявності 1-2 з перших симптомів та до 4 з наступних симптомів, діагноз – «легка» депресія. При наявності 2 з перших симптомів і 4 і більше з наступних (додаткових) симптомів – «важка» депресія. Депресія також входить до п'ятірки найпоширеніших психічних розладів. Будь-хто може відчувати себе засмученим, сумним або розчарованим, але для людей, які справді перебувають у депресії, біль і негативний погляд на себе і світ є основними проблемами. Це пов'язано з тим, що ці симптоми не зникають і зазвичай заважають правильному мисленню та поведінці людини, впливають на її професійну діяльність та спілкування з іншими людьми. Кількість людей, які страждають на депресію, постійно зростає. Крім того, діагностика та лікування депресії ускладнюється унікальною культурою та історією країни. Чоловіки схильні «боротися» з почуттям смутку, туги, самотності та безнадії, вживаючи алкоголь або інші психоактивні речовини, замість того, щоб звертатися по допомогу. У цьому випадку можна говорити про приховану депресію, яка вважається наслідком алкоголізму або наркоманії. Депресія може проявлятися в різних формах. Депресія розрізняється за глибиною або ступенем тяжкості. Якщо є симптоми пригніченого настрою, але вони не впливають на повсякденне життя, то це легка депресія. Якщо є деякі з симптомів депресії, і людина не може робити те, що потрібно, незважаючи на всі зусилля, то це помірна депресія. А якщо присутні майже всі симптоми і вам дуже важко справлятися зі звичайними щоденними завданнями повсякденного життя, то це велика депресія.

Уніполярна (велика) депресія – найпоширеніша форма депресивного розладу. «Монополярна»; означає, що на спектрі емоцій є крайня позиція – «полюс»; що характеризується єдиним настроєм – сумним або пригніченим. Як правило, це виникнення стійкого смутку або заціпеніння, безсоння, відсутність концентрації уваги, забудькуватість, втрата апетиту, біль у різних місцях і глибоке відчуття емоційного дискомфорту – меланхолія. У такому стані людина відчуває себе абсолютно непотрібною, а ситуація безнадійною [2, 167]. Сьогодні існують різні думки щодо причин виникнення депресії. Згідно з біохімічною теорією, депресія викликана дисбалансом нейромедіаторів і зменшенням в корі головного мозку біологічно активних речовин, що відповідають за відчуття задоволення і щастя. Деякі з цих розладів є спадковими, тоді як інші спричинені різними стресами, втратою близьких або гормональними змінами. Виділяють чотири основні групи депресивних симптомів: 1) стійкі розлади настрою (меланхолія, пригніченість, невпевненість у собі); 2) поведінкові зміни, такі як відхід від спілкування з іншими; 3) труднощі з мисленням і когнітивні труднощі (неуважність, труднощі з концентрацією уваги); 4) порушення сну, втрата ваги, головні болі, сексуальні проблеми тощо. Депресія проявляється по-різному, залежно від віку, темпераменту та способу життя. Депресія впливає на розумові процеси та психічний стан і супроводжується перепадами настрою, через що дуже важко правильно оцінити стан людини. Основними ознаками депресії є стійко пригнічений настрій, втрата інтересу до радощів життя і крайня байдужість до всього і всіх. Відчуття порожнечі, безнадійності і безпорадності в житті людини, яка страждає на депресію, – це не тільки смуток, але і нестерпний душевний дискомфорт. Депресія змушує багатьох людей замикатися в собі і закриватися від оточуючих, що сприяє зниженню комунікабельності.

Депресія змінює зовнішній вигляд людини. Зазвичай у людини швидко знижується моторика, опускаються плечі, ходьба стає повільнішою, а мова – повільнішою і менш вербальною. Такий стан називається психомоторною ретардацією. Депресія може суттєво впливати на думки та почуття людини. При

депресії думки спрямовані лише на негативні аспекти життя. Вона також викликає труднощі в мисленні, плутанину і повільний потік думок, труднощі з концентрацією на певних темах, неуважність і забудькуватість. У такому стані думки і почуття спотворюються і не відображають стан реальності, що призводить до відчуття тривоги, страху, заниженої самооцінки, почуття негідності і провини. Депресивні почуття незадоволеності собою можуть посилюватися різними проявами дистресу, а іноді можуть виникати суїцидальні думки, спроби і конкретні плани самогубства без конкретного плану. Існує кілька менш поширених форм великої депресії, які називаються підтипами. Це психотична депресія (крім симптомів власне депресії, виникають марення і галюцинації, різко зростають суїцидальні страхи і потрібна негайна госпіталізація), атипова депресія (змішана картина симптомів, характерних для великої депресії, і атипових симптомів), післяпологова депресія, післяпологовий психоз і неприємний передменструальний розлад настрою [9, 134].

Дистимія, також відома як легка депресія, є довготривалим депресивним розладом, що характеризується стійкою відсутністю задоволення. При дистимії людина завжди або майже завжди похмура. У її свідомості домінують і пригнічують тривога і почуття провини, вона завжди зосереджена на власних думках, кожна подія або ситуація в її житті сприймається тільки як невдача, і вона звинувачує в цьому себе і оточуючих. Перебіг дистимії тривалий і може тривати багато років. Особливості настрою при дистимії можуть призвести до напружених стосунків у сім'ї та проблем на роботі. У минулому дистимію лікували психотерапією, використовуючи психоаналіз, когнітивно-поведінкову терапію та міжособистісну терапію. Сьогодні найкращим лікуванням є поєднання медикаментозного лікування (антидепресанти) та психотерапії. Прихована депресія (прихована, соматизація, «депресія без депресії» – це депресія, при якій симптоми зниженого настрою замасковані (приховані) іншим фізичним симптомом або психічним розладом [9, 157].

Тест «Кактус» М. Панфілової.

Цей тест спрямовано на визначення стану емоційної сфери людини, а також на виявлення агресії, її спрямованості і інтенсивності. Тест може проводитися з дітьми від 4-х років. Матеріал: папір (формат А4), олівець. Інструкція: «На аркуші паперу намалуйте кактус, як ви собі це уявляєте!» Запитання та додаткові пояснення не допускаються. Час необмежений. Після малювання проводиться бесіда. Оцінюються такі показники, як агресія, імпульсивність, егоцентризм, залежність і невпевненість в собі, демонстративність, відкритість, обережність, оптимізм, тривога, жіночність, екстравертованість чи інтровертованість, прагнення до домашнього захисту, бажання самотності.

Характеристика вибірки

В дослідженні прийняли участь 50 підлітків у віці від 13 до 18 років, що звертаються до Студії практичної психології «Персона»(20 учасників), а також – учні запорізької загальноосвітньої школи I-III ступенів №78 (30 учнів). В умовах військового часу дослідження проводилось в онлайн- форматі, з використанням Гугл форми.

Гендерний склад учасників дослідження представлено на рисунку 2.1.

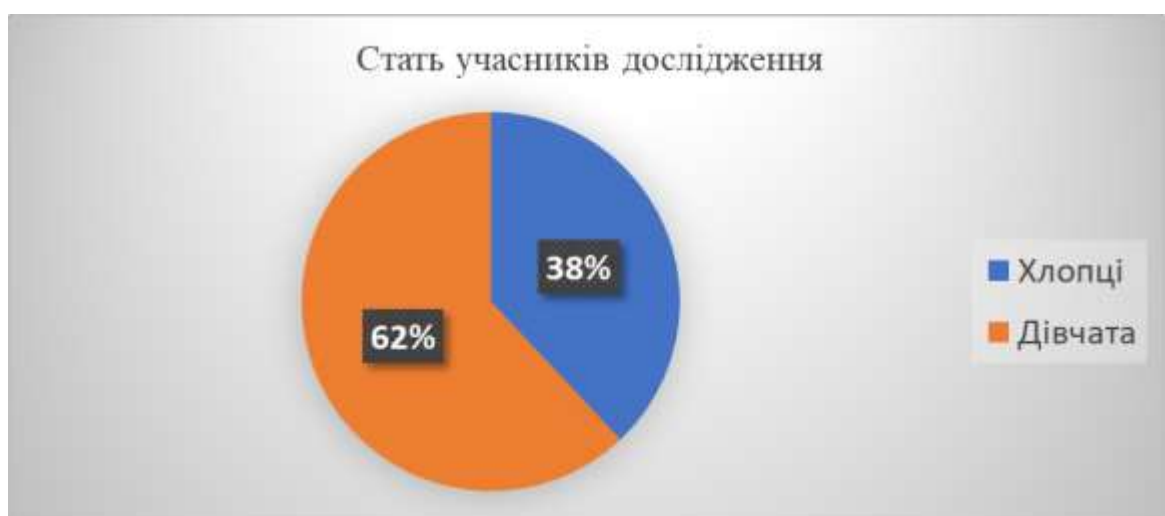


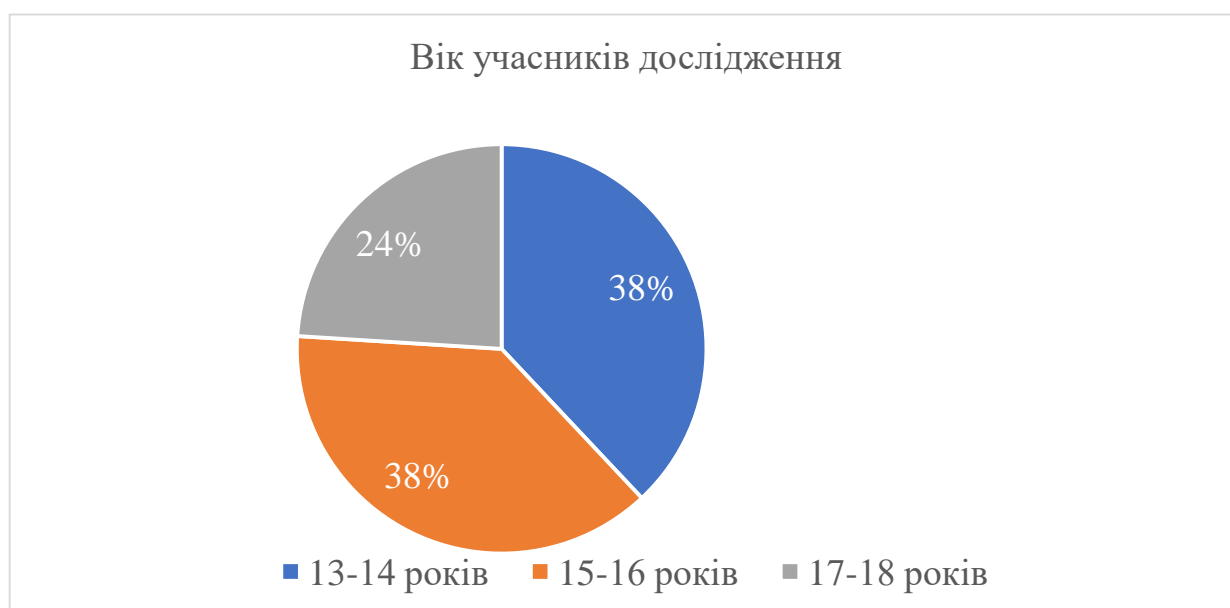
Рис. 2.1. Гендерний склад учасників емпіричного дослідження

В дослідженні прийняли участь юнаки й дівчата у віці від 13 до 18 років. Віковий розподіл представлено в таблиці 2.1. й на рисунку 2.2

Таблиця 2.1.

Віковий склад учасників дослідження

Вік	Хлопці	Дівчата
13-14 років	7 (36,8%)	12 (38,7%)
15-16 років	7 (36,8%)	12 (38,7%)
17-18 років	5 (26,3%)	7 (22,6%)

**Рис. 2.2. Розподіл учасників дослідження в залежності від курсу навчання**

Середній вік учасників дослідження – 15,4 років

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Результати тесту «Самооцінка психічних станів», Г. Айзенка представлені в таблиці 3.1

Таблиця 2.2

Відсоткові показники неадаптивних станів

Неадаптивні стани	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
	Показник	Показник	Показник
Тривожність	50%	40%	10%

Продовження таблиці 2.2

Фрустрація	56%	36%	8%
Агресивність	46%	44%	10%
Ригідність	34%	56%	10%

Візуально результати самооцінки психічних станів представлено на рисунку 2.3.

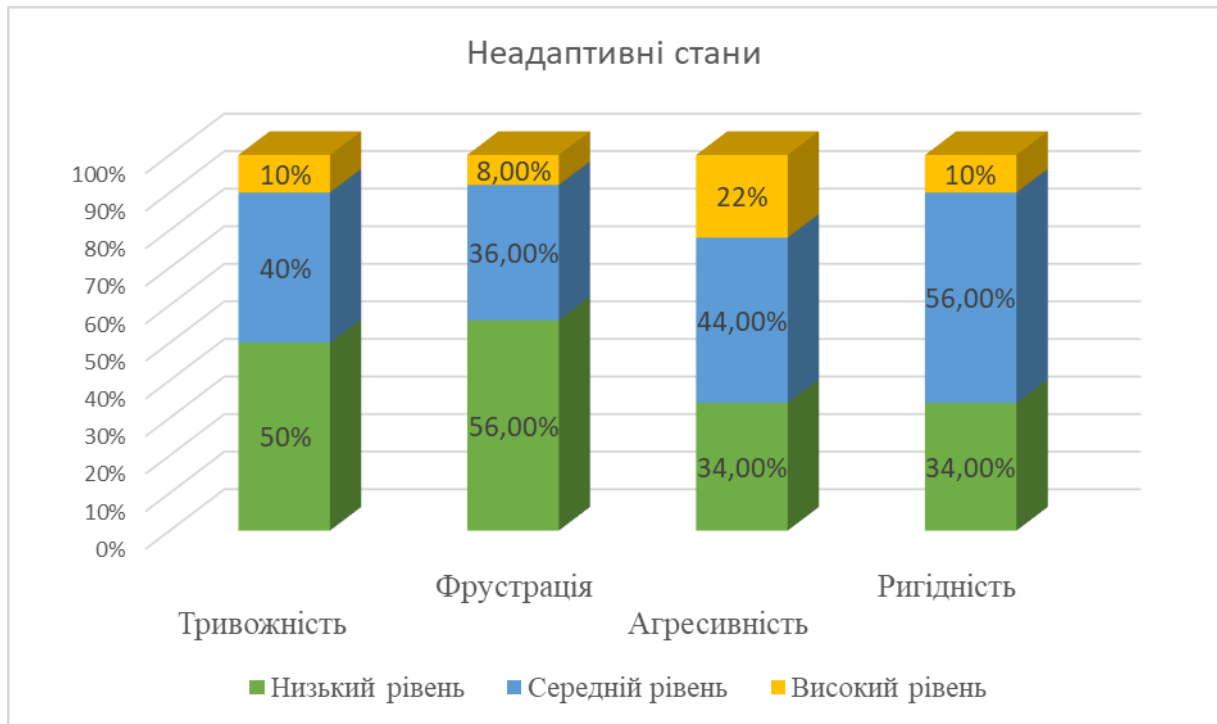


Рис. 2.3. Неадаптивні стани учасників дослідження

Як можна бачити, за результатами опитування, половина респондентів (50%) мають низький рівень тривожності, менша частина (40%) – середній рівень, проте, у 10%(5 учасників дослідження) виявлена висока тривожність. Низький рівень тривожності (50%) свідчить про емоційну стабільність, позитивний досвідний фон (спокій, оптимізм) – ініціативність, впевненість у собі та своїх силах, соціальну сміливість, легкість у спілкуванні. Ці люди адекватно реагують на стрес і не перебувають у стані постійної нервозності. Вони краще за інших функціонують у стресових ситуаціях і можуть бути зосередженими та розважливими в умовах, які провокують стрес у більшості людей. Середній рівень тривожності (40%) свідчить про те, що навіть у більш-менш спокійних людей, які є досить активними та комунікабельними,

трапляються випадки, коли вони відчують тривогу, яка не залежить від обставин. Такі люди можуть відчувати тривогу в ситуаціях, що вимагають концентрації та відповідальності, але в звичайних обставинах вони досить стабільні. Високий рівень тривожності заважає нормальному функціонуванню та життєдіяльності людини, оскільки є неадекватною реакцією на ситуації, які не несуть загрози чи негативні наслідки. Трохи більше половини учасників дослідження (56%) мають низький рівень фрустрації, 36% – середній рівень, 8% – високий рівень фрустрації. Низький рівень фрустрації (56%) свідчить про те, що в реальних чи вигаданих ситуаціях, коли їхні наміри чи бажання не можуть бути реалізовані, досліджувані шукають можливі виходи, а в разі невдачі проявляють життєстійкість і не бояться труднощів. Їм притаманний високий рівень впевненості в собі та віри у власні сили. Вони оптимістично дивляться на проблеми, що допомагає їм зберігати спокій у складних ситуаціях.

Середній рівень фрустрації (визначено у 36%) означає, що люди відчують почуття розчарування, роздратування або відчаю. Вони відчують розгубленість перед труднощами, мають низьку самооцінку і сильне бажання уникнути невдачі. У стресових ситуаціях їм може бути важко впорядкувати свої емоції. Коли їхні очікування не виправдовуються, вони реагують роздратуванням або розчаруванням. Варто звернути увагу, що 2 учасників дослідження мають високий рівень фрустрації, тобто відчують повну розгубленість, яка може супроводжуватися спалахами неконтрольованого гніву, обурення, депресії.

Низький рівень агресивності виявлено у 34% учасників дослідження, у 44% середній, і у 22% виявлено високий рівень агресивності. Середній рівень агресивності свідчить про те, що в певних ситуаціях респонденти можуть відчувати ненависть та заздрість до інших людей. Однак у проблемних ситуаціях вони не дають волю своїм почуттям, стримують себе і контролюють свою поведінку. Низький рівень агресивності (46%) свідчить про схильність до спокійної та миролюбної поведінки, пошуку мирних шляхів вирішення конфліктних ситуацій. Такі люди більш схильні ставитися до інших з

толерантністю та лояльністю. Однак у деяких випадках їм може бути важко захистити себе і своїх близьких, відстояти свої права, оскільки вони схильні до пасивної позиції.

Найбільше занепокоєння викликають 22% учасників дослідження, які мають високу агресивність що може бути представлена неконструктивними агресивними діями, заснованими на намірі заподіяння фізичного чи психологічного страждання іншому. Третина респондентів (34%) мають низьку ригідність, трохи більше половини респондентів (56%) мають середню ригідність і п'ять респондентів (10%) мають високу ригідність. Низька ригідність означає, що люди легко змінюють свої плани, переконання та судження. Ці люди гнучкі у своїх думках і діях, легко адаптуються до нових ситуацій. Однак вони іноді мають проблеми з дотриманням своїх обіцянок і не завжди наполегливі в досягненні поставлених цілей.

Середній бал (56%) свідчить про адаптивність у більшості ситуацій, але людина може мати незмінні погляди та переконання. Такі особи можуть бути наполегливими та дисциплінованими у досягненні своїх цілей, але при цьому зберігати певну пластичність у стосунках з іншими.

Високий рівень ригідності (10%) може свідчити про те, що людина має дуже сильні переконання і погляди, які практично неможливо змінити. Такі люди важко адаптуються, майже не піддаються змінам, недружелюбні при знайомстві з новими людьми, часто схильні до різного роду конфліктів.

Визначення ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілберга в адаптації Ю. Ханіна

Результати визначення ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілберга в адаптації Ю. Ханіна з урахуванням статі представлені на рисунку 2.4



Рис. 2.4. Рівень особистісної тривожності з урахуванням статі

Як можна бачити, існують деякі статеві відмінності в рівнях особистісної тривожності, проте, ці відмінності не мають статистичної достовірності ($p > 0,1$), що було з'ясовано за допомогою t-критерію Стьюдента

Загальний рівень ситуативної тривожності підлітків, які приймали участь в дослідженні, представлено на рисунку 2.5, а рівень особистісної тривожності – на рисунку 2.6.

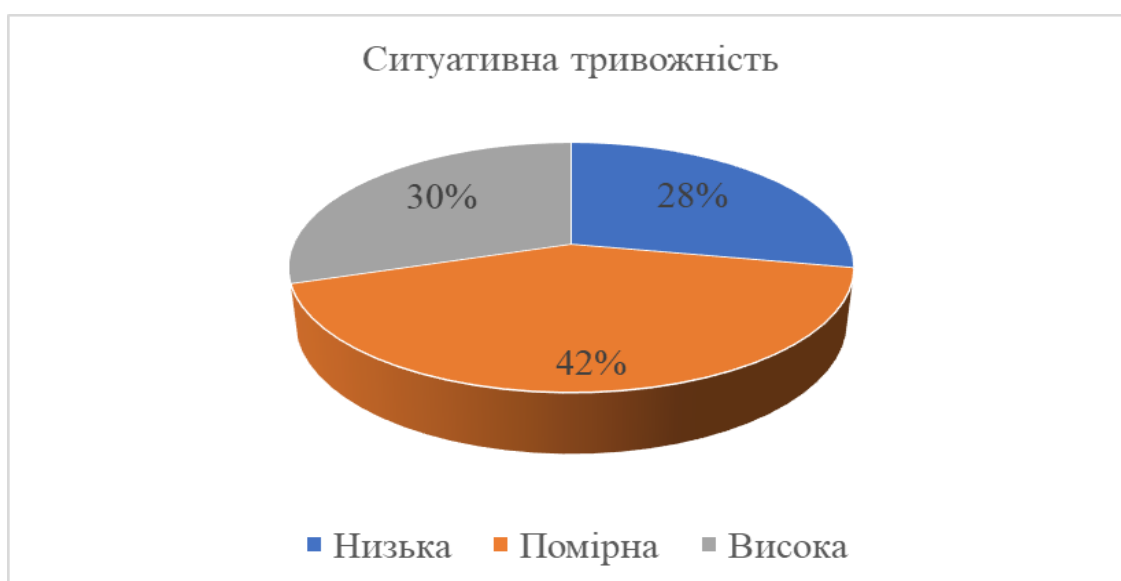


Рис. 2.5. Рівень ситуативної тривожності в учасників дослідження

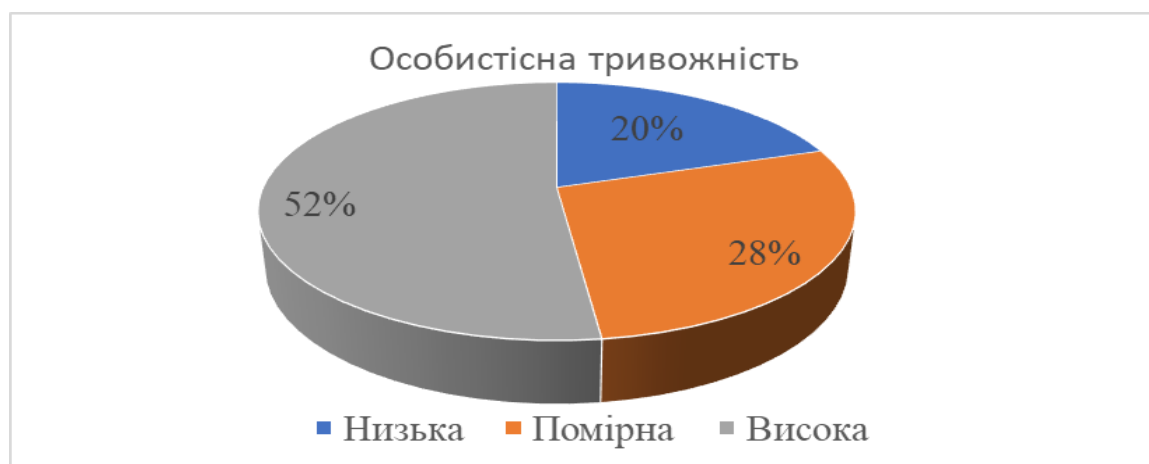


Рис. 2.6. Рівень особистісної тривожності в учасників дослідження

Як показують результати опитування за методикою Ч. Спілберга в адаптації Ю. Ханіна, 30% мають високу й 42 % помірну ситуативну тривожність, однак, при цьому більше ніж половина учасників дослідження мають високу особистісну тривожність(52%), і ще 28% – помірний рівень особистісної тривожності.

Результати визначення депресивних станів за методикою В. Жмурова представлено в таблиці 2.3. та на рисунку 2.7

Таблиця 2.3

Ступень депресії в учасників дослідження

Кількість учасників дослідження	Ступень депресії
11 (22%)	Відсутня
20 (40%)	Легка
12 (24%)	помірна
7 (14%)	середньої важкості
0	Важка

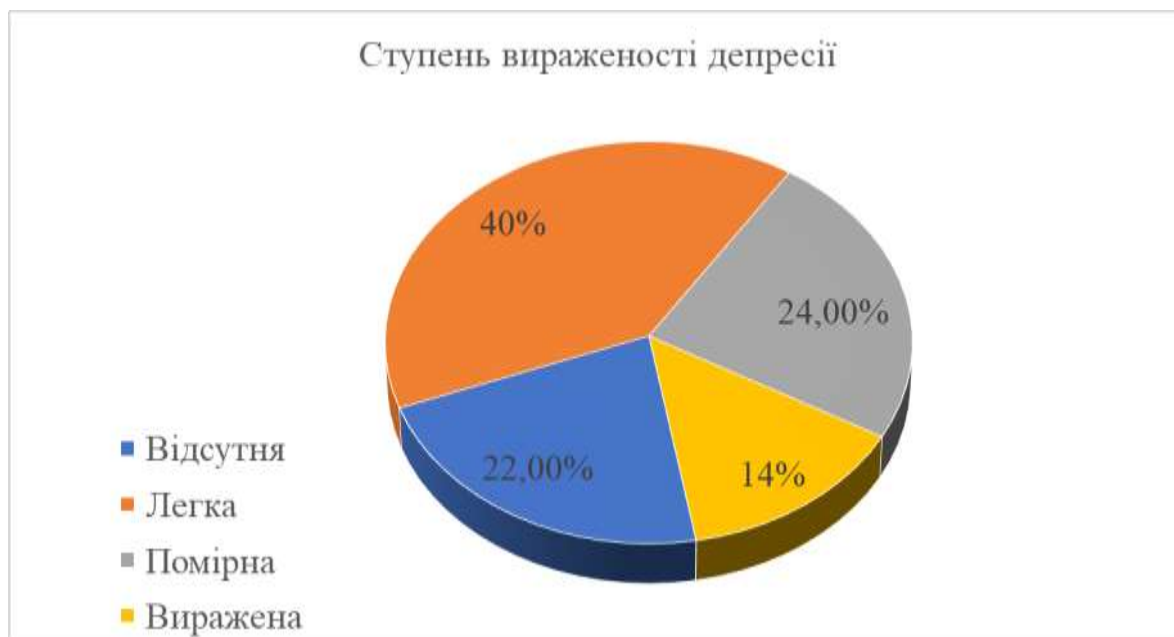


Рис. 2.7. Ступінь вираженості депресії

Як можна бачити, у 22% відсутні ознаки депресії, у 40 % учасників дослідження діагностована легка депресія. Однак, варто звернути увагу, що у 24% визначена помірна депресія, у 14% – виражена депресія. Загалом 37% учасників дослідження мають досить виражені депресивні симптоми, що, ймовірно, пов'язано зі складною ситуацією в країні, особистими втратами та невпевненістю в завтрашньому дні. Іншими словами, учасники дослідження, у яких було діагностовано помірну, помірну та тяжку депресію, потребують подальшого моніторингу для виявлення причин та усвідомлення ризиків, які може становити депресія, якщо її не лікувати.

Ступінь вираженості депресії з урахуванням статі представлено на рисунку 2.8.



Рис. 2.8. Ступінь депресії з урахуванням статі

Виявлені деякі відмінності в рівні депресії між юнаками та дівчатами, проте, ці відмінності не мають статистичного значення, що було з'ясовано за допомогою t- критерію Стьюдента ($p > 0,1$).

Депресивний стан – це стан вимкнення, при якому психологічна система індивіда зміщується в бік негативних почуттєвих станів і послаблює позитивні почуттєві стани. Характерними ознаками депресивного епізоду є високий рівень негативного настрою (що характеризується, в першу чергу, пригніченим/деморалізованим/переможеним/відчайдушним почуттям, а також тривогою, дратівливістю/захисною ворожістю та почуттям провини/сорому) і зниженням позитивного настрою (втрата інтересу, задоволення, енергії, бажання та хвилювання).

Основна причина, чому люди впадають у депресивний стан, полягає в тому, що вони не можуть отримати необхідне психологічне підживлення, яке потрібне для того, щоб активізувати систему поведінкових інвестицій. Уявіть собі, що це схоже на стан голоду, тільки замість фізіологічного харчування людині бракує психологічного. Що таке психологічне харчування? Фундаментальний принцип, який лежить в основі психологічної організації – це принцип поведінкових інвестицій. Психологічна система організована так,

щоб спрямовувати психічну енергію та дії на інвестиції, які приносять прибуток. Коли людина отримує хорошу віддачу від своїх інвестицій, вона відчуває себе задоволеною, енергійною та залученою. Однак, коли людина не отримує достатнього прибутку, вона починає відчувати розчарування, тривогу, роздратування або розчарування. Якщо людина не може знайти ефективний шлях для задоволення своїх потреб, вона починає входити в стан психологічного занепаду, який називається депресією.

Потреби безпеки та захищеності. Перш за все, система психологічних інвестицій пов'язана з базовою безпекою та виживанням. Якщо фізична безпека людини перебуває під постійною загрозою, якщо вона відчуває постійний біль, якщо вона хронічно голодна тощо, то увага системи буде значною мірою зосереджена саме на цьому. Базові задоволення. Хороший секс, смачна їжа, відпочинок у теплий літній день на пляжі після важкої роботи. «Гедоністичні» задоволення слугують фундаментальною винагородою і сигналізують про позитивні інвестиції (принаймні в короткостроковій перспективі). Хороші інвестиційні системи, як правило, характеризуються осмисленими зусиллями і важкою працею на шляху до продуктивної мети, за якими слідують короткі періоди відпочинку і насолоди базовими задоволеннями.

Потреби у стосунках. Наша основна психосоціальна потреба полягає в тому, щоб нас знали і цінували важливі для нас люди. Передусім це стосується членів нашої родини, друзів/однолітків, романтичних партнерів та громади. Потреба в цінності стосунків відображає ступінь соціального впливу людини. І люди по-різному досягають соціального впливу та цінності стосунків. Наприклад, див. тут про потреби у владі та досягненнях у порівнянні з потребами в приналежності та близькості.

Потреби розвитку та зростання. Ми можемо думати про психологічну систему людини як про портфель інвестора. Інвестор має ресурси, які мають потенціал для зростання і втрат. Інвестор з різноманітним портфелем, чії інвестиції зростають, перевищуючи очікування, процвітає. Те ж саме стосується і окремої людини. Кожна людина має «особисті проекти», тобто справи, в яких

вона бере участь і які надають можливості для зростання (хобі, інтереси, творчі та ігрові починання, значущі робочі проекти і т.д.). Якщо людина хронічно застрягла і не зростає, або значною мірою відрізана від своїх шляхів зростання, або часто не виправдовує очікувань, або глибоко інвестує в шляхи, засновані на зовнішніх причинах, які не відповідають її основним емоційним/мотиваційним потребам (або інтуїтивному відчуттю потенціалу), тоді інвестиційна система є вразливою.

Екзистенційні/трансцендентні/добродішні потреби. Дорослі люди – це істоти, які створюють сенс і потребують нарративу про те, як їхнє життя і особисті проекти мають сенс. Як зазначає В. Франкл у своїй безсмертній класичній праці «Пошук людиною сенсу», якщо вони не можуть помістити свої страждання, особисті проекти, чесноти і стосунки в контекст ширшого нарративу, який надає сенс, то вони будуть вразливі до розвитку нігілістичного ставлення, тобто віри в те, що їхнє життя або дії насправді не мають значення, тому що насправді нічого не має значення. Нігілістичний нарратив може підірвати емоційну цінність, яку люди отримують від участі в таких проектах, що може призвести до екзистенційних криз або депресій [10].

В умовах повномасштабного військового вторгнення на територію України багато людей зазнають фізичного болю та втрат. В інших очевидних випадках люди впадають у депресію через хронічний біль або хворобу, або смерть близької людини, або через залежність від речовин, які руйнують їхнє життя, або через насильство чи ізоляцію. В інших випадках проблема набагато складніша. Подумайте, що є багато людей, які живуть у гарних будинках і, здається, оточені турботливими людьми, досягають успіхів у своєму житті, але вони також впадають у депресію. Дійсно, незважаючи на те, що ми маємо все більше і більше технологій, все більше і більше ресурсів і контролю над нашим оточенням, ми, здається, більше, ніж будь-коли, боремося з почуттям депресії і тривоги. Що відбувається в цих випадках? Якщо коротко, то сучасне суспільство, яке швидко розвивається, створює багато нових, незвичних стресів для нашої емоційної системи. І навряд чи люди отримали достатньо знань про

те, як правильно справлятися з негативними почуттями. Люди отримали набагато більше свободи у визнанні негативних почуттів, ніж у минулих поколіннях, але не було належної освіти про те, як вчитися і розвиватися на основі таких почуттів. Люди намагаються уникати негативних почуттів і бажають, щоб все було просто добре. Вони часто намагаються поводитися публічно так, ніби все добре, але не мають жодного уявлення про те, як зріло опрацьовувати свої негативні почуття і вчитися на них. Замість цього вони вступають у внутрішньо-психічну битву зі своїми негативними почуттями, часто намагаючись прогнати їх, або критикують себе зі своїх почуттів, або намагаються «залишатися позитивними». Це створює потужний «розкол» у їхній психологічній системі. А саме, їхня система почуттів посилає один сигнал, їхній внутрішній оповідач конфліктує з цим сигналом, і вони намагаються публічно представити зовсім іншу картину, ніж їхній внутрішній конфлікт. Все це створює передумови для невротичного зриву [11].

На суспільному рівні ми повинні визнати, що інформаційно-технологічна революція принесла в наш світ драматичні зміни, а також те, як багато інституцій, які забезпечували орієнтири для хорошого життя, руйнуються. Релігійні системи втратили значну частину свого авторитету. Наука часто характеризує світ як аморальну, безглузду фізичну систему. Іншими словами, з точки зору нашого екзистенціального/трансцендентального розуміння, здається, мало що підтримує глибоку потребу багатьох людей у створенні справжнього сенсу. Отже, ми живемо у швидкоплинному світі з високим рівнем стресу, в якому ми перевантажені вибором, ми регулярно спостерігаємо величезні обсяги нерівності у владі та ресурсах, ми на словах визнаємо негативні почуття, але часто характеризуємо їх як хворобливі стани і надаємо дуже мало реальної освіти про людські емоції та потреби, а інституції, які забезпечували глибокі системи формування сенсу, втратили свій авторитет.

Методика визначення схильності до стресу Дж. Дженкісона в модифікації М. Фрідмана і Р. Розенмана

Результати з урахуванням статі представлені в таблиці 2.4

Таблиця 2.4

Схильність до стресу

	Хлопці	Дівчата
Низька схильність до стресу, В	4(21%)	7 (22,5%)
Перехід до В	5 (26,6%)	7 (22,5%)
Нейтральна зона	3 (15,7%)	5 (16,2%)
Перехід до А	4 (21%)	6 (19,4%)
Висока схильність до стресу, А	3 (15,7%)	6 (19,4%)

Як можна бачити, виявлені деякі гендерні відмінності у схильності до стресу між хлопцями та дівчатами, проте ці відмінності не мають статистичної достовірності, що було з'ясовано за допомогою t-критерію Стьюдента ($p > 0,1$)

Загальні показники схильності до стресу представлені на рисунку 2.9



Рис. 2.9. Схильність до стресу учасників дослідження

Таким чином, встановлено, що 22% підлітків відносяться до типу В мають низьку схильність до стресу. Особистості типу В характеризуються не агресивністю в міжособистісних відносинах, чутливістю до повільного плину часу, вони, як правило, неконкурентні, спокійні, неквапливі і мають врівноважений характер. 18% підлітків відносяться до типу А й мають високу схильність до стресу. Особистості типу А характеризуються агресивністю та імпульсивністю, швидко говорять, нетерпляче слухають; багато з них швидко рухаються, відчують мінливість часу, нетерплячі, орієнтовані на успіх і дуже конкурентоспроможні. 60% учасників дослідження мають ознаки як типу В, так і типу А, що виражені в різній мірі.

Результати тесту “Кактус”.

І хлопці, і дівчата продемонстрували агресивність (80% і 70% відповідно, тривожність 70% і 80%, імпульсивність – по 70%). Показник жіночності у дівчат – 80%, у хлопців – 40%, 80% дівчат і 60% хлопців продемонстрували невпевненість та бажання домашнього захисту. 80% підлітків, що приймали участь у дослідженні продемонструвала прагнення самотності.

Для встановлення зв'язків між визначеними показниками був проведений кореляційний аналіз Пірсона. Кореляційний аналіз дозволяє з упевненістю стверджувати, що між двома різними моделями або змінними існує або не існує взаємозв'язок, що дозволяє передбачити ймовірність результату в досліджуваній популяції. Кореляційний аналіз Пірсона передбачає, що дві змінні, які аналізуються, вимірюються принаймні на інтервальних шкалах, тобто вони вимірюються в діапазоні зростаючих значень. Коефіцієнт обчислюється шляхом ділення коваріації двох змінних на добуток їхніх стандартних відхилень, або, з використанням програми Excel.

Кореляційна плеяда для виникнення депресивних станів представлена на рисунку 2.10.

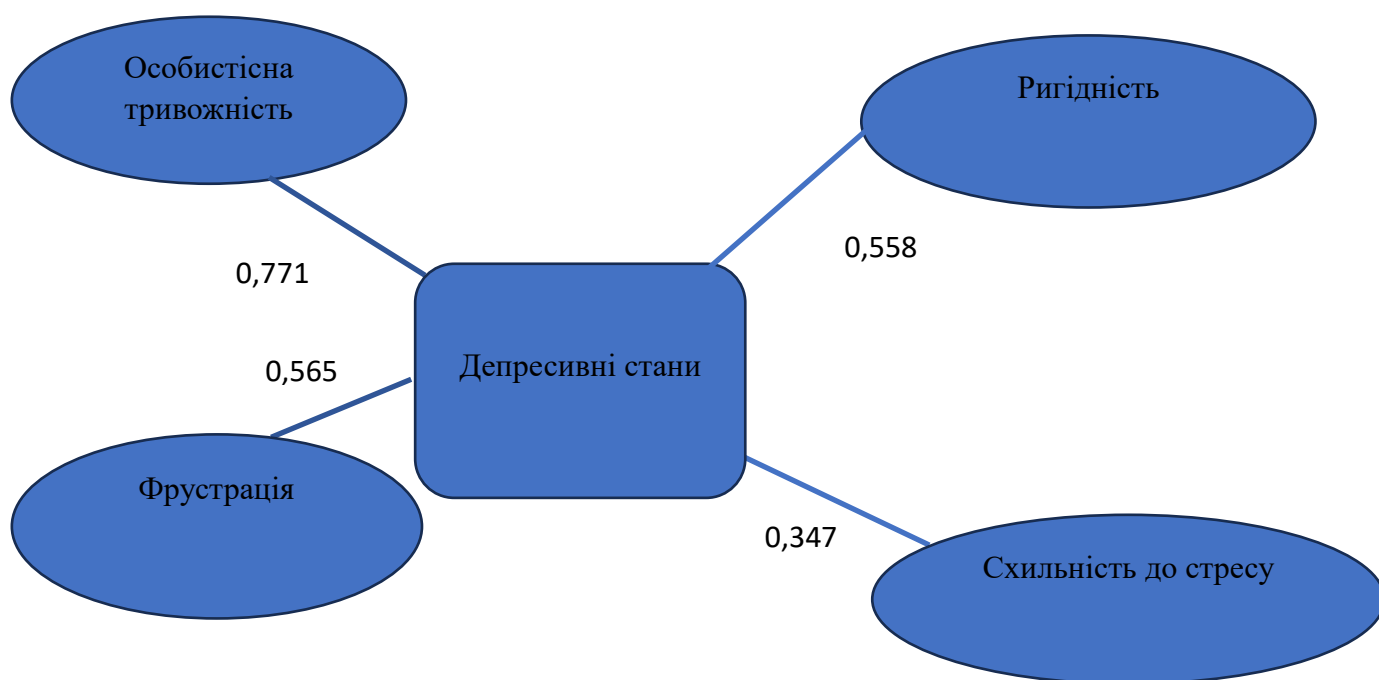


Рис. 2.10. Кореляційна плеяда для депресивних станів

Таким чином, можна зробити висновок, що збільшенню депресивних станів сприяють особистісна тривожність, ригідність, висока схильність до стресу, фрустрація та низька стресостійкість – між цими показниками виявлений прямий кореляційний зв'язок з рівнем статистичної значущості $p < 0,01$.

2.3. Теоретико-методичні рекомендації щодо роботи з травмою у підлітків в умовах воєнного стану

Були розроблені методичні рекомендації для підлітків, які допоможуть врегулювати психологічний стан. А саме:

1. Зверніть свою увагу і зосередьтеся на зовнішньому світі. Зверніть увагу на те, що може зробити вас щасливими: квітуча природа, шум вітру, шелест листя і щебетання птахів у тихому парку. Зосередьтеся на тому, що ви бачите і чуєте в цей момент. Проводьте більше часу на свіжому повітрі. Візьміть за звичку гуляти в лісі або парку протягом години в день.

2. Займайтеся спортом. Не обов'язково ходити в спортзал, достатньо ранкової зарядки і легкої пробіжки. Це дасть позитивний заряд на цілий день.

3. Змініть імідж, вийдіть на прогулянку. Нові враження та позитивні емоції допоможуть відволіктися, хоча б на деякий час.

4. Знайдіть улюблене хобі. Це хороший спосіб профілактики стресу. Запитайте себе: що мені подобається робити? Можливо, писати вірші, шити, в'язати, готувати або вивчати психологію. Тепер ви знайшли відповідь. Це дуже добре. Почніть прямо зараз. Це зробить вас спокійнішими і щасливішими.

5. Спілкуйтеся з рідними та близькими. Підтримайте їх у цей складний час, це дуже важливо і для них, і для вас. Це дасть вам можливість відкрити своє серце і виговоритися. Піклуйтеся про інших. Будь-яка допомога в цей час доречна і необхідна.

6. Прийміть ванну. Тепла вечірня ванна з морською сіллю і заспокійливими ефірними оліями подарує 100-відсотковий душевний спокій і, перш за все, мирний і спокійний сон.

7. Частіше посміхайтесь. Люди посміхаються у відповідь на події, і не завжди позитивно. Хоча посмішка зазвичай вважається ознакою доброти, співчуття або радості, вона допомагає заспокоїтися в небезпечній ситуації. Сміх – найкращий спосіб запобігти тривозі.

8. Перестати жаліти себе. Людина має усвідомити, що в житті є як погані, так і хороші моменти. Треба бути вдячним за те, що маєш. Вдячність – хороший спосіб запобігти тривозі. Замість того, щоб бути постійно нещасним, людина почне насолоджуватися тим, що має.

9. Мрійте і фантазуйте. У позитивній психології є техніка, яка називається візуалізацією. Вона полягає в тому, щоб мріяти про те, чого людина хоче, робити це з радістю і в теперішньому часі. Таким чином можна досягти того, що уявили, і скласти список того, що робить вас щасливими. Якщо ви хочете змінити ситуацію, все, що вам потрібно зробити, це подивитися вперед і вміти планувати нове життя для себе з новими можливостями. Ці дії – ваш порятунок від стресу.

10. Живіть гарним життям. Одягайтеся максимально елегантно або незвично, використовуйте красивий посуд і все, що може покращити ваше життя в даний момент. Відволікайтеся на щось приємне і робіть те, що приносить вам найбільше задоволення.

Учасникам дослідження було запропоновано протягом місяця максимально дотримуватися наданих методичних рекомендацій. Крім того, протягом місяця 1 раз на тиждень проводились тренінгові заняття, які включали дихальні вправи (дихання «по квадрату», «Квітка» і «Свічка»), вправи на зняття психоемоційного напруження : «Хмаринка», « Австралійський дощ», «Пральна машина», вправи на самопізнання та мотивацію: «Що відбувається в моєму тілі під час стресу? Що мене заспокоює, які зміни відбулися в тілі», «Автобіографія за 45 с», «Мої вчинки для позитивного майбутнього», вправи на комунікацію та взаємопідтримку – «Історії з торбинки», «Ти молодець, бо...», арт-терапевтичні методики, такі як «Малюнок настрою», « Колективний автопортрет». Через 2 місяці виконання рекомендацій та участі в тренінгових заняттях рекомендовано провести повторну психодіагностику.

Тренінг «Життєві цінності»

Мета: Сприяти розумінню поняття цінності та унікальності людського життя, поняття щастя як невід'ємної складової життя людини; навчити визначати життєві цінності та приймати відповідальні рішення, робити вибір, який впливає на майбутнє; визначити духовні цінності особистості та їх вплив на життя; сприяти формуванню ціннісного ставлення до себе як особистості.

Завдання:

Сформулювати систему життєвих та духовних цінностей, усвідомити різницю між матеріальними і духовними цінностями, навчитися приймати відповідальні рішення, усвідомити, що найцінніший дар – це дар життя.

Тривалість: 1: 45 хвилин

Матеріали та обладнання: плакати, брошури, презентація, відеоматеріали, конспект.

Вступ

Психолог. Що таке життя? Можливо, човен, що пливе по повноводній річці?

Що таке життя? Можливо, пісня, яка лунає з усіх боків?

Можливо, це фортеця, яка захищає нас від зла?

Можливо, це театр долі, де ми всі є глядачами і героями?

А може, це просто привид, яких так багато в житті.

А що таке життя? У чому його суть? Навіщо ми живемо? Якою має бути сучасна людина, щоб зробити життя кращим, щоб ми могли себе поважати?

Ми зібралися сьогодні, щоб відповісти на ці питання.

Тема нашої сьогоднішньої зустрічі звучить так: «Життя є життя»: «Життя – найбільша цінність».

Кожна людина є унікальною, незрівнянною і надзвичайною особистістю. Життя – це найвища цінність, яку має людина, бо воно дається лише один раз. «Найбільша з усіх книг – це книга життя, яку не можна ні закрити, ні відкрити за бажанням», – сказав А. Ламартін. Є мільйони людей. Вони подібні до зірок на небі, що горять незвичайним світлом. Їхнє життя гірке, як полин, і солодке, як мед. Життя кожного – це шлях, який судилося пройти тільки йому.

«Дерево надії»

Психолог: На дошці зображено «Дерево надії». Ваше завдання – написати та озвучити свої очікування від сьогоднішнього тренінгу на папірцях, які вам роздали, і, звичайно ж, прикріпити їх на «Дерево надії».

(Роздайте учасникам папірці у формі листочків, на яких вони повинні написати свої очікування і прикріпити їх на плакат «Дерево надії»)

Правила проведення тренінгу (правила розміщені на плакаті у формі квітки, який прикріплений на дошці):

- Активність.
- «Тут і зараз».
- Ввічливість.
- Відповідальність.

- Регламент.
- СТОП.

Вправа «Знайомство». «Життя – це...»

Мета: Познайти учасників, створити комфортні умови для роботи в групі.

Хід проведення: Психолог. Кожен учасник по колу називає своє ім'я і продовжує речення: «Мене звать Оля, для мене життя – це...».

Висновок: Оля – це людина, яка має можливість дізнатися свою історію. Життя – це яскравий світ, для кожного він особистий і неповторний. Наше життя в наших руках і те, як ми його будемо. Тільки від нас залежить, як наповнити його змістом.

Практичний аукціон: «Як керувати своїм життям?»

Психолог: Для того, щоб зрозуміти, чи вміємо ми правильно визначати життєві цінності, чи вміємо робити вибір, чи об'єктивно оцінюємо важливість духовних цінностей у своєму житті, ми проведемо практичний аукціон на тему «Як розпоряджатися своїм життям?». Гра повинна допомогти кожному учаснику знайти відповідь на це питання.

(Психолог роздає учасникам аркуші паперу та умовні «гроші» – папірці (по 6 штук). На початку гри кожен учасник має написати своє ім'я на шести папірцях (умовних грошах). Кожен папірець представляє частину учасника: енергію, інтереси, час, ресурси, ідентичність тощо. Через хвилину кожен може вибрати, «витратити» чи «зберегти» свої «гроші». Ряд предметів виставляється на продаж у парах. Правила гри не дозволяють купити обидва предмети, тільки один або нічого. Звісно, коли у вас закінчуються «гроші», ви не можете нічого купити. Всі покупки можна робити тільки тоді, коли «предмети» виставлені на продаж. Ви не можете повернутися до попередньої пари, якщо наступна пара вже продається. Кожен, хто щось купує, віддає свої «гроші» ведучому. Кожен учасник пише на окремому аркуші, що він купив. У грі будуть деякі нюанси, за які доведеться доплатити, або навпаки).

Лот (кожен лот відображається на мультимедійному екрані)

Ті, хто вибрав здорову сім'ю, отримають у нагороду два папірці.

Тим, хто вибрав 5 років радості, доведеться заплатити додатковий папірець, адже за деякі речі доводиться платити більше, ніж здається на перший погляд.

Більше купувати не можна, а невикористані папірці вважаються дискредитованими.

Питання для обговорення: Що це за паперові гроші?

Яка ваша улюблена покупка?

Чи шкодуєте ви про те, що не зробили якусь покупку?

Чи хотіли б ви змінити якісь правила гри (адже в житті нічого не можна повернути назад)?

Що ви дізналися з цієї справи?

Правила гри можуть змінюватися, але життя – це не гра. Ви не можете повторити вибір, який ви вже зробили, або змінити рішення, яке ви прийняли в минулому. Ви не можете охопити все або скористатися кожною можливістю, і ви не можете передбачити, які можливості у вас з'являться через тиждень або рік. У вас завжди буде бракувати часу, варіантів, грошей і можливостей. За кожен вибір, який ви робите в житті, доводиться платити, і часто ціна виявляється вищою, ніж ви очікували.

«КОЛЕСО ЖИТТЄВОГО БАЛАНСУ»

Психолог: візьміть аркуш білого паперу і зробіть крапку в центрі, а потім намалюйте від неї 8 спиць. Так, щоб утворилося 8 рівних секторів. Приблизно так, як на малюнку нижче. Підпишіть кожен сектор або позначте його так, як вам зрозуміло.

Найпоширеніший варіант – такий:

Здоров'я: здоров'я, зовнішній вигляд, рухливість, активність, енергія, настрої, бадьорість, харчування, розпорядок дня, спорт, сон.

Економіка: Доходи, витрати, умови життя, безпека, борги, інвестиції, додаткові джерела доходу.

Кар'єра: робота, заняття, бізнес, професія, рід занять, працевлаштування, соціальний статус, перспективи на майбутнє.

Особистісний розвиток: освіта, саморозвиток, навчання, книги, курси.

Духовний розвиток: віра, творчість, мистецтво.

Оточення: сім'я, колеги, співробітники, сусіди, суперники, друзі.

Задоволення життям: розваги, відпочинок, дозвілля, хобі, подорожі, враження.

Стосунки: сім'я, дружба, кохання, секс, спілкування.

Крапка в центрі – це точка відліку, нуль, початок. Остання поділлка від 10 – це максимум. Прислухайтеся до себе, в якій точці ви себе відчуваєте, який рівень задоволеності. Поставте маркер у кожній зоні. Будьте чесними з собою і пам'ятайте, що перша відповідь, яка спадає на думку, ймовірно, є правильною.

Ви можете виконати вправу, подумавши про те, наскільки ви задоволені зараз і як би ви хотіли почуватися, скажімо, через рік. Заштрихуйте зони різними кольорами. Колесо, як уже згадувалося вище – це зображення гармонії. А щоб її досягти, потрібні певні зміни у вашому житті. Заштрихувавши певні зони, ви зможете дізнатися, які сфери потрібно покращити, щоб в результаті вийшов гармонійний цикл. Потім завершіть речення наступним реченням: «Коли я дивлюся на своє Колесо життя, я думаю, що мені потрібно...» Що ви можете додати до цього речення, щоб зробити своє життя багатшим, гармонійнішим і збалансованішим? В якому напрямку рухатися далі? Які конкретні сфери у вашому житті потребують більшої уваги і як досягти в них результатів? Що я можу зробити в найближчі дні для досягнення цієї мети? Існує багато варіацій цієї вправи, так само як існує багато варіацій життєвого шляху для кожної людини.

Релаксація «Знайди свою зірку»

Мета: Зняття фізичного та психічного напруження, пригнічення негативних емоцій.

Закрийте очі, сядьте зручно і розслабтеся. Зробіть три глибокі вдихи і видихи. Тепер уявіть зоряне небо. Зірки бувають великі і маленькі, яскраві і

тьмяні. Для когось це одна або кілька зірок, для когось – незліченна кількість світних точок, які то віддаляються, то наближаються на відстань подиху. Уважно подивіться на зірки і виберіть найкрасивішу з них. Можливо, вона схожа на вашу дитячу мрію або нагадує вам моменти радості, щастя, удачі, натхнення? Помилуйтеся своєю зіркою ще раз і спробуйте дотягнутися до неї. Зробіть все, що в ваших силах! І ви обов'язково отримаєте свою зірку. Зніміть її з неба і обережно покладіть перед собою, уважно подивіться на неї і запам'ятайте її зовнішній вигляд і світло.

Тепер простягніть долоні від колін до стоп і потягніться, розплющить очі, візьміть аркуш паперу, олівець і фломастер і намалюйте свою зірку.

Виріжте її і приклейте на наше зоряне небо. І тепер зірки завжди будуть світити тобі. Вони будуть випромінювати добро, дружбу та підтримку. Вони будуть направляти вас на шлях добра і супроводжуватимуть вас по життю.

(Наприкінці вправи учасники малюють, вирізають і приклеюють свої зірки на великий аркуш паперу, утворюючи зоряне небо).

«Дерево реалізованих очікувань»

Чи справдилися ваші очікування?

Психолог: Просимо кожного учасника (по черзі) підійти до нашого «Дерева реалізованих очікувань», взяти листочок з очікуванням і сказати, чи справдилися ваші очікування та продовжити одну з наступних пропозицій...

Технологія «Незакінчені пропозиції»

«Я зрозумів, що...»

«Мені більше сподобалося...»

«У майбутньому я»

«Життя кожної людини – це...»

«Моє майбутнє залежить від...»

Заклучний етап. Психолог: Кожен з вас, подорожуючи по життю, шукає свою істину, своє призначення. Від того, яку мету людина поставить перед собою, буде залежати те, як вона проживе життя. І пам'ятайте, що кожен з вас унікальний, особливий, цікавий, різний, єдиний у своєму роді...

ВИСНОВКИ

Підлітковий вік є критичним періодом розвитку, в якому багато факторів самосприйняття переосмислюються і реконструюються та зазнають різних змін під впливом як внутрішніх, так і зовнішніх факторів. У підлітковому віці поведінкою починають керувати мотивація та цілі.

Травма – це емоційна реакція на пережиту неприємну або травматичну подію. Ця емоційна реакція може виникати лише під час та одразу після травматичної події, або ж вона може бути безперервною. Деякі травматичні події, такі як насильство в дитинстві, можуть бути тривалими, або ж людина може пережити комплексну травму в результаті декількох травматичних подій. Симптоми травми можуть бути емоційними та фізичними і включати почуття страху, безпорадності або провини, перепади настрою, поведінкові зміни, порушення сну, сплутаність свідомості, прискорене серцебиття, біль. Травма може стати ще тяжчою, якщо у постраждалих розвивається ПТСР і підвищується ризик самогубства.

Хоча донедавна дослідження травми були зосереджені на дорослих, тепер дослідники повинні також звернути увагу на дітей та підлітків, які можуть переживати травматичний досвід на різних етапах розвитку. Переважає гіпотеза, що вузькі та часткові когнітивні процеси пам'яті, уваги та дисфункціональні навички вирішення проблем є основними проблемами впливу травми, яка також загрожує сімейній рівновазі, оскільки травматичні події є випадковими та непередбачуваними. У відповідь на травматичну подію можуть виникати симптоми дисоціації та дереалізації.

Дослідження та знання про те, як травматичні події впливають на психічне здоров'я дітей та підлітків, постійно зростають. Перспективи розвитку є інформативними для розуміння пов'язаних з травмою розладів, дисоціації та дереалізації, а також їх відновлення, як спонтанного, так і після лікування. Травма не є здоровою присутністю в розвитку людини. Діти потребують усіх

своїх ресурсів, щоб відповідати соціальним нормам, когнітивним та емоційним завданням розвитку, тому переживання травматичних подій є серйозним викликом для дитячої психіки. Травматичні події часто створюють замкнене коло в розвитку. Коли діти травмовані, вони відчайдушно потребують своїх соціально-емоційних ресурсів, щоб вижити, в той час як травма кидає виклик тим самим ресурсам, таким як близькі дружні стосунки та нарративна здатність розуміти та інтегрувати травму.

У відповідності до завдань кваліфікаційної роботи було проведено емпіричне дослідження за участю підлітків у віці від 13 до 18 років, що звертаються до Студії практичної психології «Персона»(20 учасників), а також учнів запорізької загальноосвітньої школи I-III ступенів №78 (30 учнів). В умовах військового часу дослідження проводилось в онлайн-форматі, з використанням Гугл форми. 62% дівчата, 38% – хлопці. В дослідженні прийняли участь хлопці й дівчата у віці від 13 до 23 років, середній вік – 15,4 роки.

Було встановлено, що трохи більше половини учасників дослідження (56%) мають низький рівень фрустрації, 36% – середній рівень, 8 % – високий рівень фрустрації. Варто звернути увагу, що 2 учасників дослідження мають високий рівень фрустрації, тобто відчувають повну розгубленість, яка може супроводжуватися спалахами неконтрольованого гніву, обурення, депресії. Низький рівень агресивності виявлено у 34% учасників дослідження, у 44% середній, і у 22% виявлено високий рівень агресивності. Третина респондентів (34%) мають низьку ригідність, трохи більше половини респондентів (56%) мають середню ригідність і п'ять респондентів (10%) мають високу ригідність. Високий рівень ригідності (10%) може свідчити про те, що людина має дуже сильні переконання і погляди, які практично неможливо змінити. Такі люди важко адаптуються, майже не піддаються змінам, недружелюбні при знайомстві з новими людьми, часто схильні до різного роду конфліктів.

Встановлено, що 30% мають високу й 42 % помірну ситуативну тривожність, однак, при цьому більше ніж половина учасників дослідження мають високу особистісну тривожність (52%), і ще 28% – помірний рівень особистісної тривожності. Існують деякі статеві відмінності в рівнях особистісної тривожності, проте, ці відмінності не мають статистичної достовірності ($p > 0,1$).

У 22% відсутні ознаки депресії, у 40% учасників дослідження діагностована легка депресія. Однак, варто звернути увагу, що у 24% визначена помірна депресія, у 14% – виражена депресія. Загалом 37% учасників дослідження мають досить виражені депресивні симптоми, що, ймовірно, пов'язано зі складною ситуацією в країні, особистими втратами та невпевненістю в завтрашньому дні. Виявлені деякі відмінності в рівні депресії між хлопцями та дівчатами, проте, ці відмінності не мають статистичного значення.

Встановлено, що 22% підлітків, що прийняли участь в дослідженні відносяться до типу В мають низьку схильність до стресу. Особистості типу В характеризуються не агресивністю в міжособистісних відносинах, чутливістю до повільного плину часу, вони, як правило, неконкурентні, спокійні, неквапливі і мають врівноважений характер. 18% підлітків, що прийняли участь в дослідженні відносяться до типу А й мають високу схильність до стресу. Особистості типу А характеризуються агресивністю та імпульсивністю, швидко говорять, нетерпляче слухають; багато з них швидко рухаються, відчують мінливість часу, нетерплячі, орієнтовані на успіх і дуже конкурентоспроможні. 60% учасників дослідження мають ознаки як типу В, так і типу А, що виражені в різній мірі.

І хлопці, і дівчата продемонстрували агресивність (80% і 70% відповідно, тривожність 70% і 80%, імпульсивність – по 70%). Показник жіночності у дівчат – 80%, у хлопців – 40 %, 80% дівчат і 60% хлопців продемонстрували невпевненість та бажання домашнього захисту. 80% підлітків, що приймали участь у дослідженні продемонструвала прагнення самотності. При чому, варто

звернути увагу на розбіжності в показниках агресивності, що були визначені «словесним» та проєктивним тестом. Там, де підліткам значно складніше «вгадати» соціально бажаний результат, показники значно вище.

Збільшенню депресивних станів сприяють особистісна тривожність, невротичний профіль особистості, ригідність, висока схильність до стресу, фрустрація та низька стресостійкість – між цими показниками виявлений прямий кореляційний зв'язок з рівнем статистичної значущості $p < 0,01$.

Результати досліджень демонструють високий рівень агресивності, тривожності, невпевненості, фрустрації й ворожості по відношенню до навколишнього середовища у підлітків, незалежно від статевої приналежності. Крім того, виявлені за допомогою різних методів дослідження високі рівні негативізму, підозрливості, прагнення самотності, імпульсивності та ригідності. Тож, можна зробити висновок, що підлітки, які приймали участь в дослідженні знаходяться в кризовому життєвому періоді, який співпав з дуже складним періодом в житті країни, мають внутрішньо особистісні конфлікти.

Розроблені практичні рекомендації щодо покращення психологічної роботи з травмою у підлітків у період воєнного стану.

Враховуючи всю складність підліткового віку, його значення у формуванні особистості та впливу на подальше психологічне благополуччя, проблема роботи з травмою в підлітковому віці потребує подальшого як теоретичного дослідження, так і практичних розробок.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Булах І. С., Бушай І. М., Кузьменко В. У., Помиткін Е. О., Алексеєва Ю. А. Консультативна психологія: підручник. Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова, Ін-т соціології, психології та соц. комунікацій. Вінниця: Нілан, 2014. 484 с
3. Вакуленко О. В. Особливості соціального розвитку особистості у підлітковому віці. Український соціум. 2004. № 1. С. 95-99.
4. Варій М. Й. Психологія: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Вид. 2-ге. Київ Центр учбової літератури, 2009. 288 с
5. Вікова і педагогічна психологія : навчальний посібник О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, С. О. Ставицька та ін. Київ. Каравела, 2006. 344 с
6. Волошок О. В. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України. 2010. Вип. 10. С. 120- 128
7. Гринечко А. Я. Співвідношення рівнів тривожності та самооцінки сучасної молоді. *Вісник психології і соціальної педагогіки*. 2010. Вип. 2. С. 54-72.
8. Галецька І. Психологія здоров'я: теорія і практика. 2006., 315 с.
9. Карамушка Л.М. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій. Київ 2023, 296с.
10. Католик Г. В. Тренінг релаксації як ефективна форма психокорекційної допомоги при ПТСР у дітей. *Проблеми психологічного здоров'я в сучасній психотерапії*: матеріали Міжн. наук.-практ. конф. Львів, 2006. С. 19—23.

11. Кокун О.М. Сприяння підвищенню життєстійкості фахівців соціономічних професій. Київ, 2021, 218с.
12. Котик І.О. Практикум із діагностики мотиваційної сфери особистості. Вінниця, 2008, 245 с.
13. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції. навч. посібник. Суми: ВТД “Університетська книга”, 2015. 384 с.
14. Ложкін Г.В. , Коцан І.Я., Мушкевич М.І. Психологія здоров'я людини. 2011, 267с.
15. Москальова А. С. Методи психодіагностики в навчально-виховному процесі: навч. посіб. Київ: УМО НАПН України. 2014. 360 с
16. Орос М., Тодавчич О. Нейробіологічні основи депресії та тривожного розладу: принципи консервативного лікування. *НЕЙРОNEWS*. 2019. № 1. С. 34-36.
17. Особливості депресивних станів у молоді: діагностика та психологічна допомога. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/42-2022/37.pdf> (дата звернення 18.02.2024)
18. Пономарьова В. Л., Захарченко В. В. Психолого-педагогічна корекція агресивної поведінки старших підлітків. *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Trends in science and practice of today»*. 2021, С. 47-56
19. Психологічна травма: види, стадії, наслідки та лікування. URL: <https://www.psychologonline.in.ua/post/travma-vydy-stadiyi-naslidky> (дата звернення 18.02.2024)
20. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.іів. ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.
21. Скрипченко О.В. Загальна психологія: Підручник . Київ, Либідь, 2015. 464 с.
22. Фільц О. О. Пограничні (borderline) розлади: історія питання, власна концепція і терапевтичні пропозиції. *Медицина світу*. 2001. С.1 - 13.

23. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі Книжковий клуб "Клуб Сімейного Дозвілля". 2020. 160 с.
24. Харе, Р.Д., Нейман, К.С., & Відігер, Т.А. Психопатія. У Т. Відігер (ред.), Оксфордський довідник розладів особистості. Нью-Йорк, Нью-Йорк: Преса Оксфордського університету. 2012. С. 478—504
25. Adolescence | Definition, Characteristics, & Stages URL: <https://www.britannica.com/science/adolescence> (дата звернення 15.04.2024)
26. American Psychiatric Association. «Personality Disorders». Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.), 2013.
27. Beckwith H, Moran PF, Reilly J. "Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review". *Personality and Mental Health*, 8 (2), 2014. P. 91–96
28. Consequences of child exposure to war and terrorism URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14719639/> (дата звернення 18.02.2024)
29. Depression and Psychological Nourishment | URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/theory-knowledge/201705/depression-and-psychological-nourishment>, (дата звернення 18.02.2024)
30. De Jong, J et al 2002 Trauma, War and Violence: Public mental health in socio-economic context. New York, Boston, Dordrecht, London,,: Kluwer Academic Press.
31. Dupuy, KE and Krijn Peters. War and children: a reference handbook. Santa Barbara, Denver, Oxford: Praeger Security International, ABC Clio. 2010.
32. Erik H. Erikson. Identity, youth and crisis. New York: W. W. Norton Company, 1968, URL: <https://doi.org/10.1002/bs.3830140209> (дата звернення 18.02.2024)
33. Fernando, C and Michel Ferrari Handbook of Resilience in Children of War. New York, Heidelberg, Dordrecht, London: Springer. 2013.
34. Freud's Stages of Human Development: 5 Psychosexual Stages. URL: <https://www.verywellmind.com/freuds-stages-of-psychosexual-development-2795962> (дата звернення 12.03.2024)

35. Frontiers | Social Influence in Adolescent Decision-Making: A Formal Framework URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2019.01915/full> (дата звернення 12.03.2024)
36. Jean Piaget: Theory & Stages of Cognitive Development. URL: <https://www.simplypsychology.org/piaget.html> (дата звернення 12.03.2024)
37. Jones L. Then they started shooting: Children of the Bosnian war and the adults they become. New York: Bellevue Literary Press. 2013
38. Joshi, PT and Deborah O'Donnell Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(4). 2003. P. 279-291.
39. Frankl V. The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy. Plume: Penguin Publishing Group. 2014 (дата звернення 18.02.2024)
40. Morina N. War and bereavement-consequences for mental and physical distress. PLoS ONE 6(7):e22140. 2011
41. Mental health consequences of war: a brief review of research findings URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16757987/> (дата звернення 12.03.2024)
42. Mental health of adolescents (who.int) URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (дата звернення 12.03.2024)
43. Murthy S.S., Lakshminarayana R.. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry* 5(1). 2006. P. 25-30.
44. Psychological Trauma: Definition, Clinical Contexts. *Neural Correlations and Therapeutic Approaches Recent Discoveries*. URL: https://www.researchgate.net/publication/344428587_Psychological_Trauma_Definition_Clinical_Contexts_Neural_Correlations_and_Therapeutic_Approaches_Recent_Discoveries (дата звернення 18.02.2024)
45. Rogers C.R. On Becoming a Person. Boston: Houghton Mifflin, 1995. 400 p.

46. Psychological features of youth as a stage of the way of life URL: URL: https://www.researchgate.net/publication/356241927_PSYCHOLOGICAL_FEATURES_OF_YOUTH_AS_A_STAGE_OF_THE_WAY_OF_LIFE (дата звернення 12.03.2024)
47. Smith D. Children in the heat of war. *APA Monitor*, 32(8). 2001. 29 p.
48. Self and Others in Adolescence | Annual Review of Psychology URL: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-psych-010419-050937> (дата звернення 12.03.2024)
49. Teen depression - Symptoms and causes URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/teen-depression/symptoms-causes/syc-20350985> (дата звернення 12.03.2024)
50. The Psychological Trauma in Children and Adolescents. *Scientific and Sociological Profiles*. URL: https://www.researchgate.net/publication/312343238_The_Psychological_Trauma_in_Children_and_Adolescents_Scientific_and_Sociological_Profiles (дата звернення 18.02.2024)
51. The self and depression: Four psychological theories and their potential neural correlates. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30661243/> (дата звернення 12.03.2024)

ДОДАТКИ

Посилання на Google forms

<https://forms.gle/KCuckCiuudBcXuQN8>

<https://forms.gle/8eEr9KKTSLAVnAx9>

<https://forms.gle/ACUdipcGj68RctfT6>

<https://forms.gle/X6mDgGSMe8gx91KZ8>

<https://forms.gle/X6mDgGSMe8gx91KZ8>