

**КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ІВАНА ОГІЄНКА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ М. П. ДРАГОМАНОВА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

МАРЦІНОВСЬКА ІРИНА ПЕТРІВНА

УДК 376-056.34:159.944.4(043.3)

**ДИСЕРТАЦІЯ
КОРЕКЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ
ІЗ ЗОНИ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ, ЯКІ МАЮТЬ ПСИХОФІЗИЧНІ
ПОРУШЕННЯ**

13.00.03. – корекційна педагогіка

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук.
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ І.П. Марціновська

Науковий керівник:
Миронова Світлана Петрівна
доктор педагогічних наук, професор

Кам'янець-Подільський - 2020

Марціновська І.П. Корекція посттравматичного стресового розладу у дітей із зони військового конфлікту, які мають психофізичні порушення. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертації подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.03. – корекційна педагогіка. - Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, МОН України; Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, МОН України, Київ, 2020.

Дисертаційне дослідження присвячене проблемі корекції розладів, обумовлених посттравматичним стресом у підлітків з порушеннями психофізичного розвитку на віддаленому етапі травматизації. Проаналізовано стан проблеми у медичній, загальній та спеціальній психолого-педагогічній літературі, окреслено сутність поняття «посттравматичного стресового розладу» (ПТСР); описано структуру ПТСР у підлітків; визначено критерії, показники та рівні розладів, обумовлених ПТСР у підлітків з типовим та порушеним розвитком; адаптовано діагностичні методики щодо вивчення ПТСР підлітків, що мають порушення психофізичного розвитку; досліджено співвідношення розвитку ПТСР у підлітків з типовим та порушеним розвитком в результаті життєвих травматичних ситуацій; проаналізовано особливості прояву посттравматичних розладів у дітей із психофізичними порушеннями різних категорій; виявлено умови проведення корекційної роботи з підлітками, що мають розлади, обумовлені ПТСР; обґрунтовано та розроблено психолого-педагогічне забезпечення корекції наслідків травматичного стресу у підлітків; доведено обумовленість між розвитком адаптивного копінг-ресурсу особистості підлітка та подоланням наслідків посттравми.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в апробації комплексу методик, щодо вивчення ПТСР та обумовлених психотравматичною подією розладів емоційного, поведінкового та когнітивного характеру у дітей з порушеним розвитком; розробці та апробації психолого-педагогічного забезпечення подолання наслідків посттравми та розвитку копінг-ресурсів підлітків; можливості використання розроблених програм фахівцями корекційної освіти, практичними

психологами для формування стресостійкості школярів із порушеним розвитком, а також для подальших наукових досліджень.

Висвітлено результати аналізу наукових підходів до визначення сутності феномену «посттравматичного стресу», що дозволило систематизувати розуміння походження та розгортання ПТСР. Встановлено, що первинні розлади, що виникають при емоційному стресі в різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, призводять до зміни нормативного функціонування систем організму. Емоційні стреси за своїм походженням, у більшості випадків, є соціальними; стійкість до стресів в усіх людей різна, яка обумовлена інтегративною відповіддю на когнітивне оцінювання фактору загрози. Стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями, при цьому змінюється структура особистості, когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що керують процесами навчання та пізнання світу, системою пам'яті, емоційною сферою людини; виділяють три основні групи симптомів, що характеризують психологічні та фізіологічні прояви ПТСР у дорослих та підлітків.

Визначено, що для підлітків, які пережили травматичний стрес, характерні проблеми психологічного характеру, що проявляються на когнітивному, емоційно-вольовому та поведінковому рівнях. З'ясовано, що наявність порушення у розвитку дитини, частіше ніж у дітей з типовим розвитком, може призвести при певних травматичних життєвих подіях до розвитку ПТСР. Описано два підходи до корекції ПТСР: травмофокусований підхід та підхід резилієнсу, що оснований на копінговому ресурсі особистості; визначено, що копінг, як інструмент, за допомогою якого особистість здійснює контроль над стресовими ситуаціями, можливо розширяти та формувати. Доведено необхідність комплексного підходу у подоланні ПТСР у підлітків, що передбачає включення у процес корекції дітей, батьків та педагогів.

Розроблено та обґрунтовано доцільність і зміст методики експериментального дослідження розладів, обумовлених ПТСР у підлітків з типовим та порушеним розвитком на віддаленому етапі травматизації. Визначено критерії, показники та рівні порушень, обумовлених ПТСР, що проявляються на емоційно-вольовому,

поведінковому та когнітивному функціонуванні особистості підлітка; визначено показники адаптивної копінг-поведінки підлітків.

У результаті констатувального експерименту визначено, що показник ПТСР у підлітків з порушеним розвитком зустрічається майже у два рази частіше у порівнянні із підлітками з типовим розвитком, що вказує на те, що наявність психофізичного порушення створює низьку толерантність до формування ПТСР. Усі критерії ПТСР мають високі показники розладів: емоційно-вольової сфери - 71,6% підлітків; поведінкової сфери - 62,9% підлітків; коефіцієнт зниження успішності, що характеризує розлади когнітивної сфери складає – 25,1%. З'ясовано, що підлітки з сенсорними (порушення зору та слуху) та порушеннями опорно-рухового апарату мають вищі показники ПТСР, оскільки наявність порушення знижує можливості у подоланні. Підлітки з типовим та порушеним розвитком мають схожі показники порушень, що вказує на те, що підлітки з типовим розвитком усвідомлюють травматичний досвід та швидше формують навички подолання, а у підлітків з інтелектуальними порушеннями – першочергово знижений поріг чутливості до формування ПТСР за рахунок зниженого когнітивного оцінювання загрози в момент травми. Визначено, що на віддаленому етапі від пережитої травматичної події значна кількість підлітків не справляється самостійно з пережитими надсильними емоціями та потребує підтримки та кваліфікаційної допомоги.

Досліджено копінг-поведінку, що характеризується не сформованістю у підлітків з порушеннями психофізичного розвитку адаптивного копінгу та вказує на використання ними лише неадаптивних та відносно адаптивних ресурсів подолання стресових факторів. Сформований копінг-ресурс особистості корелює з розвитком симптомів ПТСР, що підтверджує необхідність формування у підлітків адаптивної копінг-поведінки.

Розроблено психолого-педагогічного забезпечення подолання розладів, обумовлених ПТСР у підлітків, що включає просвітницькі тренінги для батьків та педагогів, корекційно-розвивальний тренінг для підлітків; методичні рекомендації з проведення тренінгових занять з підлітками з порушеним розвитком; консультації учасникам навчально-виховного процесу щодо підтримуючої комунікації із

травмованими підлітками. Заняття для підлітків змістовно були спрямовані на подолання як окремих компонентів ПТСР, так і комплексно, на усі складові порушення, що проявляються на емоційно-вольовому, поведінковому та когнітивному рівнях; також на формування дієвого арсеналу копінгових поведінкових стратегій у вирішенні життєвих ситуацій. До кожної теми тренінгу, підліткам давались домашні завдання з метою розвитку та закріплення сформованих навичок; на кожному наступному занятті проводився аналіз домашнього завдання, що давало змогу визначити глибину засвоєння матеріалу та при потребі надати школяреві індивідуальну допомогу. Заняття для батьків спрямовувались на формування навичок підтримуючої поведінки у взаємодії з підлітками; розуміння особистісного копінгу та активної ролі батьків у розвитку стрес-долаючої поведінки дітей. Заняття для педагогів передбачали формування мотивації до створення атмосфери безпеки, спокою та допомоги травмованим дітям; формування навичок підтримуючої педагогічної взаємодії.

Експериментальне впровадження психолого-педагогічного забезпечення подолання розладів, обумовлених ПТСР у підлітків забезпечило позитивну динаміку подолання наслідків посттравми. Позитивні зміни емоційно-вольового, поведінкового та когнітивного функціонування, обумовлюють загальне підвищення шкільної успішності підлітків, зміну соціального статусу у колективі; збільшення соціальних контактів та зміна їх якості; зниження деструктивних агресивних тенденцій у поведінці; відсутність депресії, покращення самопочуття, активності, настрою підлітків. Сформований у значної частини школярів адаптивний та відносно адаптивний копінг дозволяє конструктивно реагувати на життєві труднощі та обумовлює позитивний розвиток особистості підлітка.

На підставі кількісного та якісного аналізу дослідження розладів, що є характерними при ПТСР у підлітків з порушеним розвитком доведено, що розроблене психолого-педагогічне забезпечення корекції розладів, обумовлених ПТСР є ефективним та доцільним у використанні фахівцями закладів освіти.

Ключові слова: підлітки з порушеним розвитком; посттравматичний стресовий розлад; психолого-педагогічне забезпечення; програма психолого-педагогічної корекції постстресу.

Martsinovska I. Correction of post-traumatic stress disorder in children from the zone of military conflict who have psychophysical disorders. - Manuscript.

The dissertation is submitted for the degree of Candidate of Pedagogical Sciences in the specialty 13.00.03. - correctional pedagogy. - Kamenets-Podolsky National Ivan Ogienko University, Ministry of Education and Science of Ukraine; National Pedagogical Drahomanov University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Kyiv, 2020.

The dissertation research is devoted to the problem of correction of disorders caused by post - traumatic stress in adolescents with psychophysical developmental disorders at a remote stage of trauma. The state of the problem in the medical, general and special psychological and pedagogical literature is analysed, the essence of the concept of "post-traumatic stress disorder" (PTSD) is outlined. The structure of PTSD in adolescents is described. Criteria, indicators and levels of disorders caused by PTSD in adolescents with typical and impaired development are determined. Diagnostic methods for studying PTSD in adolescents with psychophysical development have been adapted. The correlation of PTSD development in adolescents with typical and impaired development as a result of life traumatic situations has been studied. Peculiarities of manifestation of post-traumatic disorders in children with psychophysical disorders of different categories are analysed. The conditions for corrective work with adolescents with PTSD disorders have been identified. Psychological and pedagogical support for the correction of the consequences of traumatic stress in adolescents is substantiated and developed. The conditionality between the development of an adaptive coping resource of a teenager's personality and overcoming the consequences of post-trauma is proved.

The practical significance of the results of the study is testing a set of methods for studying PTSD and psychotraumatic events caused by emotional, behavioural and cognitive disorders in children with developmental disabilities; development and testing of psychological and pedagogical support for overcoming the consequences of post-trauma and development of coping resources of adolescents; opportunities to use the developed

programs by specialists in correctional education, practical psychologists for the formation of stress resistance of students with developmental disabilities, as well as for further research.

The results of the analysis of scientific approaches to determining the essence of the phenomenon of "post-traumatic stress", which allowed to systematize the understanding of the origin and development of PTSD. It is established that the primary disorders that occur during emotional stress in various structures of neurophysiological regulation of the brain, lead to changes in the normative functioning of body systems. Emotional stresses by their origin, in most cases, are social; Resistance to stress in all people is different, which is due to the integrative response to cognitive assessment of the risk factor. Stress becomes traumatic when the result of stressors is a mental disorder by analogy with physical disorders, while changing personality structure, cognitive model of the world, affective sphere, neurological mechanisms that control the processes of learning and cognition of the world, memory system, emotional sphere man. There are three main groups of symptoms that characterize the psychological and physiological manifestations of PTSD in adults and adolescents.

It is determined that adolescents who have experienced traumatic stress are characterized by psychological problems that manifest themselves on the cognitive, emotional, volitional and behavioural levels. It has been found that the presence of developmental disorders in a child, more often than in children with typical development, can lead to the development of PTSD in certain traumatic life events. Two approaches to PTSD correction are described: a trauma-focused approach and a resilience approach based on the coping resource of the individual; it is determined that coping, as a tool by which a person controls stressful situations, can be expanded and shaped. The need for a comprehensive approach to overcoming PTSD in adolescents, which involves active involvement in the process of correction of children, parents and teachers.

The expediency and content of the methodology of experimental research of disorders caused by PTSD in adolescents with typical and impaired development at the remote stage of trauma have been developed and substantiated. The criteria, indicators and levels of disorders caused by PTSD, which are manifested in the emotional-volitional, behavioural

and cognitive functioning of the adolescent's personality, are determined. Indicators of adaptive coping behaviour of adolescents are determined.

As a result of the observational experiment, it was determined that the rate of PTSD in adolescents with developmental disabilities occurs almost twice as often as in adolescents with typical development. This indicates that the presence of psychophysical disorders creates a low tolerance for the formation of PTSD. All criteria for PTSD have high rates of disorders: emotional and volitional sphere is 71.6% of adolescents; behavioural sphere is 62.9% of adolescents; the coefficient of reduction of success, which characterizes the disorders of the cognitive sphere is 25,1 %. Adolescents with sensory (hearing and hearing impairments) and musculoskeletal disorders have been found to have higher rates of PTSD because the presence of the disorder reduces the ability to overcome. Adolescents with typical and impaired development have similar rates of impairment. This indicates that adolescents with typical development are aware of the traumatic experience and develop coping skills more quickly. And adolescents with intellectual disabilities primarily have a reduced threshold of sensitivity to the formation of PTSD due to reduced cognitive assessment of the threat at the time of injury. It has been determined that at a remote stage from the traumatic event, a significant number of adolescents do not cope on their own with the emotions experienced and need support and training.

The coping behaviour, which is characterized by the lack of formation in adolescents with disorders of psychophysical development of adaptive coping and indicates that they use only non-adaptive and relatively adaptive resources to overcome stressors. The formed coping resource of the personality correlates with the development of PTSD symptoms, which confirms the need to form adaptive coping behaviour in adolescents.

Developed psychological and pedagogical support for overcoming the disorders caused by PTSD in adolescents, which includes educational training for parents and teachers, correctional and developmental training for adolescents; methodical recommendations for conducting training sessions with adolescents with developmental disabilities; consultations to participants of the educational process on supportive communication with injured adolescents. Classes for adolescents were meaningfully aimed at overcoming both individual components of PTSD, and comprehensively, all the

components of disorders that manifest themselves at the emotional, volitional, behavioural and cognitive levels; also on the formation of an effective arsenal of coping behavioural strategies in solving life situations. For each topic of training, teenagers were given homework to develop and consolidate skills. At each subsequent lesson, an analysis of homework was conducted, which made it possible to determine the depth of mastering the material and, if necessary, provide individual assistance to the student. Classes for parents were aimed at developing skills of supportive behaviour in interaction with adolescents; understanding of personal coping and the active role of parents in the development of stress-relieving behaviour of children. Classes for teachers included the formation of motivation to create an atmosphere of safety, tranquillity and assistance to injured children; formation of skills of supporting pedagogical interaction.

Experimental implementation of psychological and pedagogical support for overcoming the disorders caused by PTSD in adolescents has provided a positive dynamic of overcoming the effects of post-trauma. Positive changes in emotional, volitional, behavioural and cognitive functioning, cause a general increase in school performance of adolescents, a change in social status in the team; increase of social contacts and change of their quality; reduction of destructive aggressive tendencies in behaviour; absence of depression, improvement of state of health, activity, mood of teenagers. The adaptive and relatively adaptive coping formed in a significant part of schoolchildren allows to react constructively to life difficulties and causes positive development of the teenager's personality.

Based on a quantitative and qualitative analysis of the study of disorders that are characteristic of PTSD in adolescents with developmental disabilities, it is proved that the developed psychological and pedagogical support for the correction of disorders caused by PTSD is effective and appropriate for use by educational institutions.

Key words: adolescents with developmental disabilities; post-traumatic stress disorder; psychological and pedagogical support; program of psychological and pedagogical correction of post-stress.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Статті у наукових фахових виданнях України, які включені в міжнародні наукометричні бази:

1. Марціновська І. П. Резилієнс підхід у психолого-педагогічній корекції травматичних та стресових станів. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : зб. наук. праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори 2006, 2019. С. 205-219.

2. Марціновська І. П. Особливості формування копінг-поведінки підлітків з порушеннями психофізичного розвитку. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Київ : Нац. пед. ун-т імені М.П. Драгоманова, 2019. Вип. 38. С. 117-123.

Статті у наукових фахових виданнях України:

3. Марціновська І. П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький : ХІСТ, 2017. № 14. С. 223-228.

4. Марціновська І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського*. Педагогічні науки : зб. наук. пр. / за ред. проф. Т. Степанової. 2018, №2(61). С. 178-184.

5. Марціновська І. П. Стрес та травматичний стрес у дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький : ХІСТ, 2019. № 17. С. 78-82.

Статті у закордонних періодичних виданнях:

6. Марціновська І. П. Особливості діагностики та корекції наслідків психологічної травми у дітей та підлітків. *Materials of the XII International scientific and practical conference Scientific horizons*. Volume 7. Psychology and sociology. Sheffield : Science and education LTD, 2016. С. 31-35.

Публікації в інших виданнях:

7. Марціновська І. П. Психотравмуюча ситуація та її наслідки. Педагогіка та психологія сьогодні: постулати минулого і сучасні теорії. *Зб. наук. роб. учасн. Міжнар. наук.-практ. конф. (21-22 жовтня 2016 р. м. Одеса)*. Одеса : ГО «Південна фундація педагогіки», 2016. С. 52-56.

8. Марціновська І. П. Основні напрямки психолого-педагогічної допомоги дітям з посттравматичним стресовим розладом. *Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. Хмельницький : Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ “Відкритий міжнародний університет розвитку людини “Україна”, 2016. С. 64-66.

9. Марціновська І. П. До проблеми посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : зб. за підсумками звітної конф. викладачів, докторантів і аспірантів. Вип. 15 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам.-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2016. Т. 1. С.112-113.

10. Марціновська І. П. Особливості поведінки дітей що пережили травмуючу подію. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : зб. за підсумками звітної конф. викладачів, докторантів і аспірантів. Вип. 16 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам.-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2017. Т. 1. С. 113-114.

11. Марціновська І. П. Тренінг: інтерактивна форма навчання. *Педагогічний вісник. Науково-методичний журнал Хмельницького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти*. Хмельницький : 2017. Вип.3 (48). С. 43-46.

12. Марціновська І. П. Особливості копінг-поведінки підлітків у ситуації стресу. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : зб. за підсумками звітної конф. викладачів, докторантів і аспірантів. Вип. 15 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам.-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2018. Т. 1. С. 140-141.

13. Марціновська І. П. Основні напрямки психокорекції посттравматичного стресу у дітей та підлітків. *Інклюзивна освіта: досвід і перспективи* : мат. V Міжнар.

наук.-практ. конференції. – Вінниця : Вінницький інститут університету «Україна», 2018. С. 105-108

14. Марціновська І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. *Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму* : Мат. II міжнар. наук.-практ. конференції. Кам'янець-Подільський : Подільський спец. навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж, 2018. С. 329-332.

15. Марціновська І. П. До проблеми посттравматичного стресу у школярів із особливостями психофізичного розвитку. *Мат. міжнар. наук.-пр. конф. «Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів та студентів на засадах компетентісного підходу до освіти»*. Хортиця : Хортицька нац. навчально-реабілітаційна академія, 2018. С. 185-187.

16. Марціновська І.П. Копінг-поведінка підлітків з особливостями психофізичного розвитку. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : зб. за підсумками зв. конф. викладачів, докторантів і аспірантів. Вип. 18 : у 3-х томах. Кам-Под. : Кам.-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2019. Т. 1. С. 118-119.

17. Марціновська І. П. Стрес та травматичний стрес у дітей та підлітків з інтелектуальними порушеннями. *Зб. наук. праць молодих вчених Кам'янець-Подільського нац. університету імені Івана Огієнка*. Кам'янець-Подільський : Кам-Под. національний університет імені Івана Огієнка, 2019. Вип. 10. С. 50-51.

18. Марціновська І. П. Постстресова психологічна діагностика школярів з порушенням психофізичного розвитку. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : зб. за підсумками звітної конф. викл., докторантів і аспірантів. Вип. 19 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам.-Под. національний університет імені Івана Огієнка, 2020. Т. 1. С. 116-117.

19. Марціновська І. П. Напрямки допомоги дітям з особливими освітніми потребами у ситуації травматичного стресу. *Мат. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. Актуальні проблеми соціальної роботи: досвід і перспективи*. Кам.-Под. : Кам.-Под. нац. університет імені Івана Огієнка, 2020. С. 56-60.

20. Марціновська І. П. Вивчення розладів обумовлених постстресом у підлітків з особливими освітніми потребами. *Спеціальна освіта: проблеми та перспективи* : мат. XIII міжнар. наук.-практ. конф. Кам'янець-Подільський : Кам.-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2020. С. 95-97.

Науково-методичні посібники:

21. Марціновська І. П. Конструктивні копінг-стратегії особистості. Стрес-менеджмент старшокласника : метод. посібник, 2019. URL: <https://cutt.ly/aoa7tSi>

ЗМІСТ

ВСТУП	16
РОЗДІЛ I. НАУКОВО-ІСТОРИЧНІ ТА ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМИ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ	
1.1. Поняття травми та посттравматичного стресового розладу у психолого-педагогічній теорії	23
1.2. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків з типовим та порушеним розвитком	32
1.3. Резилієнс підхід у психолого-педагогічній корекції травматичних та стресових станів. Копінг-поведінка дітей та підлітків з типовим та порушеним розвитком	47
Висновки до розділу I	73
РОЗДІЛ II. МЕТОДИКА ТА РЕЗУЛЬТАТИ КОНСТАТУВАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1. Методи психолого-педагогічного вивчення розладів, обумовлених посттравматичним стресом у підлітків	78
2.2. Аналіз результатів дослідження посттравматичних розладів у неповнолітніх з типовим та порушеним розвитком, що перебували у зонах військових конфліктів	99
Висновки до розділу II	120
РОЗДІЛ III. КОРЕКЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ В ЗОНАХ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ	
3.1. Програма психолого-педагогічної корекції посттравматичних стресових розладів у підлітків з особливими освітніми потребами	124
3.2. Аналіз ефективності напрямків психолого-педагогічної корекції відтермінованого стресу у підлітків з особливими освітніми потребами	145
Висновки до розділу III	179
ВИСНОВКИ	183
СПИСОК ОСНОВНИХ ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	186
ДОДАТКИ	203

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

1. ПТСР – посттравматичний стресовий розлад
2. ПЗ – порушення зору
3. ПС – порушення слуху
4. ПОРА – порушення опорно-рухового апарату
5. ЗПР – затримка психічного розвитку
6. ІП – інтелектуальні порушення
7. ТР – типовий розвиток
8. ПР – порушений розвиток
9. ООП – особливі освітні потреби
10. КЗУ – коефіцієнт зниження успішності

ВСТУП

Актуальність теми. Психолого-педагогічна підтримка дітей, які постраждали внаслідок військового конфлікту в Україні, є важливим завданням сучасної системи освіти. Оскільки розвиток дитини відбувається не лише під впливом послідовних та взаємообумовлених психофізичних змін, а й під впливом соціального оточення, що забезпечує становлення її як особистості. У цьому контексті, будь-які суспільні процеси, економічні кризи, військові дії – безпосередньо впливають на психічне здоров'я дітей та підлітків, спричиняючи надсильну дію на психіку дитини та викликаючи травматичний стрес. Психологічні наслідки травматичного стресу можуть мати своє продовження в посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), що виникає, як затяжна або відстрочена реакція на ситуації, пов'язані з серйозною загрозою для життя або здоров'я індивіда [169, с. 169 - 198]. Відповідно до сучасних поглядів на травматичний стрес та його прояви, в психічній сфері особистості відбуваються зміни, що проявляються в усіх аспектах життєдіяльності школяра.

За офіційною статистикою ООН, станом на 2015 р. в Україні було зареєстровано 173 тисячі дітей у статусі внутрішньо переміщених осіб, а станом на 2020 р. за статистикою Міністерства соціальної політики дітей із таким статусом 238 тисяч осіб [201]. У рамках проекту ЮНІСЕФ «Комплексна психосоціальна допомога дітям, підліткам та родинам, які постраждали внаслідок конфлікту в Україні», було визначено, що близько 25% дітей які постраждали від переміщення та ті, що продовжують перебувати у «сірій зоні» поруч із лінією зіткнення, не можуть самостійно впоратись із пережитим стресом та потребують кваліфікованої допомоги [130]. Не є виключенням у цій ситуації і діти з психофізичними порушеннями.

Аналіз літературних джерел засвідчив наявність наукових пошуків з проблеми стресу, травми та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Г. Сельє, Н. Тарабріна та ін.); теорії та методології копінг-поведінки та резилієнсу у корекції стресу (М. Лаад, Р. Лазарус, Р. Моос, С. Мадді, А. Мастен, С. Фолкман та ін.). Прояви стресу досліджувались у дітей та підлітків з типовим (М. Магомед-Емінов, І. Нікольська, Т. Панько, І. Силенок, Н. Коцур, К. Ясперс та ін.) та порушеним розвитком (І. Карауш, Н. Макачук, Н. Михайлова, О. Орлов, J. Matson, W. Helsel,

Т. Ollendick, R. Spitz та ін.). Проблеми психолого-педагогічної корекції порушень особистості та поведінки дітей із ООП вивчали: Л. Руденко, В. Синьов, Є. Синьова, Н. Супрун, С. Миронова, В. Тарасун, М. Федоренко, Д. Шульженко, О. Чеботарьова та ін. Проте, ці дослідження безпосередньо не стосуються психолого-педагогічної корекції розладів, обумовлених ПТСР. Проблема психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями психофізичного розвитку, що пережили травматичні життєві ситуації, пов'язані з перебуванням у зонах військових конфліктів, у вітчизняній корекційній педагогіці не вивчалась. Це і обумовило вибір нами теми дисертаційного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконано згідно з комплексною темою кафедри корекційної педагогіки та інклюзивної освіти Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка «Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями психофізичного розвитку у спеціальній та інклюзивній освіті» (державний реєстраційний номер – 0116U008996). Тему дисертації затверджено на засіданні Вченої ради Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка (протокол № 13, від 24.12.2015 р.) та узгоджено з бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень з педагогічних та психологічних наук в Україні (протокол № 2, від 23.02.2016 р.).

Мета дослідження: психолого-педагогічне забезпечення корекційної роботи з дітьми з психофізичними порушеннями, що мають ПТСР, обумовлений перебуванням у зоні військового конфлікту.

Відповідно до мети визначено такі **завдання:**

1. Вивчити наукову літературу з проблеми дослідження посттравматичного стресу, його симптоматичних проявів та стан проблеми у практиці. Проаналізувати досвід країн, що перебувають у стані військових конфліктів, та міжнародних організацій на предмет психолого-педагогічної підтримки дітей у навчальних закладах для адаптації у дослідженні.

2. Підібрати та адаптувати комплекс методик для вивчення проявів ПТСР у дітей з порушеннями психофізичного розвитку різних категорій.

3. Визначити особливості прояву ПТСР у дітей та підлітків з типовим та порушеним розвитком; виявити спільні та відмінні особливості прояву постстресу у дітей з різними психофізичними порушеннями.

4. Теоретично обґрунтувати, розробити та експериментально апробувати психолого-педагогічне забезпечення корекції розладів, обумовлених ПТСР у підлітків з порушеним розвитком, на віддаленому етапі травматизації.

Об'єкт дослідження – посттравматичні стресові розлади у підлітків з порушеннями психофізичного розвитку, що перебували у зонах військових конфліктів та наближених до них територіях.

Предмет дослідження - психолого-педагогічне забезпечення корекційної роботи з дітьми з психофізичними порушеннями, що мають ПТСР, обумовлені перебуванням у зоні військових дій та внутрішнім переселенням.

Методологічною та теоретичною основою дослідження стали: стали положення про: загальний розвиток особистості та її становлення в процесі діяльності (І. Бех, Л. Виготський, О. Леонтьєв, С. Максименко, С. Рубінштейн та ін.); корекційну спрямованість освіти дітей із порушеним розвитком, психолого-педагогічну корекцію психофізичних порушень у процесі навчання та виховання (В. Бондар, І. Дмитрієва, Л. Руденко, В. Синьов, Є. Синьова, О. Супрун, С. Миронова, В. Тарасун, С. Федоренко, Л. Фомічова, А. Шевцов, М. Шеремет, О. Чеботарьова та ін.); вплив освітнього середовища на емоційний розвиток школярів (Ю. Бистрова, В. Синьов та ін.); особливості навчання та виховання дітей в залежності від категорії порушення (В. Бондар, В. Синьов, Є. Синьова, Н. Супрун, Н. Пахомова, І. Мартиненко, С. Миронова, В. Тарасун, Д. Шульженко та ін.); теоретичні положення про особливості проявів стресу та посттравматичного стресового розладу Г. Сельє, Р. Лазаруса, Н. Тарабріної, В. Крайнюк; теоретичні дослідження проявів стресу та станів пов'язаних із травматичними життєвими подіями у дітей та підлітків з типовим та порушеним розвитком R.Spitz, В. Ковальова, І. Силенок, І. Добрякова, І. Нікольської, О. Орлова, Д. Ісаєва, А. Семенович, С. Богданова, Є. Крижко; теоретичний та методологічний підхід резилієнсу у корекції та профілактиці стресу та травматичного стресу Р. Лазаруса, С. Фолкмана, Дж. Бонано, Н. Унгар, М. Лаада,

М. Магомед-Емінова, А. Махнач, А. Лактіонова, Т. Корнілова, Т. Крюкової, Т. Куфтяк, Т. Гордєєва, А. Мастен; сучасні практичні розробки та методологія психологічної та психолого-педагогічної допомоги травмованим дітям: програма SSET (підтримка учнів, що зазнали травми), програми «Діти та війна. Навчання технік зцілення»; програма «травмафокус» Т. Вебера, програма П. Левіна «Зцілення від травми», матеріалів проекту ЮНІСЕФ «Комплексна психосоціальна допомога дітям, підліткам та родинам, які постраждали внаслідок конфлікту в Україні», програма формування копінг-поведінки «BASIC PH» М. Лаада [47; 50; 51; 58; 65; 73; 75; 84; 90; 92; 125; 136; 142; 169; 176; 179; 186; 190; 192; 195; 198; 207; 225; 226].

Методи дослідження:

- *теоретичні*: теоретико-методологічний аналіз загальної та спеціальної психолого-педагогічної літератури, узагальнення та систематизація теоретичних даних, з метою визначення стану розробленості досліджуваної проблеми надання психолого-педагогічної допомоги травмованим дітям, якісного опрацювання досліджень та визначення перспективних напрямків подальшого вивчення проблемних та актуальних питань;
- *емпіричні*: опрацювання особових справ досліджуваної категорії дітей, аналіз стану навчальної діяльності школярів, анкетування, структуроване інтерв'ю, психологічні тестові методики для визначення проявів посттравматичного стресу (ПТСР) та методики вивчення психоемоційних та поведінкових розладів, обумовлених ПТСР; психолого-педагогічний експеримент (констатувальний та формувальний)
- *статистичні*: кількісний і якісний аналіз емпіричних даних та їх узагальнення; обробка даних методом математичної статистики за допомогою програми «Microsoft Excel 2007»; аналіз кореляційних факторів із застосуванням критерію ϕ^* Фішера.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що: *вперше* визначено критерії, показники та рівні розладів, обумовлених ПТСР у підлітків з типовим та порушеним розвитком; адаптовано діагностичні методики щодо вивчення ПТСР підлітків, що мають порушення психофізичного розвитку; досліджено

співвідношення розвитку ПТСР у підлітків з типовим та порушеним розвитком в результаті життєвих травматичних ситуацій; проаналізовано особливості прояву посттравматичних розладів у дітей із психофізичними порушеннями різних категорій; виявлено умови проведення корекційної роботи з підлітками, що мають розлади, обумовлені ПТСР; обґрунтовано та розроблено психолого-педагогічне забезпечення корекції наслідків травматичного стресу у підлітків; доведено обумовленість між розвитком адаптивного копінг-ресурсу особистості підлітка та подоланням наслідків посттравми. *Поглиблено та уточнено особливості проявів стресу та посттравматичного стресу у дітей з порушеним розвитком; методи вивчення порушень обумовлених ПТСР у дітей шкільного віку; напрямки психолого-педагогічної допомоги травмованим дітям у закладах загальної середньої та спеціальної освіти. Подальшого розвитку набули уявлення про напрямки, зміст та особливості здійснення психолого-педагогічного забезпечення допомоги травмованим підліткам засобами тренінгової роботи.*

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в апробації комплексу методик, щодо вивчення ПТСР та обумовлених психотравматичною подією розладів емоційного, поведінкового та когнітивного характеру у дітей з порушеним розвитком; розробці та апробації психолого-педагогічного забезпечення подолання наслідків посттравми та розвитку копінг-ресурсів підлітків; можливості використання розроблених програм фахівцями корекційної освіти, практичними психологами для подолання травматичних та стресових станів школярів, формування стресостійкості учнів із порушеним розвитком. Результати дослідження можна використовувати в процесі професійної підготовки та підвищення кваліфікації педагогічних кадрів, а також для подальших наукових досліджень.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено у корекційній та просвітницькій діяльності навчальних закладів загальної середньої освіти Львівської області (Підгірцівської спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату I-III ступенів, Винниківської загальноосвітньої санаторної школи-інтернату I-II ступенів, Бориславської загальноосвітньої санаторної школи – інтернату I-III ступенів, НРЦ

«Світанок», Жовківського НРЦ I-III ступеню «Злагода», Підкамінського НРЦ I-III ступеню з поглибленою професійною підготовкою для дітей із зниженим слухом), довідка про впровадження № 07-10/1260 від 18.06. 2020; Дніпропетровської області (Комунального закладу освіти «Дніпропетровський навчально-реабілітаційний центр № 10», Комунального закладу освіти «Багатопрофільний навчально-реабілітаційний ресурсно-методичний центр корекційної роботи та інклюзивного навчання Дніпропетровської обласної ради», Комунального закладу освіти «Багатопрофільний навчально-реабілітаційний центр № 6 Дніпропетровської обласної ради», Комунального закладу освіти «Навчально-реабілітаційний центр «Колосок» Дніпропетровської обласної ради», Комунального закладу освіти «Навчально-реабілітаційний центр №1 Дніпропетровської обласної ради»), довідка про впровадження № 7069/0/211-19 від 28.11.2019; Одеської області (Комунального закладу освіти «Білгород-Дністровський дитячий будинок змішаного типу для дітей дошкільного та шкільного віку», довідка про апробацію № 827 від 05.11.2019; Білгород-Дністровської загальноосвітньої школи I – III ступенів № 11, довідка про апробацію № 185 від 07.11.2019; Білгород-Дністровської загальноосвітньої школи I – III ступенів №1, довідка про апробацію №01/122 від 07.11.2019; Білгород-Дністровської загальноосвітньої школи I – III ступенів №3, довідка про апробацію від 07.11.2019).

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дисертаційного дослідження обговорювалися на Міжнародних науково-практичних конференціях: «Scientific horizons - 2016» (Англія, 2016), «Педагогіка та психологія сьогодні: постулати минулого і сучасні теорії» (м. Одеса, 2016), «Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту» (Кам'янець-Подільський, 2018, 2019), «Інклюзивна освіта: досвід і перспективи» (м. Вінниця, 2018), «Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів та студентів на засадах компетентісного підходу до освіти» (м. Запоріжжя, 2018), «Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів та студентів на засадах компетентісного підходу до освіти» (м. Хортиця, 2018), «Інклюзивна освіта: досвід і перспективи». (м. Вінниця, 2018), «Спеціальна освіта: супровід без

обмежень» (Кам'янець-Подільський, 2019 – 2020 рр.); на Всеукраїнських науково-практичних конференціях: «Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи» (м. Хмельницький, 2016 – 2018рр.), «Актуальні проблеми соціальної роботи: досвід і перспективи» (Кам'янець-Подільський, 2018 - 2020 рр.), «Здоров'язберігаючі технології виховання дітей: здобутки та перспективи впровадження» (м. Хмельницький, 2018), «Освіта на шляхах реформування» (Кам'янець-Подільський, 2018), наукових конференціях молодих вчених Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка у 2016-2020 рр.; звітних наукових конференціях викладачів, докторантів і аспірантів Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка за підсумками науково-дослідної роботи у 2016 - 2020 рр.;

Публікації. Основні положення й висновки дисертаційного дослідження представлені у 22 наукових працях, з них: 5 статей у наукових фахових виданнях України (з яких 2 включено до міжнародних наукометричних баз), 1 стаття у закордонному збірнику, 1 науково-методичний посібник, 16 статей і тез апробаційного характеру.

Структура дисертації: робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (233 найменувань, з них 18 – іноземною мовою), 35 додатків. Робота містить 24 таблиці, 36 рисунків. Основний зміст дисертації викладено на 202 сторінках, повний обсяг – 311 сторінок.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

1.1. Поняття психологічної травми та посттравматичного стресового розладу у психолого-педагогічній теорії

У сучасній науці кількість емпіричних досліджень, спрямованих на вивчення психологічних проявів перебування людини в травматичних та стресових ситуаціях, за останні десятиліття швидко збільшується, проте значна кількість теоретичних, методологічних та практичних аспектів цієї теми є дискусійними. У вітчизняній психології інтерес до досліджень у цій галузі збільшився у зв'язку з актуальністю наукового поняття «посттравматичний стресовий розлад» (далі – ПТСР) в результаті соціально-політичної ситуації в країні. У кінці двадцятого століття ПТСР (post-traumatic stress disorder - PTSD) було включено до американського класифікатора психічних розладів в якості самостійної нозології, а ще за пару років ПТСР увійшло в Міжнародну класифікацію психічних і поведінкових розладів - (МКБ - 10). Цей факт став причиною збільшення кількості наукових пошуків з даної проблематики. Що відобразились у медичних, психологічних, соціальних та педагогічних науково-практичних дослідженнях (В. Абабков, В. Краснов, Є. Лазебна, В. Моляко, М.Перре, Н. Тарабріна, Т. Keane, Н. Krystal, Van der Kolk, W. King, Pitman Orr, F. Mc. Farlane, L. Weisaeth) [84; 117; 159; 169; 189; 190; 191; 198; 217; 222]. Водночас із зростанням кількості досліджень травматичного стресу, розширюється і коло невизначених та дискусійних питань. Ця невизначеність стосується різних аспектів поняття травматичного стресу: залежності між реагуванням та інтенсивністю стресового фактору; визнання почуття провини як одного із симптомів посттравматичного стресу; вплив порушень мозкової діяльності на динаміку травматичного стресу, а також, впливу гормонів стресу на організм та перебіг ПТСР; особливостей порушень когнітивної сфери при діагностуванні ПТСР; впливу соціально-політичної ситуації в суспільстві на постановку діагнозу ПТСР і т.д. (Н. Krystal, Р. Orr, N. Breslau, G. Davis, F. Mc. Farlain, Everly, Horowitz, V. Mendloowich). Завдячуючи цим науковцям,

з'являються терміни, що визначають явище травматичного стресу - «травма», «психологічна травма», «психічна травма», «травматичний стрес», «травматичні стресори», «травматичні ситуації» і власне, «посттравматичний стресовий розлад» [84; 79; 117; 124].

Термін «травма» пов'язують із працями З. Фрейда, він запропонував психоаналітичне розуміння травми [199]. З. Фрейдом була створена перша психоаналітична теорія травми, яка характеризується тим, що сама ситуація травми має глибоке афективне відображення у несвідомому людини та постійно активується у психічній діяльності, а тому призводить до невротичних розладів.

Цікавим є те, що причиною травмування є не сама ситуація травми, а сприйняття цієї ситуації людиною та як результат – роздвоєння Его, що посилює травматичну тривогу, розширює травматичне фантазування. [117; 199].

Поняття травма в перекладі з грецької мови означає «рана». В енциклопедичному словнику травма визначається як «пошкодження тканин організму людини або тварини з порушенням їх цілісності і функцій, викликане зовнішнім впливом». За аналогією з визначенням медичної травми психотравму С. Сукіасян пропонує визначати, як порушення цілісності та функцій психіки людини, викликане зовнішнім впливом на нього [115; 117; 169].

З. Фрейд розглядає психотравму як пошкодження зв'язку між афектом і спогадом, при якому хворобливий афект залишається у зв'язаному стані як «підсвідомий комплекс», в ізоляції від свідомості [199, с.125]. З. Фрейд розглядає два незалежних джерела тривоги, що призводять до психічної травми: психотравма виникає як результат нестерпних обставин; основним фактором пошкодження психіки стають неприйнятні та нестерпно інтенсивні сексуальні спонукання і бажання індивіда, які і виступають у якості внутрішніх травмуючих факторів [117; 199].

Сучасний аналітик Д. Калшед пише: «Зазвичай психіка є тим органом переживання, який створює зв'язки та асоціації між елементами особистості, маючи на меті інтеграцію, цілісність і єдність особистості. Однак в разі травми ми бачимо, що психіка не тільки не встановлює зв'язки, але і руйнує їх - розщеплюючи або дисоціюючи» [53]. Д. Калшед посилається на думку К. Юнга про те, що психотравма

є розщепленням психіки «на безліч різних комплексів, кожен з яких містить певний набір архетипічних мотивів або образів у своїй основі»[53, с.126]. В інших психоаналітичних дослідженнях психічну травму описують як особистісну дезінтеграцію та регресією у дитинство, що характеризується відсутністю сталості «Я» [81]. Згідно Е. Bernstein і F. Putnam дисоціація - це втрата нормальної інтеграції думок, почуттів і переживань у свідомості та пам'яті особистості [115; 117; 169].

Н. Тарабрина посиляючись на позицію А. Ludwig, розглядає дисоціацію як процес, що дозволяє певним психічним функціям не взаємодіяти зі сферою свідомості людини та не уможлиблює процес свідомого контролю над травматичними пригадуваннями. Процес дисоціації розгортається в три етапи [115; 117; 191].

Надалі при дослідженні гострих і відстрочених наслідків психотравмуючої події були виділені такі рубрики, як гострий стресовий розлад та посттравматичний стресовий розлад. Історично наукові пошуки у галузі посттравматичного стресу розвивалися незалежно від досліджень стресу. Центральними аспектами в концепції стресу Г. Сельє, є гомеостатична модель самозбереження організму і мобілізація ресурсів для реакції на стресор [172]. Всі стресори, що діють на організм, він поділив на дві категорії. Перша категорія - специфічні стресори, що призводять до певних негативних наслідків на організм; друга категорія - неспецифічні стереотипні стресори, наслідками якого є адаптація організму. Г. Сельє розглядає адаптаційний синдром у динамічних характеристиках та виділяє три стадії розгортання: стадія тривоги, стадія резистентності, стадія виснаження [172]. Г. Сельє ввів поняття адаптаційної енергії, яка мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Виснаження адаптаційної енергії, на думку Г. Сельє, є кінцевим та передбачає смерть організму. Прояви загального адаптаційного синдрому Г. Сельє назвав - «емоційний стрес» [115; 117; 172, с.52].

Стрес завжди супроводжується емоційними переживаннями та спалахами, що негативно відображається на організмі та призводить до певних психофізичних змін. Визначено, що емоційна сфера першою реагує на небезпечну ситуацію. Що викликає збудження вегетативних функцій та гормонального перелаштування, що веде до порушення діяльності організму. За деяких обставин замість мобілізації організму на

подолання труднощів стрес може стати причиною майбутніх розладів [115; 117; 185]. Якщо тривалість стресора є значною у часовій перспективі, то збудження емоційних реакцій набуває хронічної форми. При цьому постійно активуються центральні відділи вегетативної нервової системи, що призводить до психосоматичних реакцій організму, а в подальшому до розвитку захворювань.

Первинні розлади, що виникають при емоційному стресі в різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, призводять до зміни нормального функціонування систем організму. Емоційні стреси за своїм походженням, зазвичай, є соціальними, і стійкість до них у різних людей різна. Стресові реакції на психосоціальні труднощі - це інтегративна відповідь на когнітивну їх оцінку і емоційне збудження [115; 117; 222; 223]. Відповідно до сучасних поглядів, стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями [185, с.95-100]. У цьому випадку, відповідно до існуючих концепцій, порушується структура самості, когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що керують процесами навчання та пізнання світу, системою пам'яті, емоційною сферою людини. Стресором в таких випадках виступають травматичні події, екстремальні кризові ситуації, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. Такі події передусім порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні.

Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому ПТСР [191; 223]. Посттравматичний стресовий розлад - це неспокійна відстрочена реакція на травматичний стрес (такий як, природні і техногенні катастрофи, бойові дії, перебування на території бойових дій, тортури, зґвалтування і т.п.). Деякі з відомих дослідників стресу (Р. Лазарус), здебільшого ігнорують поняття ПТСР, як і інші розлади, в аспекті можливих наслідків стресу, обмежуючи поле уваги дослідженнями особливостей емоційного стресу [226].

У 1988 році С. Хобфолл запропонував ідею, яка слугує сполучним елементом між концепціями стресу і травматичного стресу [115; 117; 222]. Ця ідея висловлюється як тотальний стресор, який провокує якісно інший тип реакції, що

полягає в консервації адаптаційних ресурсів («завмерти») [191; 222]. Подібна думка висловлена Н. Крістел, який, залишаючись в рамках психоаналітичної теорії, припустив, що психічний колапс, «заморожування афекту», а також наступні порушення здатності до модуляції афекту і алекситимія є основними рисами «травматичної» реакції на екстремальні умови [191; 224]. Сучасні уявлення про посттравматичний стрес або ПТСР склалися остаточно до 1980-их рр., проте інформація про вплив травматичних переживань фіксувалася протягом століть. Такий екскурс до історії ПТСР зробила Н. Тарабріна [115; 117; 191].

Підводячи підсумок порівняльного аналізу, можна констатувати, що поняття «стрес» співвідноситься з поняттями адаптації та типовості реагування особистості, тоді як «травматичний стрес» - з порушеннями, що проявляються у психічному та фізичному функціонуванні особистості.

Аналіз літератури свідчить, що термін «посттравматичний стресовий розлад» (post-traumatic stress disorder) використовується як окремий та самостійний діагноз. Однак, у клінічних досліджень вживають терміни «травматичний» або «посттравматичний» стрес. Цю ж тенденцію можна спостерігати і у науковців пострадянського простору, посилаючись на Н. Тарабріну [189], яка обґрунтовує положення про те, що основою для визначення терміну «посттравматичний стрес» слугує критерій наявності в біографії індивіда травматичної події. А саме: події пов'язаної із загрозою життю і супроводжується переживанням негативних емоцій інтенсивного страху, жаху або почуття безпорадності, тобто пережитого травматичного стресу, одним з психологічних наслідків якого є – ПТСР.

Стрес має травматичну дію тоді, коли вплив стресора є надто потужним та призводить до розладів психічної сфери за типом фізичних ушкоджень. У цьому випадку (згідно існуючих концепцій) порушується когнітивна модель світу, емоційна сфера людини, з'являються поведінкові особливості індивіда [115; 117; 185].

С. Сукіасян, М. Тадевосян, Н. Тарабріна описують чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес [115; 117; 185; 189]: усвідомлення події людиною, що проявляється у погіршенні психологічного стану; стан обумовлено зовнішніми причинами; проходить руйнування звичного способу життя;

подія викликає жах і відчуття безпорадності. У третьому виданні «Діагностичного та статистичного довідника з психічних захворювань» (1980 рік) було вперше визнано термін «посттравматичний стресовий розлад» та описано характеристики захворювання, що віднесені до категорії «тривожних розладів».

Психологічна реакція на травму включає в себе три відносно самостійні фази, що характеризуються послідовністю [2; 23; 53; 115; 117; 190]. Перша фаза – фаза психологічного шоку – містить два компоненти (пригнічення активності, дезорганізація діяльності; заперечення факту події).

Фаза вторинної дисоціації. При наявній безперервній загрозі проявляється подальша дезінтеграція елементів психотравмуючого переживання, що виражається у вигляді феноменів виходу з тіла, дереалізації, деперсоналізації, аналгезії. Це сприяє дистанціюванню від нестерпної ситуації і зниженню больових відчуттів [76: 81-82]. К. Ясперс це явище так: «Все психічне життя включає в себе переживання єдиною і фундаментальною активності. Будь-який прояв психічного несе в собі аспект приналежності «мені», цю особливість психіки ми називаємо персоналізацією. Коли прояви психічного супроводжуються усвідомленням того, що щось не належить мені, існує саме по собі - ми маємо справу з феноменом деперсоналізації»[97: с.159-160].

Друга фаза – характеризується вираженими емоційними реакціями на травмуючу подію та її наслідки (прояви сильних емоцій - сильний страх, почуття жаху, надмірна та генералізована тривога, гнів, плач). На зміну сильним емоціям приходить критика або сумніви в собі, що супроводжується болючим усвідомленням незворотності того, що сталося, визнанням власного безсилля. Н. Тарабрина зазначає, що вторинна дисоціація обумовлює відчуження почуттів і емоцій, пов'язаних з психотравмуючою ситуацією, тоді як «первинна дисоціація обмежує переробку травматичного переживання таким чином, що це дозволяє індивіду, який знаходиться в ситуації, що виходить за рамки його повсякденного досвіду, діяти, ігноруючи деякі аспекти або всю психотравмуючу ситуацію» [2; 115; 117; 190]. Критичність цієї фази в тому, що із неї є два виходи: процес одужання, що характеризується адаптацією до нових обставин, або ж відбувається фіксація на травмі, що демонструє хронічну форму перебігу. Третя фаза, або третинна дисоціація, характеризується розширенням

сприйняття і відновлення розірваних зв'язків між різними психічними процесами (думками, спогадами, почуттями, т.п.); проходить усвідомлення психотравмуючої події та її прийняття. Схематично взаємозв'язок різних за часом виникнення, тривалості і глибини стадій формування постстресових порушень представлено на рис.1.1[2; 191]:

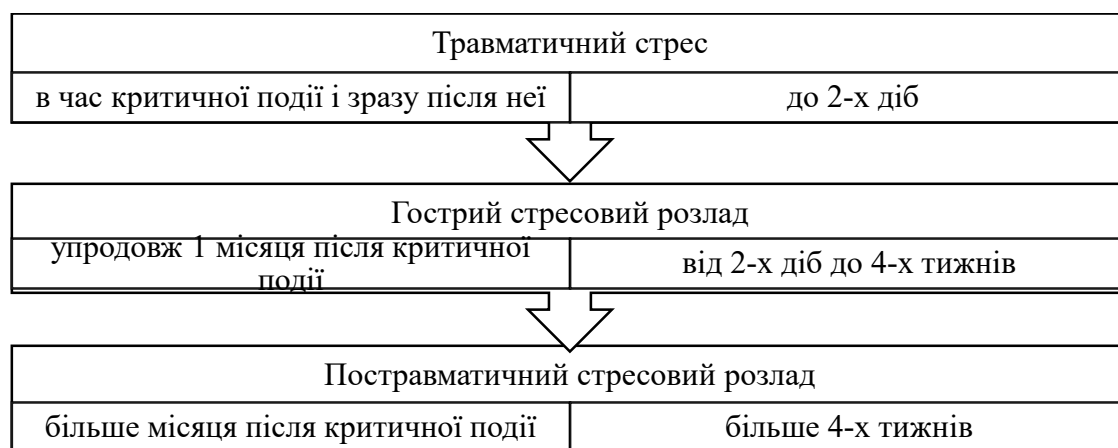


Рис.1.1. Стадії формування постстресових порушень.

ПТСР – це відстрочена емоційна реакція на травматичний стрес, що може призвести до психічних порушень. Так характеризується ПТСР в усіх описаних наукових підходах. Проте, відсутня одна теоретична концепція, яка описує механізми формування та динаміки ПТСР, тому І. Малкіна-Пих узагальнюючи дослідження травматичного стресу, структурує їх відповідно двох концептуальних принципів (психологічних та біологічних), а також окремо виділяє комплексні моделі. Відповідно до концептуальних принципів до психологічних напрямків входять: психодинамічна, когнітивна та психосоціальна моделі [99, с.56-62].

Змістовно психологічні моделі поділяють на: реактивну модель стресу, що вказує на реальні причини та нейробиологічні особливості; диспозиційна модель, яка в свою чергу поділяється на психодинамічний й екзистенційно-гуманістичний напрямки (враховуються особистісно-індивідуальні характеристики людини); інтеракційна модель, що виділяє при формуванні ПТСР особистісні властивості та зміни навколишнього середовища; інтерперсональна концепція (Х. Салліван), концепція системи відносин (В. М'ясищев) та мультимодальну теорію (Р. Лазарус).

М. Магомед-Емінов детально охарактеризував реактивну, диспозиційну та інтеракційну моделі [92;115; 117]. Головним елементом реактивної моделі є лінійна

залежність між силою стресора і інтенсивністю порушення, що виникає. Основна ідея диспозиційної моделі полягає в тому, що стресор, сам по собі, не співвідносячись з індивідумом, не може викликати ніяких психологічних наслідків, тому детермінантою є сама особистість. У інтеракційній моделі враховуються як особистісні, так і ситуативні зміни, також зміни у взаємодії з соціальним оточенням.

Є. Калмикова, посилаючись на А. Меркер в своїй концепції виділяє умови і чинники виникнення посттравматичного стресу. До таких умов відносять: важкість самої події; не спроможність на неї вплинути; не очікуваність. Чинники захисту, що унеможливають процес травмування: здатність людини до осмислення травматичного матеріалу; соціальна підтримка в момент травми та після неї; механізми копіngu. Фактори ризику, що сприяють травмуванню особистості: вік людини на момент травми, наявність важких та негативних стресових моментів у емоційному досвіді людини; наявність психічних порушень, низький соціальний та економічний рівень особистості [51; 77; 154].

На думку О. Петрової та Є. Самсонової, не всяка складна пережита ситуація є травмуючою [77; 154, с. 11-15]. Іноді ситуація може бути для людини напруженою, емоційно вражаючою, стати певним випробуванням. Але після її завершення можна констатувати, що цілісність особистості збережена, ситуація повністю переосмислена, особистість пройшла усі стадії стресової ситуації. Людина може пережити сильний стрес, бути учасником жахливих подій, але завершити емоційний цикл відносин з цими травмуючими подіями в межах лише травмуючого епізоду. У той же час, незначна з погляду оточуючих подія може стати ситуацією, що знаходиться за межею сприйняття. Особистість не справляється зі стресовою ситуацією, і вона перетворюється у травматичну [115; 117; 154]. Травмою можна вважати будь-яку ситуацію, в якій суб'єкт втратив свободу взаємодії з оточенням. За змістом травмуючі ситуації можуть бути трьох типів: травми фізичного типу; травми нарцисичного типу; травми, що стосуються системи соціальних контактів. Найчастіше розглядаються в медичній та психологічній практиці ситуації зовнішнього впливу на людину (пожежа, стихійне лихо, автомобільна катастрофа, тероризм, військові дії, фізична травма), що порушує цілісність фізичного стану. Усі

типи травмуючих ситуацій мають таку форму контакту суб'єкта зі світом, у якій проходить руйнування сталої картини світу та переживається досвід безпорадності.

А. Бек вперше описав когнітивну модель реакції страху, що стала основою когнітивної концепції ПТСР [13]. Відповідно до цієї моделі, реакція індивіда на ситуацію страху включає оцінку ступеня її небезпеки та оцінку власних ресурсів, що дозволяють впоратися з цією ситуацією або уникнути її. У процес оцінювання ситуації страху включається когнітивна схема, яка сприймає ознаки, відповідні та відомі їй, і уникає характеристик ситуації, що не вписуються в її картину світу. Обумовлена минулим досвідом схема переживання страху актуалізується і змушує людину шукати інформацію, відповідну цій схемі, і ігнорувати іншу інформацію. В кінцевому рахунку дія схеми призводить до певних моторних реакцій - замиранню на місці, боротьби або втечі [13; 115; 117]. Теорією, що пояснює індивідуальні особливості переживання травматичного стресу, є мультифакторна (комплексна) модель ПТСР (А. Меркер) [51]. У положеннях даної концепції виділяються три групи факторів, поєднання яких призводить до виникнення ПТСР: фактори, пов'язані з наявною травматичною подією, важкістю травми та неочікуваністю її виникнення. Фактори ризику - вік до моменту травматизації, негативний минулий досвід, психічні розлади, низький інтелектуальний та соціоекономічний рівень. Захисні фактори - здатність до осмислення подій, що відбулися, наявність соціальної підтримки та механізми опанування (механізми копінгу) [51]. Незалежно від різних підходів до походження та причин виникнення посттравматичного стресового розладу, опис симптоматики залишається незмінним.

Г. Каплан і Б. Седок виділяють три основні групи симптомів, що характеризують психологічні та фізіологічні прояви особистості при ПТСР: симптоми повторного переживання; симптоми уникнення; симптоми підвищеної збудливості [55]. Відповідно до класифікації хвороб DSM-V, найважливішими клінічними симптомами ПТСР є такі: мимовільне вторгнення повторюваних переживань травматичної події у вигляді - спогадів, сновидінь, раптового виникнення афекту страху, ілюзій, галюцинацій, дисоціативних епізодів (флешбеків); уникаюча поведінка і загальна емоційна неспроможність адекватного відреагування на зовнішні

та внутрішні чинники; спроби позбутися думок, асоціацій, нездатність згадати важливі моменти травматичної події, зниження загального інтересу до життя, почуття відчуження від друзів і близьких, обмежена можливість відчувати різноманітні емоційні переживання, відчуття безперспективного майбутнього; постійне фізіологічне надмірне збудження, що проявляється у порушенні сну, дратівливості, труднощах концентрації уваги, надмірній підозрілості, перебільшенні реакції на несподіваний подразник. Всі ці симптоми виникають незабаром після закінчення періоду стресу, але можуть бути відстроченими на період до шести місяців і більше [57; 115; 117]. Описані дослідження дозволили систематизувати розуміння походження та розгортання ПТСР.

1.2. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків з типовим та порушеним розвитком

Проблема посттравматичних стресових розладів у дітей є недостатньо вивченою, оскільки більшість досліджень, що стосується цієї проблеми проведених як за кордоном, так і в Україні, проводилися на дорослих. На сьогоднішній момент замало досліджень що розкривають особливості та умови психолого-педагогічного супроводу травмованих школярів в умовах загальноосвітніх та спеціальних навчальних закладах. Не розроблений діагностичний та психокорекційний інструментарій, який може бути використаним практичними психологами та іншими педагогічними працівниками шкіл та позашкілля. На даний момент, такі дослідження проводились І. Денисовою, А. Колупаєвою, Ю. Луценком, Д. Малаєвим, Н. Макаренко, Р. Оздоевою, П. Омаровою, А. Романовим, О. Хухлаєвою, О. Шаровою та ін.) [59, 93; 104; 109; 112; 121; 122]. Незважаючи на важливість вивчення даної проблеми, у нашій країні переважно виконувалися роботи, присвячені вивченню впливу окремих видів травматичних переживань на особистість дитини, наприклад, таких психотравмуючих ситуацій, як емоційна та сенсорна депривація, психологічні особливості дітей-сиріт, дітей-інвалідів, дітей з неповних сімей, описана поведінка дітей, які побували в зоні стихійних лих Е. Паньком, Я. Коломінським, Н. Макаренко [93]. Аналіз літературних джерел дозволив дійти висновку про

необхідність уточнення особливостей протікання, симптомів та характеристик ПТСР у дітей та підлітків. Покладаючись на біогенетичну теорію, яка передбачає поетапність у розвитку та формуванні людини В. Ковальов, визначив, що тип реакції на травматичну подію у школярів пов'язаний із рівнем домінантного нервово-психічного реагування, яке в свою чергу залежить від вікового періоду. В. Ковальов виділив 4 рівні реагування у дитячому та підлітковому віці: соматовегетативних (0-3 роки); психомоторний (3-7 років); афективний (5-10 років); емоційно-ідеаторний (11-17 років) [55; 109; 112; 121; 122; 174]. Враховуючи особливості реагування на зовнішні подразники в залежності від віку дитини, полегшується розуміння та вирізнення самих симптомів ПТСР. Цей факт допоможе надавати вчасну фахову допомогу травмованим дітям.

Розглянемо афективний та емоційно-ідеаторний рівні нервово-психічного реагування, скільки вони відображають картину підліткового віку. Рівень переважаючого нервово-психічного реагування у 5-10 років - афективний [55; 121; 174]. Прояви афективного рівня: емоційна лабільність із зниженням настрою; прояви негативізму; низька потреба у пізнавальній активності; прояви надмірної активності, відволікання; схильність до однозначних відповідей у комунікації; можливе ігнорування вимог. Фізичний рівень нервово-психічного реагування характеризується проявами енурезу, заїкання, тікозними проявами т.п. На психічному рівні – зниження навчальних інтересів, через труднощі, що пов'язані з погіршенням діяльності пізнавальних процесів, підвищенням втоми; зниження успішності; зниження потреби в комунікації з однолітками та друзями; втрачається актуальність захоплення дитини, які були до травматичної події.

Думки про смерть у травмованих дітей займають значне місце у емоційному житті, особливо якщо травматична подія характеризувалася реальною загрозою життю дитини, її близьких, смерті інших людей; з'являється інтерес до релігійного та філософського усвідомлення життя. В результаті цих переживань можуть виникати психосоматичні прояви: головний біль, неприємні відчуття в серці, болі у животі і т.п. та іпохондричні думки. Страхи та негативні думки формують у дитини бажання їх контролювати, що є не можливим. У більшості випадків виникає страх поділитись

цією проблемою із друзями, дорослими, що формує ще більшу тривогу, що потребує вивільнення та призводить до розладів поведінки та аутоагресії (олігофагія, трихотиломанія, пікацизм іт.п.). R. Spitz зазначає, що такі діти, значно частіше за однолітків потрапляють в ситуації, що загрожують їхньому здоров'ю, а матері цих дітей досить часто мають ознаки ПТСР, або симптоми депресивних станів. [121; 174]. Це може відображати тривожні несвідомі аутоагресивні тенденції. У важких випадках діти стають загальмованими і пасивними.

Переважаючим рівнем нервово-психічного реагування у 11-17 років є емоційно-ідеаторний, при якому клінічна картина формується при взаємодії афективної та ідеаторної сфер. [121; 174]. Наслідки травми мають такі прояви: надмірність роздумів про сенс життя, смерть, життєве призначення. Ці особливості мають поглинаючий характер та є причиною не розвинених потреб пубертату; втрачається здатність до формування позитивної картини свого майбутнього [121; 174]. Життя травмованого підлітка зводиться до очікувань небезпеки, загрози існуванню, уникання всього, що може нагадати про травму, усі ці фактори впливають на формування емоційного фону життя. Ці емоції проявляються в страшних та нав'язливих сновидіннях. Болісні переживання та відсутність перспектив у майбутньому можуть призводити до суїцидальних думок [109; 112; 121; 122; 174].

Чим старше підліток, тим менше відмінностей у клінічних проявах ПТСР від дорослих. Різноманітність клінічної картини, ступінь тяжкості ПТСР, особливості перебігу, успішність корекції та терапії у дітей з посттравматичними стресовими розладами залежить від низки факторів. Є. Петрова, посилаючись на І.Добрякова пропонує умовно розбити їх на три групи: фактори до травматичної події; фактори, що мають значення під час самої події; фактори, що характеризують посттравматичний період [109; 112; 121; 122; 154]. Фактори, що є важливими до травми, це особистісні характеристики дитини такі як: стан соматичного та психічного здоров'я на момент травми; особливості картини сімейної взаємодії; досвід переживання психотравмуючих ситуацій та успішність їх вирішення в минулому. Фактори, що є важливими під час травми: тип психотравмуючої ситуації;

тривалість травми у часі; ступінь інформованості про можливість допомоги зі сторони; розуміння часових перспектив впливу травмуючої ситуації; ступінь загрози здоров'ю або життю; факт загибелі під час критичної ситуації інших людей; ступінь важкості отриманих ушкоджень; особистісна активність/пасивність у припиненні психотравмуючої ситуації. Фактори після травми: ступінь переживання почуття провини під час ситуації; ймовірність повторення ситуації; можливість пошуку винних у виникненні ситуації; можливості лікування; сімейна ситуація після психотравмуючої ситуації; можливість відновлення здоров'я при його втраті; вимушене переселення та зміна матеріально-побутових умов в результаті психотравмуючої ситуації; можливість способу життя, що відповідає потребам людини; своєчасність фахової допомоги; мотивація до змін самої людини.

Усі перераховані чинники мають значення при формуванні ПТСР у дітей та підлітків. Але чим меншою за віком є дитина, тим важче їй зрозуміти те, що відбувається під час психотравмуючої ситуації, тому вона зорієнтована на поведінку дорослих, їх сприйняття того, що відбувається. Більшість афективних проявів наслідків ПТСР у дітей опосередковано є реакцією їх батьків. Тому для дітей дуже травматичною є розлука з батьками [109; 112; 121; 122].

Розглянемо психологічні особливості та поведінкові реакції дітей та підлітків, очевидців травмуючих подій, що були описані О. Пятніцкою [166]:.

1. Почуття незахищеності та безпорадності. Перебування в позиції жертви суб'єктивно переживається як безпорадність і неможливість змінити існуючі обставини, управляти своїм життям. Діти сприймають світ як джерело непередбачуваних та загрозливих подій.

2. Тривожність за майбутнє, постійне очікування «поганого», страх змін. З почуттям незахищеності тісно пов'язана тривога та недовіра до майбутнього, очікування чогось «поганого». Очікування «поганого» у дітей в основному проявляється в настороженості та в остраху змін.

3. Сором, низька самооцінка і почуття провини. Через відчуття безпорадності і недовіри до світу у дітей часто розвивається знижене відчуття особистісної значимості, почуття приниження гідності. Зниження самооцінки дітей

проявляється у вигляді страху саморозкриття і блокування експресивної активності. Їм важко висловити власну думку, виразити себе. Властиве дітям відчуття провини: вони вважають себе винними за те, що залишилися живі, тоді як хтось із рідних загинув. Почуття такого роду набувають захисного характеру і слугують зменшенню тривоги.

4. Гнів, агресивність. У травмованих дітей фрустровані базисні потреби безпеки, захищеності та самоповаги. Природньо, що фрустрація цих потреб викликає у відповідь гнів та підвищення рівня агресії. Як правило, не знаходячи джерела, що викликає агресію, діти починають підбирати найбільш зручну «мішень» (іншої людини або тварини) для реалізації своїх агресивних почуттів.

5. Відчуження та ізолюваність від навколишньої фізичної і соціальної дійсності. Травмована дитина схиляється до усамітнення, поглинаючи у спогади, пов'язані з травмою. Як правило, цей період пов'язаний із зниженням контактності та потреби в спілкуванні, навіть якщо дитина раніше була соціально активною.

6. Невиплакане горе. Невиплакані горе та смуток - важливі характеристики травми (втрата близької людини, уявлення про себе, надії і т.п) Головною перешкодою тут стають почуття сорому, безпорадності, бажання стримати агресивність - ускладнюється. Часто єдиним доступним дитині способом вираження емоцій виявляється плач. Якщо дорослі блокують вихід емоцій, у дитини залишається два напрямки вправлення: приховати травматичні переживання, емоційно відгородитися від навколишнього світу, замкнутися в собі; або ж вдатися до реакцій протесту - гніву, агресії, регресивної поведінки та ін.

7. Травматичні ігри і повторювані дії. Травматичні ігри повторюють певний епізод травми. Особливості травматичної гри у порівнянні зі звичайною імітаційною грою:

- звичайна гра супроводжується позитивними емоціями та енергічністю, чого повністю позбавлена травматична гра. Вона характеризується одноманітністю та є наближеною до сюжету травми, а цей факт викликає тривогу і страх;

- звичайна наслідувальна гра - слугує розвитку та соціалізації дитини. Для цього дитина використовує широкий діапазон ролей (мама, тато, лікар, воїн та ін.).

Чим більше ролей «приміряє» до себе дитина, тим більше вона розвивається. Травматична ж гра повторюється з характерною нав'язливістю та монотонністю, відсутня схильність до імпровізації, в точності повторює сюжет травми. Дитина у грі відтворює самого себе та супроводжується негативними емоціями.

Імітаційна гра відноситься до вікового періоду в інтервалі від 3 до 12 років. Що стосується травматичної гри, вона може тривати і після дванадцяти років, а у дорослих видозмінюється в травматичну діяльність. Наприклад, при наявності у людини творчих здібностей це може втілитися в сюжетах художньої продукції.

8. Деформація картини світу. Травма спотворює картину світу дитини, тому вона бачить світ як джерело зловісних подій, ворожості, виникає почуття незахищеності та безпорадності. Така картина світу позбавляє людину свободи вибору, блокує його життєві сили.

9. Проблеми уваги, пам'яті, навчання. Невиплаканий травматичний досвід - психологічно незавершене явище, тому і несе в собі тенденцію постійної актуалізації. Ця актуалізація - досить болісний процес, тому більша частина життєвої енергії дитини, спрямована на опір та подолання хворобливих емоцій. Це, відображається на пізнавальній активності та впливає на рівень засвоєння знань.

10. Різноманітні страхи (виконуть захисну функцію). На різних вікових етапах дитині властиві «нормативні страхи». Невротичні страхи, що виникли в результаті травми, мають надмірну панічну інтенсивність та тривалість у часі, мають деструктивний характер та навіюватись батьками.

11. Травматичні сновидіння та порушення сну. Травматичні повторювані сновидіння - одна з ознак «невідпрацьованого» травматичного досвіду. Сновидіння можуть відтворювати те, що трапилося повністю або із певними змінами, що характеризується негативними емоційними проявами (вигуки, бурмотіння, плач, ходіння під час сну та т.п.). Часто дитина не може відновити жахливе сновидіння.

12. Психосоматичні порушення. У травмованої дитини зустрічаються: логоневроз, енурез, бронхіальна астма, нейродерміти та ін. Тому корекція травматичного досвіду дитини є вкрай важливою [109; 112; 121; 122; 166].

Поява даних симптомів є важливою ознакою та потребує психолого-педагогічних корекційних втручань, оскільки приймаючи автоматизований характер в дитячому віці, надалі може впливати на все життя людини, формуючи деструктивні психологічні захисти.

У формуванні та розгортанні ПТСР у дітей великого значення набуває емоційний стан і поведінка оточуючих їх значущих дорослих, перш за все батьків. Якщо члени сім'ї не діляться, не вербалізують свої переживання та емоції з приводу травмуючої ситуації, вводять табу на всі розмови; є дисфункціональні відносини в родині в якій виховується травмована дитина - ці фактори підвищують ризик виникнення посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків, а також впливають на важкість та тривалість перебігу ПТСР [166]. Тому важливо сформувати у членів сім'ї, а також у інших значущих в житті дитини дорослих розуміння її стану, єдність поглядів на характер необхідної їй допомоги.

Відповідно до діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE щодо ПТСР (309.81; F43.10) у дорослих, підлітків та дітей віком старше 6 років застосовують діагностичні фактори, які поділено на групи [109; 112; 121; 122; 175]:

А. Людина піддається ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм, як охарактеризовано в одному (або більше) з наступних пунктів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події / подій.
2. Людина особисто була свідком події / подій, які відбувалися з іншими.
3. Травматична подія / події відбулися з близькими членами сім'ї чи близьким другом. У випадках смерті або загрози смерті члена сім'ї або друга подія / події були насильницькими або випадковими.

4. Переживання неодноразового, надмірного впливу подробиць травматичної ситуації, які викликають відразу (свідки насилля; споглядання останків і т.п)

В. Присутність одного (чи більше) з наведених нижче симптомів, пов'язаних з травматичною подією / подіями, які виникають після того, як подія відбулася:

1. Періодичні, мимовільні, інтрузивні, болючі спогади про травматичну подію / події. Причому у дітей, що старше 6 років, може виникати повторювана гра, в якій відображається основна тема або аспекти травматичної ситуації / ситуацій.

2. Періодичні тривожні сни, зміст яких і / або емоційна реакція на які пов'язані з травматичною подією. У дітей можуть - моторошні сни без розпізнаваного змісту.

3. Дисоціативні реакції (флеш-беки), у яких людина відчувається або діє так, ніби травматична подія / події відбувається знову (такі реакції можуть доходити аж до повної втрати усвідомлення того, що діється навколо в даний момент). Важливо зазначити, що у дітей під час гри може виникати специфічна реконструкція травми.

4. Інтенсивне чи тривале психологічне страждання через вплив внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспекти травматичної події.

5. Виразні фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні сигнали, що символізують або нагадують аспекти травматичної події / подій.

С. Постійне уникнення пов'язаних із травматичною подією подразників, які з'являються після події. Про це свідчить 1-2 наступних пункти:

1. Уникання або намагання уникнути болісних спогадів, думок про травматичну подію / події чи почуттів щодо неї.

2. Уникання або намагання уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій, об'єктів, ситуацій), які викликають болісні спогади, думки про травматичну подію / події чи почуття щодо неї.

Д. Негативні зміни у думках і настрої, пов'язані з травматичною подією, які починаються або погіршуються після події. Про наявність цього діагностичного критерію свідчать два чи більше з таких проявів:

1. Нездатність згадати важливий аспект травматичної події / подій (через дисоціативну амнезію, але за відсутності травми голови, дії алкоголю чи медикаментів).

2. Постійні і перебільшені негативні переконання та очікування щодо себе, інших та щодо світу загалом (наприклад, присутність стійких переконань: «я поганий», «нікому не можна довіряти», «світ повністю небезпечний», «моя нервова система назавжди зруйнована» і т.п.).

3. Постійні спотворені думки щодо причин або наслідків травматичної події, які впливають на звинувачення себе або інших.

4. Постійний негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, почуття провини або сорому).
5. Помітне зменшення інтересу до важливих заходів, життєвих подій.
6. Почуття відокремленості або відчуженості щодо інших.
7. Постійна нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення, любов).

Е. Помітні зміни в активності та здатності реагувати, які з'являються або погіршуються після травматичної події / подій. Про це свідчать два (або більше) з наступних виявів: дратівлива поведінка та спалахи гніву (з найменшим провокуванням чи без), що, зазвичай, проявляється у вербальній або фізичній агресії щодо людей чи об'єктів; ризикована або самоушкоджуюча поведінка; надмірна пильність; перебільшена реакція здригання; проблеми із зосередженістю; порушення сну (труднощі із засинанням, неміцний або неспокійний сон) [175].

Е. Малініна вказує на те, що коли несприятливі впливи мають тривалий характер, то вони згубно впливають на розвиток дитини. Посттравматичний розлад без психолого-педагогічних та медичних впливів в більшості випадків набуває хронічного перебігу. При цьому спостерігається формування патохарактерологічних особливостей та засвоєння деформованих норм суспільної поведінки; розвиток особистісної патології, як наслідок затяжних депресивних станів, відбувається формування психогенного розвитку особистості [97]. Клінічна картина при порушеннях адаптації у дітей та підлітків вирізняється великою різноманітністю: депресія, тривога, почуття неспроможності, нездатність до планування, зниження продуктивності у повсякденних справах. У підлітків можуть бути стерті афективні розлади та порушення соціалізації особистості. Відзначаються агресивні та асоціальні поведінкові епізоди, різноманітні варіанти делінквентної та кримінальної поведінки в поєднанні з асоціальними особистісними рисами [109; 112; 121; 122; 97]. Отже, у підлітковому віці за характерологічними ознаками ПТСР досить близький до проявів у дорослих. Однак є кілька характерних особливостей. Діти, що пережили травму відіграють у процесі ігрової діяльності травматичні події. Підлітки ж переживання включають в усі

аспекти свого щоденного життя. Крім того, підлітки більш імовірно, ніж молодші діти, демонструють імпульсивні та агресивні поведінкові реакції.

Розглянемо проблему формування посттравматичного стресу у дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку (далі - ППФР) та специфіку його розмежування з іншими невротичними проявами у дітей та підлітків з ППФР. Вирізнення ПТСР від інших невротичних захворювань в основі яких лежить стрес та травматичний стрес є досить актуальним питанням для психо-педагогічної науки [103; 105; 107; 108; 119].

Психофізіологічні особливості впливу стресу на дитячий організм висвітлені в публікаціях О. Анапрієнко, С. Болтівця, О. Васильєва, В. Войціцького, О. Гайдей, Л. Гармаш, Т. Кульбачки, та ін. Вплив стресу на розвиток психосоматичних захворювань у школярів розглядали Л. Гармаш М. Коваль, Я. Коломінський Н. Коцур, Т. Панько, М. Скорик та Л. Товкун, описали поведінку дітей, які побували в зоні стихійних лих. Проте практично відсутні дослідження впливу стресу на дітей з порушеннями психофізичного розвитку [103; 105; 107; 108; 119]. У дітей з порушеннями інтелектуального розвитку, враховуючи специфіку функціонування пізнавальної, емоційної сфер та складності у диференціюванні та вербалізації своїх переживань, досить проблематичним є діагностування наслідків стресу та травматичного стресу. В МКХ-10 ПТСР входить до групи невротичних розладів пов'язаних зі стресовими та травматичними життєвими подіями. Симптоми неврозу проявляються на двох рівнях: психоемоційному та фізичному [175]. Психоемоційні симптоми неврозу проявляються у різких перепадах настрою, без наявної зовнішньої причини; у дратівливості та запальності; вразливості, образливості, плаксивості; високій тривожності, лякливості; зацикленості на травмуючій ситуації, яка має різні прояви в залежності від віку дитини; конфліктності в спілкуванні з оточуючими або прагнення максимального обмеження своїх соціальних контактів. На фізичному рівні невроз проявляється у швидкій стомлюваності, зниженні обсягу запам'ятовування, складнощах у концентрації уваги; порушенні сну; різноманітних вегетативних негараздах [175]. Окремі симптоми неврозу подібні з психоемоційними та

соматофізичними проявами, що супроводжують розвиток дітей з психофізичними порушеннями, що ускладнює розмежування невротичних проявів та ПТСР.

О. Орлов, вивчаючи проблему формування неврозів у дітей та підлітків з порушеннями інтелекту, вказав на неоднозначність висновків науковців щодо цього питання [103; 105; 107; 108; 119; 143]. На разі існують такі підходи до питання формування невротичного розладу у дітей з ІІ:

- формування невротичних розладів в осіб з порушеннями інтелекту (далі ІІ) є неможливим через обмежену здатність до абстрактного мислення;
- в підлітків з ІІ може сформуватись невроз, але його перебіг має певні особливості, що обумовлені когнітивними проблемами;
- в дітей та підлітків з ІІ можуть сформуватись невротичні розлади, котрі не мають суттєвих відмінностей від аналогічних розладів в осіб зі типовим розвитком інтелекту [143].

Низка авторів (В. Гуськов, Т. Ілясова та ін.) вважають виникнення неврозу в осіб з інтелектуальними порушеннями принципово неможливим [133]. На думку В. Менделевича, такий підхід збіднює поняття інтелектуальних порушень. Спростовуючи вище зазначений аргумент, автор апелює до психіатричної практики, в якій невротичні розлади у осіб з порушеннями інтелекту не є рідкісними. За результатами проведених досліджень автор робить висновок, що в індивідів з легким ступенем інтелектуальних порушень невротична симптоматика формується переважно внаслідок психотравм [133, с. 152-153]. Д. Ісаєв вважає, що невротичні розлади у дітей та підлітків з легким ступенем інтелектуальних порушень принципово не відрізняються від аналогічних розладів в осіб з типовим розвитком [47, с.268]. Причому відзначає наявність у досліджуваної категорії дітей преморбідних особливостей, а саме [2]:

- сприятливого для виникнення невротичних розладів астеничного фону, обумовленого частими соматичними захворюваннями;
- психологічних наслідків функціональної несформованості лобних відділів головного мозку та функціональної дефіцитарності підкоркових утворень мозку, що проявляються у психологічній нестійкості, низькій емоційній лабільності,

запальності, поведінковій розгальмованості, низькій здатності до самоконтролю і т.п. (за А. Семенович).

Н. Михайлова дослідила, що у порівнянні з підлітками з типовим сенсорним розвитком, які у стресових ситуаціях сильніше всіх демонстрували гнів і протест (ці емоції є характерними для підліткової кризи), тоді як їх незрячі однолітки найбільш інтенсивно переживали тривогу і фрустрацію, а однолітки з порушенням слуху - напругу та образи [128]. Н. Михайлова довела, що в цілому підлітки з сенсорними порушеннями відрізнялися більш інтенсивними емоціями, що свідчить про більш низький рівень стійкості до стресу [103; 105; 107; 108; 119; 128].

І. Карауш, посилаючись на закордонні джерела та власні дослідження вказує, що тривожні розлади є одними з найбільш поширених серед психічних розладів в педіатричній практиці і часто є початком психічних захворювань у майбутньому. Поширеність тривожних розладів у дітей та підлітків оцінюється за даними різних дослідників від 2,5 до 30% [56]. Поширеність психічних розладів серед дітей з порушеннями слуху складає 45-50% [56]. За даними Т. Ollendick, J. Matson, W. Helsel, на які посилається І. Карауш, рівень тривожності підлітків з порушеннями зорового аналізатора є значно вищим, ніж у дітей з типовим зором, в той час як рівні депресії та характеристики Я-концепції майже подібні [56; 127].

Особливістю особистісного розвитку підлітків з порушеннями слуху І. Карауш називає незадоволення базової потреби - в безпеці, яка обумовлює порушення емоційних станів, формування різноманітних страхів, тривожність, депресію. При порівняльному дослідженні групи підлітків з легким ступенем інтелектуальних порушень та сенсорними порушеннями, які перенесли протягом життя психічну травму та підлітків зі сталим розвитком, які зазнали аналогічних травм, І. Караушем було доведено, що обидві категорії дітей можуть реагувати на життєві труднощі виникненням невротичних розладів [56].

Узагальнення літературних джерел свідчить, що дітям, які пережили психологічну травму, досить важко усвідомити, що з ними сталося. Це насамперед пов'язано з їх віковими особливостями, недостатнім рівнем соціальної та психологічної зрілості. Дитина часто не в змозі повністю усвідомити сенс того, що

відбувається, вона просто запам'ятовує саму ситуацію і свої переживання в цю мить. Інтенсивність переживань може бути дуже висока для дитини, і вона стає надзвичайно вразливою. Гострі реакції виникають у відповідь на фізичний або психологічний дистрес, що характеризується винятковою інтенсивністю психогенного характеру, а саме загроза безпеці, здоров'ю, життю. В дитячому віці інтенсивність травми залежить від неочікуваності, новизни психічного впливу. Причому чим молодшого віку дитина, тим більше значення мають ці фактори.

С. Богданов вказує на те, що в екстремальних травматичних умовах у дитини спочатку відбувається мобілізація функціональних резервів організму, стресова реакція, вилив гормонів з наступним перерозподілом і спадом [19]. Резерви організму виснажуються, розвивається виражений астено-депресивний стан, нервово-психічне напруження. Якщо вплив екстремальних умов на індивіда не зупинити, можливі стресові розлади, а при довготривалих впливах - посттравматичні стресові розлади [19, с.18]. Аналіз літератури дозволяє припустити, що у дітей з інтелектуальними та сенсорними порушеннями існує високий ризик формування стресових і постстресових розладів, оскільки значна кількість цих дітей уже має у анамнезі невротичні симптоми.

Як зазначає Н. Михайлова, вплив на організм психічної травми та хронічних стресових факторів може порушити природню здатність дитини до самовідновлення [127]. Адаптивні можливості дитини значно послаблюються тому її функціонування у соціумі відбувається зі зниженою активністю, а у певних випадках - повна дезадаптивність. Після травматичних та стресових ситуацій виразним стає ефект сенсibiliзації психіки до наступних травматичних чинників [127]. К. Ясперс вважав, що якщо травматична подія не асимільована у внутрішній досвід особистості, то у дитини наявний знижений поріг чутливості до наступних несприятливих життєвих факторів та є підґрунтям для подальшого травмування [103; 105; 107; 108; 119; 215].

Узагальнюючи описані дослідження особливостей формування невротичних та психічних розладів у дітей з порушенням діяльності сенсорних аналізаторів можемо зробити висновок про те що:

- у дітей та підлітків з порушеннями слуху та зору можуть сформуватись невротичні розлади, аналогічні розладам осіб зі типовим розвитком;
- у дітей з порушенням зору та слуху низька стресостійкість та підвищений ризик невротичних розладів;
- у дітей з сенсорними порушеннями знижений поріг чутливості до травматичних та стресових факторів, оскільки наявна первинна травматизація пов'язана з порушенням діяльності аналізаторів;
- у дітей з сенсорними порушеннями знижений поріг чутливості до травматичних та стресових факторів, оскільки наявна загальна травматизація родини у зв'язку з народженням дитини з особливими потребами.

Питання впливу стресових та травматичних факторів на особистість дітей з порушеннями опорно-рухового апарату практично не досліджувались, за винятком стресу та копіngu у родині, яка виховує дитину з ДЦП [80, с.34-40]. Однак, посилаючись на педіатричну літературу та спеціальну педагогіку Є. Крижко описує особливості невротичних проявів у дітей та підлітків з ДЦП [80]. В процесі формування системи відносин та особливих умов мікро соціуму у дітей з церебральними паралічами, найбільш частими особистісними розладами, є невротичні розлади [80].

Н. Калижнюк узагальнюючи дослідження в галузі медицини стверджує, що існує думка про те, що діти з важкими органічними порушеннями не хворіють невротичними розладами, оскільки більш виразна симптоматика перебиває легшу [54]. У зв'язку з неоднозначністю підходів до цієї проблеми останнім часом з'являється все більше досліджень, присвячених змішаним формам психічних розладів, в тому числі дослідження, що підтверджують поєднання невротичних і резидуально-органічних уражень головного мозку (Е. Алешкевич, Б. Півень та ін.) [54]. Дитина з ураженням центральної нервової системи в повсякденному житті зіштовхується зі значно більшою кількістю невротичних факторів (психотравмуючі ситуації в родині, в навчальному закладі, в соціумі), ніж дитина з типовим розвитком. Дослідження дітей з церебральними паралічами, що навчаються у спеціальному закладі, проведене Е. Крижко, показало, що 70% з них мають невротичну і невротично-подібну

симптоматику [80]. Також, він констатує, що при появі невротичної симптоматики батьки дітей з ДЦП, а нерідко і фахівці, що працюють з ними, про причини розладу не замислюються. Всі зусилля зосереджуються на подоланні саме симптомів (емоційної вразливості, плаксивості, тривоги, страху, головного болю, порушень сну, тиків, енурезу, енкопрезу і т.п.). Заходи, спрямовані лише на боротьбу з симптомом, зазвичай, є безуспішними. Якщо все ж і вдається впоратися з симптомом, то через деякий час він повертається знову в первинній або змінений формі[54].

Отже, теоретичний аналіз дозволяє зробити висновок про те, що:

- діти з порушеннями опорно-рухової системи під впливом несприятливих факторів можуть мати невротичні симптоми та стани;
- невротичні розлади мають подібну симптоматику з ПТСР;
- у дітей з порушенням ОРА виникає проблема з визначенням невротичних розладів, а звертається увага на окремі симптоми.

Актуальними є дослідження Н. Макарчук що проводились при наданні психосоціальної допомоги дітям з особливими потребами у подоланні наслідків перебування у зоні військового конфлікту на сході України [94, с.82-90; 95]. Діти і підлітки, які перебували протягом тривалого часу в зоні військових дій, переживаючи спектр травматичних ситуацій, мали показники психологічних та соматичних гострих реакцій на стрес. Таким чином, дослідження проблеми розвитку та життєдіяльності дітей із порушеннями психофізичного розвитку, які перебували в зоні АТО дало можливість встановити, що [94]:

- чинники неструктурованої агресії як результат перебування у кризовому регіоні виступають домінантними у порушенні безпеки дітей, сприяють появі психічної травматизації, що впливає на психічне здоров'я і благополуччя;
- втрата безпеки детермінує порушення адаптації дітей та підсилює розгортання подальшої травматизації поза зоною військових дій. Виявлено, що здебільшого цим дітям притаманні симптоми ПТСР, тривожні та фобічні розлади; панічні прояви. Встановлено спектр порушень соматичної складової здоров'я. Цей фактор визначає взаємообумовленість часової локалізації перебування в зоні військового конфлікту та тривалості впливу негативних чинників на функціонування психічної діяльності

дітей; підвищення тривожності й роздратування як форми аутоагресії, що детермінує депресію. Встановлено взаємообумовленість між віком і тенденціями до подолання психічної травматизації; підтверджено, що чим меншими є діти, тим легше їм долати травму [103; 105; 107; 108; 119].

Узагальнюючи, можемо зробити висновок, що наявність психофізичних порушень у розвитку дитини може призвести при певних травматичних життєвих подіях до розвитку хворобливих станів у вигляді травматичного і посттравматичного стресу та інших невротичних і психічних розладів.

1.3. Резилієнс підхід у психолого-педагогічній корекції травматичних та стресових станів. Копінг-поведінка дітей та підлітків з типовим та порушеним розвитком

Відповідно до класичних поглядів на психологічну травму її наслідки оцінюються науковцями як негативні, результатом яких є: гострі стресові розлади, посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації. Проте, фахівці почали звертати увагу на те, що дорослі і діти по-різному реагують на травматичні події у своєму житті. В результаті у частини людей розвивається ПТСР, а у інших – ні. Цей факт став підґрунтям до двох основних підходів у психологічній науці: один із них орієнтується на концепт «травма», тоді як інший – на концепт «резилієнс» (resilience) [33; 116]. На нашу думку, підхід «резилієнс» у розумінні психологічної травми, може розглядатись як корекційний концепт формування психологічної пружності дітей та підлітків у ситуації травми. Резилієнс як психологічний термін у науковій літературі пов'язаний з іменами Дж. Бонано, Т. Гордєєва, Т. Корнілова, Т. Крюкової, Т. Куфтяк, А. Лактіонової, Р. Лазаруса та С. Фолкмана, М. Лаада, М. Магомед-Емінова, А. Махнач, Н. Унгар, Garmezy, Luthar,, Masten та Coat, Rutter, Werner.

Визначення «резилієнс» (з анг. - гнучкість, пружність, стійкість) - «життєздатність» пов'язано з ім'ям Н. Унгар, керівника міжнародного проекту «Методологічні та концептуальні проблеми дослідження життєстійкості дітей та підлітків» [33; 116]. У контексті згаданого проекту було запропоновано «resilience»

визначати як індивідуальну здатність особистості зберігати ресурси свого здоров'я, при цьому покладаючись на сім'ю, суспільство та культуру.

А. Лактіонова та А. Махнач вказують, що «resilience» - це здібність людини до соціальної адаптації та саморегуляції, що є механізмом вправління особистісними ресурсами, такими, як фізичне та психічне здоров'я. Психічне здоров'я - повноцінне функціонування емоційної, мотиваційно-вольової та когнітивної сфер у контексті соціальних та культурних факторів середовища [85; 116].

В українській науці поняття «резилієнс» трактується як пружність – здатність до відновлення попереднього фізичного та психологічного станів. Цей підхід у розумінні роботи з психологічним стресом та психотравмою ґрунтується на Керівництві Міжвідомчого постійного комітету (МПК) Генеральної Асамблеї ООН з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) в умовах надзвичайних ситуацій, що застосовується у світі з 2007 року [57]. В Україні використання концепції резилієнсу датується 2017 роком, та пов'язане з психологічною травматизацією суспільства через військові дії у країні [57; 116].

В сучасному діяльнісно-змістовному підході до розуміння психологічної травми, (представником якого є М. Магомед-Емінов) наслідки травматичного стресу поділяють на три види: негативні, нейтральні та позитивні [92]. Трьом видам наслідків відповідає три види психологічних феноменів: розлад (травма), психологічна стійкість та психологічне зростання.

М. Магомед-Емінов вказує на те, розлад – це феномен, що співпадає з класичним розумінням психологічної травми, який ми описували в попередніх розділах. Стійкість включає в себе адаптацію до травмуючої події та психологічну життєздатність після психотравми. Також завдяки стійкості людина зберігає свою емоційну цілісність у травмуючій ситуації, прикладаючи зусилля до вирішення складної ситуації. Психологічна стійкість – поняття близьке до «резилієнтності». Психологічне зростання розуміється як здібність людини використовувати травматичну та болісну подію, як джерело зростання та розвитку [92; 116]. У контексті поняття резилієнсу значення надається опановуючій поведінці особистості.

Центральним механізмом пружності у ситуації травматичного стресу вважають сформовані адаптативні копінг-стратегії, що забезпечують опанування стресом.

У сучасній науці визначено певні підходи, що пояснюють стрес-долаючу поведінку особистості [18]. У закордонній літературі опановуюча поведінка складається з двох феноменів: психологічного захисту і копінг-поведінки. Поняття «психологічний захист» (defensive behavior) сформувалося в психоаналітичних поглядах З. Фрейда [28; 116; 199]. Пізніше воно було більш детально розглянуто А. Фрейд. Згідно з психоаналітичним підходом психологічний захист є механізмом, спрямованим на зниження напруги і тривоги в ситуації інтропсихічного конфлікту з метою збереження цілісності і адаптації особистості. Пізніше в психологічній літературі з'явився термін «копінг», який пов'язують з ім'ям Л. Мерфі, що застосував його при вивченні чинників подолання кризових фаз розвитку у дітей. Поняття «coping» походить від англійського слова «cope» і перекладається, як «опанування». Л. Мерфі виявив співвідношення копінг-поведінки та індивідуально-типологічних особливостей особистості, а також позитивного чи негативного досвіду подолання у минулому. Також, Л. Мерфі виділив когнітивну та поведінкову складові копіngu. Далі проблема копіngu та розробка основних його положень належить Р. Лазарусу та його когнітивній моделі [84; 102; 111; 116; 123; 226]. Він описав усвідомлені стратегії подолання стресу та вправління з ситуаціями напруги і тривоги. Р. Лазарус вважав, що в основі регулювання взаємодії особистості та зовнішнього середовища лежить когнітивне оцінювання ситуації, що веде до емоційного сприйняття ситуації та її подолання. Когнітивна оцінка ситуації передбачає «первинне» і «вторинне» сприйняття. На первинному етапі індивід визначає проблемну подію, як нестійку та небезпечну, потім, враховуючи ступінь впливу та властивості фактору стресу, свої особистісні якості, здійснює підбір варіантів подолання ситуації. Саме за такою схемою відбувається процес формування різних форм копінг-поведінки. Р. Лазарус визначив копінг як прагнення до вирішення проблем, що проявляє індивід в ситуації активізації адаптивних можливостей, з метою збереження фізичної, особистісної та соціальної сталості. Опираючись на це розуміння копіngu Р. Лазарусом була

представлена модель копінг-механізмів, основу якої визначають три складових: копінг-стратегії, копінг-ресурси, копінг-поведінка [84, с.178-208; 116].

Отже, у процесі вправління зі стресом кожна особистість використовує свій набір стратегій (копінг-стратегій), враховуючи наявний досвід та психологічний резерв (особистісні або копінг-ресурси). З цієї причини копінг-поведінку почали розглядати як наслідок взаємодії копінг-стратегій та копінг-ресурсів. Копінг-стратегії є основою цієї моделі і визначаються, як реакція особистості на небезпеку з метою її подолання. Копінг-ресурси відносяться до стійких характеристик особистості та слугують збереженню конструктивного внутрішнього стану індивіда в процесі подолання стресу, сприяють розширенню різновидів копінг-стратегій. Копінг-поведінка це поведінка обумовлене наявністю зовнішніх і внутрішніх ресурсів у поєднанні з використанням копінг-стратегій. Р. Лазарус та С. Фолкман виділяють такі механізми подолання: орієнтовані на вирішення проблеми; орієнтовані на емоційне відреагування [84; 102; 111; 116; 123; 226].

Перша група стратегій передбачає раціональний аналіз проблеми, побудову плану вирішення ситуації, самостійний аналіз травмуючої події, пошук підтримки у інших, пошук додаткової інформації. Друга група стратегій – це емоційне відреагування на ситуацію. Вони не пов'язані з конкретними діями, спрямованими на подолання ситуації, а орієнтовані на тимчасове зниження емоційної напруги. Подальші дослідження Р. Лазаруса вказують на значну роль інтелектуального аналізу на початковому періоді стресової ситуації. Якщо когнітивний аналіз ситуації не виявив загроз та індивід зможе із нею справитись, то зав'язується проблемно-фокусований копінг. Якщо ж подія оцінюється як така, що не піддається змінам, то індивід використовує емоційно-фокусований, що орієнтований на втечу від вирішення ситуації [84; 102; 111; 116; 123; 226]. Модель копінг-механізмів Р. Лазаруса, що характеризується трьома складовими, стала основою наступних досліджень опанування стресу, травматичних та постстресових розладів. Подібний розподіл копінг-стратегій запропонували Р.Мос та Д. Шефер [231]. Вони виділяють три типи копінг-стратегій у ситуації стресу:

- стратегії, сфокусовані на оцінці (встановлення значущості та загрози події для самої особистості, розуміння можливих наслідків);
- стратегії, сфокусовані на проблемі, що проявляється в прийнятті рішень та конкретних діях для вправління з труднощами; соціальна підтримка;
- стратегії, сфокусовані на емоціях (керування емоціями та почуттями, підтримка емоційної рівноваги та стабільності).

Отже, Р.Моос та Д. Шефер розширили концепцію Р. Лазаруса, виділивши у поведінково-орієнтованих стратегіях когнітивні та поведінкові дії. Д. Амірхан за основу свого розуміння копінгу напрямок діяльності спрямованої на вирішення труднощів. Він виділяє три групи копінг-стратегій: вирішення проблем, пошук соціальної підтримки та уникнення [102; 111; 116; 123; 131]. Під стратегією вирішення проблем розуміють здібність людини до когнітивного аналізу проблеми та пошук шляхів до її вирішення. Використання допомоги інших людей у вирішенні проблеми –називається стратегією «пошук соціальної підтримки». Завдяки стратегії уникнення людина може знизити рівень стресу, зберігаючи емоційну рівновагу.

Подальші дослідження копінгу спрямовувались на опановуючі дії, та на ступінь їх інтенсивності (прояви активності та пасивності індивіда). С. Мадді поділяє копінг-стратегії на дві групи: життєстійкість (активний тип опанування), пасивність (використання не конструктивного копінгу) [128, с.323-335].

Близька до позиції С. Мадді класифікація Е Фридерберг [200, с.868-870; 218]. Вона розглядає копінг через успішність вирішення проблеми, виділяючи вісімнадцять видів, що структуруються у три категорії копінг-стратегій: звернення до інших (не може однозначно оцінюватись як ефективний чи не ефективний); когнітивний аналіз проблеми (ефективний копінг); уникнення вирішення проблеми (не ефективний копінг).

У сучасній психологічній літературі існує багато класифікацій копінгу, які зводяться до двох основних функцій копінгу у ситуації стресу:

- копінг, орієнтований на вирішення проблеми або на зміну свого ставлення до проблеми;

- копінг, що концентрується на емоційному сприйнятті, спробах опанування особистісними почуттями; на оцінюванні значущості ситуації для особистості; акцентування на проблемі, здійснення конкретних кроків по оволодінню стресом.

В процесі подолання стресової ситуації, людина використовує обидві зазначені функції. В ситуації управління стресом використовуються індивідуальні та неповторні комбінації емоційних, когнітивних та поведінкових особистісних складових. Поведінка, що має на меті усунути або зменшити вплив та інтенсивність стресового подразника, визначається як активна копінг-поведінка. За пасивною копінг-поведінкою знаходиться інтрапсихічна форма вправлення зі стресом, що призначена для керування емоційним збудженням до того, як зміниться травмуюча ситуація [84; 102; 111; 116; 123; 226].

Науковці виділяють три теоретичні моделі, що пояснюють копінг-поведінку: его-психологічна модель, модель особистісних рис, контекстуальна (ситуативна) модель [77]. Кожна із них має своє обґрунтування. Перша модель (его-психологічна) базується на несвідомих адаптаційних механізмах особистості (механізмах захисту) та розроблена вона Г. Вайландом та Н. Хааном.

Науковці, що представляють другу модель (модель особистісних рис) вказують на те, що подолання залежить від індивідуальних ресурсів та середовища в даний конкретний момент. Третя, контекстуальна (ситуаційна) модель обґрунтовує, що подолання залежить від ситуації та вміння особистості підібрати відповідний копінг для пошуку вирішення ситуації. Р. Лазаруса є представником третьої моделі. Він характеризує опановуючу поведінку як динамічний процес під час якого відбувається оцінювання ситуації, застосування певних дій до подолання та опрацювання емоційних травматичних факторів. При чому людина в різних життєвих ситуаціях може використовувати різні стратегії подолання. Р. Лазарус описує три етапи когнітивного опрацювання ситуації, які визначають процес подолання. Перший етап – визначення, оцінювання загрозливості ситуації та співставлення з наявним ресурсом особистості до подолання існуючих загроз [84; 102; 111; 116; 123; 296]..

За Р. Лазарусом існує три види подій, що проходять первинне оцінювання: події, що безпосередньо не впливають на життя особистості, тому не потребують реакції; нейтральні події; події, які неприємними для особистості. [84; 77; 226].

Вторинне оцінювання спрямоване на попередження загрози; його сутність у тому, щоб обрати спосіб вирішення та досягнення максимально комфортного результату та розпочати активну діяльність щодо вирішення проблеми. На цьому етапі обирається один із трьох типів стратегій: активні дії особистості щодо вирішення проблеми; переключення на іншу діяльність з метою покращення емоційного стану; просте вирішення ситуації без ніяких загроз. Процес оцінювання третього етапу – співставлення двох перших етапів оцінювання, де відбувається перегляд своїх можливостей щодо подолання ситуації. На думку Р. Лазаруса і С. Фолкмана, первинне і вторинне оцінювання впливають на форми прояву стресу, інтенсивність і якість подальшої реакції особистості. Вони вказали на те, що процес копінгу залежить від оцінювання величини загрози, оцінювання особистого ресурсу до подолання та фактор попередньої успішності вирішення стресової ситуації. Якщо, копінг був не успішним, то у такому разі стресор зберігається, тому у майбутньому є необхідність у подальших спробах вирішення.[77; 102; 111; 116; 123; 226].

На думку А. Бандури, переконання особистості у своїй власній спроможності у вирішенні ситуації обов'язково веде до безпосереднього вирішення цієї ситуації [216]. Якщо ж людина переконана, що її потенційних здібностей бракує, у неї низька самоефективність (вторинне оцінювання), то подія визначається, як така, що не є керованою, а тому – стресовою. Якщо на ситуацію можна вплинути, то це є діяльнісним копінгом. Якщо ситуація не піддається впливу та зміні, то доречним способом подолання є уникання. Коли людина не спроможна вплинути на ситуацію та це розуміння прийшло в результаті когнітивного оцінювання ситуації, доречним буде надання події нового змісту [77; 102; 111; 116; 123; 216].

Узагальнюючи, можемо говорити про те, що успішна адаптація можлива тоді, коли об'єктивно сприймається стресор. Постстресові реакції є актуальними тоді, коли людина переконана у власній неспроможності вплинути на ситуацію та ця ситуація є загрозливою. А. Бандура підкреслює, що оцінювання власних можливостей

вправління зі стресом ґрунтується на попередньому досвіді, вірі у себе, на соціальній підтримці, впевненості [77; 216]. Отже, копінг-поведінку можна зобразити у певній послідовності: сприйняття стресу - когнітивне оцінювання стресу - вироблення стратегії подолання - оцінювання результату дій. Схематично процес формування копінгу виглядає таким чином (рис.1.2):

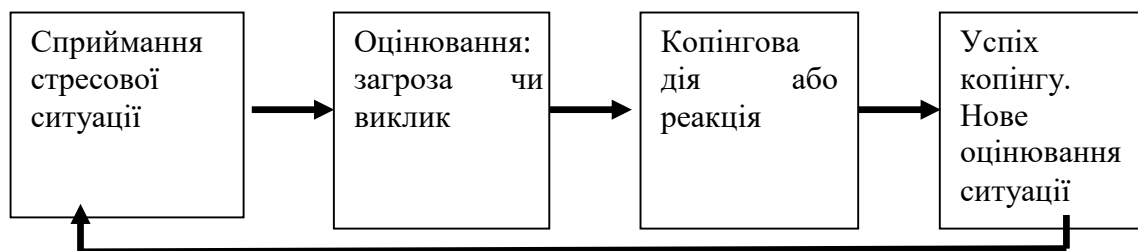


Рис. 1.2. Процес формування копінгу

Теоретичний аналіз копінг-поведінки особистості дозволив зробити висновок про те, що при низькому копінговому ресурсі збільшується кількість не вирішених життєвих ситуацій, що впливають на постійний емоційний фон людини та ведуть до збільшення захворюваності. Тому, вчені психолого-педагогічного спрямування знаходяться у пошуку методів формування конструктивних копінг-механізмів особистості. В. Шенпфлюг та ін. запропонували модель копінгу, що отримала назву «біокібернетичної моделі копінгу» [77]. В основі цієї моделі лежить розуміння того, що середовище і особистість мінливі, а це виявляється у взаємовпливі цих двох категорій. Тобто, вимоги середовища впливають на особистість, а реакції особистості впливають на середовище. Це говорить про можливість перепрограмування старих поведінкових патернів та формування нових реакцій на стресори.

В останні роки науковці досліджують випереджувальне опанування або так званий проактивний копінг. Випереджувальний, проактивний копінг (proactive coping) - це процеси, покладаючись на які людина передбачає ймовірні стресорита нейтралізує їх. Опановуючу поведінку можна розділити на складові: відновлювальна поведінка або реактивне опанування; випереджувальна поведінка, превентивна поведінка, спрямована на опанування стресової події найближчого майбутнього.

Дж .Нейл довів, що пружність є динамічною якістю особистості [77; 102; 111; 116; 123]. У канадському університеті Ватерлоу, відповідно до цих досліджень,

стверджують, що резилієнс – це якість, яку можна виховати та сформувати. Ними розроблена програма для, яка навчає педагогів формувати життестійкість у дітей. Також, ними було виділено особистісні характеристики дітей, що мають високу стресостійкість [77]. До них відносять: темперамент, що проявляється в безтурботній життєвій позиції, динамічному виході зі стану смутку; контролювання особистих емоційних проявів та уваги; навички вирішення проблем, що ґрунтуються на інтелектуальній діяльності, рефлексивності, емоційній та поведінковій гнучкості; розвиненості соціальної компетентності: спілкування, почуття гумору, емпатія, гнучкість; автономія та вміння потурбуватися про себе, незалежність в діяльності, сформована ідентичність; постановка цілей, віра; саногенне мислення, використання конструктивних копінг-стратегій; успіхи в навчанні та соціальній сфері.

Е. Вангер описав результати дослідження дітей із сімей з низьким соціальним та матеріальним статусом. Виявилось, що ці діти виявлялися стійкими у кризових ситуаціях, за умови панування у сім'ї любові та взаємної підтримки [230; 233]. В університеті Ватерлоу, Д. Мейхенбаумом було описано напрямки виховання дітей з метою формування у них стійкості до травмуючих факторів та до складних життєвих ситуацій [230]. До таких факторів виховання відносять:

- забезпечення дитині передбачуваних та спокійних умов, підтримання відчуття спокою, забезпечення виконання дитиною звичних соціальних ролей;
- обмеження впливу негативної інформації та новин;
- демонстрація дорослими позитивно спрямованого копінгу;
- забезпечення дитині здорових видів діяльності (сон, харчування, соціальна активність, фізичні навантаження відповідно віку дитини);
- формування вмінь у дитини використовувати ефективні копінг-стратегії та позбавлятися стратегій уникнення, що проявляються у звинуваченнях себе та інших, злобі, формуванні залежностей;
- навчання підтримці та допомозі іншим, волонтерській діяльності;
- відкритість дорослих до спілкування з дитиною, підтримка та розробка плану дій щодо виходу з кризової ситуації;
- навчання розпізнавати та цінувати соціальну підтримку;

- розвиток навичок осмислення та прийняття своїх емоційних станів.

М. Магомед-Емінов стверджує що стійкість є результатом роботи особистості після пережитої травми та включає у себе адаптацію до труднощів та стійкість в опануванні травматичною подією [92; 102; 111; 116; 123;]. Феномен стійкості до дистресу у дітей проявляється у навичках подолання простих життєвих труднощів; у пошуку та знаходженні нових життєвих цілей, вмінню підтримувати стосунки з іншими людьми, проявах турботи та любові до інших та до тварин; також потреба у розширенні способів реагування на критичні ситуації. Такі висновки М. Магомед-Емінов отримав досліджуючи розлучені пари та їх дітей. Проведений аналіз свідчить про наявну високу адаптивність дітей з неповних сімей та стійкість до соціального оточення та повсякденних стресів, сформовану гнучкість реакцій у ситуаціях фрустрації. Цікавим є те, що у дітей розлучених батьків деякі показники стійкості вищі у порівнянні з дітьми із повних родин. Цей фактор говорить про наявність компенсаторних механізмів психіки та постстресове зростання.

У сучасній науці існує велика кількість робіт, у яких досліджувалась проблема копінг-стратегій. Розглянемо особливості формування копінг-поведінки дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку.

Незначна кількість досліджень копіngu стосується дітей та підлітків з ООП. Проблему дитячої та підліткової копінг-поведінки переважно розглядали в з точки зору медичної психології такі науковці, як Н. Баширова, що досліджувала опановуючу поведінку у дітей з психічними порушеннями; Н. Михайлова - копінг сімей з сенсорними порушеннями, Н. Сирота - формування адаптивного та дезадаптивного копіngu [59; 128].

Е. Зайцева та І. Маракушина досліджували проблему копінг-стратегій у підлітків з ДЦП; зв'язок між копінг-стратегіями та виникненням депресії у дітей підліткового та юнацького віку з інвалідністю розглянуто в дослідженні Р. Williams та D. Wiebe [51, с.638-647; 59]; Б. Дем'яненко вивчала механізми психічного захисту та копінг-стратегій підлітків з порушеннями когнітивної сфери; Т. Колосова, Л. Макаручук, досліджували особливості формування механізмів опанування у підлітків з інтелектуальними порушеннями [70, с.189-194; 94, с.82-90].

Аналіз підходів різних авторів до поняття копінгу можемо стверджувати, що копінг-поведінка - це індивідуальний стиль діяльності особистості в скрутній життєвій ситуації, що реалізується за допомогою використання різних копінг-стратегій на основі особистісних ресурсів та ресурсів середовища [4; 5]. На думку Т. Артем'євої, А. Константинової, В. Онуфрієвої, Н. Сироти - активна адаптативна та функціональна копінг-поведінка у дітей та підлітків містить такі основні компоненти [141, с.701-703]:

- збалансованість у використанні копінг-стратегій з активними діями щодо вирішення проблем та пошук соціальної підтримки;
- гармонійність когнітивного, поведінкового та емоційного компонентів копінг-поведінки;
- присутність когнітивно-оціночних механізмів копінгу;
- переважання мотивації на успішність в процесі подолання стресових чинників над уникненням вирішення ситуації;
- бажання активностей, цілеспрямованість у подоланні стресових факторів;
- наявність, відповідно вікових особливостей особистісних копінг-ресурсів, що забезпечують емоційну стабільність у подоланні стресу та сприяють розвитку конструктивних копінг-стратегій (позитивна Я-концепція, вміння сприймати соціальну підтримку, емпатія, низька чутливість до ігнорування, наявність ефективної та емоційної соціальної підтримки з боку середовища);
- наявність ефективного соціально процесу, що забезпечує розвиток базової копінг-стратегії (пошук соціальної підтримки, сприйняття соціальної підтримки, самостійний вибір джерела підтримки, визначення її виду та дозування обсягу, успішність прогнозування можливостей підтримки) [102; 111; 116; 123].

Діяльнісний копінг характеризується навичками особистості у конструктивному аналізі стресової ситуації та покроковому її подоланні. Вагомим значення у діяльнісному копінгу є планування, що передбачає стратегічний аналіз дій, при розгляді усіх можливих варіантів вирішення ситуації. Причому, планування відбувається під час вторинної оцінки стресової ситуації [141, с.701-703]. Ще одним важливим фактором проблемно-орієнтованого (діяльнісного) копінгу є концентрації

на вирішенні проблеми та відсікання інших активностей. Наступний фактор проблемно-орієнтованого копіngu – стримування, що передбачає очікування належного часу для вирішення стресової ситуації та це очікування є усвідомленим. Ще один фактор проблемно орієнтованого копіngu, - пошук соціальної підтримки, що передбачає необхідність у емоційній підтримці, інтелектуальній підтримці, практичній допомозі у вирішенні ситуації. А також цей копінг реалізовує потребу в увазі, симпатії, прийнятті та розумінні [6; 102; 111; 116; 123].

Проаналізуємо чи є особливості проявів опановуючої поведінки дітей та підлітків з порушеннями ПФР у порівнянні з однолітками з типовим розвитком.

У науковій літературі існують окремі дослідження копінгових процесів у дітей та підлітків з ООП, серед яких роботи С. Бернардо, Ю. Чиркової, Т. Колосової, Т. Ханецької, Л. Макаручук та ін. [6; 16; 70, с.189-194; 94, с.82-90; 106; 113]. На підставі цих досліджень можемо зробити висновки, що стратегії копінг-поведінки визначаються не лише віковим фактором, а й особливостями психічного (розумового, особистісного та емоційного) розвитку дитини. При порушенні інтелектуальної діяльності відбувається збій в процесі копінг-поведінки на етапі «первинного оцінювання» (когнітивного інтелектуального процесу з емоційним компонентом).

При дослідженні копінг-поведінки та механізмів психологічного захисту у підлітків з порушеннями інтелектуального розвитку Т. Колосова виявила, що вони рідше, ніж підлітки з типовим розвитком, використовують конструктивні стратегії, спрямовані на вирішення ситуації [70]. У більшості випадків копінгіві стратегії не є конструктивними, що проявляються у «фізичному насиченні» та різних формах деструктивної поведінки. А ці фактори призводять до зниження адаптаційних можливостей особистості підлітка. Характерною ознакою опановуючої поведінки підлітків з інтелектуальними порушеннями у складних життєвих та стресових ситуаціях є дія за шаблоном, без врахування особливостей ситуації. Причому одноліткам з типовим розвитком властивий більш широкий спектр стратегій. Низька кількість стратегій поведінкового копіngu підлітків з інтелектуальними порушеннями частково пов'язано з недостатньою гнучкістю мислення, зниженою здатністю до навчання, уповільненим накопиченням життєвого досвіду [70; 106; 113].

При дослідженні копінг-поведінки у осіб раннього юнацького віку з легким ступенем інтелектуальних порушень С. Бернардо встановила, що неправильне «первинне оцінювання» ситуації цією категорією осіб, пов'язане з нестійкістю емоційної сфери [16, с.175-176]. Найбільш виражена в репертуарі копінг-стратегій у осіб з інтелектуальними порушеннями - це стратегія «пошуку соціальної підтримки», завдяки якій і пом'якшується вплив стресорів.

Аналіз наукової літератури та досліджень проведених С. Бернардо та Т. Колосовою, дозволив виділити особливості копінг-поведінки дітей та підлітків з інтелектуальними порушеннями [16; 70]:

- підлітки з порушеннями розумового розвитку використовують дефіцитарні, малопродуктивні стратегії подолання стресу, що призводять до соціальної дезадаптації та інших негативних поведінкових проявів;

- копінг-поведінка підлітків з порушеннями інтелектуального розвитку має певні відмінності за характером та змістом від копінг-поведінки підлітків зі сталим інтелектуальним розвитком;

- у підлітків з порушеннями діяльності інтелектуальної сфери частіше, ніж у їх однолітків з типовим розвитком, проявляються механізми психологічного захисту, притаманні більш ранньому віковому періоду;

- соціально-психологічна адаптація підлітків з інтелектуальними порушеннями на відміну від їх однолітків ускладнена внаслідок особливостей їх копінг-стратегій та механізмів психологічного захисту.

Н. Михайлова, досліджуючи характеристики опановуючої поведінки у дітей з порушеннями слуху, з'ясувала, що глухі та слабочуючі діти частіше у порівнянні зі своїми однолітками з типовим розвитком, використовували стратегії екстерналізації та стратегії, спрямовані на дистанціювання та уникнення вирішення проблем [127-129]. Глухі та слабочуючі діти, частіше за дітей з типовим розвитком, використовували стратегії пошуку соціальної підтримки; мали велику схильність до використання інтернальних способів копіngu, що проявлялось у підвищеній тривожності, аутоагресії [127;128]. Узагальнення досліджень Н. Михайлової дозволило провести порівняльну характеристику поведінки опанування у дітей зі

збереженим слухом та у дітей з порушеним слуховим аналізатором. У дітей з типовим розвитком до підліткового віку уже сформовані більш конструктивні стратегії подолання у стресових ситуаціях, спрямовані на вирішення проблеми, незважаючи на наявність окремих стратегій дистанціювання. Глухим та слабочуючим підліткам притаманний переважно емоційно-фокусований копінг (екстернальний), спрямований на емоційну розрядку або дистанціювання від проблеми шляхом заперечення та витіснення негативних переживань [106; 113; 127, 128].

Н. Михайлова зробила порівняння копінг-стратегій трьох груп підлітків: глухих, слабочуючих та їх однолітків з типовим розвитком, що дало можливість констатувати такі особливості опанування у стресі [127, с.63-69]:

- слабчуючі діти частіше за нечуючих дітей використовують екстернальні копінг-стратегії (поведінка переключення), тобто їхня поведінка у стресі співпадає з поведінкою дітей з типовим розвитком;

- слабчуючі діти, як і діти з типовим розвитком, зрідка використовують стратегію «пошук соціальної підтримки»;

- нечуючі ж діти використовують стратегію «пошук соціальної підтримки» досить часто.

Отже, це дослідження не виявило суттєвих відмінностей у використанні стратегій опанування стресовою ситуацією у дітей з виразними порушеннями слуху та дітей з типовим розвитком.

Подальші дослідження Н. Михайлової спрямовувались на виявлення особливостей копінг-поведінки та переважаючих емоцій у стресі дітей та дорослих у сім'ях, що виховують дитину з сенсорними порушеннями. Узагальнюючи дослідження Н. Михайлової можемо констатувати що у стресовій ситуації [106; 113; 127, с.63-69]:

- незрячі підлітки у порівнянні зі своїми нечуючими однолітками демонстрували більш стійкі прояви тривоги;

- незрячі підлітки у порівнянні з однолітками з типовим розвитком частіше демонстрували емоції страху, смутку та знервованості;

- незрячі підлітки частіше відчували та демонстрували гнів, відчай, фрустрацію та протест;

- нечуючі та слабочуючі підлітки на відміну від однолітків з типовим розвитком частіше почувалися наляканими, сумними, схвильованими та знервованими;

- глухі підлітки частіше відчували та демонстрували образу;

Дослідження Н. Михайловою сімей, що виховують дитину з порушеннями психофізичного розвитку свідчать, що підлітки з виразними сенсорними порушеннями вирізняються більш сильними емоційними переживаннями в момент стресового чинника, демонструють стани високої емоційної напруги, тривоги та фрустрації. Ці фактори можуть вказувати на те, що у цих підлітків низький поріг емоційного реагування у стресі та ситуації емоційної нестабільності [128; 129].

Отже, результати теоретичного аналізу проблеми свідчать про те, що сенсорне порушення має специфічний вплив на формування копінг-стилю дитини та підлітка, при цьому є пряма залежність між важкістю розладу та копінг-стилем.

Стратегії опанування у дітей та підлітків з ПОРА досліджували А Верблюген, І. Горковська, Е. Зайцева К. Киштимова, А. Мікляєва та А. Плотникова [9, с.180-196; 29, с.90-12; 41, с.638-647; 106; 113]. Узагальнення дозволяє зробити висновки:

- резилієнс підлітків з важкими ПОРА є нижчою ніж у їх однолітків з типовим розвитком; при помірних ПОРА зниження резилієнсу не визначено;

- копінг-стратегії підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату мають такий же рівень як і їх однолітки з типовим розвитком, але підлітки зі типовим розвитком користуються більш широким набором стратегій;

- існують суттєві відмінності формування конструктивного копінгу у підлітків з типовим розвитком у порівнянні з підлітками, що мають важкі порушення ОРА, але при помірних порушеннях відмінності є не значними;

- життєстійкість підлітків з важкими ПОРА пов'язана з можливістю підтримувати емоційну стабільність, а у дітей з помірними порушеннями ОРА життєстійкість пов'язана зі свідомою відмовою від неадаптивних поведінкових копінгів [29, с.90-102];

- підлітки з ПОРА частіше своїх типових однолітків користуються ситуативними стратегіями, серед яких є конструктивні (складання плану подолання, самоконтроль); та неконструктивні (дистанціювання, позитивна переоцінка конфронтаційного копіngu [41, с.638-647];

- підлітки з руховими порушеннями схильні вдаватися до соціальної підтримки в реалізації самостійно прийнятого рішення, тоді як підлітки, без порушень, частіше покладаються на себе або ж дистанціюються від проблеми, сподіваючись, що ситуація вирішиться сама по собі [41];

- підлітки з ПОРА у порівнянні зі своїми типовими однолітками, частіше перекладають провину на інших, шукають виправдання себе або своїх дій;

- найменш характерними для підлітків з ПОРА є реакції, спрямовані на залагодження конфлікту, усунення незручної ситуації, що є типовими реакціями дітей з типовим розвитком [41].

Узагальнюючи результати теоретичного дослідження можемо стверджувати, що рухові порушення впливають на вибір стратегій поведінки і спричиняють такі їх особливості: схильність підлітків до звернень по допомогу у вирішенні ситуації; втеча у вирішенні стресової ситуації; переосмислення загрозливих ситуацій з метою зміни його емоційного забарвлення; планування того, як вирішувати проблему; наявність агресивних поведінкових тенденцій для зміни ситуації [41; 106; 113].

Отже, копінг-поведінка розглядається як цілеспрямована поведінка, яка дозволяє справлятися з життєвими труднощами за допомогою усвідомлених дій, спрямованих на опанування ними. Найважливіший етап становлення життєстійкості та формування копінг-поведінки особистості співпадає з підлітковим віком. Формування копіngu пов'язано із позитивною самооцінкою, задоволеністю життям та обсягом соціальної підтримки. Порівняльний аналіз свідчить, що життєстійкість і копінг-поведінка підлітків з порушеннями сенсорної та розумової сфер, порушеннями опорно-рухового апарату має виразну специфіку та певні особливості.

На часі науковцями достатню вивчено проблему розуміння копінг-процесів особистості, проте зовсім мало досліджень опановуючої поведінки дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Відсутній адаптований психологічний

інструментарій для дослідження копінг-поведінки у осіб з ІП. Дослідження копінг-стратегій підлітків з порушеннями різних нозологій є досить неоднозначними, тому є потреба у подальшому вивченні цієї проблеми.

Важливим напрямком психічного та соціального розвитку в підлітковому віці дітей з порушенням розумового розвитку, сенсорними порушеннями та порушеннями ОРА та їх однолітків з типовим розвитком є формування стратегій, способів подолання стресових факторів, тобто формування широкого арсеналу опанування власної поведінки. Проте, як свідчать дослідження, життестійкість та копінг-поведінка підлітків з порушеннями психофізичного розвитку має певну специфіку, що проявляється в обмеженості репертуару копіngu. Саме тому підлітки з ООП потребують психолого-педагогічного втручання щодо формування життестійкості та адаптативної копінг-поведінки.

Отже, ми розглянули копінг-ресурси особистості у ситуації стресової та травматичної події та їх вплив на адаптацію людини до життя після травмуючих ситуацій. За Ф. Василюком до копінгових стратегій входить все, що робить людина для того, щоб подолати кризу та травматичні життєві події. Тобто, поняття копінгова стратегія об'єднує когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії, які використовуються для подолання кризових ситуацій [23].

В літературі досвід істотних позитивних змін у житті людини, що є результатом боротьби із життєвими кризами та травматичними ситуаціями, прийнято називати посттравматичним особистісним зростанням. Як стверджує С. Максименко, ці поняття відображають здатність людини до особистісного зростання в процесі подолання кризової ситуації [218; 227].

Ресурс щодо подолання життєвих ситуацій є у кожної людини. Успішне застосування ресурсних можливостей залежить від зовнішніх обставин і внутрішніх психологічних умов. У 90-х роках ізраїльський вчений і практик, директор кризового центру, професор М. Лаад (M Lahad) розробив інтегративну модель психологічного виживання людини у результаті стресових та травматичних чинників [225]. Ця інтегративна модель копіngu та стійкості у стресових та травматичних ситуаціях отримала назву - «BASIC Ph». Модель «BASIC Ph» окрім теоретичного

обґрунтування має і прикладний аспект, оскільки в основу програми покладено 25-річні дослідження, спостереження та інтерв'ю з різними групами населення в усьому світі, які перебували в ситуаціях постійної загрози своєму життю [225].

Розглянемо системний підхід до реабілітації дітей та підлітків, що мають посттравматичні стресові розлади в результаті бойових дій на досвіді Ізраїлю. Цей підхід декларує те, що кожна людина володіє внутрішніми силами або копінг-ресурсами що допомагають у стресі. Кожна людина розробляє свою унікальну модель подолання, що вдосконалюється протягом життя. М. Лаад окрім прикладного, надає і теоретичне обґрунтування своєї моделі [225].

Історія психології налічує декілька напрямків досліджень та спроб пояснити шляхи виходу людини із стресових та травматичних ситуацій. Одні дослідження намагалися дати найбільш точне пояснення цього феномену в цілому, інші - розглядали окремі аспекти здатності до копіngu в світлі різних психологічних теорій. В. Коширець детально розглядає ці підходи [78, с.131].

Емоційний підхід підкреслює важливість світу емоцій, поєднання в особистості внутрішнього (підсвідомість) і зовнішнього (проекція і трансфер). За теорією З. Фрейда первинні емоційні переживання, конфлікти і фіксації мають вирішальний вплив на розвиток особистості та ставлення людини до світу загалом. У психоаналітичній теорії психологічна травма являє собою невдале витіснення у підсвідомість певних емоційно складних для особистості переживань. Іншими словами, не проходить інтеграція травматичного досвіду у життєву історію особистості. Тому, не осмислений травматичний досвід, постійно перебуває в актуальному стані, намагаючись проявитися назовні. І такий прояв відбувається, але в символічній, прихованій для свідомості формі; розуміння символічного змісту і передбачає емоційне вивільнення [78; 199].

Соціальний підхід підкреслює роль суспільства і соціального середовища в методах протистояння або взаємодії людини та світу. А. Адлер у своїй теорії «неповноцінності і прагнення до влади» переглянув положення З.Фрейда про біологічну детермінанту людської психіки і сформулював теорію індивідуальної психології, згідно з якою людина розглядалася не як біологічна, а як соціальна істота.

На думку А. Адлера, пояснення психічних процесів та поведінки індивіда потребує передусім виявлення цілі, або цільової установки життя людини. Цільова установка (часто не усвідомлена) визначає «лінію життя» індивіда, його «життєвий план», який реалізовується людиною і визначає тривалу стратегічну спрямованість її поведінки. Таким чином, А. Адлер обґрунтував першочерговість соціальної мотивації людини у своїй діяльності [78]. Соціальність особистості також доводить Е. Еріксон, обґрунтувавши теорію восьми етапів розвитку (стадій розвитку «Его») особистості та наголосивши на міжособистісний зв'язок, як шлях людського розвитку та подолання стресових станів. Кожна стадія розвитку складається з психологічних, біологічних та соціальних компонентів. Так само як А. Адлер, Е. Еріксон, а пізніше і Е. Фром та К. Хорні дійшли висновку про домінуючий вплив суспільства та соціального оточення на розвиток особистості [79].

Творчий підхід підкреслює роль символів і архетипів, «культурного спадку», уяви, творчого духу як рушійної життєвої сили. На основі дослідження міфів, казок, звичаїв, ритуалів та релігійного вчення К. Юнг довів накопичення в процесі еволюції людини масиву колективного досвіду у формі архетипів. За К. Юнгом особистість накопичує у своїй психіці індивідуальний досвід, а й виступає носієм та перебуває під впливом досвіду минулих поколінь. У своїх моделях особистості К. Юнг розглядає інтуїцію як спосіб подолання і адаптації. К. Юнг підкреслює центральну роль уяви в розумінні світу. За його словами, без уяви і архетипів людині важко зрозуміти світ в його емоційній і функціональній складності [78; 212].

М. Мушкевич, С. Чагарна аналізують когнітивно-поведінковий підхід, як такий, що поєднує у собі два підходи у психології: когнітивний та біхевіоральний (поведінковий). В трактуванні поведінкової психології емоційні реакції і психічні розлади розглядаються як наслідок когнітивних структур та актуальних когнітивних навичок, набутих у минулому, а в якості проміжних змінних виступає думка. Фахівці, що працюють в рамках когнітивної теорії, виходять з того, що емоційні і поведінкові проблеми особистості пов'язані з порушенням когнітивних процесів. Поведінкові теорії розглядають невротичні стани та травматичні поведінкові прояви людини як вираження виробленої в онтогенезі неадаптивної поведінки [134, с.218-225].

Кожна людина може бути вразливою до певних травмуючих ситуацій. Ця вразливість, за А. Беком, пов'язана із особистісною структурою. Особистість ж являє собою сукупність когнітивних схем, які формуються протягом життя відповідно до індивідуального досвіду і пов'язані із нау́чінням та ідентифікацією із значимими людьми. Кожен розлад має власний типовий когнітивний зміст. ратакувати кривдників [13]. Когнітивна психотерапія в якості посередників виникнення усіх емоційних реакцій розглядає первинні когнітивні процеси. Вперше сформоване людиною уявлення про ситуацію є дещо узагальненим та неточним. Індивіду властивий вищий рівень когнітивної обробки інформації, який дозволяє перевірити і виправити загальну сформовану концепцію події. Проте, при наявності когнітивної обмеженості, корегуюча функція обробки інформації порушується, що проявляється у психопатоподібних симптомах та проявах [13; 14; 134, с.218-225]. Основні положення кожного із перерахованих напрямків теоретичних досліджень інтегровані в 6 основних складових, які пояснюють подолання особистості, шляхи виживання, що є основою моделі подолання стресових ситуацій «BASIC Ph» [225]. Узагальнивши теоретичні та прикладні психологічні дослідження М. Лаад виділяє шість основних елементів, які лежать в основі здатності людини до подолання стресових ситуацій [225]. Основою моделі є так званий «Міст над прірвою», оскільки у травматичній ситуації «Я» і «Світ» розриваються, тому потрібно цих два компоненти об'єднати. BASIC-PH - це технологія яка стає тим містком, що поєднає «Я» і «Світ». У кожній людини є шість каналів подолання стресу, але тільки два з них є домінуючими. У цій моделі враховуються всі шість частин, з яких складається характерний для кожної людини стиль подолання стресових та травматичних життєвих подій. А саме: віра (Belief): філософія життя, вірування та моральні цінності; афект (Affect): почуття, емоції; суспільство (Social): суспільний фактор – функція, приналежність, родина, друзі; уява (Imagination): творчість, гра уяви, інтуїція; свідомість (Cognition): знання, логіка, реальність, думки; фізіологія (Physiology): фізична, чуттєва модальність та діяльність. Охарактеризуємо кожен із цих каналів:

- «В» (базові цінності) – людина з домінуючим каналом «В» знайде опору у вірі і духовних цінностях, які допоможуть їй пережити важкі часи напруги та перелому.

Тут може бути як релігійна віра, так і політичні переконання, родинні цінності та установки, почуття місії (призначення), прагнення до самовираження;

- «А» (афективність) – це тип адаптації, під час якого, людина використовує афективні або емоційні методи: плач, сміх, вербалізований виклад своїх переживань у розмові з ким-небудь, а також можливе промальовування, декларування або прописування своїх емоцій;

- «S» (соціальність) – людина з таким типом адаптації шукатиме підтримки та приналежності до будь-якої групи; виконуватиме різні завдання, щоб відчувати свою значимість та бути частиною спільноти;

- «I» (імагінація, уява) – людина з таким типом адаптації використовує свою уяву, щоб втекти від реальності; вона фантазує та мріє. Вона може фантазувати щодо вирішення проблеми - вирішення, що виходять за межі реалістичних ідей;

- «C» (когнітивне мислення) – це тип адаптації, під час якого людина використовує когнітивні стратегії, які включають в себе, збір інформації, рішення проблем, самоорієнтацію, внутрішній діалог або складання списків дій і переваг;

- «Ph» (фізіологія) – такі люди використовують фізичні, тілесні методи боротьби зі стресом. Ці методи включають релаксацію, десенсибілізацію, фізичні вправи і фізичну діяльність загалом [102; 225].

Фаховий супровід травмованої людини та стимулювання 6 каналів подолання забезпечує принцип неперервності «Я» та «Світ». М. Лаад розглядає принцип відновлення неперервності як основу психологічної допомоги при стресових та травматичних розладах. В рамках його теорії виділяють такі види неперервності:

- когнітивна неперервність - це розуміння людиною життєвих процесів, відстеження логіки і передбачуваності подій. Якщо людина не розуміє, що і чому відбувається, не здатна відстежити причини та наслідки, то у неї підвищується рівень генералізованої тривожності;

- міжособистісна неперервність - це можливість підтримувати звичні для людини сфери спілкування: родинні зв'язки, дружні стосунки, соціальні та професійні комунікації;

- функціональна неперервність - це підтримка життєвих ролей особистості, її активності в якості дитини, брата, батька, учня, співробітника і т.п. Таким чином, важливо допомогти людині продовжувати виконувати свої звичні функції, продовжувати ті види діяльності, які були значимими для неї, які допоможуть відчувати себе повноцінним членом суспільства;

- особистісна неперервність - це відчуття особистісної ідентичності, це уявлення про себе. Цей образ себе важливо підтримувати, зберігати та розвивати; це те, що дозволяє особистості залишатися психологічно збереженою та сталою;

- емоційна неперервність – це конструктивні способи переживання та вираження емоцій, що є характерними для людини.

Сформульовані М. Лаадом види неперервності надають можливість фахівцям у різних державних структурах надавати ефективну психологічну допомогу, зосередившись на чітко структурованих та важливих для відновлення феноменах, які активізують наявні у людини ресурси та сприяють активному процесу адаптації до умов, що склалися. Модель «BASIC-Ph» лягла в основу психосоціальних втручань та досліджень після катастроф та бомбардувань у самому Ізраїлі та катастроф у всьому світі (Ayalon; Lahad, Shacham & Niv; Shacham and Lahad; Shacham) [225].

Ізраїльське населення знаходиться під постійною небезпекою ракетних обстрілів та терористичних актів, які загрожують їх життю. З метою посилення психоемоційних ресурсів населення та їх психологічної реабілітації Центр із запобігання стресу у громаді Ізраїлю «Машабім» розробив спеціальні просвітницькі та корекційні програми для педагогів та дітей усіх ланок навчальних закладів. Проаналізуємо основні аспекти програм реабілітаційних втручань розроблених ізраїльськими науковцями щодо формування стресостійкості дітей та підлітків у ситуації психологічного травмування, а також висвітлимо результативність цих програм. Вузько орієнтовані програми об'єднані однією спільною назвою «Раптом війна» («Suddenly – War»). Узагальнені результати за даною програмою та доказовість її ефективності були представлені М. Shacham та описані М. Лаадом [225].

Перші програми із цього циклу були розроблені після Другої Ліванської війни (2006 рік), яка закінчилася за два тижні до початку навчального року. Командою Центру запобігання стресу у громаді розробили програми для підвищення психологічної ресурсності та стійкості педагогів і дітей (Shacham & Cohen, 2007). Ці програми ґрунтувалися на попередніх програмах, розроблених Центром стресу після минулих бомбардувань, евакуації, тероризму, дорожньо-транспортних пригод та міжособистісного насилля. Усі перелічені програми пропонують заходи, що ґрунтуються на моделі «BASIC Ph» (Ayalon, 2013) [225].

Психолого-педагогічні втручання, що підвищують стійкість дітей після кризи або в ситуації постійної загрози, є необхідними для правильного психологічного розвитку та адаптації дітей, таких висновків дійшов при апробації корекційних програм Hobfoll et al у 2007 році [225]. Багато досліджень стосуються впливу програм втручання орієнтованих на зменшення симптомів травми у школярів (Berger, Pat-Horenczyk & Gelkopf (2007) [225].

Berger, Pat-Horenczyk & Gelkopf у 2007 році представили аналіз програми втручання, що реалізовувалась в школах Хайфи після серії п'яти терористичних атак протягом двох років. Метою програми було підвищення рівня резилієнсу учнів в ситуації постійної терористичної загрози. Програма реалізовувалась педагогами, що пройшли попереднє навчання. Програма орієнтована на школярів включала в себе інтерактивні лекції про типові симптоми, пов'язані зі стресом (психологічна просвіта), вправи на саморелаксацію, вербалізовані когнітивні техніки та методи арт-терапії. Дослідження показало, що після програми школярі демонстрували зниження симптомів травми, зменшення соматичних скарг, зниження рівня тривоги [225].

Інше дослідження, описане Wolmer, Hamiel, Barchas, Slone and Laor у 2011, спрямовувалось на зниження негативних наслідків травми та формування резилієнсу у школярів віком 8-12 років, що піддавалися щоденним ракетним атакам на півночі Ізраїлю під час Другої Ліванської війни. Ця програма реалізовувалась через 5 місяців після бомбардувань. Заняття проводились раз на тиждень протягом трьох місяців та спрямовувались на управління стресом, на усвідомлення тілесних напружень та зажимів, на використання прийомів концентрації уваги, на ідентифікацію та корекцію

негативних думок. Результати дослідження показали, що учасники програми виявили значно меншу кількість та інтенсивність симптомів травми, стресу, страху, мінливості емоційних настроїв та негативних поведінкових реакцій ніж їх однолітки із контрольної групи, що не були учасниками корекційної програми [P. Kahan-Strawczynski D. Levi]. Як показало дослідження, ці просвітницько-корекційні методики знижують актуальний травматичний досвід дітей.

Ще одне дослідження, що підкреслює ефективність програм побудованих на інтегративній мультимодальній моделі «BASIC Ph» було описане Baum [225]. В рамках цієї описаної програми педагоги пройшли навчання в центрі національної програми втручання після декількох терористичних атак в Єрусалимі. Просвіта педагогів була спрямована на покращення щоденної комунікації з дітьми, здатності педагогами надавати дітям, відповідну віковій категорії, безпосередню та постійну емоційну підтримку. Педагогічні втручання ґрунтувалася на отриманих педагогами знаннях про розвиток дитини та психоемоційні реакції дітей у кризових станах. Педагогам також були надані практичні навички та знання щодо формування резилієнсу, розуміння стресових ситуацій та їх травматичного впливу на психіку дитини. Ці знання та практичні навички педагогічних працівників стали підґрунтям до формування кращої комунікації, створення довірливих стосунків з дітьми, допомогли у роботі зі страхами, втратами і подоланням травматичних ситуацій.

А. Коен, М. Лаад у 2002 році досліджували рівень підготовки педагогів до корекційних втручань, а також підготовку підлітків з метою надання допомоги та емоційної підтримки під час кризи для молодших школярів [225]. Підлітків навчали використанню мистецьких експресивних та творчих методів, імітаційним іграм спрямованим на вирішення проблем. Підлітки за бажанням могли проводити такі ж самі ігри для своїх менших за віком школярів. Метою програми було зміцнення стресостійкості самих підлітків; навчіння інструментам боротьби з травматичним стресом. Результати - довели високу ефективність таких втручань.

Ще одне дослідження ефективності корекційних програм, що базуються на мультимодальному підході «BASIC Ph» було проведено після завершення конфлікту 2008 року в Північній Уганді. Перед системою освіти цієї країни постало питання

підвищення стресостійкості дітей та зниження впливу на психіку дітей травматичних подій. Програма психосоціальної структурованої підтримки була реалізована в 21 школі на півночі Уганди (Ager et al., 2011) [225]. Ці втручання - це мультимодальний підхід, який базується на учінні про розвиток природньої стійкості дітей та як результат - емоційне зцілення від травми. Дана програма складається з 15 сесій, що включає теми безпеки, контролю, обізнаності про наслідки стресу, формування самооцінки, вміння безконфліктної взаємодії, прийоми ефективного планування. Через рік після завершення програми втручань – емоційне благополуччя дітей значно зросло за усіма досліджуваними показниками, ніж у дітей з контрольної групи.

М. Баум та ін. (2013 рік) довели важливість підготовки вчителів щодо зміцнення емоційної стійкості дітей у ситуації війни [225]. У своєму дослідженні вони використовували коротку 12-годинну підготовку вчителів, з метою надання практичних навичок формування стресостійкості у школярів. Метою даної програми також передбачалось відпрацювання педагогами особистісних почуттів та думок пов'язаних з травмами війни. Результати дослідження показали, що підготовлені вчителі ефективніше справлялись з формуванням стресостійкості дітей; це було відображено у низьких показниках щодо формування посттравматичних стресових розладів; суттєвому зниженню симптоматики тривоги у школярів. Описані дослідження підтверджують, що використання моделі «BASIC Ph» при розробці корекційних втручань, вирішують питання стійкості дітей у ситуації постійно існуючої загрози та ведуть до значного зниження симптомів травми[225].

Проаналізуємо програму підвищення стресостійкості вчителів і дітей у ситуації війни «Раптом війна». Дана програма спрямована на підвищення рівня стійкості вчителів та дітей після Другої Ліванської війни в початковій школі Ізраїлю (початкова школа в Ізраїлі – це 6 років навчання). Війна тривала 33 дні, протягом яких учні, їх батьки та вчителі переживали ракетні бомбардування. Деякі з жителів вирішили евакуюватися і переїхали жити в безпечніші місця. Проте, вони мали високий рівень тривожності щодо своїх рідних, які залишилися в зоні обстрілу. Після припинення вогню в школах була запроваджена програма втручання, що передбачала такі цілі: підвищення стресостійкості вчителів, які мали працювати з учнями молодшої школи;

забезпечення вчителів чітким інструментарієм роботи з учнями з метою підвищення їх особистісних ресурсів; зміцнення мотивації учнів до навчання; виявлення категорії учнів, які потребують індивідуальних втручань зі сторони фахівців міждисциплінарної команди та адміністрації закладу, психолога, соціального педагога, медичних працівників.

На першому етапі реалізації програми відбувається підвищення емоційного ресурсу педагогічного працівника. На даному етапі проводяться навчально-практичні семінари для вчителів. Мета даного етапу - надати можливість вчителям висловлювати почуття, особисті історії та особистий досвід війни; розмірковувати над тим, що допомогло їм впоратися із трагічними ситуаціями та отримати підтримку від своїх колег у навчальному закладі. Семінари включали теоретичне знайомство з мультимодальною моделлю «BASIC Ph»; визначення особистого профілю за згаданою моделлю та розширення репертуару ресурсів для вирішення проблем; розуміння симптомів «травми» та «посттравми». Отримані знання та навички, творчі, вербальні та невербальні засоби впливу, викладачі почали використовувати в процесі навчальної діяльності зі своїми учнями у класах. Протягом перших місяців класні керівники в команді з адміністрацією, викладачами фізичного виховання, музики та мистецьких дисциплін розробляли для дітей форми психокорекційних впливів на різних заняттях. Корекційні впливи розроблялись як для групової, так і для індивідуальної роботи. Реалізація програми проводилась під керівництвом адміністрації та у супроводі команди Центру стресу.

Наступний етап передбачає підвищення ресурсів подолання у школярів. Участь школярів у програмі передбачає написання та вербалізація особистих історій; зображення особистих історій у живописі, скульптурі; емоційне вивільнення через музику, танці, фізичні вправи та ігри; научіння школярів прийомам релаксації та прийомам навіювання через керовані образи; надання можливості обговорення своїх емоцій на корекційних класних годинах та особисто з вчителем. Корекційний ефект також забезпечується тим, що діти знаходились в звичному класному середовищі, в безпечній, сприятливій атмосфері та працювали зі своїми педагогами. У рамках цієї програми передбачається і просвіта батьків. Батькам була запропонована спеціальна

семінарська група, що керувалася фахівцями Центру стресу. Програма цієї батьківської групи орієнтована на розуміння симптомів травми у себе та своїх дітей; напрямків подолання травми; розуміння «нормальних» реакцій дітей на «ненормальні» травматичні ситуації, а також формування адекватних виховних впливів батьків на деструктивні поведінкові реакції дитини у ситуації стресу. Також надавалась інформація щодо того, у яких випадках батьки, помітивши наслідки стресу у поведінці своїх дітей, мають звертатись до фахівців-психологів.

На думку травмотерапевта та радника по освіті О. Ayalon дані програми є доказовими моделями для підвищення стійкості вчителів та учнів у період стресових та надзвичайних ситуацій, які, на жаль, характеризують сучасну дійсність. Розроблені програми підвищують здатність справлятися зі стресом, розвивають особисту стійкість. На думку О. Ayalon, що підтверджено дослідженнями, програми що ґрунтуються на моделі «BASIC-Ph» можуть використовуватись для будь-якої вікової категорії, у будь-якій країні з метою підвищення стійкості після стихійних лих, нещасних випадків, військових дій та травматичних сімейних ситуацій. О. Ayalon рекомендує включати ці програми з метою превенції стресових розладів у школярів і у мирний час, оскільки в результаті формується висока стресостійкість дітей та підлітків. На її ж думку, у підготовку вчителів повинні включатись теми психотравм, поведінкових стресових реакцій, розуміння особистісних копінг-ресурсів та шляхів формування конструктивного копінгу у школярів [225].

Отже, програми втручання, що побудовані на основі мультимодальної моделі боротьби зі стресом та травмою «BASIC Ph» доказали свою ефективність у стресових, травматичних та посттравматичних ситуаціях у Ізраїлі та в різних країнах світу що потерпали від стихійних лих та військових конфліктів. Програми втручання виявились ефективними у роботі з дітьми та підлітками, їх батьками та педагогами.

Висновки до розділу I

Результати аналізу літератури з теми дослідження та їх узагальнення засвідчили, що проблема посттравматичного стресового розладу була, починаючи з другої половини 20 століття широко досліджуваною у клінічних, психологічних, соціально-психологічних дослідженнях. Проте дослідження впливу травматичних

факторів та стресу на особистість дитини у педагогічній науці розпочалося значно пізніше та є актуальними і сьогодні.

Ці дослідження дозволили систематизувати розуміння походження та розгортання ПТСР. Первинні розлади, що виникають при емоційному стресі в різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, призводять до зміни нормального функціонування систем організму. Емоційні стреси за своїм походженням, як правило, є соціальними, і стійкість до них у різних людей різна. Стресові реакції на психосоціальні труднощі – це інтегративна відповідь на когнітивну їх оцінку і емоційне збудження. Відповідно до сучасних поглядів, стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, відповідно до існуючих концепцій, порушується структура самості, когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що керують процесами навчання та пізнання світу, системою пам'яті, емоційною сферою людини. Стресором в таких випадках виступають травматичні події, екстремальні кризові ситуації, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. Такі події передусім порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому ПТСР.

У психологічній науці існує декілька підходів до формування ПТСР, проте незалежно від різних підходів до походження та причин виникнення посттравматичного стресового розладу, опис симптоматики залишається незмінним. Виділяють три основні групи симптомів, що характеризують психологічні та фізіологічні прояви при ПТСР у дорослих та дітей: симптоми повторного переживання; симптоми уникнення; симптоми підвищеної збудливості.

Для дітей та підлітків, які пережили військові події, та інші ситуації травматичного стресу характерні проблеми психологічного характеру, що проявляються на когнітивному, емоційно-вольовому та поведінковому рівнях, що відображається на навчанні, міжособистісному спілкуванні та формуванні особистості загалом. У підлітків відзначаються різноманітні соматичні скарги, але

за результатами медичних оглядів вони не мають органічного походження. У підлітковому віці за характерологічними ознаками ПТСР досить близький до проявів у дорослих. Однак є кілька характерних особливостей.

В результаті аналізу незначних досліджень, що стосуються дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку, з'ясовано що наявність розумового, сенсорного та церебрального порушення розвитку дитини може призвести при певних травматичних життєвих подіях до розвитку хворобливих станів у вигляді травматичного і посттравматичного стресу та інших невротичних і психічних розладів. Проте вплив травматичних та стресових життєвих ситуацій на психіку дітей з порушеннями психофізичного розвитку практично не досліджувався у сучасній психолого-педагогічній науці. Проблема стресу та травматичного стресу у дітей з особливими потребами потребує ґрунтовного вивчення. Диференціація симптомів ПТСР від інших невротичних розладів сприятиме вчасному встановленню проблеми, наданню необхідної корекційної та терапевтичної допомоги на різних етапах розвитку дитини з особливими освітніми потребами.

Наукові джерела свідчать про два підходи до корекції стресових та постстресових розладів, а саме: травмофокусований підхід та підхід резилієнсу, що оснований на копінговому ресурсі особистості. Процеси психологічного подолання (копінгу) – це інструментарій, за допомогою якого особистість здійснює контроль над загрозливими життєвими ситуаціями. Як свідчать дослідження, цей арсенал засобів опанування у стресових ситуаціях можливо розширяти та формувати. Саме тому цей підхід до роботи з травматичними подіями школярів може бути актуальним у професійній діяльності педагогів та психолога навчального закладу [116].

Отже, сучасні погляди на стрес та психічну травму у розрізі психологічного феномену «резилієнсу», як здатності особистості до емоційної стійкості в ситуації травми та швидкого психологічного відновлення після травматичних подій є актуальними для спеціальної педагогіки та психології. Описані дослідження феномену стійкості та копінгу – це нові перспективи у розумінні розвивальної, психокорекційної роботи з дітьми, що пережили стресові та травматичні події, є внутрішньо переселеними або постраждалими в результаті військових подій [116].

Зміст першого розділу дисертації висвітлено в таких публікаціях автора:

1. Марціновська І. П. Резилієнс підхід у психолого-педагогічній корекції травматичних та стресових станів. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : зб. наук. праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори 2006, 2019. С. 205-219.
2. Марціновська І. П. Особливості формування копінг-поведінки підлітків з порушеннями психофізичного розвитку. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Київ : Нац. пед. ун-т імені М.П. Драгоманова, 2019. Вип. 38. С. 117-123.
3. Марціновська І. П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький : ХІСТ, 2017. № 14. С. 223-228.
4. Марціновська І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. Педагогічні науки* : зб. наук. пр. / за ред. проф. Т. Степанової. 2018, №2(61). С. 178-184.
5. Марціновська І. П. Стрес та травматичний стрес у дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький : ХІСТ, 2019. № 17. С. 78-82.
6. Марціновська І. П. Психотравмуюча ситуація та її наслідки. Педагогіка та психологія сьогодні: постулати минулого і сучасні теорії. *Зб. наук. роб. учасн. Міжнар. наук.-практ. конф. (21-22 жовтня 2016 р. м. Одеса)*. Одеса : ГО «Південна фундація педагогіки», 2016. С. 52-56.
7. Марціновська І. П. До проблеми посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : зб. за підсумками звітної конф. викладачів, докторантів і аспірантів.

Вип. 15 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам.-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2016. Т. 1. С.112-113.

8. Марціновська І. П. Особливості поведінки дітей що пережили травмуючу подію. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : зб. за підсумками звітної конф. викладачів, докторантів і аспірантів. Вип. 16 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам.-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2017. Т. 1. С. 113-114.

9. Марціновська І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. *Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму* : Мат. II міжнар. наук.-практ. конференції. Кам'янець-Подільський : Подільський спец. навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж, 2018. С. 329-332.

10. Марціновська І. П. До проблеми посттравматичного стресу у школярів із особливостями психофізичного розвитку. *Мат. міжнар. наук.-пр. конф. «Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів та студентів на засадах компетентісного підходу до освіти»*. Хортиця : Хортицька нац. навчально-реабілітаційна академія, 2018. С. 185-187.

11. Марціновська І.П. Копінг-поведінка підлітків з особливостями психофізичного розвитку. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : зб. за підсумками зв. конф. викладачів, докторантів і аспірантів. Вип. 18 : у 3-х томах. Кам-Под. : Кам.-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2019. Т. 1. С. 118-119.

12. Марціновська І. П. Стрес та травматичний стрес у дітей та підлітків з інтелектуальними порушеннями. *Зб. наук. праць молодих вчених Кам'янець-Подільського нац. університету імені Івана Огієнка*. Кам'янець-Подільський : Кам-Под. національний університет імені Івана Огієнка, 2019. Вип. 10. С. 50-51.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДИКА ТА РЕЗУЛЬТАТИ КОНСТАТУВАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи психолого-педагогічного дослідження розладів, обумовлених посттравматичним стресом у підлітків

Аналіз та узагальнення психолого-педагогічної літератури з теми дослідження дозволив окреслити сутність поняття «посттравматичного стресового розладу (ПТСР)» у підлітків та визначити його зміст, що проявляється на трьох рівнях (емоційний, когнітивний та поведінковий); дослідити взаємозалежність між ПТСР та використанням особистістю неадаптивних копінгових поведінкових стратегій [47; 113; 116; 118; 121]. Дослідження спрямовувалось на вивчення впливу постстресу на віддаленому етапі травматизації в основних сферах життєдіяльності особистості: емоційно-вольовій, поведінковій та когнітивній; з'ясовувався рівень впливу травматичної події на особистість підлітка; вивчалась обумовленість посттравматичних проявів у дітей з використанням ними низько адаптивних поведінкових стратегій.

У роботі дотримувалися структурно-логічного підходу, який передбачає поетапну реалізацію визначених мети та завдань дослідження.

Мета констатувального дослідження передбачала психолого-педагогічне вивчення розладів, обумовлених посттравматичним стресом, обумовленим перебуванням в зоні військового конфлікту, у підлітків з типовим та порушеним розвитком.

Відповідно до мети дослідження було сформовано завдання двох етапів констатувального експерименту: підготовчого та діагностико-констатувального.

Перший етап – підготовчий, передбачав розв'язання таких завдань:

1. Збір статистичних даних про дітей з типовим та порушеним розвитком, що постраждали в результаті військової агресії.

2. Вивчення дітей, що постраждали в результаті військової агресії на предмет наявності симптомів ПТСР за МКХ-10.

3. Виокремлення кількості дітей з типовим та порушеним розвитком, що мають симптоми ПТСР серед загальної кількості дітей, що пережили травматичну подію.

Другий етап констатувального експерименту - діагностико-констатувальний. Цей етап передбачав два напрями дослідження.

Перший напрям діагностико-констатувального експерименту спрямовувався:

1. Розробку та обґрунтування критеріїв функціонування особистості підлітка в результаті пережитої травматичної ситуації у трьох сферах: когнітивній, емоційно-вольовій та поведінковій.

2. Виявлення розладів, обумовлених ПТСР, у емоційно-вольовій, поведінковій та когнітивній сферах дітей підліткового віку з типовим та порушеним розвитком.

3. Аналіз проявів симптомів ПТСР у дітей з ООП з різними типами психофізичних порушень.

Другий напрямок діагностико-констатувального експерименту спрямовувався:

1. Дослідження копінг-поведінки підлітків з типовим та порушеним розвитком.

2. Аналіз взаємозалежностей між копінг-поведінкою школярів та порушеннями, що обумовлені ПТСР.

Аналіз наукової літератури дозволив виділити основні особливості функціонування особистості травмованого підлітка у віддаленому періоді від стресової ситуації. Відповідно до яких у констатувальному експерименті визначено критерії проявів ПТСР у підлітків, а саме: емоційно-вольові, когнітивні, поведінкові [117; 118; 121].

Емоційно-вольовий критерій прояву ПТСР характеризується суттєвим зниженням загального емоційного фону, що набуває негативного та песимістичного відтінку; зниження гедоністичних здібностей. Відбувається загальне зниження настрою, негативне оцінювання особистісної ефективності в цілому, низька самооцінка, постійне очікування неприємностей, схильність до плаксивості, знижена потреба у міжособистісній комунікації, підвищений рівень тривожності. На фоні такого зміненого настрою відзначаються емоційні спалахи негативного характеру, що

проявляються в емоційних реакціях дратівливості, гніву, агресії, підозрілості, почутті відчуження, самотності. Високі показники агресивності школяра негативно впливають на соціальну та міжособистісну взаємодію. [10; 167; 175; 201; 203].

Поведінковий критерій прояву ПТСР характеризується загальним зниженням функціональності та соціальної взаємодії, що проявляється у гіперактивності, пасивності, замкненості, регресивних формах поведінки; суїцидальних проявах. Наявний високий рівень агресивності підлітка впливає на соціальну та міжособистісну взаємодію, проявляючись у конфронтації, конфліктах з оточуючими, а також є перешкодою до успішної діяльності. Наявність низьких показників сформованості конструктивної міжособистісної комунікації та агресивних проявів визначає низький соціальний статус підлітка у колективі.

Когнітивний критерій прояву ПТСР характеризується зниженим функціонуванням процесів пам'яті, мислення, уваги; збіднілим мовленням, або навпаки підвищеною мовленнєвою активністю. Низька когнітивна функціональність проявляється у труднощах зосередження, підвищеному відволіканні, звуженні поля уваги; зниженні показників оперативної пам'яті, проблеми з відтворенням інформації, порушеннях процесів логіки, спрямованості мислення; труднощах прийняття рішень; зниженням творчого потенціалу. Низькі когнітивні можливості підлітка є причиною зниження успішності у навчальному процесі.

Врахування основних аспектів функціонування особистості підлітка у посттравматичний період та у відповідності до виділених критеріїв, визначено показники, якими характеризуються прояви ПТСР у підлітків.

Показниками емоційно-вольового критерію розладів обумовлених ПТСР є: настрій, самопочуття, активність особистості, самооцінка, гедоністичні здібності, тривожність, депресивність.

Показниками поведінкового критерію розладів обумовлених ПТСР є: агресивність, гнів, ворожість, фізична агресія, міжособистісна комунікація, соціальний статус у колективі.

Показниками когнітивного критерію розладів обумовлених ПТСР є: різниця середнього балу успішності до та після травматичної ситуації.

Відповідно до сформованих критеріїв та показників, було визначено рівні розладів кожного критерію що, обумовлені ПТСР, а саме: високий, середній та низький. *Охарактеризуємо рівні розладів емоційно-вольового критерію порушень, обумовлених ПТСР. Високий рівень* розладів емоційно-вольового критерію ПТСР характеризують:

- високий рівень прояву симптомів депресії, а саме: високі показники за критерієм зниженого настрою, низькі гедоністичні здібності підлітка, низький рівень функціонування вегетативних функцій, занижена самооцінка, низькі показники сформованості конструктивної міжособистісної комунікації;
- низькі показники психоемоційних станів, таких як: самопочуття, активність, настрій;
- високі показники за рівнем тривожності.

Середній рівень розладів емоційно-вольового критерію ПТСР характеризують:

- середні показники за рівнем прояву симптомів депресії, а саме: середні показники за критерієм зниженого настрою, середні гедоністичні здібності підлітка, середній рівень функціонування вегетативних функцій, середній рівень самооцінки та наявність середніх показників конструктивної міжособистісної комунікації;
- показники психоемоційних станів, таких як: самопочуття, активність, настрій, знаходяться на середньому рівні;
- рівень тривожності - середнього рівня.

Низький рівень розладів емоційно-вольового критерію ПТСР характеризують :

- низькі показниками симптомів депресії, а саме: низькими показники за критерієм зниженого настрою, високими показники гедоністичних здібностей підлітка, високим рівнем функціонування вегетативних функцій, достатнім рівнем самооцінки та високими показниками конструктивної міжособистісної комунікації;
- високі показниками психоемоційних станів, таких як: самопочуття, активність, настрій;
- низькі показниками рівня тривожності.

Охарактеризуємо рівні розладів поведінкового критерію порушень, обумовлених ПТСР. Високий рівень розладів поведінкового критерію ПТСР характеризують:

- високі показники рівня агресивності, що на поведінковому рівні проявляється в фізичній агресії, ворожості та проявах гніву;
- наявність низьких показників сформованості конструктивної міжособистісної комунікації;
- соціальний статус у колективі: «нехтуваний», «ізолюваний».

Середній рівень розладів поведінкового критерію ПТСР характеризують:

- середні показники рівня агресивності, що на поведінковому рівні проявляється в фізичній агресії, ворожості та проявах гніву;
- наявність середніх показників сформованості конструктивної міжособистісної комунікації;
- соціальний статус у колективі: «неприйнятий»

Низький рівень розладів поведінкового критерію ПТСР характеризують:

- низькі показники рівня агресивності;
- наявність високих показників конструктивної міжособистісної комунікації;
- соціальний статус у колективі: «бажаний» або «зірка».

Охарактеризуємо рівні розладів когнітивного критерію порушень, обумовлених ПТСР. Високий рівень розладів когнітивного критерію ПТСР характеризують:

- зниження успішності дитини після травматичної ситуації у порівнянні із середнім балом успішності до ситуації;
- наявний середній бал успішності дитини у навчальній діяльності на рівні низького рівня (4-6 балів).

Середній рівень розладів когнітивного критерію ПТСР характеризують:

- зниження успішності дитини після травматичної ситуації у порівнянні із середнім балом успішності до ситуації;
- середній бал успішності дитини у навчальній діяльності на рівні середніх показників (7-9 балів).

Низький рівень розладів когнітивного критерію ПТСР характеризують:

- зниження успішності дитини після травматичної ситуації у порівнянні із середнім балом успішності до ситуації;
- середній бал успішності дитини у навчальній діяльності в межах високого та достатнього рівнів.

Відповідно до другого напрямку діагностико-констатувального експерименту було виділено критерій, що характеризує вміння підлітків справлятися із стресовими та травматичними життєвими ситуаціями. Цим **критерієм є копінг-поведінка підлітків**.

Показниками критерію сформованості копінг-поведінки підлітків є: вирішення проблеми, використання підтримки, уникнення невдач. Показники даного критерію виділені відповідно до досліджень Амірхана Д., Сироти Н. та Ялтонського В [102]. Відповідно до описаного критерію та його показників можемо виділити рівні сформованості копінг-поведінки підлітків: адаптативний рівень, відносно адаптативний та неадаптативний рівень. Охарактеризуємо виділені рівні.

1. **Адаптативний рівень**, що вказує на активне використання у поведінці стратегії вирішення проблем у поєднанні зі стратегією пошуку соціальної підтримки. При зіткненні із труднощами, стресовими та травматичними факторами, підліток активно намагається використовувати всі наявні у нього особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми. У ситуації, коли самотійно неможливо знайти вирішення, підліток звертається за підтримкою до дорослих та друзів.

2. **Відносно адаптативний рівень**, характеризується домінантним використанням у поведінці стратегії пошуку соціальної підтримки. Ця стратегія є активною поведінковою стратегією, при якій людина для ефективного вирішення проблеми звертається за допомогою і підтримкою до оточуючих: сім'ї, друзів, значущих інших. Отримавши підтримку та схвалення, підліток вибудовує інтелектуальні стратегії вирішення ситуації (стратегія вирішення проблем). У періоди ситуації невизначеності підліток може використовувати у поведінці стратегію уникнення (втечі) від вирішення проблеми. Втеча може проявлятися у надмірному

вживанні їжі, перегляді телепередач, поринає у надмірне фантазування щодо проблеми, зниженням рівня комунікації з оточуючими, вживанням алкоголю.

3. **Неадаптивний рівень.** Показником якого є – домінування у вирішенні складних ситуацій поведінкової стратегії уникнення, при якій підліток намагається відсторонитися від контактів з навколишньою дійсністю, відсторонитись від вирішення проблем. Вона спрямована на подолання, або зниження дистресу. Використання цієї стратегії зумовлено недостатністю розвитку особистісно-середовищних копінг-ресурсів і навичок активного вирішення проблем. Ця стратегія - одна з провідних поведінкових стратегій при формуванні дезадаптивної поведінки.

В залежності від співвідношення показників визначаємо **рівні сформованості копінг-поведінки підлітків:**

1. *Адаптивний рівень* характеризується: високим показником вирішення проблем, середнім показником пошуку соціальної підтримки та низькими показниками уникнення невдач.

2. *Відносно адаптивний рівень* характеризується: високим показником пошуку соціальної підтримки, середнім показником вирішення проблем, та середнім показниками уникнення вирішення проблем.

3. *Неадаптивний рівень* характеризується: високим показником уникнення невдач, низьким показником вирішення проблем та низьким показником пошуку соціальної підтримки.

Методи дослідження

З метою розв'язання поставлених завдань та досягнення мети було проведено констатувальний експеримент, у процесі якого використано методи:

- емпіричні: збір статистичних даних про підлітків, що мають статус внутрішньо переміщених осіб; вивчення особових справ підлітків; опитування, бесіда, інтерв'ю, анкетування, тестування;
- обробки даних з використанням методів математичного аналізу та математичної статистики (програма «Statistika», Microsoft Excel).

З метою реалізації поставлених завдань констатувального експерименту, було підібрано комплекс методик: Напівструктурове інтерв'ю для оцінки травматичних

переживань дітей; Батьківська анкета для оцінки травматичних переживань дітей; Бланкова методика спостереження за дітьми при ПТСР (для педагогів); Опитувальник CDI (шкала депресії М. Ковач); Опитувальник «Самопочуття. Активність. Настрій (САН)», розроблений М. Сеченовим, В. Доськиним, Н. Лаврентєвим, В. Кулі, М. Мірошниковим; Опитувальник «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (STAI) (автор С. Spielberger, R. Gorsuch, R. Lushene, USA, адаптація Ю. Ханіна); Соціометрія Я. Морено; Методика «Індикатор копінг-стратегій» (Coping Strategy Indicator, CSI, Д. Амирхан, 1990, в адаптації Н. Сироти, 1994, В. Ялтонського, 1995) [10; 36; 44; 102; 126; 132; 160; 167; 175; 181]. Розглянемо ці методики та особливості їх застосування у нашому дослідженні. Слід зауважити, що було адаптовано усі методики для використання із дітьми з особливими освітніми потребами; виведено критерії загальних показників у підрахунках та узагальненнях певних методик. Деталі та особливості адаптації методик подамо при описі кожної методики.

Група методик першого етапу експериментального дослідження - це опитувальники, спрямовані на виявлення симптомів ПТСР.

Ця група методик орієнтована на дослідження у дітей наявних трьох компонентів ПТСР: інтрузії, уникнення та гіперзбудження. На цьому етапі опитування було проведено серед підлітків, педагогів та батьків дітей, що пережили травматичні події. До першої групи безпосереднього дослідження ПТСР було включено такі методики: «Напівструктуроване інтерв'ю для оцінки травматичних переживань дітей»; «Батьківська анкета для оцінки травматичних переживань дітей»; «Бланкова методика спостереження за дітьми» при ПТСР (для педагогів).

Методика «Напівструктуроване інтерв'ю для оцінки травматичних переживань дітей»

Мета: вимірювання посттравматичної симптоматики за критеріями А, В, С, D, F шкали для клінічної діагностики ПТСР DSM III-R.

Зміст. Інтерв'ю включає скринінгову частину і набір із 42 запитань. [160, с.105]. Запитання інтерв'ю побудовано у відповідності до клінічної шкали діагностики ПТСР DSM III-R та налічує 4 критерії. Критерій А – характеризує наявність травматичної

життєвої події. Критерій В – наявність інтрузивних симптомів. Критерій С характеризується стійким уникненням стимулів пов'язаних з травматичною подією.

Критерій D відповідає за негативні зміни в когніціях та настрої. Ці зміни проявляються у нездатності пригадати важливі аспекти травмівної події; стійких та перебільшених негативних переконаннях або очікуваннях щодо себе, інших та світу; стійкому негативному емоційному стані (страх, жах, злість, провина, сором); помітному зниженні інтересу або участі в значущій діяльності; відчутті відсторонення від інших; стійкій нездатності переживати позитивні емоції.

Критерій E характеризується помітними змінами у збудженні та реактивності, які проявляються у дратівливості та спалахах гніву (за малої або ж відсутньої провокації), що типово виражаються через вербальну чи фізичну агресію; нерозсудливості або самоушкоджувальній поведінці; надмірною настороженістю; проблемами з концентрацією та порушенням сну [175].

Опрацювання результатів анкети.

У відповідності до загального індексу посттравматичної реакції, що подано у даній методиці, у дослідженні було розроблено рівні проявів кожного критерію окремо, а також рівні прояву симптомів ПТСР загалом. Детальну інформацію щодо розподілу та обрахунку балів подано у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Критерії проявів ПТСР

Критерії	Рівні прояву критеріїв (у балах)		
	Високий	Середній	Низький
A	8-10	4-7	1-3
B	13-18	7-12	1-6
C	15-22	8-14	1-7
D	14-20	7-13	1-6
F	10-14	5-9	1-4
Загальний ПТСР	57-84	29-56	1-28

Проводився підрахунок балів з кожного із вказаних в даному інтерв'ю критеріїв, які відповідають діагностичним критеріям DSM-5 посттравматичного стресового розладу [175]. Сумарно максимальна кількість балів за опитувальником складає – 84. Виділяємо загальний індекс посттравматичної реакції, що проявляється

на трьох рівнях – низькому, середньому та високому. Низький рівень знаходиться у межах 1-28 балів, середній – у межах 29 – 56 балів та високий – у межах 57-84 бали.

Процедура проведення методики:

1. Перед початком проведення напівструктурованого інтерв'ю проводилась коротка бесіда про військову агресію на території України та стресові відчуття людей у цій ситуації; налаштування дітей на подальшу розмову і зняття тривожності.

2. Напівструктуроване інтерв'ю для дітей з типовим розвитком проводилось у груповій формі, письмово; для дітей з порушеннями психофізичного розвитку опитування проводилось в індивідуальній формі; для опитування дітей з порушеннями слуху залучався сурдопедагог.

3. Інструкція, яка давалась дітям: «На бланку, що лежить у Вас на столі, описано переживання дітей, які мали важкі стресові ситуації. Оцініть, наскільки ви відчуваєте подібні почуття з приводу ситуації вашого переселення та у зв'язку з військовими подіями в Україні. Виберіть та обведіть твердження, що відповідає тому, як часто ви переживали подібне протягом останнього місяця».

4. Завершальний етап інтерв'ю передбачав усунення негативних емоцій, спричинених спогадами про травмівний досвід та обговорення самопочуття підлітків в актуальний період часу.

Методика «Батьківська анкета для оцінки травматичних переживань дітей»

Мета: вимірювання посттравмівної симптоматики за критеріями А, В, С, D, F шкали для клінічної діагностики ПТСР DSM III-R.

Зміст. Питання батьківської анкети побудовано у відповідності до клінічної шкали діагностики ПТСР DSM III-R , яка налічує 5 критеріїв: критерій А – характеризує негайне реагування; критерій В – нав'язливе відтворення (інтрузії); критерій С – уникнення; критерій D – збудливість; критерій F – порушення функціонування. У дослідженні вираховувались показники лише за критеріями В, С, D, F, оскільки вони описують емоції та поведінку дитини протягом останнього місяця. Критерій А – не актуальний у дослідженні, оскільки описує поведінку дитини зразу

після травмівної події, наше дослідження спрямоване на виявлення симптомів ПТСР у віддалений період часу від ситуації травмування [160, с.185; 175].

Опрацювання результатів анкети.

З метою кількісного аналізу результатів дослідження було розроблено рівні проявів ПТСР, відповідно до яких розраховано бали. Цей розрахунок дозволив виявити рівні прояву симптомів ПТСР загалом, та за кожним із визначених критеріїв окремо. Детальну інформацію щодо розподілу та обрахунку балів подано у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Критерії проявів ПТСР

Критерії	Рівні прояву критеріїв (у балах)		
	Високий	Середній	Низький
A	-	-	-
B	10-14	5-9	1-4
C	18-26	9-17	1-8
D	9 -12	5 -8	1-4
F	6-8	3-5	1-2
Загальний РТСР	41-60	21-40	1-20

Проводився підрахунок балів за критеріями B, C, D, F, які відповідають діагностичним критеріям DSM-5 посттравматичного стресового розладу [175]. Сумарно максимальна кількість балів за 4 критеріями опитувальником складає 60 балів. Виділяємо загальний індекс посттравматичної реакції, що проявляється на трьох рівнях – низькому, середньому та високому. Низький рівень знаходиться у межах 1-20 балів, середній – у межах 21 – 40 балів та високий – у межах 41-60 балів.

Процедура проведення анкети.

1. Перед початком дослідження з батьками проводилась бесіда, основною метою якої було мотивування батьків до співпраці та до відповідального і точного заповнення анкети.

2. Кожному із батьків видавався пакет, в якому містилась інструкція про порядок заповнення анкети, власне анкета і картка з номером телефону, за яким вони можуть поставити необхідні запитання. На іншій стороні цієї картки - нагадування про те, що вся отримана від батьків інформація конфіденційна і не буде розголошуватися.

3. Письмова інструкція, що додавалась у папку для батьків: «Будь ласка, позначте в наступному списку (поставте позначку у відповідній колонці) наскільки характерними є вказані почуття або описана поведінка для вашої дитини протягом останнього місяця».

«Бланкова методика спостереження за дітьми» (для педагогів)»

Мета: ідентифікація педагогічними працівниками симптомів психологічних розладів у підлітків, спричинених травматичними життєвими подіями.

Зміст. Методика проводиться серед педагогічних працівників, що безпосередньо та постійно контактують з дитиною (вчителі, вихователі, практичний психолог). Методика складається з 14 запитань, які характеризують поведінку дітей.

Опрацювання результатів анкети. Методика дає можливість якісної характеристики порушень у поведінці підлітків, але не передбачає узагальнення результатів відповідно до певних критеріїв[160, с.185]. З метою можливості узагальнення результатів спостереження, було класифіковано усі питання відповідно до симптомів ПТСР діагностиці ПТСР DSM III-R, та виділено такі критерії:

- критерій В, що характеризує нав'язливе відтворення або інтрузії (запитання: 8, 12, 14);
- критерій С - уникнення пов'язаних з травматичною подією подразників (запитання методики:3, 13);
- критерій D є показником збудливості дитини (запитання:1, 2, 5, 6, 7, 9, 11);
- критерій F, що вказує на порушення функціонування дитини (запитання методики: 4, 10) [175].

У дослідженні було розроблено шкалу рівнів прояву ПТСР, яка обраховується сумою виявів по кожному симптому протягом робочого тижня (5 днів). За кожен вияв нараховується один бал. Максимальна сумарна кількість балів за опитувальником складає – 70. Відповідно було виділено рівні проявів ПТСР: високий – 70-47 балів; середній – 46-24 бали; низький – 23-1 бали. Інформацію щодо розподілу та обрахунку балів подано у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Критерії проявів ПТСР

Критерії	Рівні прояву критеріїв (у балах)		
	Високий	Середній	Низький
B	11 – 15	6 – 10	1 – 5
C	7 – 10	4 – 6	1 - 3
D	10 – 14	5 – 9	1 - 4
F	7 – 10	4 – 6	1 – 3
Загальний ПТСР	47 - 70	46 - 24	1 - 23

Процедура проведення. Педагоги спостерігають за дитиною протягом навчального тижня та фіксували результати у відповідному бланку.

В результаті першого етапу констатувального експерименту ми отримали вибірку підлітків, що мають симптоми ПТСР відповідно до клінічної діагностики ПТСР DSM III-R [175].

У першому напрямку другого етапу дослідження виявляємо емоційні, поведінкові та когнітивні характеристики школярів, що обумовлені травматичною подією. До цієї групи методів констатувального експерименту відносились методики дослідження окремих емоційних станів, що проявляються при ПТСР, а саме:

- Опитувальник CDI (шкала депресії М. Ковач).
- Опитувальник «Самопочуття. Активність. Настрій (САН)», розроблений М. Сеченовим, В. Доськиним, Н. Лаврентєвим, В. Кулі, М. Мірошниковим.
- Опитувальник «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (STAI) (автор С. Spielberger, R. Gorsuch, R. Lushene, USA, адаптація Ю. Ханіна).
- Опитувальник рівня агресивності А. Басса – М. Перрі.
- Соціометрія Я. Морено.
- Опитувальник «Індикатор копінг-стратегій» (Coping Strategy Indicator, CSI, Д. Амирхан, 1990, в адаптації Н. Сироти, 1994, В. Ялтонського, 1995).

Опитувальник CDI (шкала дитячої депресії М. Ковач)

Мета: визначення якісних показників спектру депресивних симптомів підлітків.

Зміст. В опитувальнику виділяються показники симптомів депресії: зниження настрою, гедоністичні здібності дитини, вегетативні функції, самооцінка та міжособистісна комунікація. Опитувальник охоплює основні характеристики депресії та враховує вікові особливості підліткового віку [10, с.24]. Методика виявляє функціональний стан депресії у межах нормального психічного функціонування.

Опитувальник представляє собою самооціночні шкали для дітей та підлітків від 7 до 17 років та складається із 27 запитань, у яких по три висловлювання. Підлітки обирають по одному твердженню у кожному запитанні. Визначались загальні показники наявного, або відсутнього депресивного стану, а також інтерпретувались окремі шкали: шкала А – негативний настрій; В – проблеми у міжособистісній комунікації; С – низька самоефективність; D – ангедонія; Е – наявність негативної самооцінки.

Опрацювання результатів методики. За кожним запитанням, в залежності від обраного варіанту тріади, нараховується від 0 до 2 балів відповідно ключа: у запитаннях 1,3,4,6,9,12,14,17,19,20,22,23,26,27 при виборі 1 твердження у тріаді – нараховується 0 балів, при виборі 2 твердження – 1 бал, а при виборі 3 твердження – 2 бали; у запитаннях 2,5,7,8,10,11,13,15,16,18,21,24,25 при виборі 1 твердження у тріаді – нараховується 2 бали, при виборі 2 твердження – 1 бал, а при виборі 3 твердження – 0 балів. Підрахунок загального показника – сума балів за 27 тріадах опитувальника. Результати методики було інтерпретовано за чотирма показниками:

- стан без депресії (від 0 до 10 балів);
- легке зниження настрою, що характеризує низькі показники депресивних проявів (11 – 16 балів);
- субдепресія (замаскована депресія), що характеризує середній рівень депресивних проявів (17 – 19 балів);
- показник ідентифікації депресивного захворювання (від 20 балів).

Визначаємо показники за окремими критеріями: шкала А, що характеризує негативний настрій – запитання 1, 6, 8, 10, 11, 13; шкала В (проблеми міжособистісної комунікації) – 5, 12, 26, 27; С – шкала низької самоефективності – запитання 3, 15, 23, 24; D – шкала ангедонії (питання 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22); Е – наявність негативної самооцінки (питання 2, 7, 9, 14, 25).

Процедура проведення методики.

1. У дослідженні було зроблено переклад опитувальника дитячої депресії М. Ковач на українську мову [10, с.24].

2. Інструкція для дітей з типовим розвитком: «Перед тобою бланк із переліком тверджень. Прочитай уважно кожну групу тверджень. Вибери те твердження, яке відповідає твоєму самопочуттю протягом останнього часу. Біля обраного твердження постав позначку. Над питанням довго не задумуйся, оскільки правильних та неправильних відповідей у даному випадку, не існує».

3. Інструкція для дітей з ООП: «Перед тобою бланк із переліком тверджень. Я буду читати кожну групу тверджень, а ти будеш слідкувати у своєму бланку. Вибери те твердження, яке відповідає твоєму самопочуттю протягом останнього часу. Біля обраного твердження постав позначку. Над питанням довго не задумуйся, оскільки правильних та не правильних відповідей у даному випадку не існує».

«Методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою (САН)»

Мета: визначення функціональних емоційних станів підлітків.

Зміст. Методика розроблена В. Доскіним, Н. Лаврентьевою, В. Шарай, М. Мірошніковим у 1973 р. та дає можливість діагностувати психоемоційні стани, такі як: самопочуття, активність та настрої. [126, с.36; 167].

Методика складається з індексів (3-2-1-0-1-2-3), розташованих між тридцятьма парами слів протилежного значення. Ці індекси відображають: рухливість, швидкість і темп протікання психічних функцій (активність); силу, здоров'я, втому (самопочуття); характеристики емоційного стану (настрої).

Опрацювання результатів методики. За цим тестом відповіді перекодовувались наступним чином: крайня ступінь вираження негативного полюсу пари оцінюється в один бал, а позитивного полюсу – в 7 балів. Отримані бали сумуються у відповідності з ключем в три категорії: самопочуття – сума тверджень 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26; активність - сума тверджень 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28; настрої – сума тверджень 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30. Отримані результати по кожній категорії ділились на 10. Середній бал по кожній із шкал дорівнює 4. Оцінки досліджуваного вищі за 4 бали свідчили про позитивний стан, а оцінки нижче, навпаки про зниження самопочуття, активності та настрою.

Дана методика дає можливість оцінити емоційні стани підлітка за окремими трьома показниками, тому у дослідженні було обраховано показники функціональних емоційних станів. Про високий показник функціонування емоційних станів підлітка свідчила оцінка вища за 15 балів; середній показник знаходився у діапазоні від 12 до 15 балів; низький показник – менше 12 балів.

Процедура проведення методики.

1. Інструкція, що надавалась: «Перед вами бланки, у яких написані певні твердження. Вам пропонується оцінити свій стан, якій ви відчуваєте в даний момент за визначеннями у таблиці. В кожній парі потрібно вибрати ту характеристику, що найбільше відповідає вашому стану і відмітити цифру, що відповідає ступеню, (силі) виразності цієї характеристики».
2. Дітям з ООП давався бланк з текстом та додатково кожна пара тверджень зачитувалась педагогом.

«Шкала реактивної та особистісної тривожності» (STAI)

(автор С. Spielberger, R. Gorsuch, R. Lushene, USA, адаптація Ю. Ханіна)

Мета: дослідження тривожності як психологічного феномену особистості.

Зміст. Опитувальник складається з 40 висловлювань; запитання розподілено за двома категоріями. Перша характеризує тривожність як стан (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність); друга визначає тривожність як диспозицію, особистісну характеристику. Спочатку проводилась перша група запитань, далі – друга. До кожної групи запитань подавалась окрема інструкція [126].

Опрацювання результатів методики. За методикою вивчалась тривожність, як актуальний в даний період часу стан підлітків та тривожність, як особистісна риса. Ситуативна (реактивна) (СТ) тривожність розраховувалась за формулою: $СТ = \sum 1 - \sum 2 + 50$, де $\sum 1$ – сума балів за твердженнями 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; $\sum 2$ – сума балів за твердженнями 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Особистісна тривожність (ОТ) розраховувалась за формулою: $ОТ = \sum 1 - \sum 2 + 35$, де $\sum 1$ – сума балів за твердженнями 2, 3, 4, 5, 8, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20; $\sum 2$ – сума балів за твердженнями 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19. Якщо показник менший за 30 балів – це свідчить про низьку тривожність; сума СТ/ОТ в інтервалі 31 – 45 – помірна тривожність; СТ/ОТ від 46 – тривожність висока.

Процедура проведення.

1. Інструкція, яка надавалась до першої групи тверджень: «Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і обведіть відповідну цифру справа залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь, зазвичай, яка приходить в голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану.

Інструкція яка надавалась до другої групи тверджень: «Уважно прочитайте (прослухайте) кожне з наведених нижче тверджень і обведіть відповідну цифру справа, залежно від того, як ви себе відчуваєте зазвичай».

2. Дітям з ООП давався бланк з текстом та додатково кожна пара тверджень зачитувалась педагогом.

Опитувальник рівня агресивності А. Басса-М. Реррі (BPAQ 24)

(адаптація Еніколопова С.Н.)

Мета: дослідження агресивності підлітків.

Зміст. Методика складається із 24 тверджень, які необхідно оцінити за наступними критеріями: не згодний, швидше згодний, не можу визначитися, швидше згодний, згодний. Опитувальник спрямовувався на дослідження проявів фізичної агресії, гніву та ворожості у підлітків [36; 160].

Опрацювання результатів методики.

Кожному твердженню, яке було обране дитиною, надається числове значення за шкалою, яку використовували при оцінці цього твердження: не згодний - 1 бал; швидше не згодний - 2 бали; не можу визначити - 3 бали; швидше згодний - 4 бали; згодний - 5 балів. Інтерпретація усіх пінктів анкети опрацьовується у прямих значеннях. До фізичної агресії відносимо запитання: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9; до категорії гніву відносимо запитання: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16; ворожість характеризують 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 запитання. Авторами методики подано нормативні значення за описаними показниками та у відповідності до гендерних особливостей [160]. Ці нормативні показники подано у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Нормативні значення показників агресивності

Шкала	Хлопці		Дівчата	
	М	Σ	М	Σ
Фізична агресія	26,49	6,22	21,53	6,49
Гнів	20,29	5,67	22,62	5,66
Ворожість	22,08	5,21	22,81	5,66
Заг. показник	68,85	13,15	66,97	13,44

У дослідженні було розраховано критерії, що відповідають трьом рівням агресивності школярів: високий, середній та нормативний. Критерії рівнів агресивності школярів подано у таблиці 2.5

Таблиця 2.5

Рівні показників агресивності

Шкала	Рівні	Хлопці	Дівчата
Фізична агресія	Нормативний	26,49 – 20,21	21,53 – 15,04
	Середній	26,50 – 32,72	21,54 – 28,03
	Високий	32,73 -38,95	28, 04 – 34,53
Гнів	Нормативний	20,29 – 14,62	22,62 – 16,96
	Середній	20,30 – 25,97	22,63 – 28,29
	Високий	25,98 - 31,65	28,30 – 33,96
Ворожість	Нормативний	22,08 - 16,87	22,81 – 17,15
	Середній	22,09 – 27,3	22,82 – 28,48
	Високий	27,4 – 32,61	28,49 – 34,15
Загальний показник агресивності	Нормативний	68,85 – 55,7	66,97 – 40,09
	Середній	68,86 – 82,01	66,98 – 80,42
	Високий	82,02 – 95,27	80,43 – 83,87

Процедура проведення.

1. Інструкція що надавалась до методики: «Використовуючи шкалу, що подана у верхній частині бланку вкажіть, наскільки ви згодні чи не згодні з даними твердженнями. На кожне твердження давайте тільки одну відповідь. Прочитайте (послухайте), будь ласка, уважно кожне твердження і зробіть позначку у тій графі, яка найточніше передає вашу думку».

2. Дітям з ООП давався бланк з текстом, додатково кожне твердження зачитувалось.

Соціометрія Я.Л. Морено

Мета: дослідження міжособистісної взаємодії у колективі та вивчення окремої особистості, як елемента групи за ознакою «симпатії-антипатії».

Зміст. Соціометричний метод дозволяє вивчити індивідуальні, соціально-психологічні особливості особистості в системі спілкування, тобто з членами його

соціального середовища. За методикою з'ясовується «соціометрична позиція», співвідносний авторитет підлітків, за ознаками симпатії-антипатії, а також з'ясовується індивідуальний соціометричний індекс. До індивідуального соціометричного індексу відносимо індекси позитивного і негативного соціометричного статусу досліджуваного, які характеризують його положення в групі та потенційну здатність до конструктивної комунікації [132; 181].

Опрацювання результатів методики. Робота над опрацюванням відповідей проходила у два етапи: табличного; індексологічного.

Перший етап передбачав побудову таблиці, так званої «соціоматриці», яка дала можливість узагальнити результати. Соціоматриця (таблиця) містила такі складові: список членів групи (по вертикалі) та їх порядкові номери (по горизонталі). Напроти прізвища кожного члена групи по горизонталі позначаємо знаком «+» кого він обрав, відповідно після заповнення матриці по вертикалі отримуємо інформацію про те, хто його вибрав. За результатами першого етапу отримуємо загальну кількість зроблених виборів (позитивних і негативних) та показник взаємних виборів.

Виділяємо категорії статусності у колективі дітей, що входять до експериментальної вибірки дослідження, а саме: «соціометрична зірка» - найбільша кількість позитивних виборів у групі (6 та більше виборів); група тих, «кому віддають перевагу» - від 3 до 5 позитивних виборів; «знехтувані» - 1-2 позитивні вибори; «ізолювані» - це діти які не отримали жодного вибору; ті, хто отримав лише негативні вибори отримують статус «відторгнутих».

На другому, індексологічному етапі визначали індивідуальні соціометричні індекси. Формула розрахунку індивідуального індексу позитивного статусу (C+): загальна кількість позитивних виборів, отриманих досліджуваним (B+) поділено на загальне число членів групи (N) мінус один (N-1). Формула розрахунку індивідуального індексу негативного статусу проводиться за формулою (C-): загальна кількість негативних виборів, отриманих досліджуваним (B-) поділено на загальне число членів групи (N) мінус один (N-1).

Процедура проведення.

1. Інструкція, що надавалась при проведенні методики: «Пропонуємо вам взяти участь у дослідженні, що має на меті покращення психологічного клімату, стосунків у вашому класі. Вся інформація, отримана у процесі дослідження, ні за яких умов не буде розголошуватись. Кожен, хто виявить бажання, зможе дізнатися про свої результати індивідуально. Перед вами лежить картка, вкажіть своє ім'я та прізвище, поставте дату. Прочитавши запитання, зробіть вибір та запишіть прізвища та імена у картку. Виборів можна зробити не більше трьох».

Методика «Індикатор копінг-стратегій» (Coping Strategy Indicator, CSI, Д. Амирхан, 1990, в адаптації Н.Сироти, 1994, В. Ялтонського, 1995)

Мета: дослідження копінгових стратегій у поведінці підлітків.

Зміст. Опитувальник складається із 33 індикаторів, які увійшли до трьох основних копінг-стратегій: вирішення проблем, пошук соціальної підтримки та уникнення [20, с.175-178]. Кожній стратегії відповідає по 11 пунктів у опитувальнику. Ідея опитувальника полягає в тому, що всі поведінкові стратегії, які формуються у людини в процесі життя, можна поділити на три групи. В залежності від того, які групи стратегій у стресових ситуаціях використовує людина, настільки адаптативною чи дезадаптивною буде її поведінка. Найбільш ефективним є використання всіх трьох поведінкових стратегій, в залежності від ситуації. До кожного твердження методики необхідно обрати один із варіантів відповіді: повністю згоден, згоден, не згоден.

Опрацювання результатів методики. Отримані відповіді за 33 твердженнями співставляли з ключем, що дало змогу отримати суму балів за кожною із трьох досліджуваних шкал копінгу. Шкала «вирішення проблем» підраховувалась $\sum$ балів за твердженнями: 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 33; шкала «пошук соціальної підтримки» - $\sum$ балів 1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32; шкала «уникнення проблем» - $\sum$ 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30. Мінімальна оцінка за кожною шкалою – 11 балів, максимальна – 33 бали. Відповідно до норм оцінки результатів визначались рівні прояву кожної стратегії: дуже низький, низький, середній, високий. Норми оцінювання результатів подано у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Рівні прояву копінг-стратегій

Рівень прояву стратегії	Вирішення проблем	Пошук соц. підтримки	Уникнення проблем
Дуже низький	<16	<13	<15
Низький	17-21	14-18	16-23
Середній	22-30	19-28	24-27
Високий	>31	>29	>27

У дослідженні було розроблено та прораховано рівні використання копінгу: адаптативний, умовно адаптативний та неадаптативний (таблиця 2.7).

Таблиця 2.7

Рівні прояву критеріїв копінг-поведінки

Рівні використання копінгу	Стратегії	Рівень прояву (бали)
Адаптативний	Вирішення проблем	>31
	Пошук соц. підтримки	19-28
	Уникнення	<15
Умовно адаптативний	Вирішення проблем	22-30
	Пошук соц. підтримки	>29
	Уникнення	16-23
Неадаптативний	Вирішення проблем	21 - <16
	Пошук соц. підтримки	18 - <13
	Уникнення	>27

Процедура проведення.

1. Перед початком опитування проводилась бесіда про стресові та складні ситуації які були протягом останнього року у житті підлітка. Подавалась коротка інформація про стрес та шляхи вправлення із ним різними людьми.

2. Інструкція що надавалась дітям: «На бланку представлено твердження, що вказують на можливі шляхи подолання проблем, неприємностей. Ознайомившись з твердженнями, Ви зможете визначити, які із запропонованих варіантів, зазвичай, Вами використовуються. Тепер, читаючи наведені нижче твердження, оберіть один з трьох найбільш прийнятних варіантів відповідей для кожного твердження: повністю згоден, згоден, не згоден. Поставте позначку у відповідній колонці».

3. Дітям з ООП давався бланк з текстом, додатково кожне твердження зачитувалось.

Психодіагностичний інструментарій нашого дослідження підбирався з урахуванням можливості використання його в констатувальному експерименті та у процесі контрольного зрізу формувального експерименту. Відбір методик здійснювався відповідно до мети та завдань дисертаційної роботи. Кожна з методик

підібрана у відповідності з віковими особливостями підліткового віку та з урахуванням потреб школярів з різними видами психофізичних порушень.

2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей посттравматичних розладів у неповнолітніх з типовим та порушеним розвитком різних нозологій, що перебували у зонах військових конфліктів.

В експериментальному дослідженні, спрямованому на вивчення психолого-педагогічних розладів, обумовлених посттравматичним стресом у підлітків брали участь 280 школярів, 280 членів родин та 280 педагогів із трьох областей України (Одеської, Дніпропетровської, Львівської областей). Серед загальної кількості підлітків, що брали участь у дослідженні, було 170 учнів з типовим розвитком та 110 – це підлітки з особливими освітніми потребами, серед яких: 30 школярів з порушеннями зору, 22 школяра з порушеннями слуху, 18 – мають порушення опорно-рухового апарату, 26 школярів із затримкою психічного розвитку та 14 – із інтелектуальними порушеннями (ІП). Вік респондентів на період травматизації становив від 9 до 12 років. Вік опитуваних під час обстеження – 12-16 років.

Результати експериментального дослідження описано у відповідності до двох етапів: перший – визначення кількості дітей з типовим та порушеним розвитком, що пережили травматичну подію та мають симптоми ПТСР за МКХ-10; другий – виявлення психологічних особливостей, обумовлених ПТСР відповідно емоційно-вольового, поведінкового та когнітивного критеріїв у підлітків з типовим та порушеним розвитком. Опис дослідження представлено таким чином: спочатку описано результати за кожною методикою окремо, які надалі зведено до загальних показників відповідно до етапів та цілей експерименту.

Результати дослідження проявів посттравматичного стресового розладу за показниками МКХ-10

«Напівструктурованого інтерв'ю для оцінки травматичних переживань»

На першому етапі цієї методики, було визначено типи травматичних подій, що були у житті досліджуваної категорії дітей: 100% опитуваних вказували, що

знаходження на території військового конфлікту або наближеної до неї території та внутрішнє переміщення були для них стресовим та травматичним фактором.

За підсумками напівструктурованого інтерв'ю було визначено загальний рівень проявів симптомів ПТСР у підлітків з типовим та порушеним розвитком. Проаналізуємо результати методики.

1. Високий рівень симптомів ПТСР виявлено у: 5,3% підлітків з типовим розвитком; 10 % підлітків з порушенням зору; 9% підлітків з порушенням слуху; 11,1% підлітків з порушеннями ОРА; 15,4% підлітків із ЗПР; 14,3% підлітків з інтелектуальними порушеннями (ІП).

2. Середній рівень прояву симптомів ПТСР виявлено у: 8,8% підлітків з типовим розвитком; 13,3 % підлітків з порушенням зору; 13,6% підлітків з порушенням слуху; 11,1% підлітків з порушеннями ОРА; 15,4% підлітків із ЗПР; 14,3% підлітків з ІП.

3. Відсутність симптомів ПТСР: 85,9% підлітків з типовим розвитком; 76,7% підлітків з порушенням зору; 81,8% підлітків з порушенням слуху; 77,7% підлітків з порушеннями ОРА; 69,2% підлітків із ЗПР; 57,1% підлітків з ІП. Детальний опис прояву виявлених симптомів посттравми подано у додатку А8.

Досліджені та описані показники характеризують прояви ПТСР у відповідності до клінічної шкали діагностики ПТСР DSM III-R та проявляються такими критеріями:– нав'язливе відтворення (інтрузії) - критерій В; уникнення - критерій С; збудливість - критерій D; порушення функціонування - критерій F.

Наявність таких симптомів характеризується: негативними змінами в інтелектуальній діяльності та настроях підлітків; перебільшених негативних переконаннях або очікуваннях щодо себе, до інших людей та до світу загалом; переважаючим негативним емоційним станом та зниженням інтересу до діяльності; відчуттям відсторонення та низькою здатністю переживати позитивні емоції; безпричинними спалахами гніву та дратівливості; надмірною настороженістю; проблемами з концентрацією та порушенням сну [175].

З метою отримання точної картини проявів симптомів ПТСР та кількості підлітків з посттравматичним стресом на віддаленому етапі травматизації, було проведено анкету для батьків та вчителів з виявлення аналогічної симптоматики у дітей.

«Батьківської анкети для оцінки травматичних переживань дітей»

За результатами анкетування батьків було визначено загальний рівень прояву симптомів ПТСР у підлітків з типовим та порушеним розвитком, а також обраховано та проаналізовано рівень прояву кожного симптому окремо. У дослідженні вираховувались показники за критеріями В, С, D, F, що описують емоції та поведінку дитини протягом останнього місяця. Проаналізуємо результати методики.

1. Високий рівень симптомів ПТСР виявлено у: 4,1% підлітків з типовим розвитком; 10 % підлітків з порушенням зору; 13,6% підлітків з порушенням слуху; 11,1% підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату; 15,4% підлітків із затримкою психічного розвитку; 21,4% підлітків з ІП.

2. Середній рівень прояву симптомів ПТСР з'ясовано у: 8,2% підлітків з типовим розвитком; 10 % підлітків з порушенням зору; 4,5% підлітків з порушенням слуху; 5,6% підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату; 11,5% підлітків із затримкою психічного розвитку; 14,3% підлітків з інтелектуальними порушеннями.

3. Відсутність симптомів ПТСР за спостереженнями батьків: 87,6% підлітків з типовим розвитком; 80% підлітків з порушенням зору; 81,8% підлітків з порушенням слуху; 83,3% підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату; 73% підлітків із затримкою психічного розвитку; 64,3% підлітків з інтелектуальними порушеннями.

Детальний опис прояву виявлених симптомів посттравми подано у додатку А.2.

«Бланкова методика спостереження за дітьми» (для педагогів)» [9, с.185].

Ця методика дала можливість з'ясувати картину проявів симптомів та частоту вияву симптомів ПТСР у підлітків протягом одного навчального тижня. Педагоги спостерігали за підлітками під час навчального процесу та у поза навчальній діяльності у межах закладу, фіксуючи результати у відповідних бланках.

Отримані результати характеризувались за такими критеріями:

- критерій В, що характеризує нав'язливе відтворення, або інтрузії;
- критерій С - уникнення пов'язаних з травматичною подією подразників;

- критерій D є показником збудливості дитини;
- критерій F, що вказує на порушення функціонування дитини [175].

Опишемо результати спостережень педагогів за поведінкою підлітків під час навчального процесу та під час позакласних заходів. Ці результати узагальнено та представлено рівнями проявів симптомів постстресу у підлітків:

1. Високий рівень симптомів ПТСР за характеристиками педагогів, було виявлено у: 3,5% підлітків з типовим розвитком; 13,3 % підлітків з ПЗ; 9% підлітків з ПС; 11,1% підлітків з ПОРА; 11,5% підлітків із ЗПР; 21,4% підлітків з ІП

2. Середній рівень прояву симптомів ПТСР педагогами помічено у: 8,2% підлітків з типовим розвитком; 10 % підлітків з порушенням зору; 13,6% підлітків з порушенням слуху; 11,1% підлітків з ПОРА; 7,7% підлітків із ЗПР; 7,1% з ІП

3. Відсутність симптомів ПТСР за спостереженнями педагогів у: 88,2% підлітків з типовим розвитком; 76,7% підлітків з порушенням зору; 77,3% підлітків з порушенням слуху; 77,8% підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату; 80,7% підлітків із ЗПР; 71,4% підлітків з ІП. Детальний опис прояву виявлених симптомів посттравми у підлітків подано у додатку А.3.

Узагальнивши показники трьох методик: «Бланкової методики спостереження за дітьми», «Батьківської анкети для оцінки травматичних переживань дітей» та «Напівструктурованого інтерв'ю для оцінки травматичних переживань дітей», за якими опитувались педагоги, батьки та діти, прораховано показники ПТСР у дітей з типовим та порушеним розвитком на двох рівнях прояву травматичного стресу: високому та середньому, оскільки низьких показників посттравми зовсім не зафіксовано (таблиця 2.8).

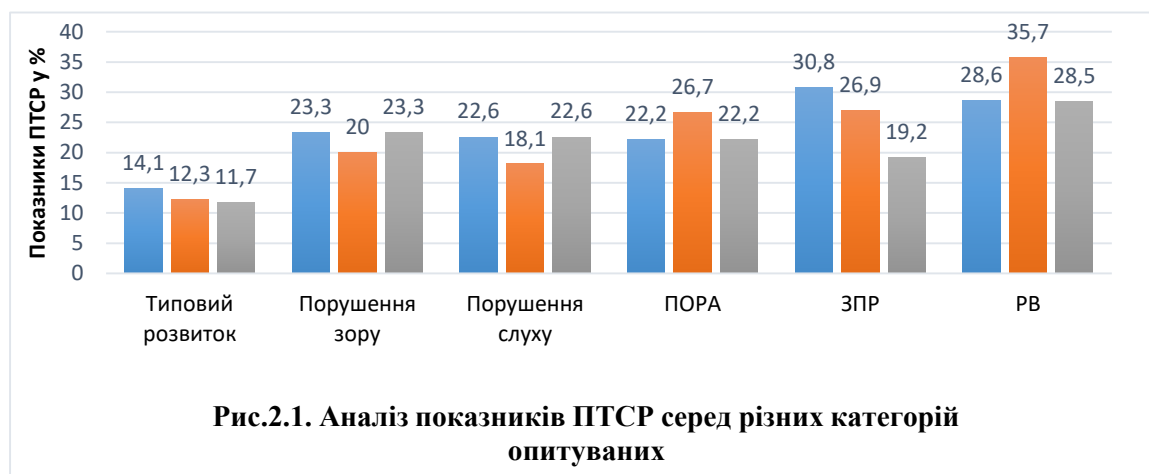
Таблиця 2.8.

Рівні показників ПТСР.

Категорії дітей		Типовий розвиток	Порушення зору	Порушення слуху	ПОРА	ЗПР	ІП
Категорії опитуваних	Рівні РТСР						
Школярі	Високий	5,3%	10%	9%	11,1%	15,4%	14,3%
Батьки		4,1%	10%	13,6%	11,1%	15,4%	21,4%
Педагоги		3,5%	13,3%	9%	11,1%	11,5%	21,4%
Школярі	Середній	8,8%	13,3%	13,6%	11,1%	15,4%	14,3%

Батьки		8,2%	10%	4,5%	5,6%	11,5%	14,3%
Педагоги		8,2%	10%	13,6%	11,1%	7,7%	7,1%

Співвідношення оцінювання постстресу самими підлітками, їх батьками та педагогами можемо представлено на рис. 2.1.



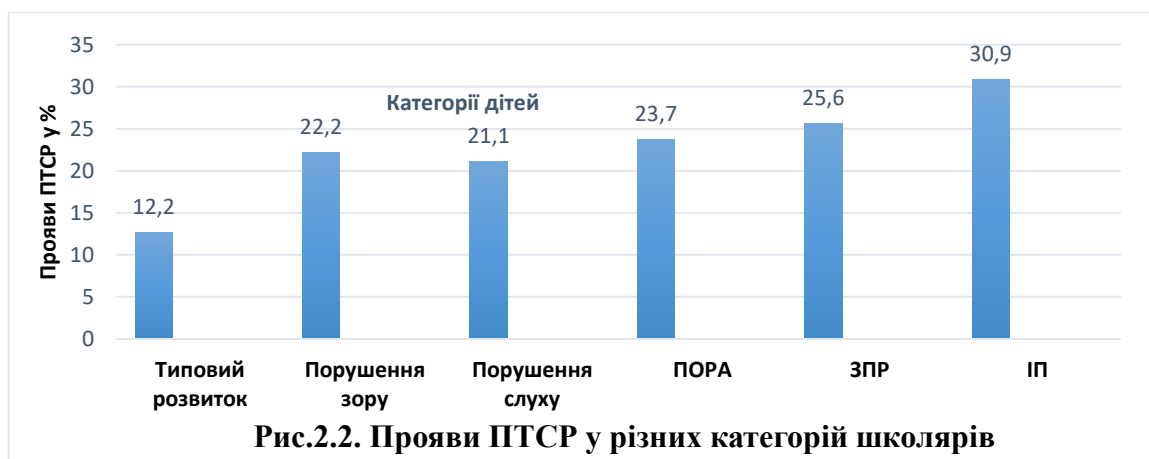
Відповідно до поставлених завдань першого етапу констатувального експерименту, з'ясували кількість дітей з типовим та порушеним розвитком, що мають симптоми ПТСР серед загальної кількості дітей, що пережили травматичну подію. За результатами опитувальників, в яких брали участь підлітки, їх батьки та педагоги, виведемо середній показник прояву ПТСР (таблиця 2.9).

Таблиця 2.9

Середній показник ПТСР у дітей з типовим та порушеним розвитком

Категорії дітей		Типовий розвиток	Порушення зору	Порушення слуху	ПОРА	ЗПР	ІП
Категорії опитуваних	РТСР						
Школярі		12,5%	23,3%	22,6%	22,2%	30,8%	28,6%
Батьки		12,3%	20%	18,1%	26,7%	26,9%	35,7%
Педагоги		11,7%	23,3%	22,6%	22,2%	19,2%	28,5%
Середній показник ПТСР		12,2%	22,2%	21,1%	23,7%	25,6%	30,9%

Охарактеризуємо кількісний показник наявності симптомів посттравми (Рис.2.2): 12,2% підлітків з типовим розвитком; 22,2% підлітків з порушенням зору; 21,1% підлітків з порушенням слуху; 23,7% підлітків з ПОРА; 25,6% підлітків із затримкою психічного розвитку; 30,9% підлітків з інтелектуальними порушеннями.



Також було обраховано загальний середній показник ПТСР серед усіх досліджуваних категорій дітей з порушеним розвитком, який становить 24,7% (додаток А.4). У порівнянні з дітьми з типовим розвитком (12,2%), показник ПТСР у дітей з ООП більший майже вдвічі.

За результатами першого етапу дослідження було визначено 28 дітей з порушеним розвитком (7 дітей з порушеннями зору, 5 – з порушеннями слуху, 4 - з ПОРА, 7 дітей із ЗПР, 5 з інтелектуальними порушеннями) та 24 дітей з типовим розвитком, що мають симптоми ПТСР за МКХ-10.

Опишемо результати дослідження **першого напрямку другого етапу констатувального експерименту**, що має на меті виявлення розладів обумовлених ПТСР у емоційно-вольовій, поведінковій та когнітивній сферах дітей підліткового віку з типовим та порушеним розвитком.

«Методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою (САН)»

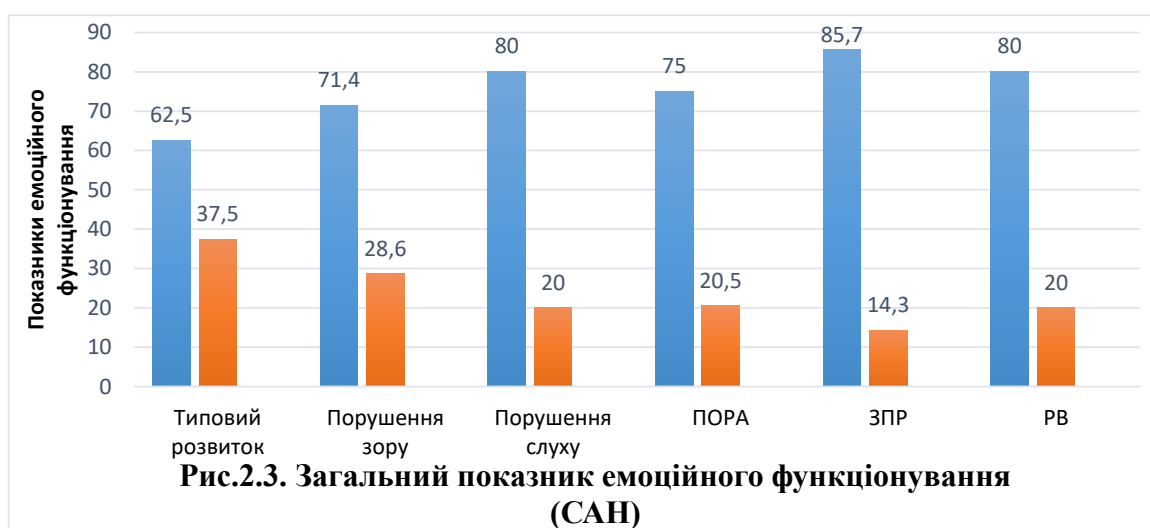
Опишемо результати вивчення самопочуття, активності і настрою (САН). Підлітки оцінювали свій стан за 30 парами протилежних характеристик. Кожна пара є певною шкалою, на якій діти зазначали ступінь вираженості тієї чи іншої характеристики свого стану. Психоемоційний стан відіграє важливу роль в житті дитини, впливаючи на всі сфери діяльності; є основою повноцінного інтелектуального та фізичного розвитку. Самооцінювання функціональних станів підлітками показало, що високого рівня функціонування емоційних показників зовсім не зафіксовано у підлітків з типовим та порушеним розвитком; середні показники

функціонування емоційних станів спостерігаються у 37,5% підлітків з типовим розвитком, у 28,6% підлітків із порушенням зору, у 20% - із порушенням слуху, у 25,5% з порушеннями опорно-рухового апарату, а також у 14,3% із затримкою психічного розвитку та 20% підлітків з легкими інтелектуальними порушеннями наявні середні показники емоційного функціонування; відповідно низькі показники емоційних станів зафіксовано у 62,5% підлітків з типовим розвитком, у 71,4% школярів з порушенням зору, 80% - із порушенням слуху, у 75% дітей з ПОРА, 85,7% дітей із ЗПР та 80% дітей із легкими інтелектуальними порушеннями мають низькі емоційні показники функціонування (таблиця 2.10; рис.2.2).

Таблиця 2.10

Рівні функціонування емоційних станів

Показники функціонування емоційних станів (САН)	Категорії дітей											
	Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ІП	
	Всього осіб	24	Всього осіб	7	Всього осіб	5	Всього осіб	4	Всього осіб	7	Всього осіб	5
		%		%		%		%		%		%
Високий	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Середній	9	37,5	2	28,6	1	20,0	1	25,0	1	14,3	1	20,0
Низький	15	62,5	5	71,4	4	80,0	3	75,0	6	85,7	4	80,0



Охарактеризуємо окремі показники функціонування емоційних станів підлітків. Самопочуття - це комплекс суб'єктивних відчуттів, що відображають ступінь фізіологічного та психологічного комфорту стану підлітка, спрямування його думок та почуттів. Самопочуття представлено у вигляді узагальнених протилежних

характеристик, а саме: погане або гарне самопочуття, бадьорість або нездужання, а також локально відображає певні форми відчуттів, таких як відчуття дискомфорту у певних частинах тіла підлітка.

Отже, позитивно оцінили самопочуття 33,3% підлітків з типовим розвитком, 42,9% - із порушеннями зору, 40% - із порушенням слуху, 25,5% - із ПОРА, 28,6 % – із ЗПР та 40% дітей із ІП. Відповідно негативно оцінили своє самопочуття 66,7% підлітків з типовим розвитком, 57,1% - підлітків з із ПЗ, 60% - із ПС, 75% - із ПОРА, 71,4,6 % – із ЗПР та 60% дітей із ІП.

Наступна досліджувана характеристика – це активність підлітків. Активність - це важлива характеристика розвитку дитини, це сфера прояву темпераменту, реалізації бажаного. Активність визначається інтенсивністю та об'ємом взаємодії підлітка з фізичним та соціальним середовищем. Низькі показники за цією характеристикою вказують на особливість підлітків проявляти інертність, пасивність, байдужість, безініціативність. Високі ж показники вказують на активність у взаємодії з навколишнім світом. Досліджувані категорії дітей показали такі показники позитивного стану активності: 20,8% підлітків з типовим розвитком; 28,6% - підлітків з із порушеннями зору; 20% - із порушенням слуху; підлітки із порушеннями опорно-рухового апарату взагалі не вказали на позитивний стан активності; 14,3 % – із ЗПР та 20% дітей із ІП охарактеризували позитивно стан активності.

Показники низької активності спостерігались у 79,2% підлітків з типовим розвитком, 71,4% - підлітків з із порушеннями зору, 80% - із порушеннями слуху, 100% - із ПОРА, 85,7 % – із ЗПР та 80% дітей із інтелектуальними порушеннями.

Наступним досліджуваним критерієм є настрій. Настрій підлітків – це стан, що характеризується стійкістю та стабільністю відносно тривалості у часі. Це характеристика емоційного фону, що відображає стабільний пригнічений або ж стабільний піднесений настрій. Емоційний фон, або настрій є реакцією на наслідки певних подій. Це стосується також і загальних очікувань підлітків, життєвих планів та інтересів. Настрій завжди викликається певним приводом, причиною та проявляється в особливостях емоційного відгуку підлітка на будь-які дії або ситуації. Досліджувані категорії дітей оцінили домінантний свій настрій таким чином:

- високі показники проявляються у 25% підлітків з типовим розвитком; 14,3% - підлітків з із порушеннями зору; 20% - із порушенням слуху; підлітки із порушеннями опорно-рухового апарату взагалі не вказали на домінантний позитивний настрій; 42,9 % – із ЗПР та 40% дітей із інтелектуальними порушеннями охарактеризували позитивно свій настрій;

- низькі показники настрою помічено у 75% підлітків з типовим розвитком, 85,7% - підлітків з із порушеннями зору, 80% - із порушеннями слуху, 100% - із ПОРА, 57,1 % – із ЗПР та 60% дітей із інтелектуальними порушеннями (додаток А.5).

«Шкала реактивної та особистісної тривожності» (STAI)

(автор С. Spielberger, R. Gorsuch, R. Lushene, USA, адаптація Ю. Ханіна)

Охарактеризуємо результати дослідження реактивної та особистісної тривожності підлітків. Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера дозволила диференційовано вимірювати тривожність як властивість особистості, і як стан особистості в даний період часу.

Реактивна, або так звана ситуативна тривожність - стан підлітка у теперішньому часу, який характеризується емоціями, що суб'єктивно переживаються дитиною. Реактивна тривожність проявляється напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у певній конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну, стресову, або нову ситуацію та може бути різним за інтенсивністю впливу та різним за динамікою у часі. Показники дослідження ситуативної тривожності підлітків розподілись таким чином:

- низькі показники зовсім не зафіксовано в усіх категоріях респондентів;
- середні характеристики ситуативної тривожності характерні для 16,7% підлітків з типовим розвитком, 14,3% - підлітків з із ПЗ, 20% - із ПС, підлітки із ПОРА взагалі не мають середніх показників реактивної тривожності, 28,6 % – із ЗПР та 40% дітей із ІП характерні середні показники ситуативної тривожності;
- високі показники реактивної тривожності проявляються у 75% підлітків з типовим розвитком; 85,7% - підлітків з із ПЗ; 80% - із ПС; 100% - із ПОРА, 71,4 % – із ЗПР та 60% дітей із ІП мають високу ситуативну тривожність.

Друга шкала тесту - шкала особистої тривожності, вона оцінює відносно стабільні аспекти особистості підлітка, її схильність до занепокоєння, оцінює загальне відчуття спокою, впевненості та безпеки. Особистісна тривожністю - це стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність дитини до тривоги і передбачає наявність тенденції сприймати досить широке коло ситуацій як загрозливих, відповідаючи на кожну з них певною захисною реакцією. Особистісна тривожність демонструє конституційну межу підлітка, яка обумовлює схильність сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. При високій особистісній тривожності кожна з життєвих ситуацій є стресом та викликає у підлітка виразну тривогу. Дослідження особистісної тривожності виявилися такими:

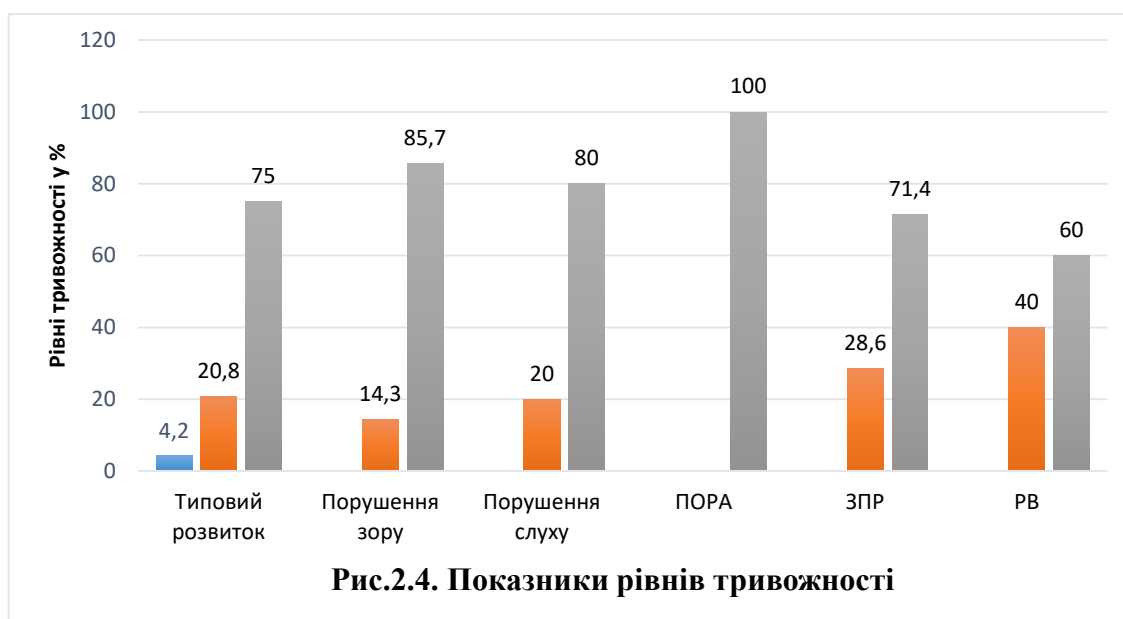
- низькі показники характерні для 8,3% підлітків з типовим розвитком та зовсім не є характерними для усіх категорій респондентів з порушеним розвитком;
- середні характеристики особистісної тривожності характерні для 25% підлітків з типовим розвитком, 14,3% - підлітків з із ПЗ, 20% - із ПС, підлітки із ПОРА взагалі не мають середніх показників особистісної тривожності, 28,6% – із ЗПР та 40% дітей із ІІІ мають середні показники особистісної тривожності;
- високі показники особистісної тривожності проявляються у 66,7% підлітків з типовим розвитком; 85,7% - підлітків з із ПЗ; 80% - із ПС; 100% - із ПОРА, 71,4 % – із ЗПР та 60% дітей із ІІІ мають високу ситуативну тривожність.

Тривожність як властивість особистості підлітка має важливе значення, адже вона обумовлює поведінку дитини. Тривожність активізується при сприйнятті більшості стимулів, що визначаються дитиною такими, що є небезпечними. Це може проявлятися у більшості нових життєвих ситуаціях, оскільки вони можуть сприйматись як ті, що складають загрозу самооцінці дитини та її життєдіяльності. Дуже висока тривожність прямо корелює з емоційними та невротичними проявами та обумовлює появу психосоматичних захворювань. Охарактеризуємо загальний рівень тривоги у респондентів:

- низькі показники тривожності характерні для 4,2% підлітків з типовим розвитком та зовсім не є характерним для усіх категорій дітей з порушеним розвитком;

- середні характеристики загальної тривожності характерні для 20,8% підлітків з типовим розвитком, 14,3% - підлітків з із ПЗ, 20% - із ПС, підлітки із ПОРА взагалі не мають середніх показників тривожності, 28,6% – із ЗПР та 40% дітей із ІП мають середні показники загального рівня тривожності;

- високі показники особистісної тривожності проявляються у 75% підлітків з типовим розвитком; 85,7% - підлітків з із порушеннями зору; 80% - із порушенням слуху; 100% - із ПОРА, 71,4 % – із ЗПР та 60% дітей із ІП мають високу тривожність (додаток А.6)



Опитувальник рівня агресивності А. Басса-М. Перрі (ВРАQ 24)

За методикою досліджувалась агресивна поведінка, яка розглядається як протилежна адаптивній взаємодії. Високий рівень агресивності підлітка впливає на соціальну поведінку, сприяє прояву суперництва, конфронтації у відносинах з оточуючими однолітками та дорослими. Агресивна поведінка є причиною виникнення конфліктів, що перешкоджає успішності у будь-яких сферах діяльності підлітка. За даною методикою визначено схильність підлітків до фізичної агресії, ворожості та гніву. Виділена трьохфакторна структура відповідає теоретичним положенням про три основних компоненти агресії в концепції А. Басса і М. Перрі:

- інструментальний компонент - безпосередній вияв фізичної агресії;
- афективний компонент включає фізіологічне збудження та підготовку до агресії, що проявляється у гніві;

- когнітивний компонент – в основі якого знаходяться переживання пов'язані з почуттям несправедливості та тиску, з почуттям незадоволеності бажань та потреб підлітка та проявляється когнітивний компонент агресії у ворожості, як по відношенню до конкретних особистостей, так і до світу загалом.

Охарактеризуємо показники агресії у підлітків з типовим та порушеним розвитком. Дослідження ворожості виявило такі результати:

- низьких показників ворожості не діагностовано ні у однієї категорії респондентів;
- середні характеристики ворожості характерні для 20,8% підлітків з типовим розвитком; 14,3% - підлітків з із порушеннями зору; 20% - із порушеннями слуху; 25% підлітків із ПОРА мають середні показники ворожості; 14,3% – із ЗПР та 20% дітей із ІП мають середні показники ворожості;
- високі показники ворожості проявляються у 79,2% підлітків з типовим розвитком; 85,7% - підлітків з із ПЗ; 80% - із ПС; 75% - із ПОРА; 85,7 % – із ЗПР та 80% дітей із ІП мають високі характеристики ворожості (додаток А.7).

Охарактеризуємо прояви гніву у респондентів:

- низькі показники гніву не є характерними для усіх категорій дітей;
- середні характеристики гніву характерні для 12,5% підлітків з типовим розвитком; 14,3% - підлітків з із порушеннями зору; взагалі не виявлено такого рівня показника у дітей із порушеннями слуху та у підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату; 14,3% – із ЗПР; діти із інтелектуальними порушеннями не мають середніх показників проявів гніву;
- високі показники гніву проявляються у 78,5% підлітків з типовим розвитком; 85,7% - підлітків з із ПЗ; 100% - із ПС; 100% - із ПОРА; 85,7 % – із ЗПР та 100% дітей із ІП мають високі показники прояву гніву (додаток А.7).

- Охарактеризуємо показники фізичної агресії у дітей:

- низькі, тобто нормативні показники фізичної агресії характерні лише 25% підлітків з типовим розвитком;
- середні показники прояву фізичної агресії характерні для 50% підлітків з типовим розвитком; 85,7% - підліткам з із порушеннями зору; 80% дітей з

порушеннями слуху; 75% підлітків із ПОРА; 42,9% – із ЗПР та у 40% дітей із ІП виявлено середні показники проявів фізичної агресії;

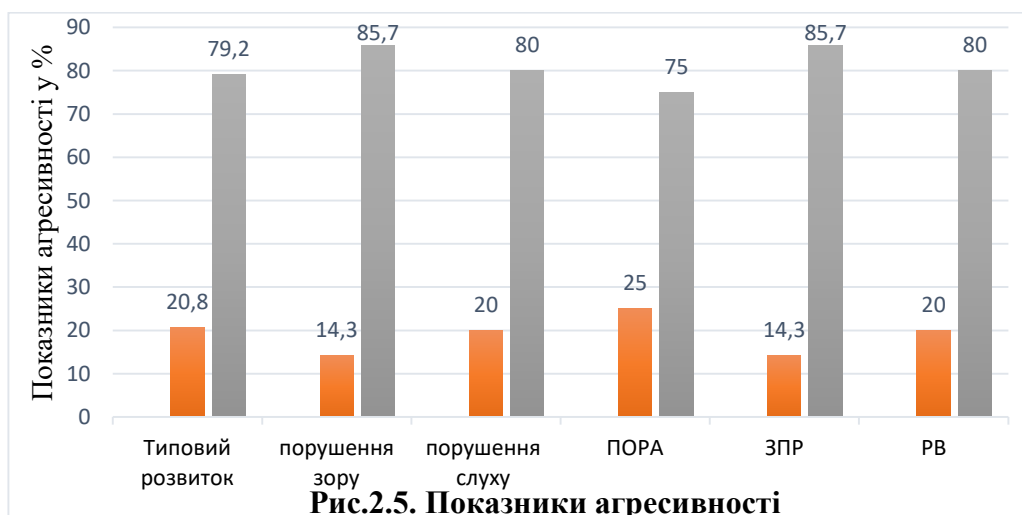
- високі показники фізичної агресії проявляються у 78,5% підлітків з типовим розвитком; 85,7% - підлітків з із ПЗ; 100% - із ПС; 100% - із ПОРА; 85,7 % – із ЗПР та 100% дітей із ІП мають високі показники прояву фізичної агресії (таблиця 2.16).

Представимо загальні показники прояву агресії у дітей з типовим та порушеним розвитком:

- низькі, тобто нормативні показники агресії не виявились характерними ні у однієї із досліджуваних категорій дітей;

- середні показники прояву агресії характерні для 20,8% підлітків з типовим розвитком; 14,3% - підліткам з із порушеннями зору; 20% дітей з порушеннями слуху; 25% підлітків із ПОРА; 14,3% – із ЗПР та у 80% дітей із ІП виявлено середні показники агресивності;

- високі показники агресивності проявляються у 79,2% підлітків з типовим розвитком; 85,7% - підлітків з із порушеннями зору; 80% - із порушенням слуху; 75% - із ПОРА; 85,7 % – із ЗПР та 80% дітей із ІП мають високі показники за рівнем агресивності (додаток А.7). Загальні показники прояву агресії у дітей з типовим та порушеним розвитком графічно представлено на рис. 2.5.



Опитувальник CDI (шкала дитячої депресії М. Ковач

Даний опитувальник дозволив визначити основні кількісні та якісні показники спектру депресивних симптомів - зниженого настрою, низьких гедоністичних здібностей підлітків, вегетативних функцій, самооцінки та міжособистісної

комунікації у школярів, що пережили травматичні життєві події. У нашому випадку депресія аналізується як емоційний розлад, який характеризується як загальмована рухова активність та загальмована інтелектуальна діяльність на ґрунті зміни емоційного фону та погіршення настрою. Так, на думку певних авторів, депресію можна узагальнити як прояв й необхідний інструмент свідомої чи несвідомої перебудови мотиваційної системи цінностей, інструмент вибору, механізм для самовдосконалення або саморуйнування [10].

Охарактеризуємо окремі показники проявів депресії у дітей. Шкала А (негативний настрій) - відображає загальне зниження настрою, негативне оцінювання самоєфективності в цілому, постійне очікування неприємностей, що проявляється в постійному напруженні емоційних та тілесних факторів, постійний підвищений рівень тривоги. За цією шкалою низький рівень прояву виявлено у 25% з ТР; у 14,1% підлітків з ПЗ; 20% з ПС; 25% - з ПОРА та у 14,2 у дітей із ЗПР. Середній рівень шкали спостерігається у 33,3% підлітків з ТР; у 42,9% підлітків з ПЗ; 40% з ПС; 25% - з ПОРА; у 42,9% у дітей із ЗПР та у 60% дітей із ІП. Високий рівень негативного настрою проявляється у 41,7% підлітків з ТР; у 42,9% підлітків з ПЗ; 40% з ПС; 50% - з ПОРА; у 42,9% у дітей із ЗПР та у 40% дітей із ІП (додаток А.8).

Шкала В досліджує ідентифікацію дитиною себе з роллю поганого, того, що проявляє агресивні форми поведінки, негативізм та неслухняність. За цією шкалою низький рівень прояву виявлено у 16,7% з типовим розвитком; у 14,2% у дітей із ЗПР та у 20% з ІП; у підлітків з сенсорними порушеннями та з ПОРА низького показника за шкалою не визначено. Середній рівень спостерігається у 33,3% підлітків з ТР; у 28,6% підлітків з ПЗ; 40% з ПС; 25% - з ПОРА; у 28,7% у дітей із ЗПР та у 40% дітей із ІП. Високі показники порушеної міжособистісної комунікації проявляється у 50% підлітків з типовим розвитком; у 71,4% підлітків з ПЗ; 60% з ПС; 75% - з ПОРА; у 57,1% у дітей із ЗПР та у 40% дітей із ІП (додаток А.7).

Шкала С характеризує самосприйняття як людини з низькою ефективністю в навчальному процесі та самосприйняття загальної неуспішності. За цією шкалою низький рівень прояву характерний лише для дітей із затримкою психічного розвитку та проявляється у 14,2%. Середній рівень спостерігається у 20,8% підлітків з типовим

розвитком; у 42,9% підлітків з порушенням зору; 40% з порушенням слуху; 25% - з ПОРА; у 42,9% у дітей із ЗПР та у 40% дітей із ІП. Високі показники порушеної самооефективності проявляється у 79,2% підлітків з типовим розвитком; у 57,1% підлітків з ПЗ; 60% з ПС; 75% - з ПОРА; у 42,9% у дітей із ЗПР та у 60% дітей із ІП.

Шкала D характеризується високим рівнем виснаження, відчуттям самотності та дистанціюванням від інших. За цією шкалою низький рівень прояву характерний для дітей із затримкою психічного розвитку (12,5%); для дітей із порушеннями зору (14,3%) та для дітей із ЗПР (14,2%). Середній рівень спостерігається у 20,8% підлітків з типовим розвитком; у 28,6% підлітків з ПЗ; 40% з ПС; 25% - з ПОРА; у 28,7% у дітей із ЗПР та у 40% дітей із інтелектуальними порушеннями. Високі показники виснаженості проявляється у 66,7% підлітків з типовим розвитком; у 57,1% підлітків з ПЗ; 60% з ПС; 75% - з ПОРА; у 57,1% дітей із ЗПР та у 60% дітей із ІП (додаток А.7).

Шкала F характеризує негативну самооцінку та проявляється вона на низькому рівні у 14,2% дітей із ЗПР та 20% дітей з ІП. Середній рівень спостерігається у 45,8% підлітків з типовим розвитком; у 14,3% підлітків з ПЗ; 20% з ПС; 25% - з ПОРА; у 28,7% у дітей із ЗПР та у 40% дітей із ІП. Високі показники самооцінки характерні для 54,2% підлітків з типовим розвитком; у 85,7% підлітків з ПЗ; 80% з ПС; 75% - з ПОРА; у 57,1% дітей із ЗПР та у 40% дітей із ІП (додаток А.7).

Опишемо загальні показники депресії, що характерні дітям з типовим та порушеним розвитком. Низький рівень депресії характерний для 12,5% підлітків з ТР; у підлітків і сенсорними порушеннями показники розподілено таким чином: 14,3% ПЗ та 20% ПС; 14,3% дітей із ЗПР.

Середній рівень спостерігається у 33,3% підлітків з типовим розвитком; у 28,6% підлітків з ПЗ; 40% з ПС; 25% - з ПОРА; у 42,9% у дітей із ЗПР та у 60% дітей із ІП. Високі показники депресії виявлено у 54,2% підлітків з ТР; у 57,1% підлітків з ПЗ; 40% з ПС; 75% - з ПОРА; у 42,9% дітей із ЗПР та у 40% дітей із ІП (таблиця 2.18; рис.2.6).

Таблиця 2.11

Показники депресії у підлітків

Показники депресії	Категорії дітей											
	Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ІП	
	Всього осіб	24	Всього осіб	7	Всього осіб	5	Всього осіб	4	Всього осіб	7	Всього осіб	5
		%		%		%		%		%		%
Стан без депресії	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Низький рівень	3	12,5	1	14,3	1	20,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0
Середній рівень	8	33,3	2	28,6	2	40,0	1	25,0	3	42,9	3	60,0
Високий рівень	13	54,2	4	57,1	2	40,0	3	75,0	3	42,9	2	40,0

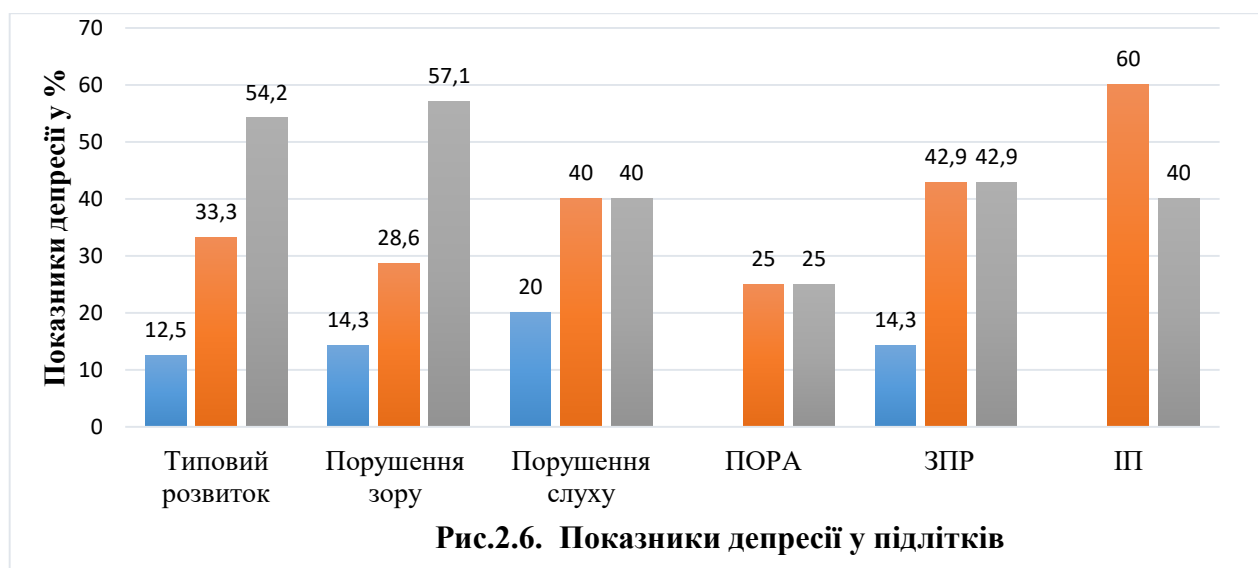


Рис.2.6. Показники депресії у підлітків

Соціометрія Морено Я.Л.

Методика «Соціометрія Я. Морено» мала на меті визначення соціального статусу учнів з типовим і порушеним розвитком. Соціальний статус досліджувався на основі процедури вибору або відхилення співпраці з індивідом у сферах «навчання» та «дозвілля». За результатами соціометричного дослідження було отримано такі показники соціального статусу підлітків ООП та підлітків з типовим розвитком:

- статус «зірка» - не отримав ні один підліток із досліджуваних груп;
- статус «бажаного» визначено у 20,8% підлітків з типовим розвитком; у 14,3% - з порушеннями зору та із ЗПР; підлітки із порушеннями слуху, порушенням опорно-рухового апарату, також підлітки з інтелектуальними порушеннями статус «бажаного» не підтвердили;

- статус «неприйнятий» характерний для 45,8% підлітків з типовим розвитком; 57,1% - з порушенням зору; 40% - з порушенням слуху; 50% - з ПОРА; 42,8% дітей із ЗПР мають статус «неприйнятий», а також 40% - із інтелектуальними порушеннями;
- статус «ізолюваний» відповідає 25% підлітків з типовим розвитком; 14,3% - з порушенням зору; 60% - з порушенням слуху; 50% - з ПОРА; 28,6% дітей із ЗПР, а також 40% - із інтелектуальними порушеннями мають статус ізолюваних;
- статус «відторгнутих» визначено у 8,3% підлітків з типовим розвитком; у 14,3% - з ПЗ; підлітки з ПС та ПОРА не визначені у цьому статусі; 14,3% дітей із ЗПР та 20% з ІП характеризуються статусом «відторгнутих» (додаток А.9).

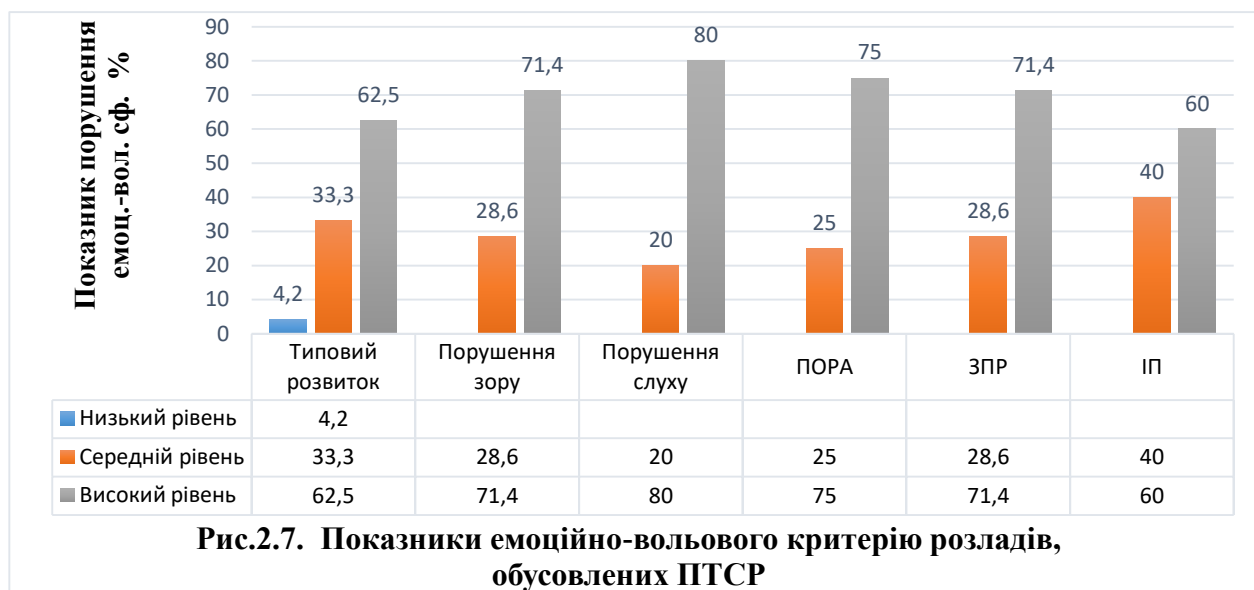
Узагальнимо результати дослідження першого напрямку другого етапу констатувального експерименту, що характеризує порушення обумовлені ПТСР на емоційно-вольовому, поведінковому та когнітивному рівнях у підлітків з типовим та порушеним розвитком.

Визначимо кількість підлітків за емоційно-вольовим критерієм розладів, обумовлених ПТСР.

Високі показники характерні для 62,5% підлітків з типовим розвитком; 71,4% підліткам із ПЗ; 80% з ПС; 75% - з ПОРА; для 71,4% дітей із ЗПР та для 60% дітей із ІП. Середні показники характерні для 33,3% підлітків з типовим розвитком; 28,6% підлітків з ПЗ; 20% з ПС; 25% - з ПОРА; 28,6% дітей із ЗПР та для 40% дітей із ІП. Низькі показники порушення емоційно-вольової сфери характерні лише для дітей з ТР та складає 4,2% від загальної кількості дітей (додаток А.10).

Узагальнюючи результати дослідження емоційно-вольового критерію порушень, що обумовлені посттравматичним стресом у підлітків з типовим та порушеним розвитком можемо зазначити (рис. 2.7): серед усіх категорій дітей визначено високі показники розладу у межах від 60% до 80%; високі показники розладу у дітей з ООП знаходяться у діапазоні від 60% до 80%; підлітки з ІП показали нижчий у порівнянні з іншими категоріями дітей з ООП показник розладу, що

знаходиться у межах 60%; підлітки із сенсорними порушеннями та підлітки з ПОРА мають найвищі показники розладу (від 71,4% до 80%).



Визначимо кількість підлітків за поведінковим критерієм розладів, обумовлених ПТСР.

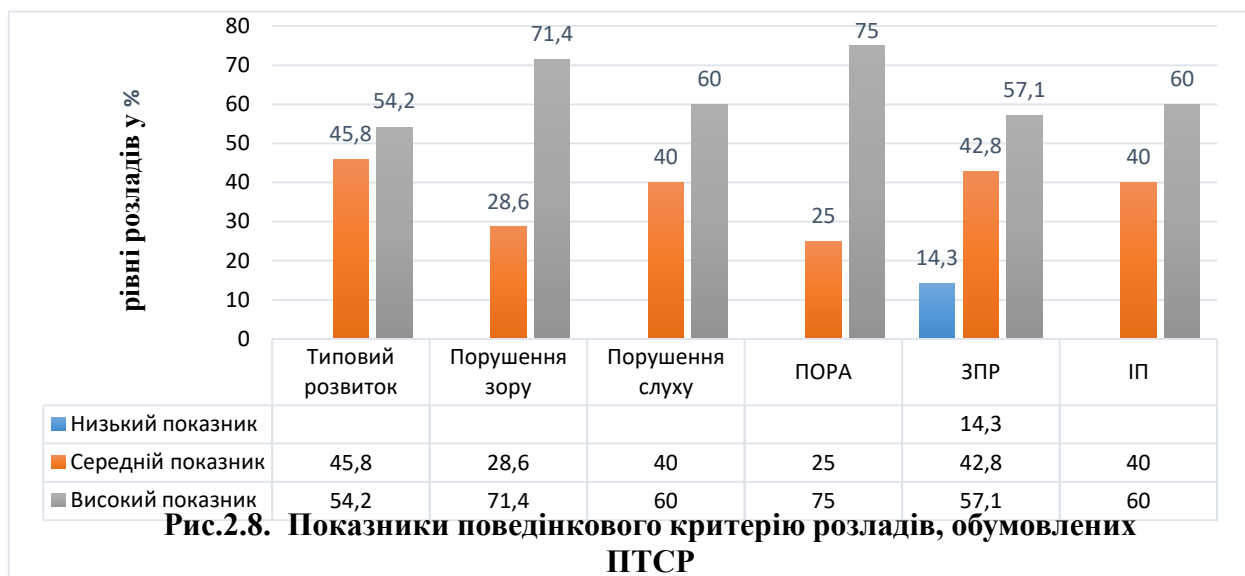
Високі показники характерні для 54,2% підлітків з типовим розвитком; 71,4% підліткам із порушенням зору; 60% з порушенням слуху; 75% - з ПОРА; для 57,1% дітей із ЗПР та для 60% дітей із ІП (додаток А.11).

Середні показники характерні для 45,8% підлітків з типовим розвитком; 28,6% підлітків з порушенням зору; 40% з порушенням слуху; 25% - з ПОРА; 42,8% дітей із ЗПР та для 40% дітей із інтелектуальними порушеннями. Низькі показники поведінкових порушень характерні лише для дітей із затримкою психічного розвитку та складають 14,3% від загальної кількості дітей (таблиця 2.21).

Узагальнюючи результати дослідження поведінкових порушень обумовлених посттравматичним стресом у підлітків з типовим та порушеним розвитком можемо зазначити (рис. 2.8):

- серед усіх категорій дітей визначено високі показники розладу у межах від 54,2% до 75%;
- високі показники розладу у дітей з ООП знаходяться у межах від 60% до 75%;
- підлітки із ЗПР показали нижчий у порівнянні з іншими категоріями дітей з ООП показник розладу, що знаходиться у межах 57,1%;

- підлітки із сенсорними порушеннями та підлітки з ПОРА мають найвищі показники розладу (від 60% до 75%).



Визначимо кількість підлітків за когнітивним критерієм розладів, обумовлених ПТСР.

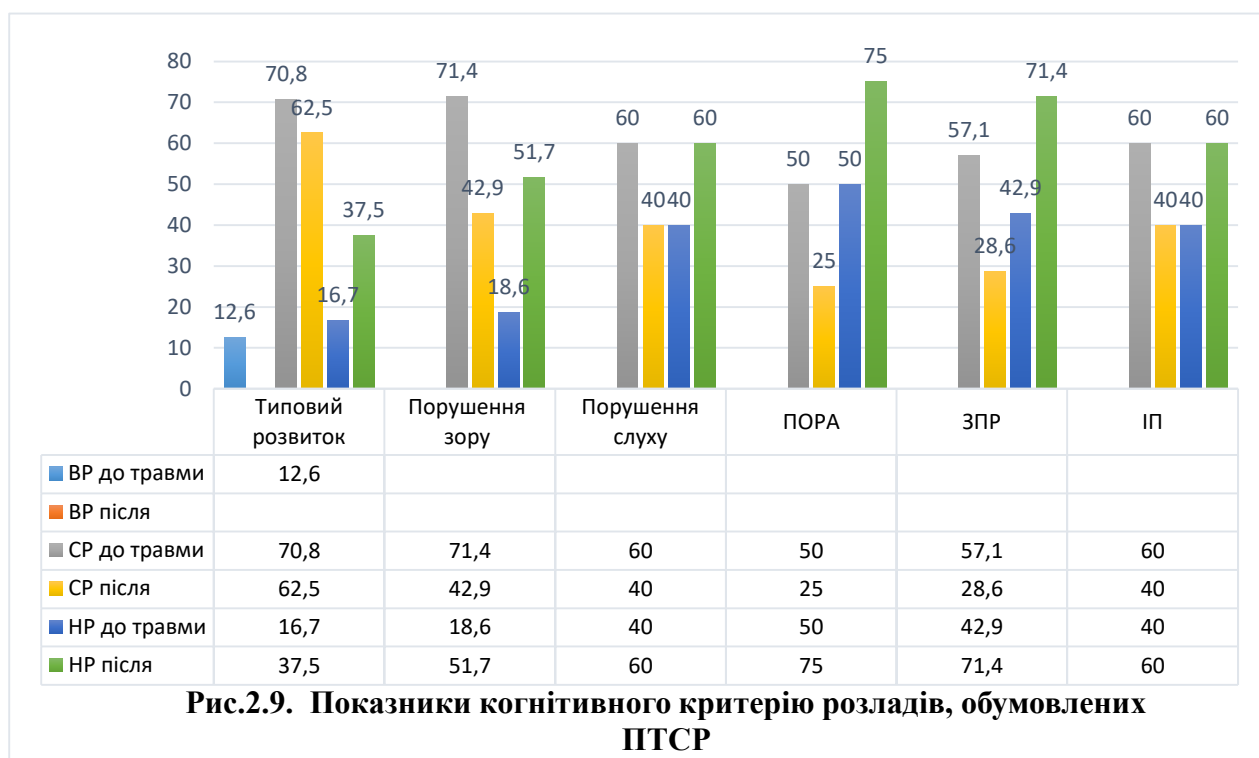
В результаті опрацювання особистих справ підлітків, був виведений середній бал успішності школярів до травматичної події та середній бал успішності через 2-4 роки після ситуації внутрішнього переселення дітей та їх родин. Результати аналізу представлено у додаток А.12 та відображено на графіку (рис.2.9). Порівняння та аналіз двох показників дозволив виявити зниження успішності в усіх категорій респондентів, яке можна охарактеризувати таким чином:

- високий рівень успішності до травми було зафіксовано лише у 12,6% підлітків з ТР, а на віддаленому етапі травматизації не залишилось школярів з високим рівнем успішності;

- середній рівень успішності знизився у дітей з ТР з 70,8% до 62,5% (коефіцієнт зниження успішності (КЗУ) 8,3%); у дітей з ПЗ – з 71,4% до 42,9% (КЗУ 28,5%); з ПС з 60% до 40% (КЗУ 20%); діти з ПОРА із 50% до 25% (КЗУ 25%); діти із ЗПР – із 57,1% до 28,6% (КЗУ 26,5%); у дітей з ІП успішність знизилась з 60% до 40% (КЗУ 20%);

- низький рівень успішності зафіксовано у 37,5% дітей після травми у порівнянні із 16,7% до травми у дітей з ТР (КЗУ 20,8%); у дітей з ПЗ після травми 57,1% до травми 18,6% (КЗУ 38,5%); з ПС у 40% до травми та після травми - 60%

(КЗУ 20%); діти з ПОРА із 50% до травми та 75% після (КЗУ 25%); діти із ЗПР –із 42,9% до та 71,4% після травми (КЗУ 26,5%); у дітей з ІП успішність знизилась з 40% до 60% (КЗУ 20%)



Опишемо результати дослідження другого напрямку діагностико-констатувального експерименту, який мав на меті виділення рівнів копінг-поведінки підлітків адаптативний рівень, відносно адаптативний та неадаптативний рівень. З метою визначення рівнів копінг-поведінки підлітків було використано анкету «Індикатор копінг-стратегій».

Методика «Індикатор копінг-стратегій» (Coping Strategy Indicator, CSI, Д. Амирхан, 1990, в адаптації Н.Сироти, 1994, В. Ялтонського, 1995)

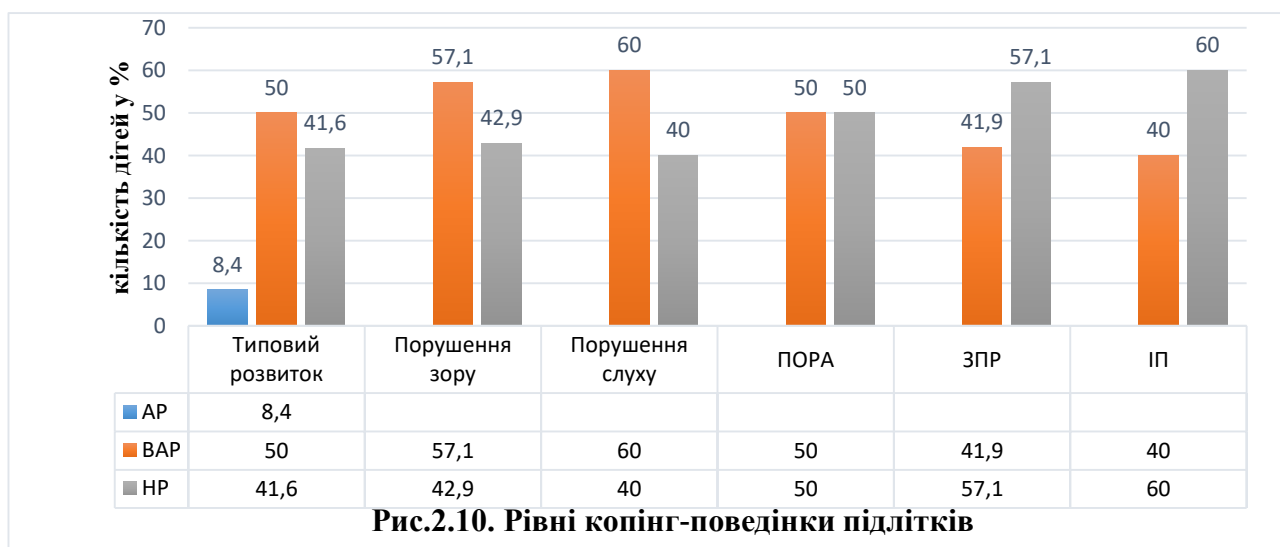
В результаті проведення даної методики було визначено домінантні стратегії поведінки підлітків та розраховано рівні адаптивності такої поведінки до умов навколишнього соціального середовища. Визначено кількість підлітків з типовим та порушеним розвитком у відповідності до використання ними копінгових стратегій «вирішення проблем», «пошук соціальної підтримки» та стратегії «уникнення». Розподіл використання підлітками копінг-стратегій подано у додаток А.13.

Охарактеризуємо рівні адаптивності особистості підлітків у відповідності до використання ними ефективних чи неефективних копінгових стратегій.

Адаптивний рівень використання копінг-стратегій характеризується збалансованістю поведінкових стратегій, що спрямовуються на активне вирішення проблеми, пошук соціальної підтримки серед значимих однолітків, дорослих, фахівців; збалансованістю когнітивного, емоційного і поведінкового компонентів у аналізі ситуацій та прийнятті рішень; орієнтацією на досягнення успіху; а також, усвідомлена спрямованість на усунення джерела стресу; особистісна інтернальність та пошук внутрішнього комфорту, розвиненість емпатії та прагнення бути в товаристві інших людей, потреба в створенні теплих, емоційно значимих міжособистісних стосунків. Описаний адаптивний рівень поведінки виявлено лише у 8,4% підлітків із типовим розвитком.

Відносно адаптивний рівень характеризується нестійкістю емоційних станів, регресивними формами поведінки, нестійкістю мотивації, розмитістю особистісних цілей та схемою їх досягнень; у стресових ситуаціях підліток спрямовується у більшості випадків не на стресор, а на редукцію психоемоційного напруження; присутня підпорядкованість вимогам середовища, що характеризується відсутністю особистісної позиції. Такий рівень копінг-поведінки характерний для 50% підлітків з ТР; для 57,1% підлітків з ПЗ; 60% - з ПС; 50% дітей із ПОРА; та найнищі показники цього рівня характерні для підлітків із ЗПР та ІП, відповідно 41,9% та 40%.

Наступна досліджувана характеристика – це неадаптивний рівень копінгу, що характеризується домінуванням стратегії «уникнення невдач», пасивністю у поведінці та відсутністю цілеспрямованості у досягненні бажаного; низькою



предметною активністю та надмірною, мало контрольованою емоційністю, в основі якої лежить чутливість до розбіжностей між очікуваним та реальним отриманим результатом; також неадаптивний рівень характеризується негативним ставленням до себе та низьким рівнем самокеруваності. Цей рівень є переважаючим у 41,6% підлітків з типовим розвитком; у 42,9% підлітків з ПЗ; 40% - з ПС; 50% дітей із ПОРА; та цей показник є найвищим у підлітків із ЗПР та ІП, відповідно 57,1% та 60%.

Співвідношення прояву рівнів копінг-поведінки та її адаптивності графічно відображено на рис.2.10. Вивчивши кількісний аналіз копінгових ресурсів підлітків, можемо констатувати, що:

- більшість дітей з типовим та порушеним розвитком мають неадаптивні або низько адаптивні стратегії поведінки;
- лише незначний відсоток дітей з типовим розвитком використовують адаптивний копінг (8,4%);
- найвищий показник неадаптивного копіngu характерний для підлітків із ЗПР та ІП.

Висновки до розділу 2

За результатами експериментального дослідження було виявлено розлади функціонування підлітків з типовим та порушеним розвитком, що обумовлені посттравматичним стресовим розладом в результаті перебування на територіях наближених до військових подій, та в результаті внутрішнього переміщення на території країни. Результати дослідження описано у відповідності до двох етапів.

В результаті першого етапу експерименту було визначено серед усіх респондентів з типовим та порушеним розвитком, кількість підлітків які мають прояви ПТСР за МКХ-10. Цей показник розподілився таким чином: 12,2% підлітків з ТР; 22,2% підлітків з ПЗ; 21,1% підлітків з ПС; 23,7% підлітків з ПОРА; 25,6% підлітків із ЗПР; 30,9% підлітків з ІП мають прояви ПТСР.

Другий етап експериментального дослідження складався із двох напрямків. У першому напрямку другого етапу дослідження визначено порушення обумовлені

ПТСР на емоційно-вольовому, поведінковому та когнітивному рівнях у підлітків з типовим та порушеним розвитком. Показники порушень розподілились таким чином:

1. Розлади емоційно-вольової сфери. Високі показники характерні для 62,5% підлітків з ТР; 71,4% підліткам із ПЗ; 80% з ПС; 75% - з ПОРА; для 71,4% дітей із ЗПР та для 60% дітей із ІП. Середні показники характерні для 33,3% підлітків з ТР; 28,6% підлітків з ПЗ; 20% з ПС; 25% - з ПОРА; 28,6% дітей із ЗПР та для 40% дітей із ІП. Низькі показники порушення емоційно-вольової сфери характерні лише для незначної кількості дітей з ТР та складає 4,2% від загальної кількості дітей.

2. Розлади поведінкової сфери. Високі показники характерні для 54,2% підлітків з ТР; 71,4% підліткам із ПЗ; 60% з ПС; 75% - з ПОРА; для 57,1% дітей із ЗПР та для 60% дітей із ІП. Середні показники характерні для 45,8% підлітків з ТР; 28,6% підлітків з ПЗ; 40% з ПС; 25% - з ПОРА; 42,8% дітей із ЗПР та для 40% дітей із ІП. Низькі показники поведінкових порушень характерні лише для дітей із ЗПР та складають 14,3% від загальної кількості дітей.

3. Розлади когнітивної сфери. Порушення діяльності когнітивної сфери підлітків визначали за коефіцієнтом зниження успішності та отримали результати:

- високий рівень успішності до травми було зафіксовано лише у 12,6% підлітків з типовим розвитком, а на віддаленому етапі травматизації не залишилось жодного школяра з високим рівнем успішності;

- кількість дітей із середнім рівнем успішності знизилася у дітей з типовим розвитком на 8,3%; у дітей з ПЗ 28,5%; з ПС на 20%; у дітей з ПОРА із 25%; із ЗПР на 26,5%; а у дітей з ІП успішність знизилась 20%;

- на низький рівень шкільної успішності перемістилося 20,8% підлітків з ТР; 38,5% дітей з ПЗ; 20% з ПС; 25% дітей з ПОРА; 26,5% дітей із ЗПР та 20% дітей з ІП.

У другому напрямку другого етапу дослідження визначено кількість підлітків з типовим та порушеним розвитком щодо використання ними копінгових стратегій, що відповідає певному рівню адаптації підлітків:

- адаптивний рівень виявлено у 8,4% підлітків із типовим розвитком;

- відносно адаптивний рівень характерний для 50% підлітків з типовим розвитком; для 57,1% підлітків з ПЗ; 60% - з ПС; 50% дітей із ПОРА; та найнищі показники цього рівня характерні для підлітків із ЗПР та ІП, відповідно 41,9% та 40%;
- неадаптивний рівень переважає у 41,6% підлітків з типовим розвитком; у 42,9% підлітків з порушеннями зору; 40% - з порушеннями слуху; 50% дітей із ПОРА; та цей показник є найвищим у підлітків із ЗПР та інтелектуальними порушеннями, відповідно 57,1% та 60%;

Порівняння кількісних та якісних характеристик окремих досліджуваних компонентів дозволяє зробити висновки про те, що на віддаленому етапі від ситуації травми значній кількості дітей характерні симптоми посттравми. Загальний середній показник ПТСР серед усіх досліджуваних категорій дітей з порушеним розвитком становить 24,7%. У порівнянні з дітьми з типовим розвитком (12,2%) показник ПТСР у дітей з ООП більший майже у двічі. Досліджені показники вказують на необхідність психолого-педагогічних втручань корекційного характеру. Таку необхідність також ілюструють доведені порушення обумовлені ПТСР на когнітивному, поведінковому та емоційно-вольовому рівнях. Вивчивши копінгові ресурси підлітків, звертаємо увагу на те, що більшість дітей має неадаптивні або низько адаптивні стратегії поведінки, що відображається на їх адаптації до навколишньої дійсності та є перешкодою у подоланні наслідків травматичного стресу пережитого респондентами. Слід зазначити, що досліджено певний взаємозв'язок між розладами обумовленими ПТСР та використанням неадаптивних копінг-ресурсів підлітків, цей фактор обумовлює один із напрямків формувального експерименту.

Зміст другого розділу дисертації висвітлено в таких публікаціях автора:

1. Марціновська І. П. Особливості діагностики та корекції наслідків психологічної травми у дітей та підлітків. *Materials of the XII International scientific and practical conference Scientific horizons*. Volume 7. Psychology and sociology. Sheffield : Science and education LTD, 2016. С. 31-35.

2. Марціновська І. П. Постстресова психологічна діагностика школярів з порушенням психофізичного розвитку. Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка : зб. за підсумками звітної конф.

викл., докторантів і аспірантів. Вип. 19 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам.-Под. національний університет імені Івана Огієнка, 2020. Т. 1. С. 116-117.

3. Марціновська І. П. Вивчення розладів обумовлених постстресом у підлітків з особливими освітніми потребами. Спеціальна освіта: проблеми та перспективи : мат. XIII міжнар. наук.-практ. конф. Кам'янець-Подільський : Кам.-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2020. С. 95-97.

4. Марціновська І. П. Конструктивні копінг-стратегії особистості. Стрес-менеджмент старшокласника : метод. посібник, 2019. URL: <https://cutt.ly/aoa7tSi>

РОЗДІЛ III.

КОРЕКЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ В ЗОНАХ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ

3.1. Програма психолого-педагогічної корекції посттравматичних стресових розладів у підлітків з особливими освітніми потребами

Результати констатувального експерименту засвідчили, що майже четверта частина дітей з особливими освітніми потребами мають порушення діяльності емоційно-вольової, поведінкової та інтелектуальної сфер, що обумовлені травматичними життєвими подіями та низьким копінговим ресурсом, який є ключовим фактором у вправлянні зі стресовими та травматичними ситуаціями.

Аналіз літературних джерел та результати констатувального експерименту обумовили необхідність розробки програми психолого-педагогічного супроводу у корекції наслідків посттравми на віддаленому етапі травматизації.

Теоретичним підґрунтям психолого-педагогічного супроводу у корекції розладів, обумовлених ПТСР, виступили положення про: концепцію «безпечної школи» («safe school» у країнах Західної Європи та північної Америки), що підтверджує необхідність адаптації навчального процесу до потреб дітей, які пережили психотравму; необхідність комплексного підходу, що передбачає залучення вчителів та батьків до подолання наслідків психічної травми у дітей (М. Баум, Кісарчук О. Ayalon та ін.) [64; 65]; формування нових навичок активними соціально-психологічними методами навчання (Л. Анн, І. Вачков, Ю. Ємельянов, Т. Зайцева, Є. Карпенко, Л. Петровська) [4; 24; 41; 120; 155; 196]; особливості навчання та виховання школярів з порушеннями психофізичного розвитку (В. Бондар, А. Глоба, І. Дмитрієва, О. Романенко, Л. Руденко, В. Синьов, Є. Синьова, О. Супрун, Н. Пахомова, І. Мартиненко, С. Миронова, В. Тарасун, С. Федоренко, Л. Фомічова, А. Шевцов, М. Шеремет, О. Чеботарьова та ін.) [124; 125; 176; 177; 178; 179; 187; 188; 195; 207; 208]; положення глибинно-орієнтованої класичної та сучасної психології, (Ф. Александер, А. Бек, Х. Льюїнер, В. Райх, З. Фрейд, та ін) [13; 22; 86;

199]; положення про домінантність у подоланні травми копінг-поведінки особистості (Дж. Бреннан, М. Лаад, Р. Лазарус, Л. Мерфі, С. Нартова-Бочавер, Н. Урган, С. Фолькман та ін.) та формування стресостійкості у дітей (N.Garmezy, G. Bonanno, A. Greeff та ін.) [136; 219; 225; 226; 231].

Враховуючи результати теоретичного аналізу проблеми констатувального експерименту було сформовано мету та завдання формувального етапу дослідження.

Мета формувального експерименту полягала у розробці та впровадженні в практику психолого-педагогічного забезпечення корекційної роботи з підлітками з порушеним розвитком, що мають розлади, обумовлені ПТСР.

Завдання формувального експерименту:

1. Розробити та впровадити корекційно-розвивальну тренінгову програму для підлітків, що спрямовується на подолання порушень, що обумовлені психотравмою; розвиток копінг-поведінки підлітків та формування арсеналу стратегій виходу із критичних життєвих ситуація.

2. Розробити та провести навчально-просвітницький тренінг для батьків підлітків, щодо наслідків травми на психіку дітей та шляхів компенсації цих наслідків у виховному просторі сім'ї.

3. Розробити та провести навчально-просвітницький тренінг для педагогів, які працюють із цією категорією дітей, щодо впливу травми на дитячу психіку, шляхів допомоги травмованим підліткам у навчально-виховному процесі.

4. Розробити методичні рекомендації щодо організації корекційної роботи з подолання ПТСР у підлітків, методом групового тренінгу з урахуванням різних типів порушень психофізичного розвитку.

5. Експериментально довести, що розроблений комплекс заходів для батьків, педагогів, просвіта та навчіння підлітків, щодо особливостей психофізичних проявів наслідків травми та способів вправління із ними, розширення їх копінгових стратегій може мати позитивний вплив на симптоматику, обумовлену ПТСР та проявляється на когнітивному, емоційно-вольовому та поведінковому рівнях.

В основу формувального експерименту було покладено припущення про те, що подолати наслідки посттравми у підлітків, обумовлені ПТСР на віддаленому етапі травматизації, можна завдяки:

- просвіті, щодо впливу травматичних життєвих ситуацій на емоційний та фізичний стан людини;
- навчінню вправлення з симптомами постстресу (інтрузії, уникнення, збудливість);
- розширенню арсеналу копінгових поведінкових стратегій підлітків та інформування щодо наслідків травми;
- просвіті батьків та педагогів щодо проявів травматизації у дітей, шляхів підтримки та допомоги школярам з проявами травматичного стресу.

Показниками ефективності подолання наслідків постстресу у підлітків є низькі показники, або відсутність симптомів ПТСР за МКХ-10; позитивні зміни у діяльності емоційно-вольової, поведінкової та когнітивної сфер.

Позитивні зміни у функціонуванні емоційно-вольової сфери характеризуються достатніми показниками самопочуття, активності та настрою; низькими показниками симптомів депресії; достатнім рівнем самооцінки дитини; низькими показниками рівня тривожності;

Позитивні зміни у функціонуванні поведінкової сфери підлітків характеризуються низькими показниками рівня агресивності; наявністю конструктивної міжособистісної комунікації; соціальним статусом у колективі «бажаний» або «зірка»

Позитивні зміни у функціонуванні когнітивної сфери характеризується підвищенням середнього балу навчальної успішності.

Для реалізації поставленої у формувальному експерименті мети, ми обрали тренінг, як метод активного навчання, спрямований на розвиток знань, умінь та навичок, соціальних установок у підлітків. Адже, у вітчизняній психолого-педагогічній науці поширеними є визначення тренінгу як одного з активних методів навчання, спрямованого на вдосконалення особистісних якостей і самосвідомості підлітка, що сприяє оптимізації його поведінки і самореалізації. У процесі

тренінгового курсу учасники чітко усвідомлюють власне «Я», свої проблемні особистісні зони та своє місце у соціумі, свій потенціал та свої особистісні можливості; у них підвищується рівень психологічної компетентності та формується впевненість у собі.

Для підвищення рівня компетентностей щодо підтримки своїх дітей із ПТСР у батьків; а також, формування обізнаності педагогів щодо ефективної педагогічної взаємодії з травмованими підлітками, ми обрали освітній тренінг. Оскільки освітній тренінг розглядається як оптимальний спосіб надання значущої інформації, поповнення та розширення знань, формування ставлень, умінь та навичок, що забезпечується шляхом послідовної реалізації впорядкованих та взаємопов'язаних дій які характеризують тренінговий процес.

Науково-практичні розробки психолого-педагогічного тренінгу описано у дослідженнях Арнольд О., Большакова В., Захарова В., Зайцевої Т., Макшанова С., Прістлі П., Торнтон Дж.; особливості тренінгових технологій у професійній підготовці фахівців представлених у працях Бурякової О., Васильєва М., Левіна К., Панфілової А., Петровської Л., Фопель К. та ін. Методичні основи, принципи та особливості тренінгових технологій досліджувалися Ємельяновим Ю., Зайцевою Т., Кемпбелл К., Макшановим С., Никандровим В., Сидоренко О., Рудестамом К., Ковальовим Г., Лефтером В., Афанасьєвою Н., Федорчуком В., та ін. [7; 12; 20; 24; 42; 43; 52; 87; 89; 101; 120; 135; 157; 196; 213].

Психолого-педагогічне забезпечення подолання розладів обумовлених ПТСР у підлітків розроблено із врахуванням основних методів спеціальної дидактики, що описані науковцями І. Бехом, А. Колупаєвою, С. Мироною, В. Синьовим та ін., визначається нами, як комплекс та метод впливів педагогічного та психологічного характеру, спрямованих на подолання в дітей порушень, які заважають повноцінному та гармонійному розвитку дитини з порушеннями психофізичного розвитку [17; 71; 72; 125; 176 177]. При чому, корекційна та розвивальна робота обов'язковим чином проводиться із школярем, що має на меті зміну та розвиток його певних психологічних утворень, а також з безпосередніми умовами виховання і навчання (робота з батьками та педагогами), в яких формується школяр [71; 72; 124; 225].

При розробці психолого-педагогічного супроводу враховано основні корекційні завдання індивідуальної моделі корекції, що є загальними для всіх дітей з особливостями психофізичного розвитку. Індивідуальна модель корекції спрямована на виправлення різних порушень у підлітка з врахуванням його індивідуальних психофізичних особливостей [71; 72; 145]. Корекційні програми мають розроблятися із використання таких основних принципів: принцип системності у вибудовуванні корекційних задач, системність профілактики та регулярності розвивальних напрямків; поєднання діагностичних і корекційних методів; першочерговість у корекції першопричин порушення; врахування діяльнісного підходу у корекційній роботі; врахування психофізичних та вікових особливостей дитини; обов'язковість психолого-педагогічних впливів у комплексі; взаємодія із значимими особистостями дитини для підсилення корекційного впливу програми та задіяння найближчого оточення дитини (друзі, однокласники, родина і т.п.); врахування особливостей розвитку психічних процесів дитини; врахування поступовості у поданні матеріалу; врахування об'єму та різних форм подачі матеріалу; врахування емоційного насичення при подачі інформації [71; 72, с. 24-33; 124; 145].

Визначено цілі та задачі корекційно-розвивальної роботи з підлітками з порушеннями психофізичного розвитку, що характеризуються трьома рівнями: корекційний рівень передбачає виправлення порушень обумовлених травматичним подіями; профілактичний – попередження порушень у розвитку; розвивальний – оптимізація та збагачення змісту психічного розвитку дитини, що характеризується розвитком конструктивних копінгових стратегій підлітка.

Ефективність психолого-педагогічної корекції залежала від врахування методичних вимог, а саме: визначення чітких цілей корекції; визначення основного кола завдань, що спрямовані на конкретизацію мети; розробка змісту корекційних занять з врахуванням структури дефекту та індивідуально-психологічних особливостей дитини; визначення форм роботи з дитиною та її оточенням; підбір відповідних методик і технік з врахуванням особливостей підліткового віку, інтелектуальних і фізичних можливостей дітей; планування форм участі батьків та педагогів в корекційному процесі; розробка методів аналізу та оцінки динаміки

впливу психокорекційних заходів на подолання порушень, причиною яких є ПТСР; підготовка необхідного приміщення, обладнання і матеріали для ефективної психолого-педагогічної корекції.

У нашому дослідженні, спрямований психокорекційний вплив на порушення, обумовлені психотравмою підлітків, складається з чотирьох взаємопов'язаних блоків: діагностичного, корекційного, оціночного, прогностичного [72; 145]. Діагностичний блок включає вивчення порушень, обумовлених ПТСР, що проявляється на емоційно-вольовому, поведінковому та когнітивному рівнях до та після реалізованих психолого-педагогічних втручань. Детальна програма діагностичного блоку психолого-педагогічного супроводу травмованих підлітків представлено у 2 розділі.

Корекційний блок має на меті допомогу підлітку у подоланні симптомів психотравми; формуванні адаптивного копінгового ресурсу у подоланні стресових ситуацій; формування батьківського розуміння що до активної допомоги своїм дітям у вирішенні соціально-психологічної проблеми дитини шляхом активного включення батьків у психокорекційний процес; забезпечення атмосфери прийняття, доброзичливості, відкритості, взаєморозуміння у навчальному середовищі підлітків, через залучення до психокорекційного супроводу педагогів [72; 145].

Блок оцінювання ефективності корекційних втручань передбачає аналіз змін, що відбулися у пізнавальній діяльності, емоційній та поведінкових сферах дитини в результаті психолого-педагогічних впливів. Детальна програма перевірки ефективності корекційних впливів проводилось за тією ж програмою, що і вивчення порушень обумовлених ПТСР у підлітків та представлено у 2 розділі. Результативність корекційно-розвиткових впливів може з'являтися одразу, в процесі роботи з дитиною, тобто, ще до того, як буде реалізовано усі заплановані корекційні втручання, так і протягом певного часу після психолого-педагогічних втручань. Оскільки ефективність корекції залежить від низки факторів: об'єктивних, що характеризується ступенем порушення психофізичного розвитку дитини); суб'єктивних, що відображають готовність як дитини так і батьків до психологічних втручань; індивідуальні потреби у часі на встановлення атмосфери особистісної довіри до фахівця, який здійснює психокорекцію і т.п).

Прогностичний блок психокорекційної роботи спрямовувався на визначення умов за яких можливе подолання підлітками розладів, обумовлених ПТСР та розвитку у них адаптивних копінгових стратегій у поведінці. Ефективність впровадження психолого-педагогічної корекції розладів, що є характерними при травматичних стресах у дітей з ПР, визначається розумінням структури психофізичного порушення та врахуванням принципів, методів та прийомів загальної та спеціальної дидактики при проведенні корекційних заходів [72; 145].

Відповідно до завдань формувального експерименту було визначено три етапи дослідження – підготовчий, основний та заключний.

Підготовчий етап спрямовувався на:

1. Визначення контингенту експериментальних груп підлітків з типовим та порушеним розвитком; групи батьків травмованих підлітків; групи педагогів з числа класних керівників досліджуваних підлітків; а також групи психологів навчальних закладів, у яких навчаються визначені категорії підлітків;

2. Розробку тренінгових програм для підлітків, батьків та педагогів з подолання психолого-педагогічних наслідків травматичного стресу у дітей на віддаленому етапі травматизації.

Основний етап формувального експерименту спрямовувався на виконання таких завдань:

1. Апробацію тренінгових програм для підлітків з порушеним розвитком, програм для педагогів та батьків;

2. Проведення повторної діагностики в експериментальній групі підлітків, з метою оцінювання ефективності корекційних програм.

Вивчення ефективності запропонованих програм відбувалось за діагностичним комплексом, описаним у пункті 2.1.

Заключний етап формувального експерименту передбачав статистичне опрацювання отриманих результатів, їх узагальнення та формування висновків щодо ефективності проведеної на другому етапі програми.

З метою реалізації завдань формувального експерименту було сформовано три тренінгових групи (група підлітків, група батьків та група педагогів) та розроблено три тренінгових програми:

1. Тренінгова програма для підлітків з порушеним розвитком «Подолання наслідків посттравми та формування конструктивного копінгового ресурсу у підлітків»

2. Тренінгова програма для педагогів «Формування у педагогів навичок підтримуючої поведінки у дітей із постстресовими порушеннями».

3. Тренінгова програма для батьків «Формування навичок підтримуючої поведінки у батьків, діти яких мають симптоми травматичного стресу».

Мета та завдання тренінгів було сформульовано з урахуванням результатів констатувального експерименту та подано далі, біля опису тематичних планів тренінгових занять.

При побудові тренінгових занять, враховувались дослідження загальної та спеціальної дидактики [17; 125; 177]. Навчання підлітків з порушеннями психофізичного розвитку відбувається за тими ж методами що і навчання школярів з типовим розвитком, проте тип порушення, обумовлює особливості застосування навчальних методів. Ці особливості враховувались при розробці тренінгової програми для підлітків з різними типами порушень. Основною особливістю методів навчання та розвитку дітей з ООП є їх корекційно-розвиваюча спрямованість на що вказують такі науковці, як В. Бондар, А. Глоба, І. Дмитрієва, А. Осіпова, В. Синьов, Є. Синьова, О. Супрун, А. Колупаєва, І. Мартиненко, С. Миронова, В. Тарасун, С. Федоренко, Л. Фомічова, М. Шеремет, О. Чеботарьова та ін.) [66; 71; 72; 124; 125; 145; 176; 177; 178; 179; 187; 188; 195; 207; 208]; Розглянемо особливості методів навчання підлітків з порушеним розвитком, що враховувались нами при розробці психолого-педагогічного супроводу травмованих підлітків:

- методи, що використовувались були доступними, але передбачали стимулювання учнів до розумової активності, формування вольової активності особистості, матеріал подавався із доцільним рівнем складності;

- стимулювали то свідомого та міцного засвоєння знань;

- формували вміння застосовувати отримані теоретичні знання на практиці та переносити отриманий досвід на різні життєві ситуації;
- знання та навички формувались системно та послідовно;
- формувалась мотивація підлітків до самостійного виконання завдань, творчості та особистісної активності;
- враховувались загальні психічних закономірності та індивідуальні особливості кожного підлітка;
- використовувався принцип гармонійності у підборі методів, їх поєднання в залежності від мети та цілей кожного окремого заняття [72].

Відповідно до загальної та спеціальної дидактики, під час розробки тренінгових програм були використані методи навчання, що:

- характеризуються джерелом передачі та характером сприйняття інформації (словесні, наочні, практичні методи);
- залежать від основних дидактичних завдань заняття (формування знань, умінь та навичок (зунів) підлітків, закріплення зунів, застосування зунів на практиці, перевірки зунів, творчі методи);
- відображають характер пізнавальної діяльності щодо засвоєння змісту освіти (пояснювально-ілюстративні, репродуктивні, проблемного виклику, евристичні, дослідницькі методи) [71; 72; 145].

В загальному вигляді структура розроблених занять складається з трьох основних етапів тренінгового процесу [120]: початку, основної частини та заключної частини. Початок тренінгу складається із двох занять у підлітків та та 30 хв. заняття у дорослих (педагоги, батьки) та містить такі компоненти:

1. Вступ, що передбачає визначення умов проведення тренінгу; оголошення тематики занять, які питання під час заняття розглядатимуться; визначення актуальності проблематики теми тренінгових занять; зацікавлення учасників (формування мотивації до участі);

2. Представлення програми тренінгових занять, що містить регламент – чітко зафіксовані основні ключові моменти тренінгових занять (час проведення, основні елементи);

3. Представлення тренера;

4. Знайомство учасників тренінгового курсу між собою, зменшення хвилювання та напруги в учасників групи;

5. Прийняття правил роботи під час тренінгових занять.

Основна частина тренінгу обумовлена завданнями та змістом тренінгових курсів для кожної категорії учасників, проте має спільні характеристики:

- планування тематики та мети кожного окремо взятого тренінгового заняття;
- розподіл часу тренінгового заняття, що представлений у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Розподіл часу та етапів тренінгового заняття

№	Назва етапу	Необхідний час у %	Характеристика етапу
1	Вступ	5%	Презентація мети та завдань тренінгового заняття
2	Знайомство/вправи на зняття емоційної напруги	5%	Взаємопрезентація тренера та учасників; стимулювання налаштування на роботу
3	Прийняття/повторення правил групи	3%	Своєрідне народження групи, де формуються спільні норми для ефективної взаємодії
4	Очікування учасників	3%	Традиційний обмін очікуваннями; врахування та аналіз очікувань учасників
5	Оцінка рівня інформованості щодо тематики	4%	Своєрідний зріз знань стосовно проблематики тренінгу
6	Актуалізація проблеми	5%	Елемент тренінгового заняття, що скеровує стійкий інтерес до проблеми та забезпечує мотивацію
7	Інформаційний блок	30% - 40%	Теоретичний матеріал, яким мають оперувати учасники тренінгу
8	Надбання практичних навичок	30% - 40%	Вироблення в учасників навичок комунікації, зміни стратегії поведінки та закріплення теоретичного матеріалу
9	Завершення роботи. Отримання зворотнього зв'язку	5%	Підведення підсумків заняття та оцінка зміни рівня інформованості учасників

1. Організація та представлення матеріалів тренінгових занять через використання основних методів тренінгу. Нами використовувались різноманітні методи, які впливали на процес засвоєння та відтворення інформації [7; 24; 120]. Найбільш популярними методами, які застосовувались у тренінгових заняттях були:

інформаційне повідомлення (лекція), рольова гра, метод кейсів (розгляд проблемних ситуацій), мозковий штурм, дискусія та ін. (опис методів подамо далі у тексті).

2. Матеріал за темами заняття вибудовувався логічно та послідовно з урахуванням часу відповідно до структурних частин заняття. Логіка представленого матеріалу відповідала принципам навчання, а саме: нова інформація утворювала смислові асоціації із знаннями, що були засвоєні учасниками на попередніх заняттях; представлений матеріал ускладнювався поступово за принципом «від простого до складного», «від відомого до невідомого», «від конкретного до абстрактного».

3. Основна частина тренінгу для підлітків складалась із 13 занять; основна частина тренінгу для батьків тривалістю 5 годин та основна частина тренінгу для педагогів – тривалістю 7 годин.

4. Тривалість занять у підлітків - 2 години; тренінгова зустріч з батьками тривала протягом 6 годин одного дня; тренінгові зустрічі з педагогами проводилась протягом двох днів, по 4 години кожного дня.

Заключна частина: висвітлення питань, недостатньо висвітлених у основній частині; визначення результативності засвоєння учасниками групи опрацьованого теоретичного матеріалу та оволодіння практичними навичками; з'ясування того, чи виправдались очікування учасників групи; визначення перспектив застосування отриманих знань та вмінь в реальному житті учасників тренінгового курсу.

Відповідно до поставлених нами задач та описаних етапів тренінгу, було підбрано інтерактивні техніки як складові психологічних технологій, що дало можливість реалізувати мету тренінгових занять. Використані інтерактивні тренінгові технології можна об'єднати у дві групи: організаційно-спрямовуючі та змістовно-смислові [12; 62; 64; 147; 156; 188; 196]. Розкриємо роль та зміст вказаних груп інтерактивних технік. Використання організаційно-спрямовуючих інтерактивних технік забезпечило:

- необхідні організаційні умови для активної пізнавальної діяльності учасників тренінгу;
- включення учасників у виконання певних завдань;
- підтримку їх активності та мотивації до участі;

- здійснення послідовного переходу від одного смислового блоку до іншого;
- сприяння підтримці фізичних та психічних ресурсів учасників тренінгової взаємодії.

До цієї групи методів, згідно із завданнями, відносяться такі техніки як [120]:

- організаційно-підготовчі (забезпечення комфортної аудиторії для проведення занять, забезпечення бейджиками, роздатковими матеріалами учасників і т.п.);
- вивчення очікувань учасників (у дитячому тренінгу - очікування визначались загалом від тренінгових занять та окремо за двома навчальними блоками; у дорослих - очікування визначались загалом від тренінгового курсу);
- спільна розробка правил групової роботи; використання «криголамів» (зняття емоційної напруги учасників та як елемент відпочинку та переключення);
- формування малих груп (оволодіння прийомами спільної діяльності, підвищення рівня комунікації, презентація напрацювань міні групи) тощо.

Використання змістовно-сміслових інтерактивних технік у нашій тренінговій програмі забезпечило безпосереднє вирішення актуальних та відповідних тематиці програми цілей у навчальних умовах [12; 91; 196; 205]. З цієї групи використовувалися такі основні техніки: метод незавершених речень; «мозковий штурм»; групові дискусії; психологічні практикуми; метод кейсів (аналіз ситуацій учасників тренінгу); рольові ігри; творчі завдання; арт-терапевтичні вправи [91; 196].

Виконання поставлених цілей тренінгових програм для усіх категорій учасників (підлітки, батьки, педагоги), з нашої точки зору, стало можливим в результаті дотримання певних принципів (правил) взаємодії, що вибудовувались на принципах гуманістичного підходу:

- принцип зворотного зв'язку, що передбачав вільне обговорення своїх переживань стосовно себе та стосовно інших (за відсутності критики особистості інших, а висловлювання та констатація фактів у конструктивній формі; даний принцип сприяв виробленню когнітивної, афективної (емоційної) та конативної (поведінкової) гнучкості учасників;

- принцип тут-і-тепер спрямовував учасників на обговорення тільки тих ситуацій, які актуальні саме для цієї групи та особисто для кожного учасника групи;
- принцип конфіденційності та закритості групи (максимальне обговорення ситуацій/емоцій тільки у групі; при обговорення інформації поза групою можливе тільки за умови неможливості персоналізації даних, які дозволять співрозмовнику ідентифікувати того, про кого йде мова);
- принцип відкритості та щирості (демонстрація автентичних думок і почуттів сприяло саморефлексії та катарсису, а також стимулювало аналогічних психічні процеси в інших учасників групи;
- принцип Я або принцип персоналізації висловлювань;
- принцип активності, добровільності та відповідальності (кожен сам несе відповідальність за результат, що безумовно залежить від міри його включення в тренінговий процес.

Представимо детальний опис розроблених програм, орієнтованих на підлітків, батьків та педагогів. У розроблених нами тренінгових програмах були використані інтерактивні техніки як у повному обсязі, так і адаптованих варіантах, також представлено авторські вправи відповідно до мети та завдань тренінгових занять.

Наші тренінгові програми були розроблені з використанням програм при роботі з психічною травмою, таких як: програма SSET (підтримки учнів, що зазнали травм), програми «Діти та війна. Навчання технік зцілення»; програма «травмафокус» Томаса Вебера, програма П. Левіна «Зцілення від травми», матеріалів проекту ЮНІСЕФ «Комплексна психосоціальна допомога дітям, підліткам та родинам, які постраждали внаслідок конфлікту в Україні», програми формування копінг-поведінки «BASIC PH» та ін. [65; 73; 75; 90; 142; 192; 225]. Також, при розробці тренінгових занять використовувались матеріали науково-методичних посібників вітчизняних науковців по роботі з травмою, що відображають їх особистий досвід психокорекційної роботи з травмованими дітьми, або ж є адаптованими перекладами іноземних програм корекції [8; 35; 62; 63; 65; 69; 73; 75; 90; 91; 140; 142; 147; 156; 192; 206; 214].

Навчання підлітків з порушеннями психофізичного розвитку відбувається за тими ж методами що і навчання школярів з типовим розвитком, проте тип порушення,

обумовлює особливості застосування навчальних методів. Ці особливості враховувались при розробці тренінгової програми для підлітків з різними типами порушень психофізичного розвитку. Основною особливістю методів навчання та розвитку дітей з ООП є їх корекційно-розвиваюча спрямованість. Розглянемо особливості методів навчання підлітків з порушеним розвитком, що враховувались нами при розробці психолого-педагогічного супроводу травмованих підлітків:

- методи, що використовувались були доступними, але передбачали стимулювання учнів до розумової активності, формування вольової активності особистості, матеріал подавався із доцільним рівнем складності;
- стимулювали то свідомого та міцного засвоєння знань;
- формували вміння застосовувати отримані теоретичні знання на практиці та переносити отриманий досвід на різні життєві ситуації;
- знання та навички формувались системно та послідовно;
- формувалась мотивація підлітків до самостійного виконання завдань, творчості та особистісної активності;
- враховувались загальні психічних закономірності та індивідуальні особливості кожного підлітка;
- використовувався принцип гармонійності у підборі методів, а саме їх поєднання у певних співвідношеннях в залежності від мети та цілей кожного окремого заняття [66; 91].

Відповідно до загальної та спеціальної дидактики, під час розробки тренінгових програм були використані методи навчання, що:

- характеризуються джерелом передачі та характером сприйняття інформації (словесні, наочні, практичні методи);
- залежать від основних дидактичних завдань заняття (формування знань, умінь та навичок (зунів) підлітків, закріплення зунів, застосування зунів на практиці, перевірки зунів, творчі методи);
- відображають характер пізнавальної діяльності щодо засвоєння змісту освіти (пояснювально-ілюстративні, репродуктивні, проблемного виклику, евристичні, дослідницькі методи).

Враховуючи методологічні принципи навчання дітей з порушеним розвитком, було виділено основні особливості проведення тренінгових занять в залежності від категорії порушення. Особливості підбору матеріалів до тренінгових занять та їх проведення з підлітками, що мають інтелектуальні порушення відбувається із врахування особливостей пізнавальної діяльності:

- підбір нового матеріалу до кожної теми, що розглядалась, здійснювався та подавався невеликим обсягом; тривалість інформаційних повідомлень не перевищувала 15 хвилин;
- матеріал подавався максимально розгорнутим, з поділом складних понять на структурні та логічні частини;
- практичні дії та вправи носили максимально розгорнуті, структуровані та послідовні інструкції;
- використовувався повільний темп засвоєння навчального матеріалу;
- повторювались та закріплювались дії та основна інформація відповідно теми, що вивчалась;
- здійснювалась опора у засвоєнні матеріалу на чуттєвий досвід підлітка;
- проводився постійний супровід та керівництво діями підлітка під час заняття;
- забезпечувалось зменшення кількості додаткових подразників, що є чинниками відволікання уваги (не вивішувати одразу усі матеріали заняття, а поетапно, відповідно висвітлення; підлітки розсаджувались так, щоб візуальні матеріали заняття, які не можливо прибрати знаходились по заду дитини та не попадали у кути її зору; максимальна ізоляція від зовнішнього шуму і т.п.);
- визначалась чітка постановка мети кожної виконуваної діяльності підлітком;
- проходило залучення до сприйняття в процесі засвоєння та закріплення матеріалу максимальної кількості аналізаторів;
- акцентувалось на навчанні підлітків переносити та включати досвід членів групи у особистий практичний досвід;

- забезпечувалось мінімальне використання нових термінів та понять на одному занятті; ведення словника термінів;
- формування вміння використовувати матеріал отриманий на заняттях переносити на різні життєві ситуації;
- здійснювалось формування запитань та їх постановка підліткам з метою активізації розумової активності, відповідно теми заняття;
- відбувалось поєднання викладу матеріалу з корегуванням помилок у сприйнятті (як під час групового заняття, так і під час індивідуальної консультації);
- надавалась допомоги у вербалізації підлітками здобутих знань, понять, практичних навичок;
- виявлялись зовнішні поведінкові реакції підлітків, що вказують на втомлюваність, з метою вчасних компенсаторних впливів;
- розроблялись чіткі інструкції та схеми для запам'ятовування матеріалу та використовувались письмові інструкції виконання домашніх завдань.

Особливості підбору матеріалів до тренінгових занять та їх проведення з підлітками, що мають порушення діяльності зорового аналізатора (підлітки зі зниженим зором) визначались із врахуванням основ тифлопедагогіки та тифлопсихології: вчення І. Павлова про вищу нервову діяльність; дослідження дефектології з проблем компенсації порушеного зору і корекції вторинних відхилень у розвитку підлітків; положення про первинний та вторинний дефект; положення про єдині механізми пізнавального процесу в нормі та в патології; особливості психологічного розвитку дітей підліткового віку [71: 72; 176; 178; 179]. Важливим у проведенні тренінгових занять для підлітків з ПЗ є врахування таких чинників:

- забезпечення відсутності перешкод для проникнення денного світла при природному освітленні в кімнаті; при необхідно користуватися змішаним освітленням, причому світло повинне падати на робоче місце дитини з лівого боку та не засліплювати очі;
- контроль відстані від очей до роздаткових матеріалів, якими користується дитина (25-30 см.);

- використання контрастності у роздаткових матеріалах між фоном та текстом, збільшений шрифт матеріалів та роздаткових карток;
- врахування темпу виконання письмових завдань;
- використання вербального супроводу та опису при роботі із метафоричними картками та іншими друкованими роздатковими матеріалами;
- заміна та модифікація вправ на малювання на роботу з тактильним матеріалом (глиною, тістом і т.п.);
- вимога до мовлення педагога - чітке, виразне, зрозуміле, відповідно віку дітей;
- використання педагогом в процесі заняття коментарів вголос своїх дій та дій групи, що допоможе структурувати навчальних процес підлітків з порушенням зору [71; 72; 176; 178; 179].

Підбір матеріалів до тренінгових занять та особливості їх проведення з підлітками, що мають порушення слуху (підлітки зі зниженим слухом) визначались із врахуванням дидактичних основ сурдопедагогіки та сурдопсихології, та структурувались у певні правила:

- привернення уваги підлітка з ПС до педагога під час заняття, доречно з використанням узгоджених невербальних засобів комунікації (умовні жести, лазерна указка і т.п.), що стимулюють увагу та є підтримуючими жестами та ін.;
- розташування дітей по відношенню до педагога має бути таким, щоб підліток добре бачив обличчя дорослого та міг зчитувати інформацію з губ;
- вираз обличчя та емоції мають відповідати обговорюваній темі;
- мовлення чітке, речення короткі та структуровані;
- використання максимальної кількості наочного матеріалу при засвоєнні інформації та виконанні практичних вправ (таблиці, відео матеріали, мультимедійні презентації і т.п.);
- в процесі контролю сприйняття підлітками матеріалу, спонукати їх до перефразування, висловлення точки зору, резюмування;
- використання інтерактивних методів відтворення засвоєного матеріалу замість вербальних (малювання, схема і т.п.);

- для того, щоб підліток з порушенням слуху міг слідувати за висловлюванням інших членів групи, педагогу варто називати доповідача на ім'я; дотримуватись правила почергового висловлювання точки зору;

- домовитись про вербальну та знакову систему повідомлень у групі;
- лаконічно та коротко повторювати значимі висновки членів групи;
- домашнє завдання можна подавати в письмовій формі, або робити групову розсилку у «Вайбер» чи інших системах комунікації[71; 72; 124].

Особливості організації навчального процесу учнів з порушеннями опорно-рухового апарату визначались у відповідності до загальних принципів спеціальної дидактики та досліджень психолого-педагогічного супроводу дітей та підлітків з порушеннями ОРА [71; 72; 207; 208]. Особливості участі дітей у тренінгових групах залежать від індивідуальних особливостей порушення опори кожної дитини, проте можна виділити загальні умови, а саме:

- місце у тренінговому колі для дітей з порушеннями ОРА облаштовуються у відповідності до індивідуальних потреб (крісло, візок, мішки з піском та інші засоби) та з гарним оглядом місця із екраном мультимедійного проектору (телевізору та ін.);

- перед вербальними висловлюваннями учнів з порушеннями ОРА необхідно повідомляти їх завчасно, щоб це не було не очікуваним для них; доречним є висловлювання по колу, щоб дитина могла налаштуватись на вербалізацію думки; використовувались варіанти відповідей, а дитина тільки робила свій вибір; для тих кому важко вербалізувати повністю думку можна запропонувати обрати із висловлювань інших дітей варіант, який найбільше підходить, або відображає думку підлітка з порушеннями ОРА;

- допомагати дитині за потреби змінити положення тіла;
- під час виконання письмових завдань та малювання використовувати тримачі аркушів (планшети, магніти і т.п.)

Узагальнивши усі корекційні прийоми та особливості проведення тренінгових занять для підлітків з порушеним розвитком не залежно від категорії порушення, можемо виділити основні принципи корекційного впливу:

- підбір змісту освіти (змісту тренінгових занять) до особливостей пізнавальних можливостей підлітків;
- використання візуального матеріалу в процесі навчальних тренінгових занять;
- повторюваність матеріалу, що вивчається та повторюваність практичних навичок;
- врахування темпу роботи під час заняття та дотримання охоронного режиму підлітків;
- позитивне налаштування, настрої та емоції педагога під час занять, як засіб формування території емоційної безпеки та прийняття кожного підлітка;
- постійна позитивна оцінка сформованих вмінь та навичок підлітків, що забезпечує мотивуючу складову корекційного процесу.

Розроблена нами тренінгова програма для підлітків **«Подолання наслідків посттравми та формування конструктивного копінгового ресурсу у підлітків»** представлена у додатку Б. **Мета програми** – амортизація негативних переживань, пов'язаних з психотравмівними чинниками, зниження рівня проявів симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей, що перенесли психотравмуючі події; активація природних механізмів ресурсності особистості, адаптація до нових обставин; розвиток навичок конструктивного реагування у стресових ситуаціях; формування арсеналу копінгового ресурсу особистості школяра.

Наведемо план-схему етапів; основних завдань на кожному етапі тренінгу; методів та прийомів, що використані у тренінговій програмі для підлітків; кількість занять кожного етапу (див. таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Початковий етап тренінгу (завдання, методи та прийоми роботи).

№	Завдання	Методи та прийоми роботи	Кількість занять
1	Міжособистісне знайомство учасників групи між собою та із ведучим.	Вправи на знайомство та краще пізнання один одного.	1 заняття з першого та 1 заняття з другого модуля
2	Представлення мети та завдань тренінгу.	Формування ритуалів початку та завершення занять.	
3	Прийняття правил роботи у групі.	Брейстормінги (вправи на зняття м'язового бар'єрів та напруження).	

4	Зняття напруги, забезпечення позитивного клімату у групі.	Інформаційне повідомлення (міні-лекція) із мультимедійною презентацією.	
5	Мотивація учасників тренінгу до участі та стимулювання інтересу до тематики занять.	Відео матеріали	
6	Вивчення очікувань учасників групи.	Мозковий штурм	
7	Формування атмосфери безпеки, довіри та комфорту.	Прийоми рефлексії	
8	Підвищення рівня комунікативної компетентності учасників та приналежності до групи		

Таблиця 3.3

Основний етап тренінгу (завдання, методи та прийоми роботи).

№	Завдання	Методи та прийоми роботи	Кількість занять
1	Підтримка атмосфери безпеки, довіри та комфорту у підлітків.	Вправи на краще пізнання один одного.	7 занять першого модуля; 6 занять з другого модуля.
2	Формування навичок емоційної та поведінкової саморегуляції;	Ритуали початку та завершення занять.	
3	Надання інформації дітям про їх стан та поведінку, роз'яснити нормальність їх реакцій на перенесений стрес.	Брейнстормінги (вправи на зняття м/о бар'єрів та напруження).	
4	Научіння прийомам та технікам вправлення з симптомами ПТСР	Інформаційне повідомлення (міні-лекція) із мультимедійною презентацією.	
5	Формування толерантного ставлення та підтримки людей у критичних життєвих ситуаціях.	Відео матеріали.	
6	Забезпечення засвоєння інформації щодо стресових факторів та напрямків опанування стресу.	Мозковий штурм.	
7	Розширення копінгового ресурсу учасників.	Прийоми рефлексії.	
8	Формування навичок виходу із складних ситуацій та формування конструктивної поведінки.	Вправи на візуалізацію.	
9	Формування позитивного бачення свого майбутнього	Вправи керованої візуалізації. Релаксаційні вправи. Робота з метафорами (метафоричні картки, притчі, історії). Арт-терапевтичні вправи. Вправи на самопізнання	

		Вправи на когнітивний аналіз ситуацій	
--	--	---------------------------------------	--

Таблиця 3.4

Заключний етап тренінгу (завдання, методи та прийоми роботи).

№	Завдання	Методи та прийоми роботи	Кількість занять
1	Узагальнення отриманих знань та практичних вмінь.	Інформаційне повідомлення (міні-лекція) із мультимедійною презентацією.	Одне заняття з першого модуля; два заняття з другого модуля
2	Підвищення рівня комунікативної взаємодії учасників.	Мозковий штурм.	
3	Інтеграція окремих знань у загальне розуміння, формування особистої технології виходу із складних життєвих ситуацій. Віра в себе та у свої можливості.	Вправи на візуалізацію.	
		Вправи на інтеграцію знань про себе.	
		Вправи на розвиток м/о комунікації.	
		Прийоми рефлексії.	

Розроблений у науковому дослідженні тренінг для батьків «Формування навичок підтримуючої поведінки у батьків, діти яких мають симптоми травматичного стресу». представлено у додатку В. Батьківський тренінг проводився протягом двох днів (загалом 8 календарних годин). **Мета** тренінгу: усвідомлення батьками необхідності допомоги своїм дітям у подоланні наслідків посттравми; формування у батьків навичок підтримуючої поведінки у взаємодії з підлітками; формування розуміння щодо конструктивних особистих копінг-ресурсів та визначення активної ролі батьків у розвитку стрес-долаючої поведінки дітей.

Розроблений тренінг для педагогів «Формування у педагогів навичок підтримуючої поведінки у дітей із постстресовими порушеннями» з описом представлених вправ, подано у додатку Г. Тренінг для педагогів розрахований на шість календарних годин та проводився протягом двох днів.

Мета тренінгу для педагогічних працівників: усвідомлення педагогами необхідності допомоги підліткам у подоланні наслідків посттравми; мотивація педагогів до забезпечення атмосфери безпеки, спокою, приналежності та віри у власні сили травмованих дітей; формування у педагогів навичок підтримуючої поведінки у взаємодії з підлітками.

Під час роботи тренінгових груп проводились індивідуальні консультативні бесіди за запитаннями підлітків, батьків та педагогів. Узагальнивши проблематику індивідуальних звернень, можемо виділити такі фактори, які потребували додаткового обговорення:

- зі сторони підлітків: обговорення інтрузивних спогадів, аналіз страшних сновидінь, прийомів та особливостей самоорганізації, невпевненість у собі;
- зі сторони батьків: розбір та аналіз ситуацій пов'язаних з міжособистісною комунікацією батьків та підлітків, побудова індивідуальної програми формування копінгового ресурсу дитини за технологією BASIC PH;
- зі сторони педагогів: розбір індивідуальних кейсів школярів та формування напрямків педагогічної допомоги травмованим дітям.

Враховуючи потребу підлітків та їх батьків в додатковому індивідуальному консультуванні, нами було визначено умови за яких підлітки можуть повністю компенсувати порушення обумовлені посттравматичним стресом:

- самостійне відпрацювання та закріплення отриманих дітьми на тренінгових заняттях навичок;
- формування батькати підтримуючої стратегії у взаємодії зі своїми дітьми;
- організація педагогами безпечного та підтримуючого середовища у навчальних закладах.

Значні позитивні зміни у подоланні розладів обумовлених ПТСР потребують певного часу та можуть бути реалізовані за описаних умов.

3.2. Аналіз ефективності напрямків психолого-педагогічної корекції відтермінованого стресу у підлітків з особливими освітніми потребами

З метою перевірки ефективності розробленої програми подолання порушень обумовлених ПТСР у дітей з особливими освітніми потребами було проведене повторне дослідження у експериментальній та контрольних групах. Формувальний експеримент містив реалізацію трьох тренінгових програм:

1. Тренінгова програма для підлітків з порушеним розвитком «Подолання наслідків посттравми та формування копінгового ресурсу у підлітків»;

2. Тренінгова програма для педагогів «Формування у педагогів навичок підтримуючої поведінки у дітей із постстресовими порушеннями»;

3. Тренінгова програма для батьків «Формування навичок підтримуючої поведінки у батьків, діти яких мають симптоми травматичного стресу».

Також, зазначимо що показниками ефективності подолання наслідків постстресу у підлітків є: низькі показники або відсутність симптомів ПТСР за МКХ - 10 та позитивні зміни у діяльності емоційно-вольової, поведінкової та когнітивної сфер.

Опишемо результати, отримані за кожним із зазначених показників в експериментальній та контрольній групах. Контрольна та експериментальна група досліджуваних складалась із 11 підлітків в одній та 17 підлітків в іншій групах. До контрольної групи (КГ) увійшли підлітки із такими порушеннями: порушення зору (ПЗ) - 3 підлітків; з порушенням слуху (ПС) – 1 підліток; з порушеннями опорно-рухового апарату – 2 підлітка; із ЗПР – 3 підлітка; з інтелектуальними порушеннями (ІП) – 2 підлітка. До експериментальної групи (ЕГ) увійшли підлітки із такими порушеннями: ПЗ - 4 підлітка; з ПС – 4 підлітка; з порушеннями ОРА – 2 підлітка; ЗПР – 4 підлітка та з ІП – 3 підлітка.

Порівняльний аналіз проявів посттравматичного стресового розладу за показниками МКХ-10 у контрольній та експериментальній групах.

Результати самооцінювання підлітками травматичних переживань

За результатами цього опитувальника вивчались травматичні переживання дітей, що обумовлені травматичними життєвими ситуаціями. Оцінювання відбувалось за такими діагностичними критеріями: критерій В характеризується наявністю чи відсутністю інтрузивних симптомів; критерій С характеризується уникненням стимулів пов'язаних із травматичною подією; критерій D відповідає за негативні зміни, що характерні когніціям (нездатність пригадати аспекти травматичної події), відповідають за стабільність настрою; критерій F- проявляється не характерними для стабільного стану змінами у збудженні та реактивності, що є причиною дратівливості та спалахів не обґрунтованого гніву та агресії в усіх її виявах.

Розглянемо особливості прояву симптомів ПТСР у контрольній групі, що детально розглянуто у додатку Ж.1. Можемо зазначити, що показники за критерієм В (інтрузивні спогади) КГ практично залишилися незмінними, лише у підлітків з ПЗ зменшився показник високого рівня розладу з 67% до 33%. Проте цей показник змінився у експериментальній групі (додаток Ж.2). Суттєво зменшилась кількість дітей із високим показником інтрузивних спогадів, а саме в усіх категоріях досліджуваних підлітків цей показник взагалі не відзначався. Не проявляються взагалі інтрузивні спогади у 50% у підлітків із ПЗ та ПОРА; 75% підлітків із ПС та 25% із ЗПР - не мають показників критерію В.

За критерієм С у КГ практично не відбулося змін, лише відмічено зменшення кількості підлітків з ЗПР із високим показником на 33% (таблиця 3.7). У ЕГ визначено тенденцію до покращення, а саме відсутність дітей з високим показником уникнення травматичних пригадувань. Також, у експериментальній групі з'явилися підлітки, які справились із симптомом уникнення, а у контрольній групі таких підлітків не виявлено. Отже, 25% підлітків з ПЗ; 25% підлітків з ПС; 50% підлітків із порушеннями ОРА; 25% підлітків із ЗПР мають низький рівень критерію С.

Критерій D (зміни, що характерні когніціям, витіснення пригадувань травматичної події) КГ характеризується суттєвим зниженням кількості дітей із високим рівнем порушення, а саме: 75% підлітків із ПЗ та у всіх підлітків з іншими порушеннями знизився рівень прояву даного критерію. Повністю позбавилися травматичних пригадувань: по 25% підлітків з ПЗ та ЗПР; 50% - ПС; 100% - ПОРА; підлітки з ІП не показали такої ж позитивної динаміки, як інші діти (додаток Ж.2).

Наступний досліджуваний показник - критерій F, що характеризується надмірною збудливістю підлітків (додаток Ж.2). За цим критерієм у КГ відмічено збільшення кількості підлітків із високим показником серед ІП на 50%; інші показники цього рівня залишилися без змін. У ЕГ визначено тенденцію до покращення, а саме зменшення кількості дітей із гіперзбудженням. Так високого рівня не зафіксовано ні в однієї із досліджуваних категорій дітей; повністю позбулися симптомів гіперзбудження 50% у підлітків з ПЗ; 25% підлітків з ПС; 50% у підлітків із ПОРА; на 50% підлітків із ЗПР та 33% підлітків із ІП. Узагальнивши результати за

окремими критеріями ПТСР, можемо описати динаміку рівнів ПТСР у КГ та ЕГ (таблиця 3.5; таблиця 3.6). На початку формувального експерименту у досліджуваних категорій підлітків показник ПТСР розподілився між високим та середнім рівнями, а підлітків із низьким показником ПТСР не було виявлено. У КГ під час другого зрізу не відбулось ніяких зміни (таблиця 3.5).

Таблиця 3.5

Рівні проявів ПТСР (самооцінювання підлітками КГ)

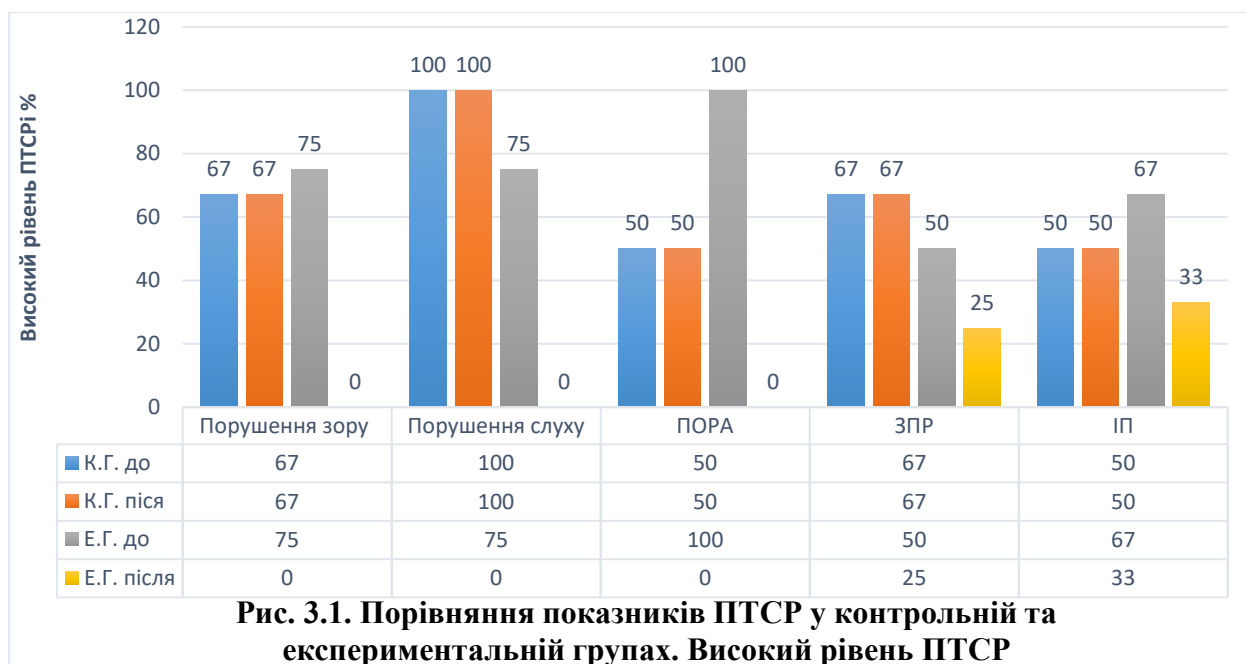
Рівні ПТСР		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
Рівні ПТСР	В	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	1	50	1	50
	С	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Таблиця 3.6

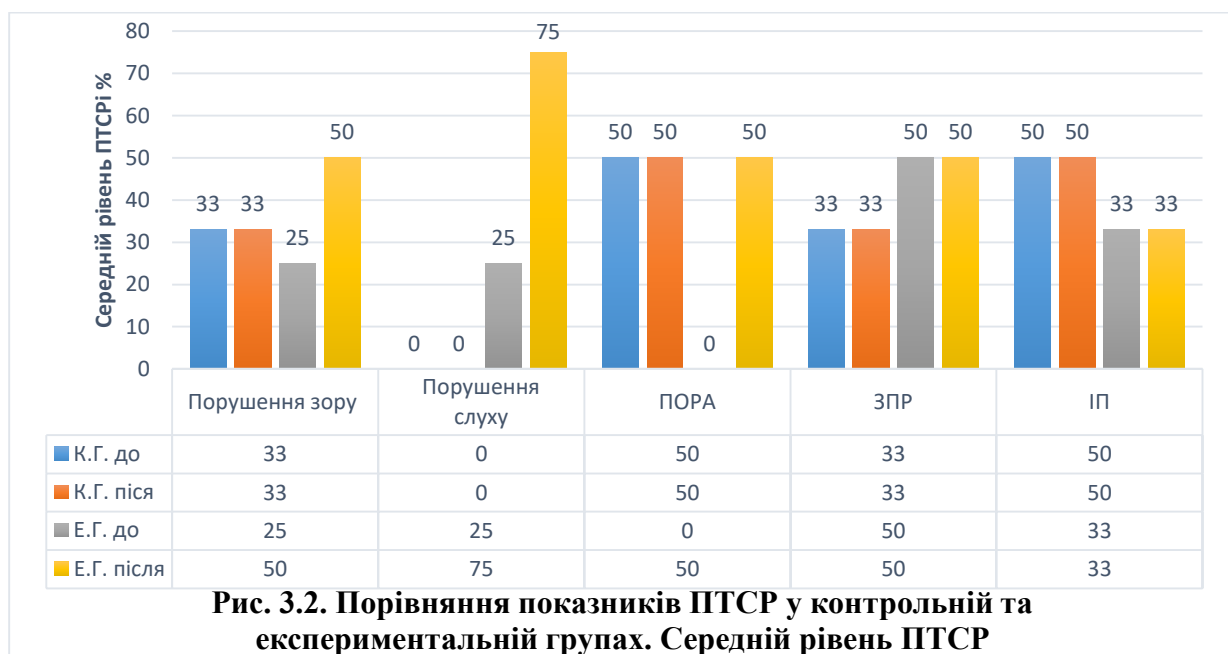
Рівні проявів ПТСР (самооцінювання підлітками ЕГ)

Рівні ПТСР		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3	
		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
Рівні ПТСР	В	3	75	0	0	3	75	0	0	2	100	0	0	2	50	1	25	2	67	1	33
	С	1	25	2	50	1	25	3	75	0	0	1	50	2	50	2	50	1	33	1	33
	Н	0	0	2	50	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	1	33

Значна динаміка виявлена у експериментальній групі підлітків із високим показником ПТСР, що вказує на покращення ситуації та значне зменшення кількості дітей із цим показником. Ситуація покращилась у дітей із порушенням зору на 75%; з порушенням слуху на 75%; з порушеннями опорно-рухового апарату на 100%; із ЗПР на 25% та у підлітків із ІП – на 33% (таблиця 3.6; рис. 3.1).

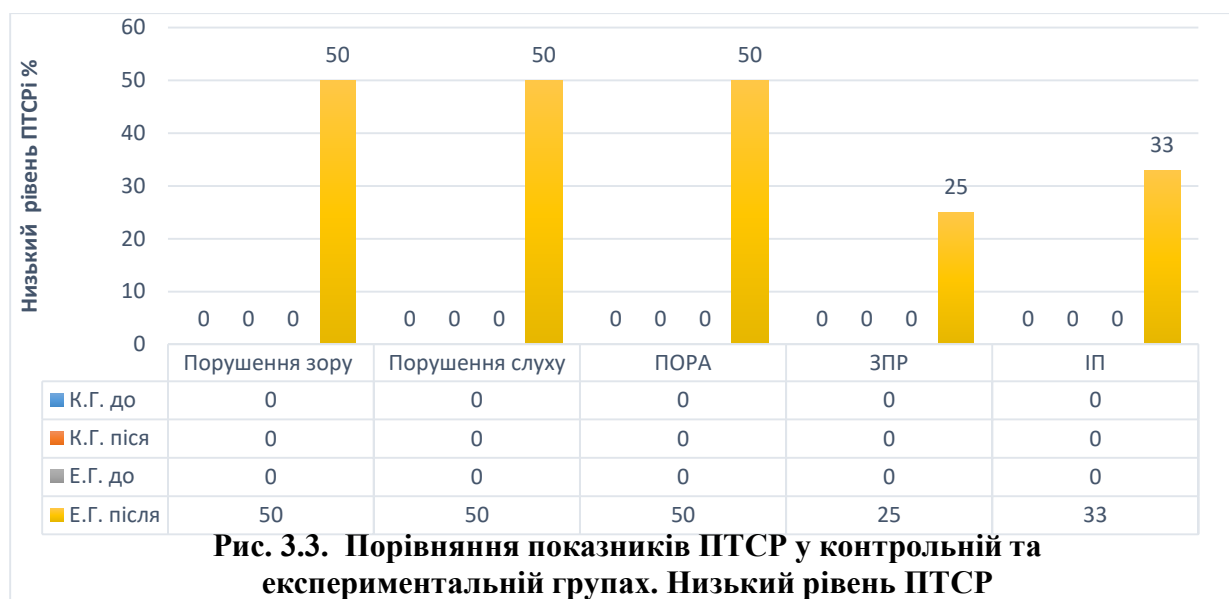


Середній показник ПТСР у контрольній групі підлітків також не показав змін. Визначилися зміни у експериментальній групі підлітків із середнім показником ПТСР, що вказує на покращення ситуації. Динаміка змін у контрольній та експериментальній групах зображено на рис. 3.2. Дані зміни середнього рівня ПТСР відбулися за рахунок збільшення кількості осіб із низьким рівнем ПТСР.



У експериментальній групі відмічено значну динаміку, що вказує на те, що після формувального експерименту з'явилась категорія дітей з низькими показниками ПТСР, чого не було зазначено раніше. Зафіксовано відсутність

симптомів ПТСР у 50% дітей із ПЗ; у 50% з ПС; у 50%з ПОРА; у 25% із ЗПР та у 33%підлітків із ІП (рис. 3.3). У підлітків контрольної групи цей показник не змінився.



В результаті самооцінювання підлітками симптомів ПТСР, можемо відзначити гарну динаміку позитивних змін в усіх досліджуваних категорій дітей. На даний момент 50% підлітків справились із симптомами ПТСР за МКХ-10, тобто 50% підлітків у яких відсутні симптоми ПТСР. Кількість осіб із середнім рівнем симптомів ПТСР складає 50%. У ЕГ подолали високі показники ПТСР по 75% підлітків із сенсорними порушеннями (ПЗ, ПС) та усі 100% підлітків з ПОРА. Проте, підлітки із ЗПР та ІП не показали такої позитивної динаміки та 25% дітей з ІП та 32% дітей з ІП залишились на високому рівні порушення. Можна відмітити позитивну динаміку подолання у підлітків зі збереженим інтелектом та значно нижчі показники у підлітків з ІП та ЗПР. Ці показники вказують на те, що когнітивний компонент опрацювання травматичного досвіду людини відіграє значну роль.

Дані показники свідчать про ефективність розробленої у формувальній частині дослідження програми подолання ПТСР, та безпосередньо першого тренінгового модуля, що спрямовувався на ознайомлення із симптомами посттравми та навчінню підлітків прийомам подолання симптомів інтрузивних спогадів, уникнення та гіперзбудження.

Опишемо результати дослідження, що має на меті виявлення розладів обумовлених ПТСР у емоційно-вольовій, поведінковій та когнітивній сферах підлітків контрольної та експериментальної груп.

Вивчення оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою підлітків

За методикою «САН» досліджувалось самопочуття, активність та настрої підлітків у певну одиницю часу, а саме у період після проведення тренінгових програм формувального експерименту. Охарактеризуємо окремо кожен досліджувану характеристику. Самопочуття відповідає комплексу суб'єктивних характеристик, що відображають ступінь фізичних та психологічних відчуттів та напрямок думок досліджуваних в даний момент часу. У самопочутті контрольної групи досліджуваних у порівнянні першого та другого етапів дослідження, помічена тенденція до зменшення нормативних показників самопочуття та збільшення кількості підлітків, що негативно оцінили свій стан. А саме, показники негативного самопочуття підлітків з ПЗ та ПС залишились незмінними та відповідають 67% та 100%; у дітей з ПОРА помічена тенденція до збільшення кількості дітей у яких знизився показник «самопочуття» на 50%; у дітей із ЗПР та ІП – показники не змінилися (додаток Ж.3). Самопочуття підлітків ЕГ мало тенденцію до покращення на 50% у підлітків з ПЗ, ПС та ПОРА: у підлітків із ЗПР та ІП цей показник покращився на 25% та 34% відповідно.

Наступний досліджуваний показник – активність підлітків. Цей показник характеризується інтенсивністю та об'ємом взаємодії підлітка з фізичним та соціальним середовищем. У КГ виявлено, що цей компонент має незначні зміни у період між двома досліджуваними зрізами та характеризується наступними показниками низької активності: 67% - підлітків із ПЗ; 100% - із ПС та ПОРА; 76 % – із ЗПР; у підлітків із ІП цей показник мав тенденцію до погіршення на 50% (додаток Ж.3). Також відзначено зменшення кількості дітей з переважаючим низьким самопочуттям у ЕГ: з ПЗ показник покращився з 75% до 25%; у дітей з ПС помічена тенденція до зменшення кількості - від 50% до 25%; ПОРА – від 50% до 0%; ЗПР – з 50% до 25%; ІП – від 67% до 34% (додаток Ж.4).

У експериментальній групі помічено тенденцію до підвищення активності та конструктивної взаємодії із зовнішнім середовищем та навколишнім світом. Показники позитивного зростання активності підлітків характеризуються таким чином: у дітей із порушенням зору показник збільшився з 50% до 75%; у дітей з порушенням слуху помічена тенденція до збільшення кількості - від 25% до 75%; ПОРА – з 0% до 50%; ЗПР – 25% до 50%; ІП – від 33% до 67% (таблиця 3.11).

Ще одна досліджувана категорія – це настрій. Настрій характеризується певним емоційним фоном, що є реакцією на певні життєві події. Настрій відображає і загальні очікування підлітків, реалізацію того, що було заплановано дитиною, отримання чогось бажаного у житті.

Даний показник у контрольній групі підлітків характеризується зниженням настрою певних категорій, у період між першим та другим зрізами та розподіляється таким чином: серед дітей із ПОРА під час першого зрізу було відмічено 50% показника низького настрою, тоді як наступний зріз показав уже 100%; показники у дітей з іншими порушеннями - залишились незмінними (додаток Ж.3). Експериментальна група продемонструвала тенденцію до збільшення кількості дітей із позитивним настроєм що відповідає таким характеристикам: у дітей із ПЗ та ПС показник збільшився з 25% до 75%; ПОРА – з 0% до 50%; ЗПР – 50% до 75%; ІП – від 33% до 67% (додаток Ж.3).

Проаналізувавши результати окремих показників, можемо охарактеризувати загальні показники функціонування емоційних станів підлітків контрольної та експериментальної груп, що відповідають трьом рівням. Рівень функціонування контрольної групи підлітків розподілився таким чином:

- високий рівень не зафіксовано в усіх досліджуваних категорій підлітків у період між першим та наступним зрізом;
- середній рівень характеризувався незначною тенденцією до збільшення кількості дітей із ПС від 50% до 100%), а у інших категорій респондентів показники залишились незмінними;

• низький рівень функціонування залишився незмінним у 67% дітей із ПЗ; у 50% дітей з ПОРА; у дітей ЗПР 67%; усі 100% підлітків з ІП залишились на тому ж рівні порушення (таблиця 3.7).

Таблиця 3.7

Рівні функціонування емоційних станів у контрольній групі

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
САН	В	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	0	0	1	100	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
	Н	2	67	2	67	1	100	0	0	1	50	1	50	2	67	2	67	2	100	2	100

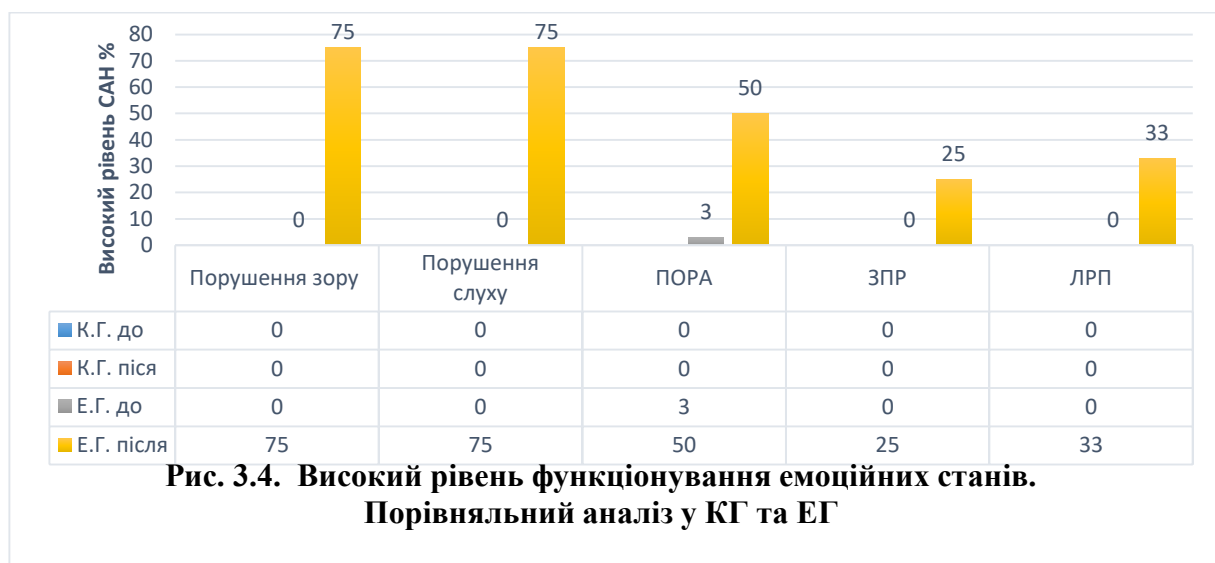
Охарактеризуємо рівень функціонування емоційних станів експериментальної групи підлітків до та після формувального дослідження. До початку експериментального дослідження взагалі не було зафіксовано дітей із високим показником емоційного функціонування, проте після проведення навчальних програм було зафіксовано 75% дітей з ПЗ та ПС, у 50% дітей із ПОРА, у 25% дітей із ЗПР та у 33% дітей із ІП. Значні позитивні зміни кількісного показника низького рівня емоційного функціонування помічено в усіх категорій осіб з ООП, а саме: не залишилось дітей із низьким рівнем функціонування серед дітей з порушеннями зору, слуху та порушеннями опорно-рухового апарату, проте низький показник функціонування залишився у 25% дітей із ЗПР та у 33% і дітей з інтелектуальними порушеннями. Також було відзначено суттєве переміщення із показників низького функціонування до показників задовільного емоційного функціонування у дітей з порушення зору та слуху до 25%; ПОРА - до 50%, ЗПР – від 25% до 50% та діти з ІП на 33% (таблиця 3.8).

Таблиця 3.8

Рівні функціонування емоційних станів у експериментальній групі

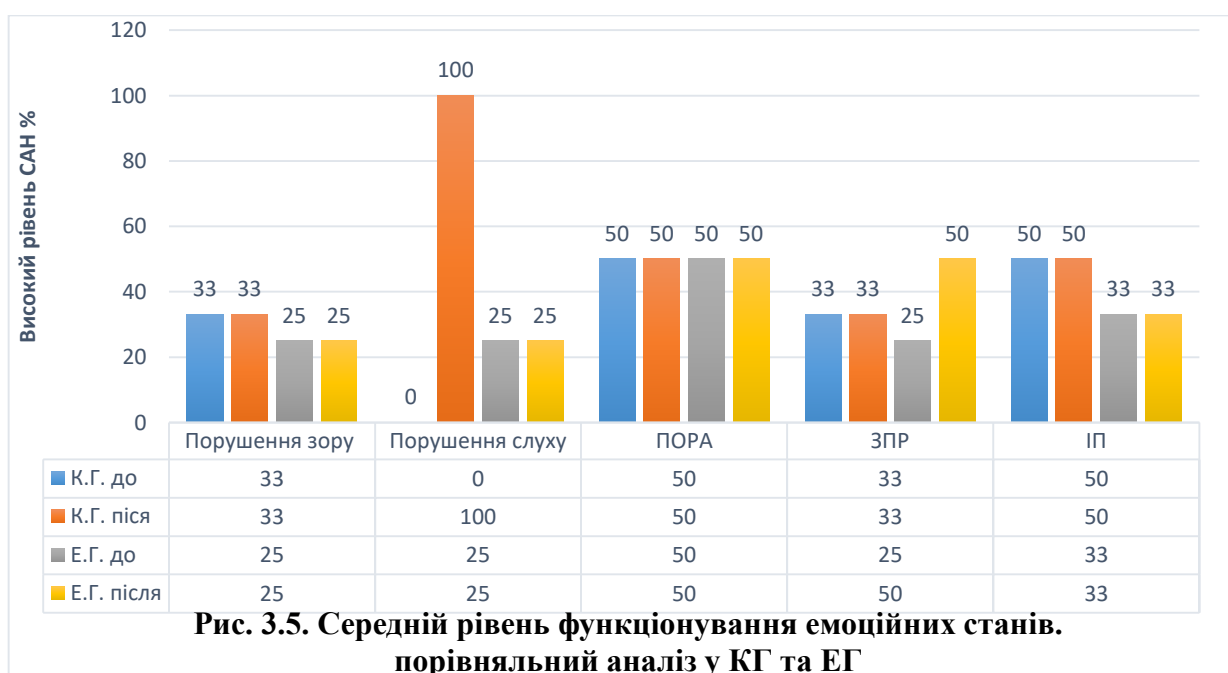
		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3	
		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
САН	В	0	0	3	75	0	0	3	75	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	1	33
	С	1	25	1	25	1	25	1	25	1	50	1	50	1	25	2	50	1	33	1	33
	Н	3	75	0	0	3	75	0	0	1	50	0	0	3	75	1	25	2	67	1	33

В результаті проведення корекційних та просвітницьких заходів майже 52% дітей з ООП продемонстрували високий рівень емоційного функціонування, що проявляється у самопочутті, активності та настрої підлітків (Рис. 3.4).



Середній рівень емоційного функціонування кількісно не був сильно змінений, хоча відбулися якісні зміни, а саме підлітки із середнім рівнем розладу перемістились на високий рівень функціонування емоційних станів, а ті підлітки, які знаходились на низькому рівні – перемістились на середній (рис. 3.5).

Після формувального експерименту на низькому рівні функціонування залишилось 25% дітей із ЗПР та 33% дітей із ІП. Серед усіх категорій дітей, діти з ІП та із ЗПР показали найнижчу позитивну динаміку емоційного функціонування.



Вивчення реактивної та особистісної тривожності підлітків

Проведемо порівняння результатів дослідження реактивної та особистісної тривожності підлітків у контрольній та експериментальній групах. За цією методикою ми досліджували дві характеристики тривожності: ситуативну та особистісну. Ситуативна тривожність відображає стан напруги та реакцію підлітків у будь-якій окремій ситуації, що характеризується новизною та невизначеністю та є перешкодою до пізнання нового та реалізації бажаного.

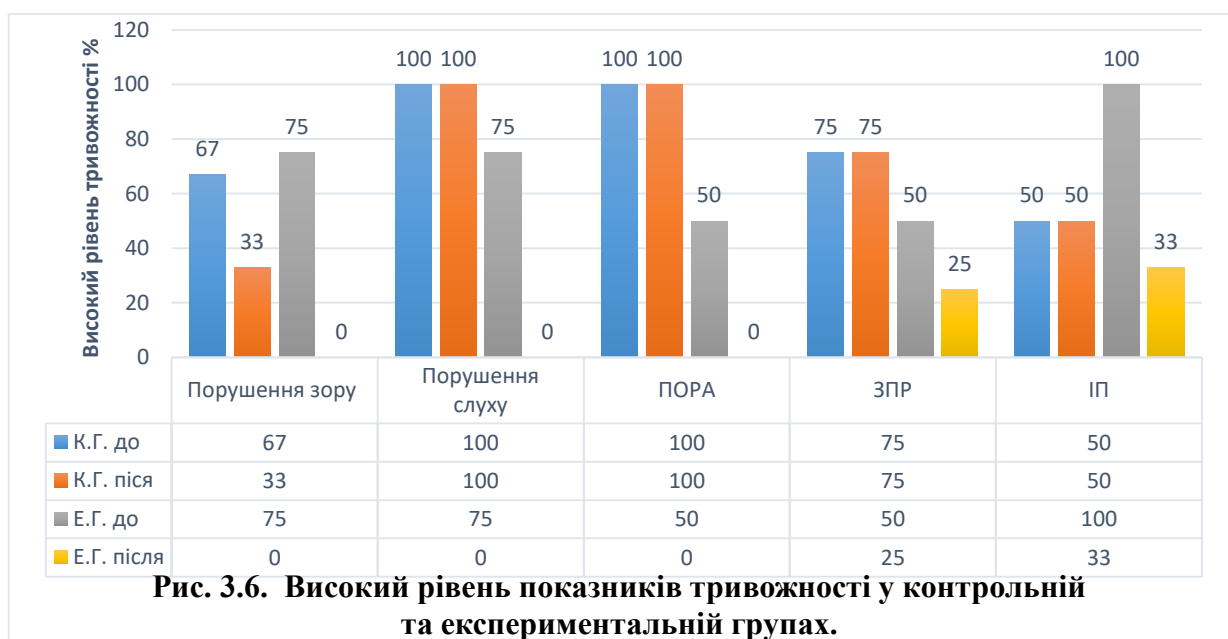
Охарактеризуємо ситуативну тривожність у контрольній групі підлітків. Під час першого та другого контрольних зрізів не було визначено дітей із низьким показником ситуативної тривожності серед усіх досліджуваних категорій. Проте було визначено категорії дітей із високим показником ситуативної тривожності, саме: у дітей із ЗПР та з ІІ рівень ситуативної тривожності не змінився (відповідно 67% та 50%), також не відбулося змін у 100% під час першого та другого зрізів у підлітків із ПС. Відбулось незначне зниження ситуативної тривожності у підлітків з ІІІ та ПОРА (відповідно з 67% до 33% та зі 100% до 50%). Таке незначне зниження ситуативної тривожності можна пояснити тим, що дітям уже знайома сама ситуація опитування та особистість експериментатора (додаток Ж.5).

Охарактеризуємо ситуативну тривожність у ЕГ підлітків. Помічена тенденція до суттєвого зниження ситуативної тривожності в усіх категоріях респондентів. Нагадаємо, що до формувального експерименту не було зовсім зафіксовано підлітків з низьким показником ситуативної тривожності, тоді як після експерименту відзначено 50% підлітків із ІІІ, ПС та ПОРА; 50% - із ЗПР та 33% у дітей з ІІ. Проте, високий рівень тривожності залишився у певної частини респондентів, а саме: у 25% підлітків із ПС, 25% - із ЗПР та 33% у дітей з ІІ (додаток Ж.6).

Наступна досліджувана характеристика – це особистісна тривожність підлітків. Вона на відміну від ситуативної тривожності характеризується стійкістю у часі та відображає загальну схильність дитини до тривоги та вказує на те, що дитина велику кількість незначних життєвих ситуацій сприймає як ті, що несуть емоційну та особистісну загрозу. Особистісна тривожність у підлітків контрольної групи зовсім не змінилася під час першого та наступного зрізів (додаток Ж.5).

Проте, помічено позитивну динаміку цієї характеристики у експериментальній групі. Високий рівень особистісної тривожності характеризується такими позитивними змінами у дітей: з ПЗ від 50% на початку до 0% по закінченню програми; з порушеннями слуху від 75% до 25%; з ПОРА - від 50% до 0%; із ЗПР - від 75% до 25% та у дітей з ІП помічена тенденція до зниження показника від 67% до 33% (додаток Ж.6).

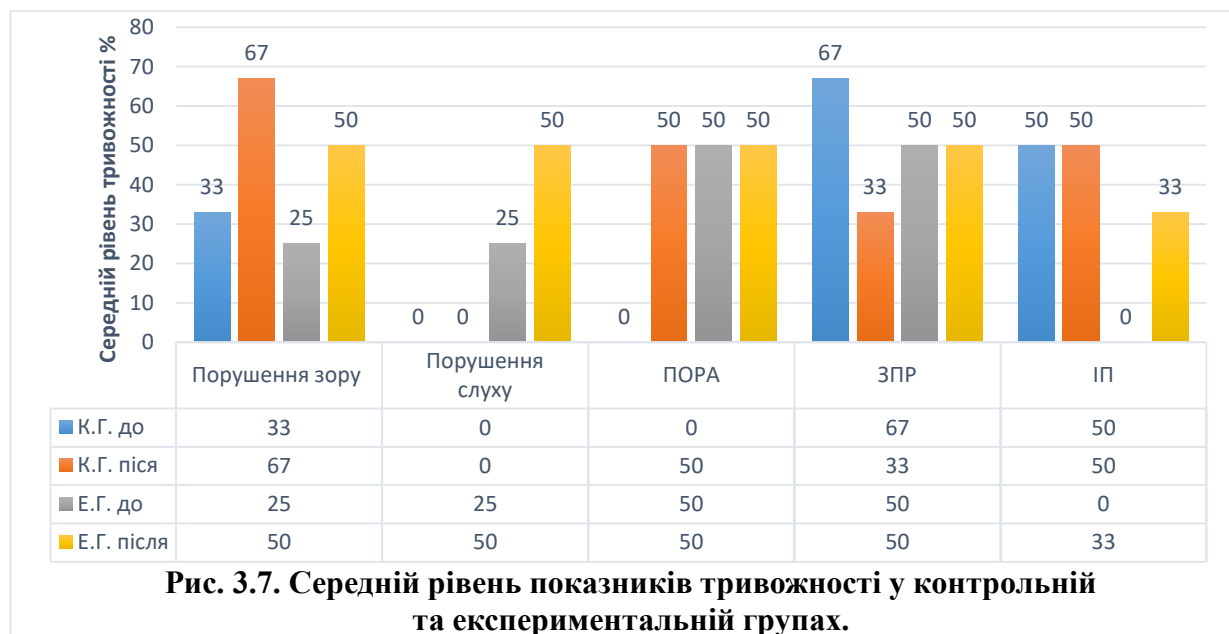
Визначивши окремі складові тривожності підлітків, можемо визначити і загальний рівень тривожності у дітей контрольної та експериментальної груп (табл.3.13; табл.3.14). Охарактеризуємо особливості прояву високого рівня тривожності у контрольній групі підлітків: цей показник знаходився у діапазоні від 100% до 50% при першому зрізі та зазнав незначних змін при другому зрізі (від 67 до 33% підлітків у підлітків з ПЗ). У ЕГ підлітків високий показник тривожності зазнав суттєвих позитивних змін: від 75% до 0% у дітей із ПЗ та ПС; від 50% до 0% - у дітей із ПОРА; з 50% до 25% у дітей із ЗПР; від 100% до 33% у дітей з ІП (Рис. 3.6)



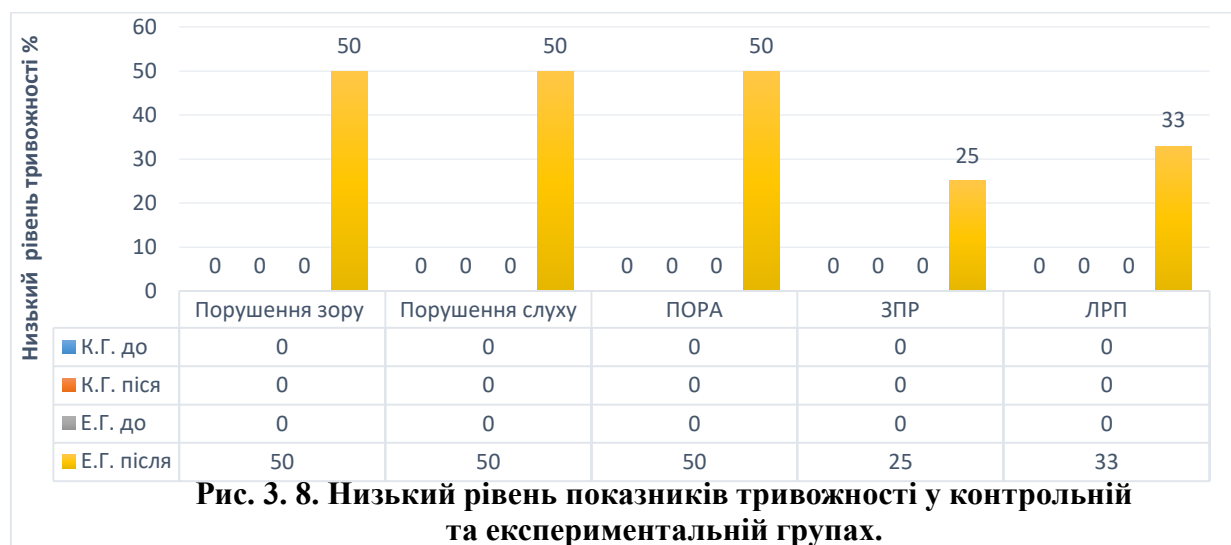
Середні показники тривожності КГ підлітків мали тенденцію до незначного збільшення у дітей з ПЗ, цей показник у них зріс від 33% до 67%, а у дітей з ЗПР – показник знизився від 67% до 33%; у інших категорій дітей цей показник не зазнавав змін. Середні показники тривожності ЕГ підлітків характеризуються суттєвими змінами та складають позитивну динаміку у межах від 25% до 50% дітей. А саме, позитивні зміни відбулися у 25% підлітків із ПЗ та ПС; у 33% - дітей із ІП. Проте, цей

кількісний показник пояснюється якісною зміною, що проявляється у позитивній динаміці показника високого рівня тривожності дітей, який перемістився до середнього рівня, а у дітей із середнім рівнем тривожності, відмічено позитивні зміни, що характеризуються низькими показниками тривожності (рис. 3.7).

Також, зазначимо, що до формувального експерименту не було зафіксовано



дітей із низьким рівнем тривожності, проте після корекційних втручань відмічено низький рівень тривожності у 50% підлітків із ПЗ та ПС, у 50% підлітків із ПОРА, у 25% - із ЗПР та у 33% дітей із ІП (рис. 3.8).



Узальнення отриманих результатів вказує на те, що підлітки із ЗПР та ІП мають майже вдвічі нижчу динаміку подолання тривожності у порівнянні з іншими категоріями респондентів.

Дослідження рівня агресивності підлітків

Проведемо порівняння дослідження агресивної поведінки підлітків у експериментальній та контрольній групах. Високий рівень агресивності підлітків безпосередньо впливає на соціальну взаємодію та проявляється у труднощах формування конструктивної взаємодії з однолітками та дорослими. Високий рівень агресивності сприяє конфліктній взаємодії, що стає перешкодою у реалізації запланованого підлітком. Агресивна поведінка розглядається нами, як протилежна адаптивній та ефективній міжособистісній взаємодії. За цією методикою нами вивчалась схильність підлітків до фізичної агресії, ворожості та гніву. Опишемо кожен досліджуваний компонент окремо. Фізична агресія є інструментальним компонентом, що має безпосередній вплив на вибудовування позитивних взаємин у класному колективі та спілкуванні із друзями. Вивчення фізичної агресії у контрольній групі вказує на те, що високий показник з'явився у дітей із ПЗ та складає 33%, із ПОРА – 50%, із ІП – на 50%. У підлітків із ПС показник навпаки знизився. Низький рівень фізичної агресії не визначено зовсім у КГ (додаток Ж.7).

Проте у експериментальній групі відзначено позитивну динаміку у зменшенні кількості дітей із високим та середнім рівнем фізичної агресії. Так 75% дітей зі ПЗ та ЗПР, 50% дітей із ПС, 100% із ПОРА та 33% дітей з ІП показали низький рівень фізичної агресії. Проте залишилась певна кількість дітей із високим рівнем серед дітей з ІП (33%) (додаток Ж.8).

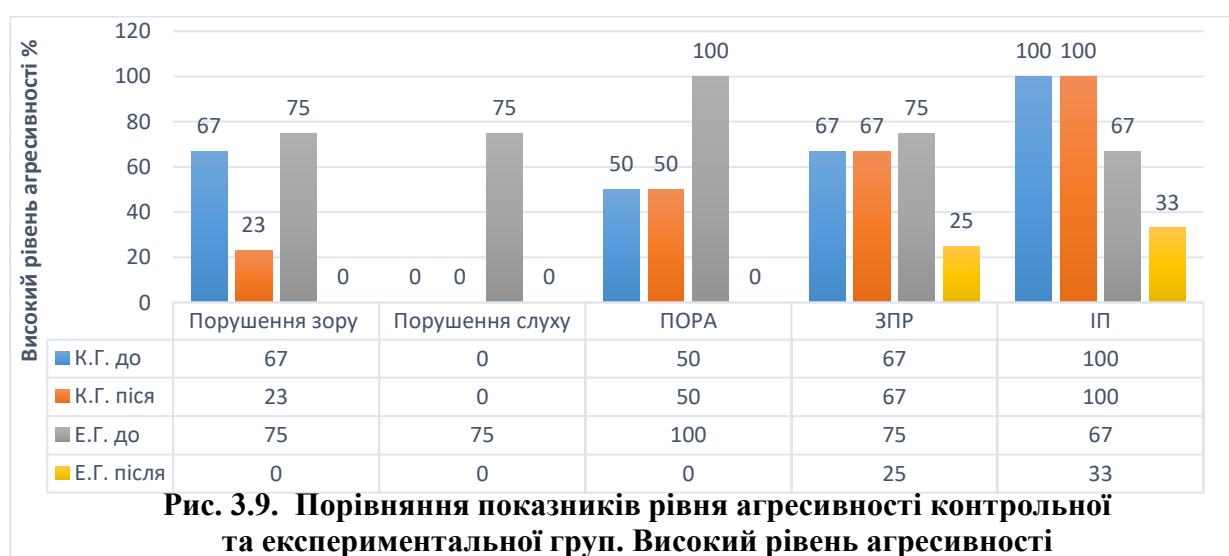
Наступна досліджувана характеристика – це гнів, що характеризується фізіологічним збудженням та вказує на готовність до агресії. На початку формувального експерименту низьких показників гніву не було визначено ні в КГ, ні в ЕГ. У контрольній групі показники для усіх категорій респондентів не змінилися та відповідають 33% дітей із порушеннями зору та у 100% дітей із ПС, ПОРА, ЗПР, ІП (додаток Ж.5).

У експериментальній групі відзначено значне покращення досліджуваного показника гніву, а саме:

- зовсім не залишилось дітей із порушеннями зору, ПОРА, ЗПР та ІП, що мають високий показник гніву; проте серед дітей із ПС такий показник - 25%;

- низькі показники відзначено у 50% дітей із порушеннями зору, слуху та ПОРА; у 25% дітей із ЗПР; у 33% дітей із ІП;
- середній показник також зазнав позитивних змін, а саме у дітей із ПЗ складає 50%, із ПС – 25%, із ПОРА – 50%, із ЗПР – 75% та у дітей із ІП – 67% (додаток Ж.8).

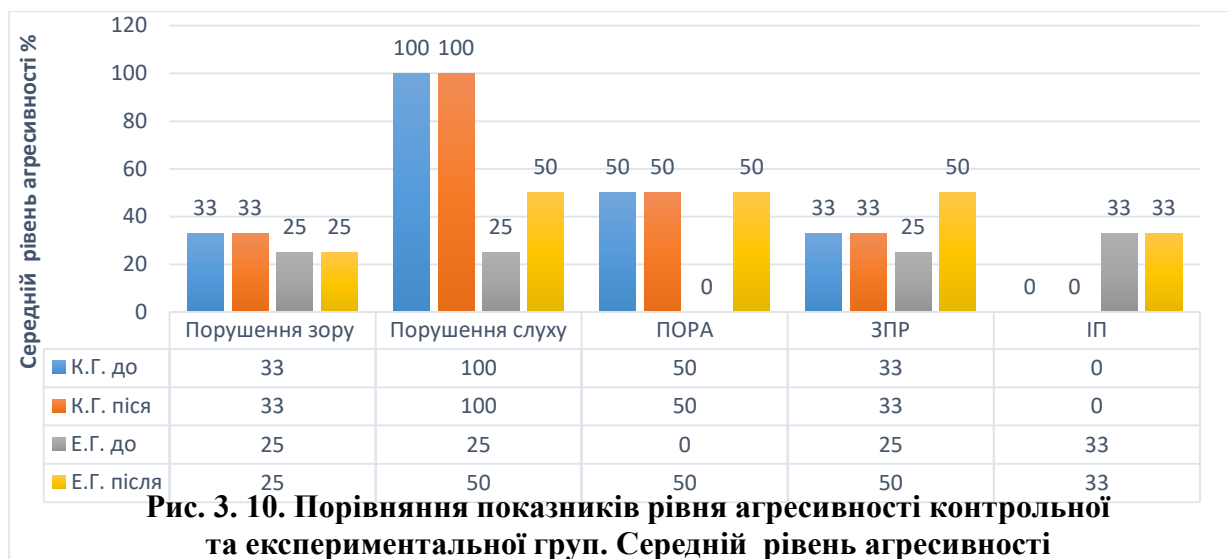
Ще один досліджуваний показник – ворожість, що вказує на відчуття дітьми несправедливості, незадоволеності потреб, образи на інших. У контрольній та експериментальній групі на початку дослідження не було визначено зовсім низького показника ворожості. Проте у експериментальній групі після корекційних втручань, цей показник розподілився таким чином: 75% дітей із ПЗ, 50% дітей із ПС та ПОРА, 25% - із ЗПР та 67% - із ІП. Високий показник ворожості не змінився у КГ, проте зазнав змін у ЕГ та складає 0% в усіх дітей, окрім підлітків з ІП (33%). Високий показник до контрольного зрізу у дітей із ІП складав 67% (додаток Ж.7; додаток Ж.8).



Описавши окремі складові агресивності підлітків контрольної та експериментальної груп, можемо визначити особливості динаміки показників загального рівня агресивності у двох групах, які графічно відображено на рис.3.9.

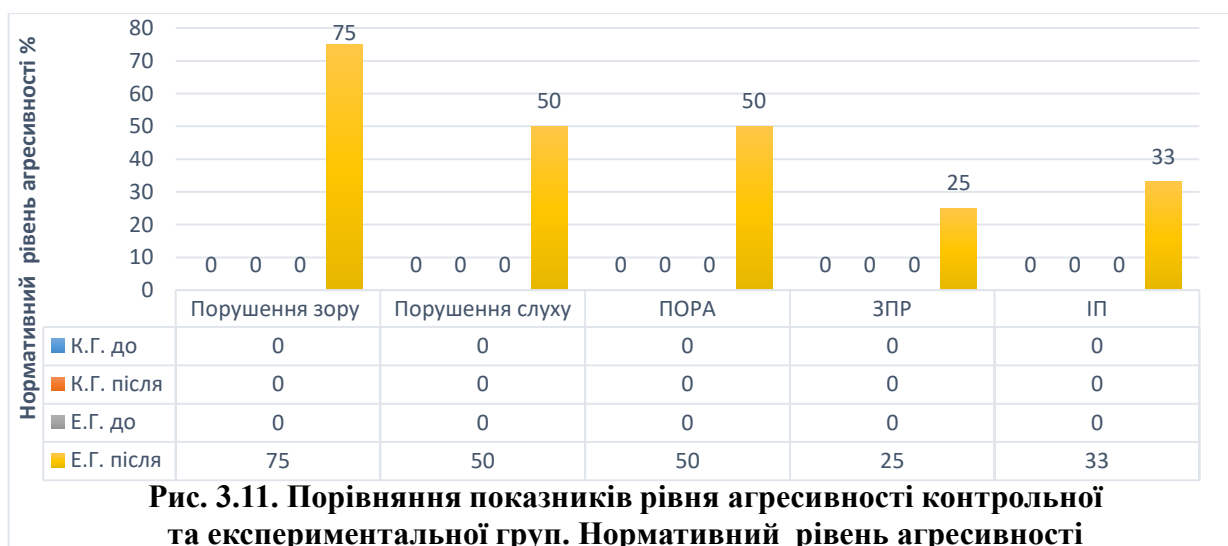
На рис.3.9 видно, що показник високого рівня після корекційних втручань суттєво змінився. У дітей із ПЗ, ПС та ПОРА взагалі не визначено високого рівня агресивності, тоді як при першому зрізі він становив відповідно 75%, 75% та 100% відповідно. Посилаючись на рис.3.9 можемо говорити про те, що без корекційних втручань, показники високого рівня агресивності не зазнали суттєвих змін. Середній

рівень агресивності у ЕГ підлітків також зазнав позитивної динаміки: на 25% у підлітків із ПС та ЗПР, на 50% у підлітків із ПОРА (рис. 3.10).



Охарактеризуємо нормативний рівень агресивності досліджуваних категорій підлітків у двох групах. Як видно на рис. 3.11, нормативного рівня при першому дослідженні не виявлено зовсім. Тоді як після корекційних втручань відмічена суттєва динаміка. Нормативний рівень агресивності виявлено у 75% дітей із порушеннями зору, у 50% дітей із порушеннями слуху, у 50% дітей із ПОРА, у 25% дітей із ЗПР та у 33% дітей із ІП.

Узагальнивши результати дослідження за опитувальником рівня агресивності А. Басса-М. Реррі, можемо говорити про те, що корекційні втручання показали значну позитивну динаміку в усіх категорій підлітків. Проте підлітки із збереженою когнітивною сферою показали значно кращі результати ніж діти із ЗПР та ІП.



Вивчення депресивного стану підлітків

За опитувальником CDI нами досліджувалась депресивні симптоми, що характеризують наявність чи відсутність депресії у контрольній та експериментальній групах. Високі показники депресивного стану є причиною зниження інтелектуальної діяльності підлітків, зниження потреби в комунікації та відсутність бажання до соціальної та особистісної активності, відсутність мотивації. Охарактеризуємо окремі показники проявів депресії у КГ та ЕГ. Перший досліджуваний показник - негативний настрій (шкала А). Високі показники за цією шкалою проявляються у загальному зниженні настрою, постійному очікуванні неприємностей та як наслідок, з'являється підвищений рівень тривоги.

Високі показники наявного негативного настрою при першому зрізі (КГ) характерні для 100% підлітків з порушенням зору та слуху; 50% - з ПОРА; 67% дітей із ЗПР та дітей із ІІ. У КГ цей показник залишився практично незмінним (таблиця 3. 17). У ЕГ високий показник негативного настрою має позитивну динаміку та характеризується покращенням настрою у дітей із ПЗ та ПС від 25% до 0%; із 100% до 0 у дітей із ПОРА; від 50% до 25% у дітей із ЗПР (додаток Ж.10). Низькі показники за шкалою негативного настрою у КГ спочатку було зазначено у 25% підлітків з порушенням зору та слуху та зовсім не зафіксовано у інших досліджуваних категорій дітей. Проте після експерименту за шкалою негативного настрою низькі показники суттєво змінилися, а саме покращились на: 25% у підлітків з порушенням зору та слуху; на 50% у дітей із ПОРА та ЗПР; на 67% у дітей із ІІ. У контрольній групі низький показник негативного настрою не змінився (додаток Ж.9). Наступна досліджувана шкала – це шкала проблемної міжособистісної комунікації (шкала В). Підлітки з високими показниками за цією шкалою ідентифікують себе з роллю поганого, неслухняного того, що проявляється в агресивних формах поведінки.

Низька шкала проблемної міжособистісної комунікації на початку дослідження не була виявлена ні у дітей КГ та ні у дітей ЕГ. Наступний зріз у контрольній групі вказав на відсутність будь-яких змін. На відміну від контрольної групи, експериментальна група показала позитивну динаміку, а саме збільшення кількості дітей із низьким рівнем проблемної міжособистісної комунікації. У дітей із

порушеннями зору та слуху він становить 50% (0% на початку), із ПОРА – 100% (0% на початку), 50% у дітей із ЗПР (0% на початку) та 33% у дітей із ІП (0% на початку).

Високі показники негативної міжособистісної комунікації у контрольній групі виявилися практично однаковими у першому та другому дослідженні та відповідають таким показникам: 67% підлітків з порушенням зору; 100% підлітків з порушенням слуху; 33% дітей із ЗПР. У підлітків із ПОРА проявилася тенденція до погіршення ситуації яка вказує на те, що 50% цієї категорії дітей виявляють проблеми у комунікації (на початку таких дітей було 0%) (додаток Ж.9). Протилежна тенденція виявлена у експериментальній групі та характеризується зменшенням кількості дітей із високим показником проблемної комунікації: на 50% зменшилось дітей із порушеннями зору та ПОРА, на 25% у дітей із ЗПР та на 67% і дітей із ІП. Також помічена позитивна динаміка середнього показника у ЕГ, це відбулося завдяки переміщенню певної кількості дітей із високих позицій проблемної комунікації на середні показники, а також завдяки позитивній динаміці між середніми та низькими показниками проблемної комунікації у підлітків (додаток Ж.10).

Наступний досліджуваний показник – це низька самоефективність, що є характерною для стану депресії. Показник низької самоефективності у підлітків проявляється в негативному оцінюванні свої успіхів в навчанні та неуспішності у різних видах діяльності, що є перешкодою до мотивації у пізнанні нового. На початку дослідження усі категорії підлітків вказали на низьку самоефективність. Проте у ЕГ під час другого зрізу помічена стійка тенденція до покращення сприйняття самоефективності підлітками. Так показник низької самоефективності підлітків після корекційних втручань покращився на: 25% у дітей із порушенням зору та слуху; 50% - із ПОРА; 25% дітей із ЗПР та на 33% у дітей із ІП (таблиця 3.18). Також у ЕГ з'явилися підлітки які оцінили свою самоефективність позитивно, таких підлітків виявилось: 25% дітей із порушенням зору, слуху та ПОРА; 25% дітей із ЗПР та 33% дітей із ІП (додаток Ж.10).

Досліджувана шкала ангедонії (шкала D) характеризується загальним негативним світосприйняттям, високим рівнем емоційного виснаження, відчуттям самотності. На початку дослідження встановлено, що діти не виявляють у себе

високих показників гедоністичних здібностей. У КГ ситуація не змінилась при повторному дослідженні, а от у експериментальній групі відзначено певні позитивні зміни, а саме: у 25% дітей із ПЗ, у 50% дітей із ПС та ПОРА, у 33% дітей із ІП покращився показник гедоністичних здібностей, що забезпечує позитивне світосприйняття цієї категорії підлітків (додаток Ж.10).

Високі показники ангедонії виявлено на початку дослідження у ЕГ: 75% дітей із ПС; 100% дітей із ПОРА, 50% дітей із ЗПР та у 67% дітей із ІП (додаток Ж.10). Під час другого зрізу у контрольній групі не відбулося змін. У ЕГ ситуація зазнала позитивної тенденції та прояви ангедонії зменшились до 25% у дітей із порушенням зору та слуху; до 0% дітей із ПОРА та ЗПР; до 33% дітей із ІП (додаток Ж.10).

Низькі показники ангедонії виявлено при повторному дослідженні ЕГ у: 25% дітей із ПЗ; у 50% - із ПС та ПОРА. Зовсім не відбулося змін у дітей із ЗПР та ІП (таблиця 3.18). Під час другого зрізу у КГ не відбулося змін.

Опишемо дослідження самооцінки (шкала Е) підлітків контрольної та експериментальної груп. Високі показники за шкалою низької самооцінки на початку дослідження у ЕГ відмічено у 75% у дітей із порушеннями зору та слуху, у 50% дітей із ПОРА та ЗПР (додаток Ж.10). У контрольній групі під час другого зрізу дослідження не помічено покращення показників. А у ЕГ цей показник покращився на 25% у дітей із порушеннями зору, на 50% у дітей із порушеннями слуху, ПОРА та ЗПР; не відбулося позитивної динаміки у дітей із ІП (додаток Ж.10). Низькі показники за шкалою низької самооцінки на початку дослідження не було зафіксовано ні у одній із категорій дітей. У КГ групі підлітків не помічено тенденції до змін, тоді як у експериментальній групі тенденція до покращення показників виявилася у: 25% дітей із порушеннями зору, слуху та ЗПР; у 50% дітей із ПОРА та у 34% дітей із ІП.

Середні показники за шкалою низької самооцінки також зазнали позитивної динаміки, за рахунок зниження кількості дітей із високим показником низької самооцінки. У відсотковому співвідношенні ця тенденція проявилась таким чином: від 25% до 50% у дітей із слуху, від 50% до 75% у дітей із ЗПР та від 67% до 33% у дітей із ІП (додаток Ж.10). Узагальнивши окремі показники, що характеризують стан

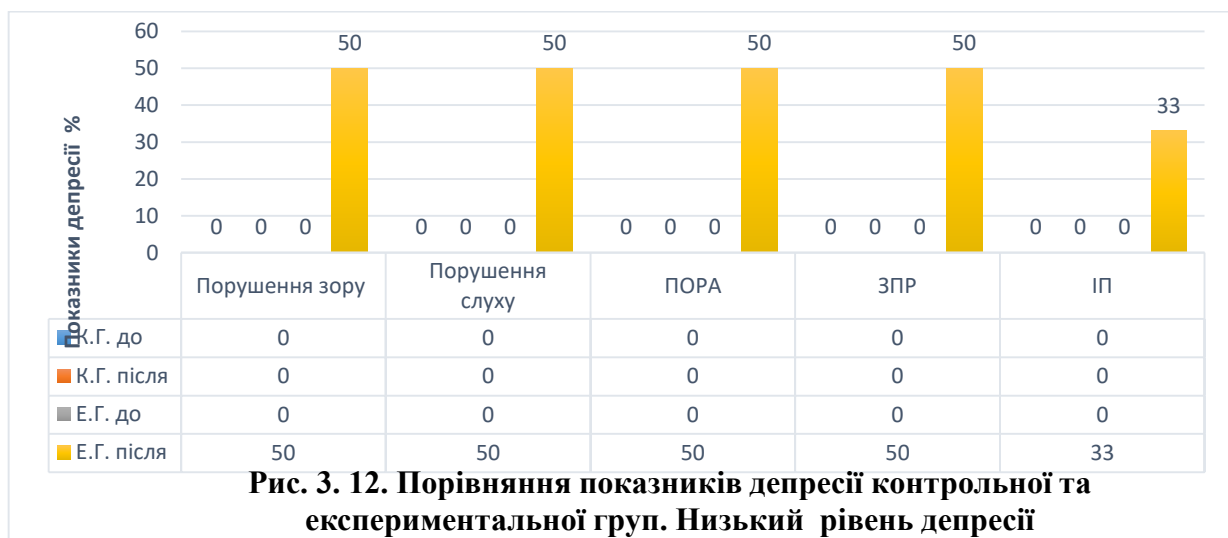
депресії, можемо визначити рівні депресивного стану у підлітків КГ та ЕГ (таблиці 3.9).

Таблиця 3.9

Показники депресії контрольної та експериментальної груп

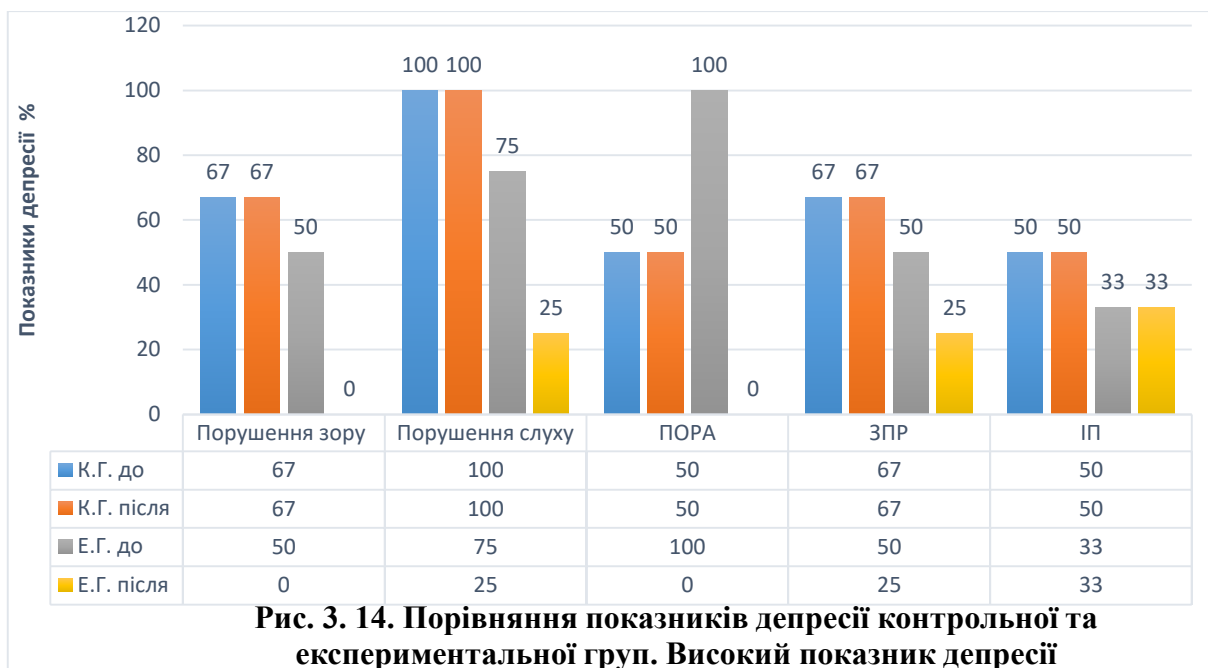
		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3	
Депресія (Е.Г.)		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	2	50	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	2	50	0	0	1	33
	С	2	50	2	50	1	25	1	25	0	0	1	50	2	50	1	25	2	67	1	33
	В	2	50	0	0	3	75	1	25	2	100	0	0	2	50	1	25	1	33	1	33
		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
Депресія (К.Г.)		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
	В	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	1	50	1	50

Низький рівень депресивного стану підлітків на початку формувального експерименту не було визначено ні в КГ, ні в ЕГ. При повторному зрізі у контрольній групі підлітків ситуація не зазнала змін. У експериментальній групі спостерігається тенденція до покращення, а саме від 0% до 50% у дітей із такими нозологіями як ПЗ, ПС, ПОРА та ЗПР; у дітей із ІП – відбулося покращення з 0% до 33% (рис. 3.12).



Так показник якісно змінився у дітей з порушенням зору та слуху на 50%, у дітей із ПОРА на 50%, у дітей із ЗПР на 50% та у дітей із ІП на 33%. Загальний показник позитивної динаміки цього рівня серед усіх категорій дітей складає 46,6%. Показник середнього рівня депресивних проявів у підлітків змінився за рахунок

зменшення кількості дітей із високим рівнем депресії у ЕГ та збільшення показника високого рівня депресії у контрольній групі підлітків (рис. 3.13).



Охарактеризуємо результати дослідження високого показника депресивного стану підлітків (рис. 3.14). На початку дослідження цей показник був досить високим в усіх категорій респондентів ЕГ, а саме у 50% у дітей з ПЗ у 75% дітей з ПС, у 100% дітей із ПОРА, у 50% дітей із ЗПР та у 33% дітей із ІП. У КГ: у 67% у дітей з ПЗ у 100% дітей з ПС, у 50% дітей із ПОРА, у 67% дітей із ЗПР та у 50% дітей із ІП; ці показники не змінилися після повторного зрізу.

У експериментальній групі показники високого депресивного стану значно знизились в усіх категорій дітей: до 0% у дітей із ПЗ; до 25% у дітей із ПС; до 0% у дітей із ПОРА; до 25% у дітей із ЗПР; лише у дітей із ІП цей показник не змінився.

Якісний показник динаміки високого рівня депресивних станів складає 56% серед дітей без інтелектуальних порушень. Цей показник свідчить про те, що 56% підлітків в результаті корекційних втручань змінили свій високий показник депресивного стану на більш позитивний.

Вивчення соціального статусу підлітків у колективі однолітків.

Дослідження за методикою Я. Морено «Соціометрія» передбачало визначення соціального статусу учнів контрольної та експериментальної груп, а також якісний та кількісний аналіз змін, що відбулися між першим та другим діагностичним зрізом.

Підлітки з високим соціальним статусом («зірка» та «бажаний») відчують потребу та виявляють бажання до спілкування у колі однокласників, побудові з ними продуктивних міжособистісних стосунків. Колектив для таких підлітків є місцем довіри, комфорту та самореалізації, вони мають визнання серед однолітків. Підлітки з негативним соціальним статусом («неприйняті», «ізолювані» та «відторгнуті») демонструють вибірковість комунікативних зв'язків та нестабільність у поведінці. Такі підлітки мають негативні установки щодо спілкування, можуть демонструвати агресивність, розгальмованість, або ж навпаки не демонструють потреби у комунікації з однокласниками.

На початку дослідження зовсім не було виявлено підлітків із соціальним статусом «зірка». Соціальний статус «бажаний» у КГ отримало лише 33% підлітків із порушенням зору. Соціальні статуси «неприйнятий» та «ізолюваний» отримало по 33% підлітків із порушеннями зору, 100% дітей із порушеннями слуху; 100% дітей із ПОРА, 100% дітей із ЗПР та 100% дітей із ІП. При повторному дослідженні у КГ не відбулося значних змін, лише пройшли певні ротації у статусах «неприйнятий» та «ізолюваний» (додаток Ж.11).

Прослідкуємо зміни соціального статусу підлітків експериментальної групи. Можемо зазначити, що після корекційних втручань зовсім не залишилось дітей у статусі «відторгнутий»; не зафіксовано дітей із статусом «ізолюваний»; з'явилися категорії дітей із статусом «бажаний»: 75% підлітків із порушеннями зору та слуху; 100% дітей із ПОРА, 50% дітей із ЗПР та 33% дітей із ІП.

Статус «неприйнятих» характерний для 25% дітей із порушеннями зору та слуху, 25% дітей із ПОРА, 50% дітей із ЗПР та 67% - із ІП. Не відбулося ніяких змін у дітей із ЗПР та ІП у цьому статусі (додаток Ж.12).

Узагальнивши результати дослідження соціального статусу контрольної та експериментальної груп підлітків можемо констатувати, що підлітків із високим соціальним статусом («бажаний») стало суттєво більше, а саме 41,6% у порівнянні із 25% до формувального дослідження.

Узагальнивши результати проведених методик можемо визначити ефективність розробленої програми формувального експерименту та охарактеризувати показники

ефективності подолання наслідків постстресу, що проявляються у діяльності емоційно-вольової, поведінкової та когнітивної сфер підлітків.

Визначення динаміки емоційно-вольового критерію розладів обумовлених ПТСР у контрольній та експериментальній групах

Опишемо показники емоційно-вольового критерію подолання ПТСР у контрольній та експериментальній групах. Показниками ефективності позитивної динаміки емоційно-вольового критерію подолання ПТСР є: позитивні показники самопочуття, активності та настрою; низькі показники симптомів депресії; низькі показники рівня тривожності. Охарактеризуємо результативність контрольної групи підлітків, які подано у додатку Ж.13).

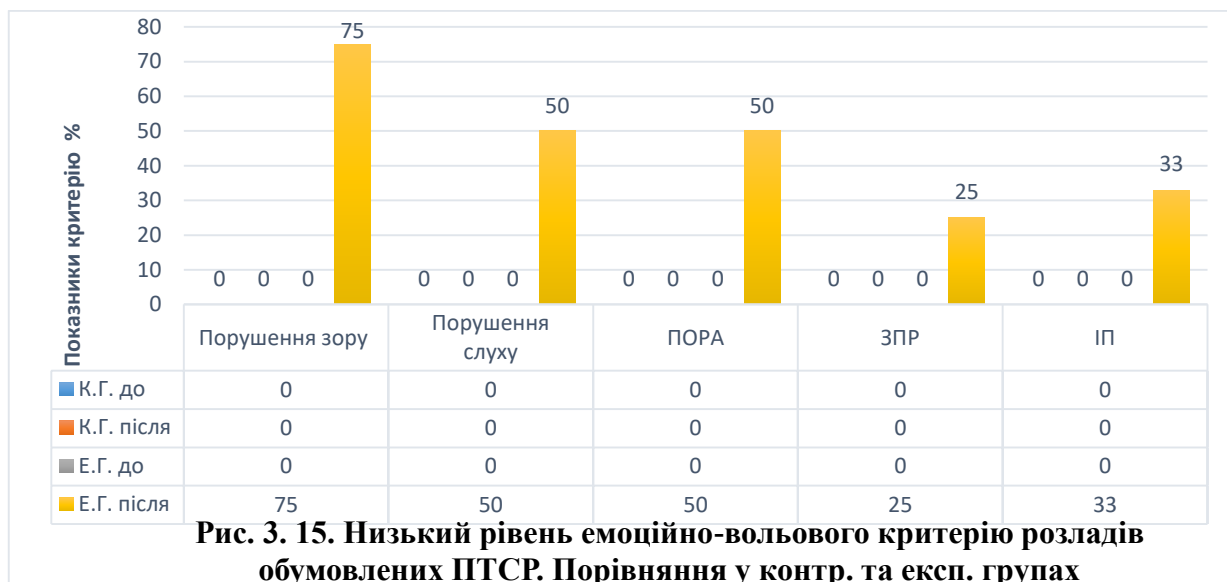
У цій групі підлітків зовсім не виявлено осіб із низьким рівнем емоційно-вольового критерію порушень, що обумовлені ПТСР при першому та наступному зрізах. Також не відбулося змін у середньому та високих показниках порушення. Прослідкуємо динаміку емоційно-вольового показника розладів обумовлених ПТСР у експериментальній групі (таблиця 3.10).

Таблиця 3.10

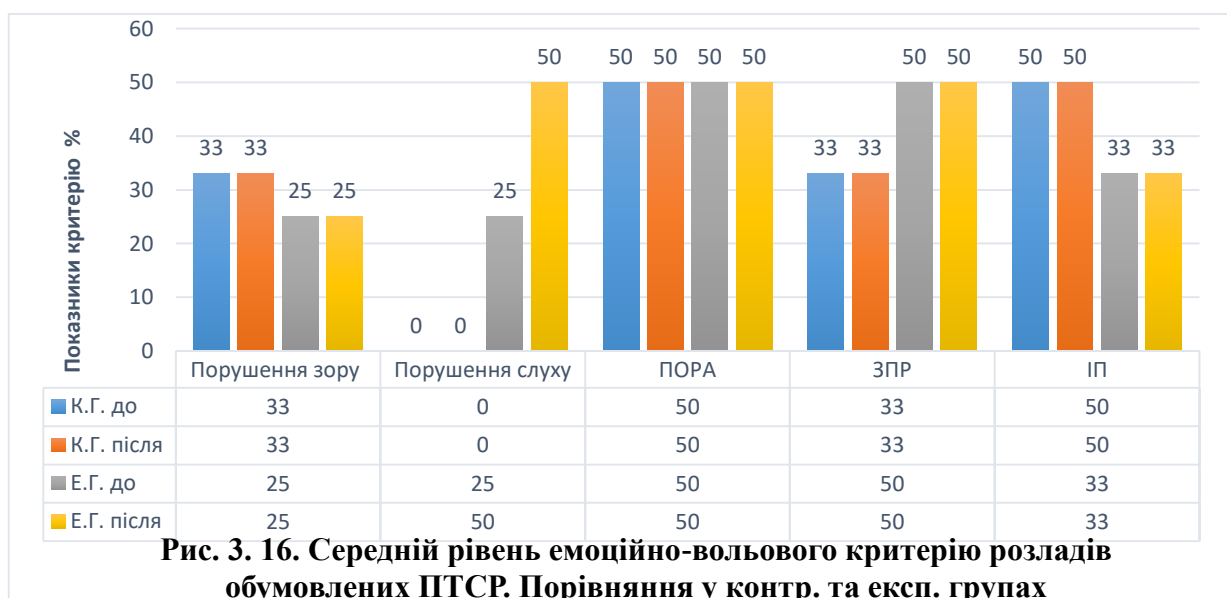
Показники емоційно-вольового критерію розладів обумовлених ПТСР (ЕГ)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗГР				ІП			
		Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3	
Показник САН		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	0	0	3	75	0	0	3	75	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	1	33
	С	1	25	1	25	1	25	1	25	1	50	1	50	1	25	2	50	1	33	1	33
	Н	3	75	0	0	3	75	0	0	1	50	0	0	3	75	1	25	2	67	1	33
Показник депресії		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	1	25	2	50	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	2	50	0	0	1	33
	С	2	50	2	50	1	25	1	25	0	0	1	50	2	50	1	25	2	67	1	33
	В	2	50	0	0	3	75	1	25	1	50	0	0	2	50	1	25	1	33	1	33
Показник тривожності		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	3	75	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	1	33
	С	1	25	1	25	1	25	2	50	1	50	1	50	2	50	2	50	0	0	1	33
	В	3	75	0	0	3	75	0	0	1	50	0	0	2	50	1	25	3	100	1	33
З.П. емоц.-вол сфери		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	3	75	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	1	33
	С	1	25	1	25	1	25	2	50	1	50	1	50	2	50	2	50	1	33	1	33
	В	3	75	0	0	3	75	0	0	1	50	0	0	2	50	1	25	2	67	1	33

У цій групі з'явилися категорія дітей, які компенсували розлади емоційно-вольового критерію ПТСР. Серед дітей із ПЗ – 75%, із ПС – 50%, із ПОРА – 50%, із ЗПР – 25%, із ІП – 33%. Порівняльний аналіз динаміки низького рівня емоційно-вольового критерію показано на рис.3.15.

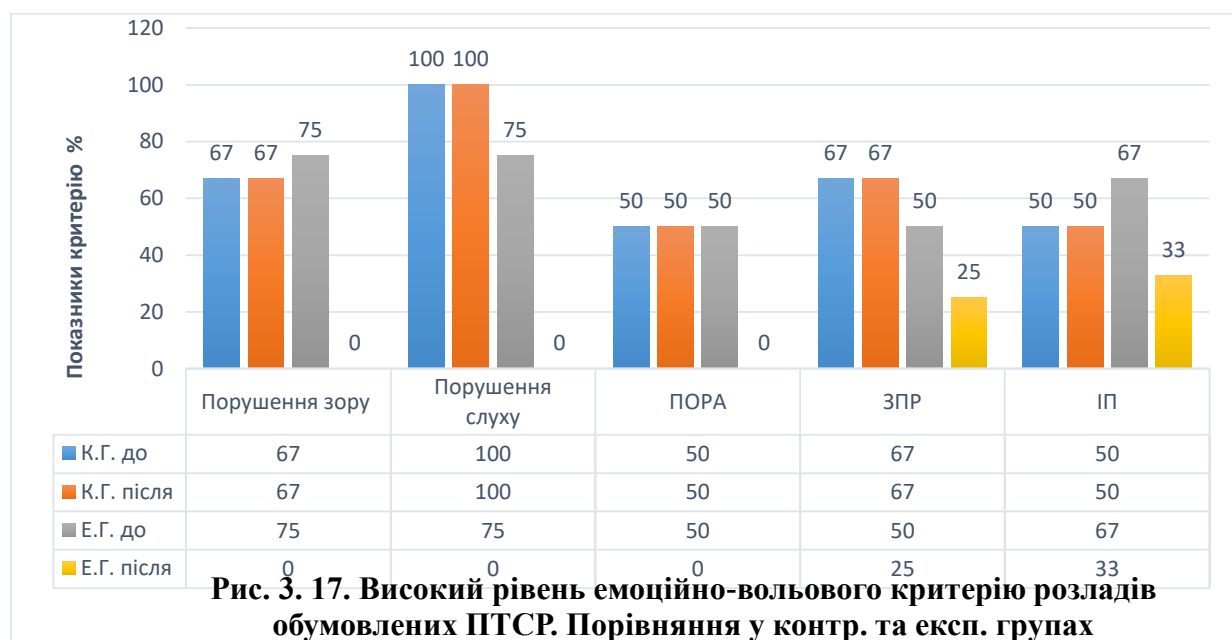


Зазначимо, що позитивна динаміка низького рівня цього критерію знаходиться у межах від 25% до 75%, а це вказує на те, що у 46,6% підлітків емоційно-вольові порушення обумовлені ПТСР – компенсовані. Різниця та певних закономірностей у подоланні цього критерію порушення серед різних нозологій обстежуваних осіб не помічено, лише підлітки із ЗПР та ІП показали нижчу динаміку подолання розладів. Середній рівень емоційно-вольового критерію порушень обумовлених ПТСР зазнав певних позитивних змін у ЕГ та не було відмічено взагалі у КГ (рис.3.16)



У ЕГ середній рівень характеризується суттєвими змінами показників за рахунок того, що певна кількість осіб має значні покращення функціонування за цим показником та перемістилась із низького рівня на середній. Високий рівень емоційно-вольового критерію порушень обумовлених ПТСР у підлітків експериментальної групи визначається значною позитивною динамікою. Значно зменшилась кількість осіб, що мають високий рівень порушення емоційно-вольового критерію ПТСР: на 75% у підлітків із порушенням зору та слуху, на 50% у підлітків із ПОРА, на 25% у підлітків із ЗПР та на 34% у підлітків із ІП (рис.3.17).

Загальний показник позитивної динаміки, а саме зменшення кількості підлітків з високим рівнем емоційно-вольового критерію складає 51,8%.



Узагальнивши результати та динаміку змін емоційно-вольового критерію розладів обумовлених ПТСР, можемо говорити про те, що якісний показник позитивних змін усіх рівнів цього критерію складає 49,2%. А також, можемо зазначити, що 46,6% підлітків повністю позбавились емоційно-вольових розладів обумовлених ПТСР. Попри суттєву позитивну динаміку подолання серед підлітків із ПЗ, слуху та ПОРА, 25% підлітків із ЗПР та 33% підлітків із ІП, не змогли подолати порушення емоційно-вольової сфери, що обумовлені ПТСР. Окрім значної динаміки у експериментальній групі, була відзначена певна динаміка і у контрольній групі за окремими показниками емоційно-вольового критерію, що спонукало нас до з'ясування причинно-наслідкових зв'язків цього факту.

Зацікавившись причинами змін у осіб контрольної групи було проведено опитування батьків. Опитування складалось із одного запитання «Які зміни відбулися у Вашому житті та житті Вашої дитини за період від першої нашої зустріч?». Ми з'ясували, що такі зміни спричинені двома основними факторами: перший – двоє дітей контрольної групи після виявленої проблеми, почали відвідувати індивідуальні заняття у психолога; другий – після отриманих результатів першого етапу обстеження дітей, у батьків з'явилась мотивація до самоосвіти щодо допомоги своїм дітям (опрацювання спеціальної літератури, відвідування просвітницьких заходів). Результати опитування, ще раз підтверджують необхідність психолого-педагогічного впливу на підлітків із посттравматичним стресовим розладом.

Визначення динаміки поведінкового критерію розладів обумовлених ПТСР у контрольній та експериментальній групах

Нагадаємо, що показниками ефективності позитивної динаміки поведінкового критерію подолання ПТСР є: рівень агресивності підлітків, рівень міжособистісної взаємодії підлітків, рівень самооцінки та соціальний статус підлітка у колективі однолітків. Опишемо показники поведінкового критерію подолання ПТСР у контрольній та експериментальній групах. Результативність контрольної групи підлітків під час двох контрольних зрізів подано у додатку Ж.14).

Узагальнивши кількісні результати обстеження можемо відмітити, що не виявлено зміни погіршення ситуації у контрольній групі підлітків. Цей факт свідчить про те, що поведінковий критерій подолання ПТСР не змінився у контрольній групі підлітків за час формувального експерименту. Проте, можемо спостерігати значну позитивну динаміку у експериментальній групі підлітків на усіх трьох рівнях поведінкового критерію (таблиця 3.11).

Високий рівень поведінкового критерію розладів обумовлених ПТСР суттєво знизився у цій групі, а саме: у підлітків із порушеннями зору на 57%; із порушеннями слуху на 40%; із ПОРА на 50%; із ЗПР на 43%; із ІП - на 20%.

Середній рівень цього критерію також зазнав позитивних змін та має такі кількісні та якісні характеристики: у підлітків із порушеннями зору на 14%; із порушеннями слуху на 20%; із ПОРА на 25%; із ЗПР на 14%; із ІП - на 20%. Ці дані

свідчать про те, що підлітки, які до формувального експерименту знаходились на середньому рівні визначеного критерію, справились із поведінковими порушеннями, що обумовлені ПТСР, а частина підлітків, що мала високі показники цього критерію – перемістилась на середню позицію.

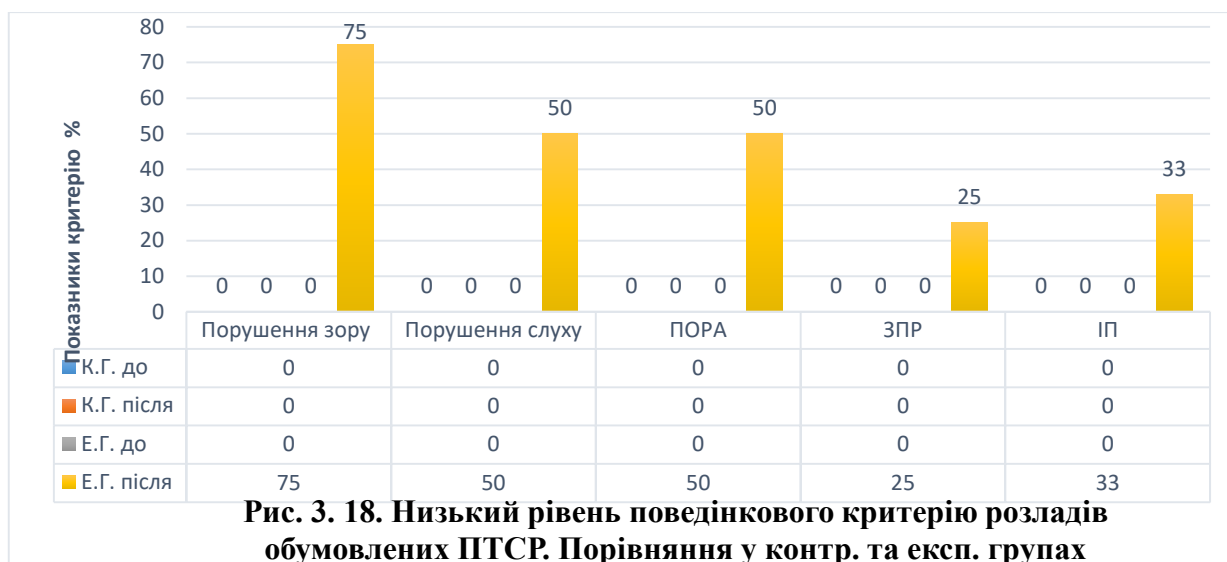
Низький рівень поведінкових розладів обумовлених ПТСР також зазнав позитивної динаміки. Зміни відбулися у підлітків із ПЗ на 75%; із ПС на 50%; із ПОРА на 50%; із ЗПР на 25%; із ІП - на 33%. Цей кількісний показник свідчить про те, що такі відсотки підлітків ЕГ повністю подолали поведінкові розлади обумовлені ПТСР.

Таблиця 3.11

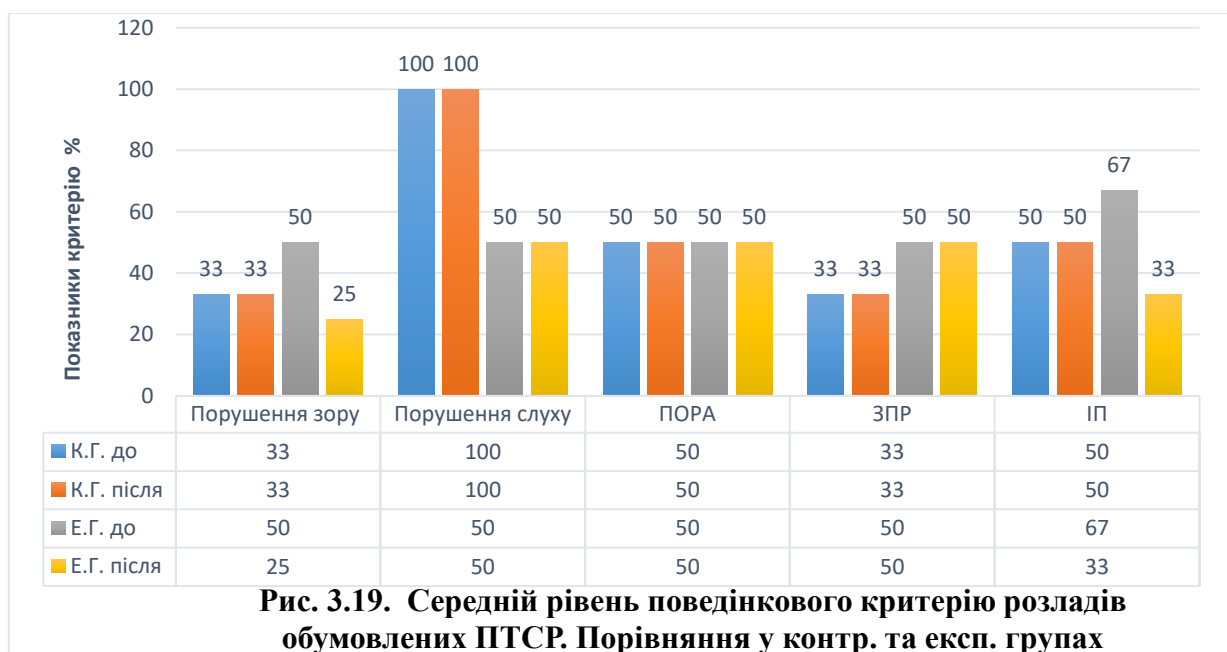
Показники поведінкового критерію розладів обумовлених ПТСР (ЕГ)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3	
Показник агресивності		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	0	0	3	75	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	1	33
	С	1	25	1	25	1	25	2	50	0	0	1	50	1	25	2	50	1	33	1	33
	В	3	75	0	0	3	75	0	0	2	100	0	0	3	75	1	25	2	67	1	33
Показник м/о комунікації		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	0	0	2	50	0	0	2	50	0	0	1	50	1	25	2	50	0	0	1	33
	С	2	50	2	50	3	75	1	25	1	50	1	50	1	25	1	25	0	0	1	33
	Н	2	50	0	0	1	25	1	25	1	50	0	0	2	50	1	25	3	100	1	33
Показник самооцінки		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	50	0	0	1	25	1	33	2	67
	С	1	25	1	25	1	25	2	50	1	50	1	50	2	50	3	75	2	67	1	33
	Н	3	75	2	50	3	75	1	25	1	50	0	0	2	50	0	0	0	0	0	0
Показник соц. статусу		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	1	25	3	75	1	25	3	75	1	50	2	100	0	0	0	0	0	0	1	33
	С	2	50	1	25	2	50	1	25	1	50	0	0	2	50	2	50	2	67	2	67
	Н	1	25	0	0	1	25		0	0	0	0	0	1	25	0	0	1	33	0	0
Загальний показник		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	3	75	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	1	33
	С	2	50	1	25	2	50	2	50	1	50	1	50	2	50	2	50	2	67	1	33
	В	2	50	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	2	50	1	25	1	33	1	33

Аналіз динаміки низького рівня поведінкового критерію показано на рис.3.18. Як видно із рис.3.18 позитивна динаміка низького рівня цього критерію знаходиться у межах від 75% до 25%, а це вказує на те, що у 46,6% підлітків поведінкові порушення обумовлені ПТСР – виправлені. За результатами дослідження можемо зробити висновок, що у дітей із ЗПР та ІП значно нижчі показники подолання у порівнянні із школярами із типовим інтелектом.



Отже, ефективність подолання поведінкових розладів після корекційної програми в усіх досліджуваних категорій очевидна, проте діти із ЗПР та ІП потребують додаткових та триваліших у часі корекційних впливів. Середній рівень поведінкового критерію порушень зазнав певних позитивних змін у ЕГ та зовсім не було відзначено кількісних змін у КГ. У ЕГ можемо говорити лише про якісні зміни, а саме про те, що певна частина підлітків взагалі позбулась поведінкових розладів та змістилась на позиції низьких показників розладу, а ті підлітки, що мали високі показники розладу – не повністю позбавились зазначених порушень та зайняли середню позицію (рис.3.19).



Динаміка змін високого рівня поведінкового критерію КГ та ЕГ (рис.3.20).

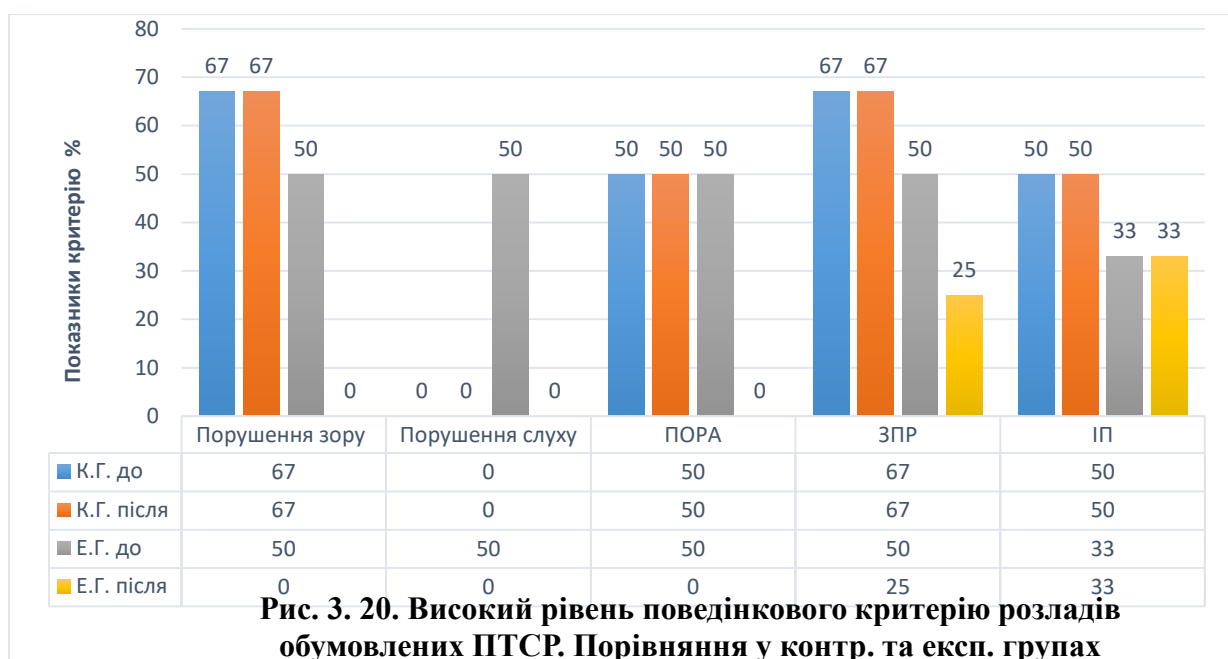


Рис. 3. 20. Високий рівень поведінкового критерію розладів обумовлених ПТСР. Порівняння у контр. та експ. групах

Охарактеризуємо динаміку змін високого рівня поведінкового критерію у контрольній та експериментальній групах (рис.3.20).

Позитивні зміни відбулися у підлітків із порушеннями зору на 50%; із порушеннями слуху на 50%; із ПОРА на 50%; із ЗПР на 50%; у підлітків із ІП - на 34%. Цей кількісний показник свідчить про те, що такі відсотки підлітків ЕГ повністю подолали поведінкові розлади обумовлені ПТСР, або суттєво знизили деструктивні поведінкові прояви. Середній показник динаміки позитивних змін поведінкового критерію високого рівня складає 46,8% (рис.3.20).

Узагальнивши результати та динаміку змін поведінкового критерію розладів обумовлених ПТСР, можемо говорити про те, що якісний показник позитивних змін усіх рівнів цього критерію складає 46,7%. А також, можемо зазначити, що 46,6% підлітків повністю позбавились поведінкових розладів обумовлених ПТСР. Найнижчі показники подолання характерні підліткам із ЗПР та ІП.

Визначення динаміки когнітивного критерію розладів обумовлених ПТСР у контрольній та експериментальній групах

Нагадаємо, що показниками ефективності позитивної динаміки когнітивного критерію подолання ПТСР є підвищення успішності підлітків, що вимірюється порівнянням середніх балів навчальної діяльності на початку та по завершенню

формуального експерименту. Як видно із таблиці 3.12, у КГ підлітків не відбулося ніяких змін у навчальній діяльності, середній бал успішності підлітків не змінився.

У ЕГ відбулися певні позитивні зміни у навчальній діяльності. Відзначимо ці зміни, а саме зміни показника середнього рівня успішності школярів, який називаємо коефіцієнтом підвищення успішності (КПУ). КПУ складає 50% у дітей із ПЗ, 50% - із ПС, 50% у дітей із ПОРА, 25% у дітей із ЗПР та не помічено динаміки навчальної діяльності у дітей із ІП. КПУ середнього рівня когнітивного показника складає 40%. Динаміка низького рівня успішності, характеризується зменшенням кількості дітей із низьким середнім балом успішності. Так КПУ низького рівня когнітивного показника становить: 50% у дітей із ПЗ, 25% - із ПС, 50% у дітей із ПОРА, 25% у дітей із ЗПР та відсутні зміни у дітей із ІП. КПУ низького рівня когнітивного показника складає 40%.

Таблиця 3.12

Середній бал успішності (контрольна та експериментальна групи)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
Середн. бал успішності (К.Г.)		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33	1	33	0	0	0	0
	Н	2	67	2	67	1	100	1	100	2	100	2	100	2	67	2	67	2	100	2	100

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3	
Середн. бал успішності (Е.Г.)		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	2	50	4	100	2	50	3	75	1	50	2	100	1	25	2	50	2	67	2	67
	Н	2	50	0	0	2	50	1	25	1	50	0	0	3	75	2	50	1	33	1	33

Динаміку зміни середнього рівня когнітивного показника розладів обумовлених ПТСР детально видно на рис. 3.21

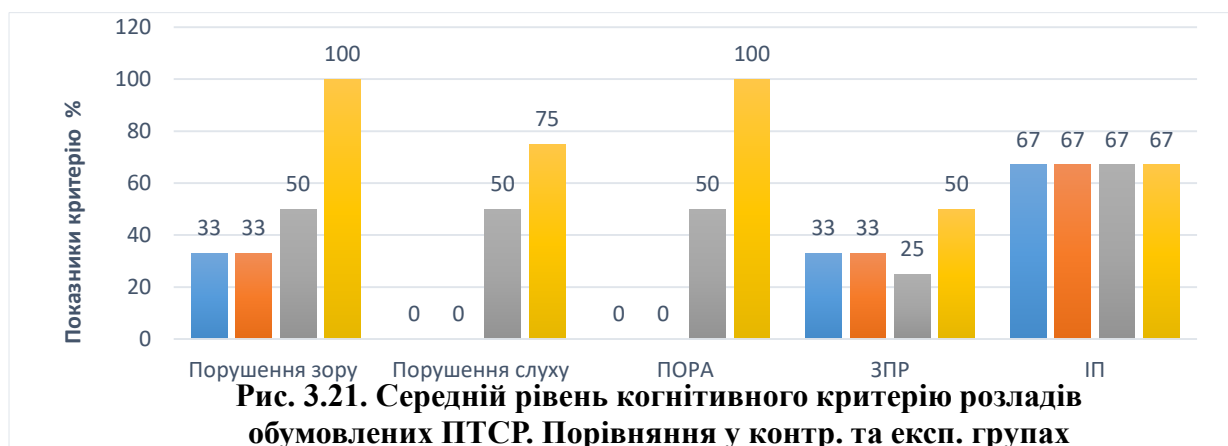
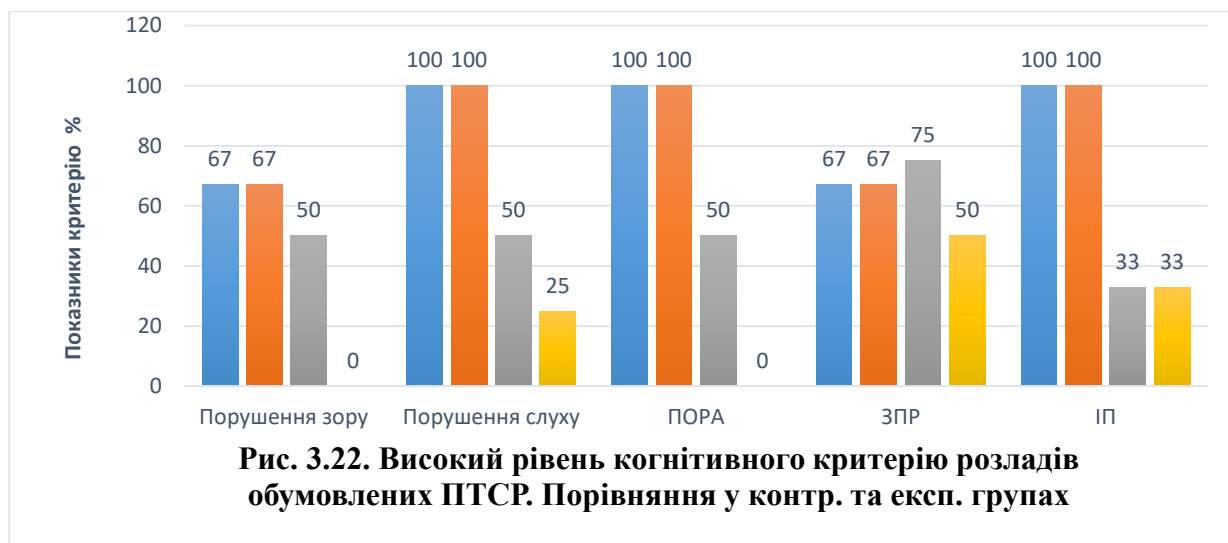


Рис. 3.21. Середній рівень когнітивного критерію розладів обумовлених ПТСР. Порівняння у контр. та експ. групах

Динаміку зміни високого рівня когнітивного показника розладів обумовлених ПТСР детально видно на рис. 3.22



В результаті кількісного та якісного аналізу можемо зробити висновок про те, що у експериментальній групі зменшилась кількість дітей із низьким рівнем навчальної діяльності та загальний показник позитивної динаміки успішності підлітків складає 40%.

Отже, нами визначено динаміку та проведено порівняльний аналіз когнітивного, емоційно-вольового та поведінкового критеріїв порушень, що обумовлені ПТСР у контрольній та експериментальній групах.

Визначення динаміки копінг-поведінки підлітків у контрольній та експериментальній групах

Розвиток особистості у підлітковому віці суттєвою мірою обумовлюється здатністю конструктивно реагувати на складні життєві ситуації, уникаючи непродуктивних форм реагування та виходу із критичної ситуації. Конструктивне реагування підлітків у стресових ситуаціях залежить від сформованості копінг-поведінки. Важливо з'ясувати взаємозв'язок між низькою адаптивною копінг-поведінкою та посттравматичним стресом.

Тому, наступним досліджуваним критерієм є копінг-поведінка підлітків. Нагадаємо, що показниками критерію сформованості копінг-поведінки підлітків є: вирішення проблеми, використання підтримки та уникнення невдач. Відповідно до

зазначених критеріїв, виділено рівні: адаптивний, відносно адаптивний та неадаптивний.

Охарактеризуємо показники копінг-поведінки у КГ та ЕГ (додаток Ж15; додаток Ж.16). Слід зазначити, що у контрольній групі не відбулося ніяких змін в усіх трьох показниках копінг-поведінки. Опишемо показник вирішення проблем у експериментальній групі (додаток Ж.16). Адаптивний рівень вирішення проблем зріс на 25% у дітей із порушеннями зору та слуху; у інших категорій дітей не помічено змін. Якісний показник відносно адаптивного рівня у контрольній групі зріс на 25% у дітей із порушеннями зору, на 50% у дітей із порушеннями слуху, на 50% із ПОРА, на 25% із ЗПР та на 33% із ІП. Неадаптивний рівень має позитивну тенденцію до зменшення кількості дітей: на 50% у дітей із порушеннями зору, на 75% у дітей із порушеннями слуху, на 50% із ПОРА, на 25% із ЗПР та на 33% із ІП.

Опишемо показники соціальної підтримки у експериментальній групі. Адаптивний рівень соціальної підтримки зріс на 25% у дітей із порушеннями зору, на 25% у дітей із порушеннями слуху, на 50% із ПОРА та зовсім не визначено підлітків адаптивного рівня із ЗПР та ІП. Якісний показник відносно адаптивного рівня у контрольній групі зріс на 25% у дітей із порушеннями слуху та ЗПР; а також на 33% у дітей із ІП. Такі зміни пояснюються переміщенням певної кількості дітей на адаптивний рівень пошуку соціальної підтримки.

Неадаптивний рівень характеризується позитивною динамікою та має тенденцію до зменшення кількості дітей цього рівня: на 25% у дітей із ПЗ, на 50% у дітей із ПС, на 50% із ПОРА, на 25% із ЗПР та на 67% у дітей із ІП.

Наступний досліджуваний показник – уникнення невдач. Адаптивний рівень уникнення невдач зріс на 25% у дітей із порушеннями зору, на 25% у дітей із порушеннями слуху, на 50% із ПОРА та зовсім не визначено підлітків адаптивного рівня із ЗПР та ІП. Кількісний показник відносно адаптивного рівня уникнення невдач у контрольній групі зріс лише на 25% у дітей із ЗПР. Такі показники пояснюються переміщенням певної кількості дітей на адаптивний рівень уникнення невдач. Неадаптивний рівень характеризується позитивною динамікою та має тенденцію до

зменшення кількості дітей цього рівня: на 25% у дітей із ПЗ, на 25% у дітей із ПС, на 50% із ПОРА, на 25% у дітей із ЗПР (додаток Ж.16).

Охарактеризувавши окремі показники копінг-поведінки, такі як: вирішення проблеми, використання підтримки та уникнення невдач, визначимо загальні показники копінг-поведінки підлітків та проведемо порівняльний аналіз цих показників у контрольній та експериментальній групах. (таблиця 3.13).

Таблиця 3.13

Копінг-поведінка підлітків

		Порушення зору Всього осіб 4				Порушення слуху Всього осіб 4				ПОРА Всього осіб 2				ЗПР Всього осіб 4				ІП Всього осіб 3			
Рівні копінг-поведінки (ЕГ)		До	%	Після	%	До	%	Після	%	До	%	Після	%	До	%	Після	%	До	%	Після	%
	A	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
	B	2	50	3	75	2	50	3	75	1	50	1	50	1	25	2	50	1	33	2	67
	H	2	50	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	3	75	2	50	2	67	1	33

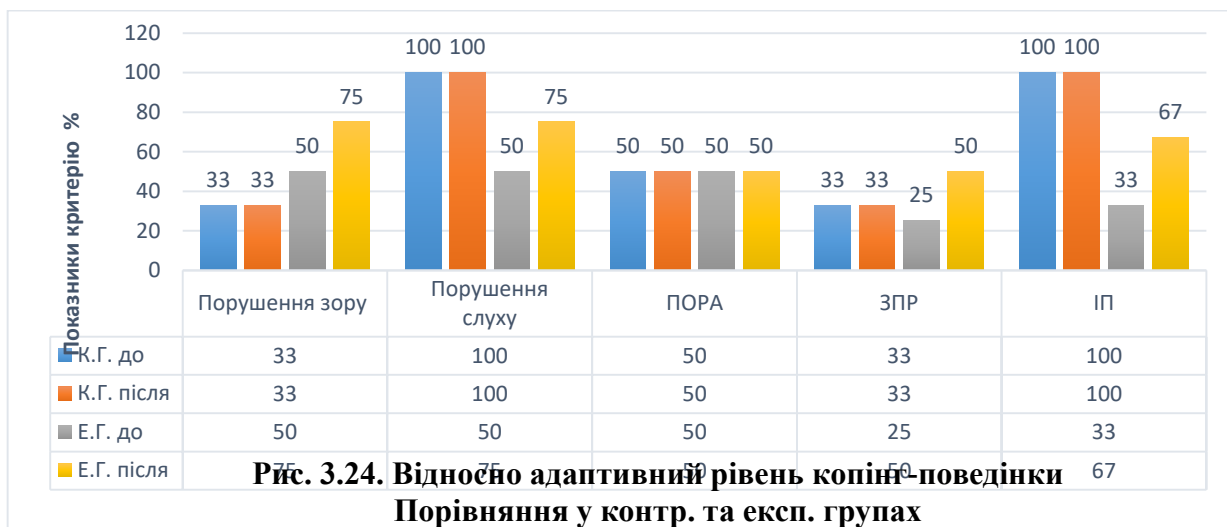
		Порушення зору Всього осіб 3				Порушення слуху Всього осіб 1				ПОРА Всього осіб 2				ЗПР Всього осіб 3				ІП Всього осіб 2			
Рівні копінг-поведінки (КГ)		До	%	Після	%	До	%	Після	%	До	%	Після	%	До	%	Після	%	До	%	Після	%
	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B	1	33	1	33	1	100	1	100	1	50	1	50	1	33	1	33	0	0	0	0
	H	2	67	2	67	0	0	0	0	1	50	1	50	2	67	2	67	2	100	2	100

Проведемо порівняння адаптивного показника критерію копінг-поведінки підлітків із ПТСР у експериментальній та контрольній групах (рис.3.23).



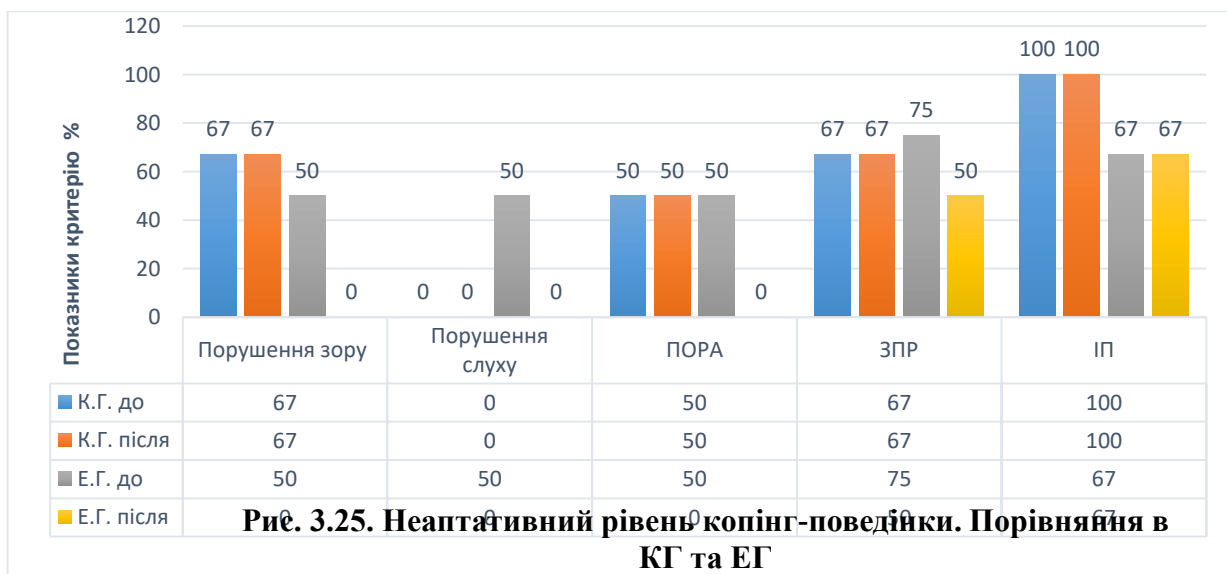
Як видно на рис. 3.23 до початку формуального експерименту не було визначено дітей із адаптивним рівнем копінг-поведінки у двох групах школярів. Проте, після формуального експерименту визначилась певна кількість підлітків із адаптивним рівнем копіngu, а саме: 25% дітей із ПЗ, 25% дітей із ПС та 50% дітей із ПОРА. Зовсім не спостерігалась позитивна динаміка у дітей із ЗПР та у дітей із ІП. Загальний показник позитивних змін за адаптивним рівнем копінг-поведінки складає

33,3%, цей показник характеризує позитивну динаміку у підлітків із типовим розвитком інтелектуальних функцій. Охарактеризуємо зміни відносно адаптивного рівня копінг-поведінки підлітків у КГ та ЕГ (рис. 3.24).



Визначено позитивну динаміку відносно адаптивного копіngu в усіх категоріях досліджуваних підлітків. За цим показником можна відмітити якісні та кількісні зміни, що відбулися у підлітків із ЗПР (на 25%) та у дітей із ІП (на 34%). Основна частина цих категорій підлітків покращила свій показник копіngu та перемістилась з неадаптивного рівня на відносно-адаптивний. Також помічено позитивну тенденцію у дітей із порушеннями зору (на 25%) та слуху (на 25%). Середній показник позитивних змін на відносно адаптивному рівні складає 21,8%.

Охарактеризуємо зміни, що відбулися на неадаптивному рівні копінг-поведінки підлітків у контрольній та експериментальній групах (рис. 3.25)



Можемо відзначити значну позитивну динаміку неадаптивного копіngu у підлітків ЕГ, що характеризується зменшенням кількості дітей за означеним показником, а саме у дітей із ПЗ на 50%, із ПС на 50%, із ПОРА на 50%, із ЗПР на 25% та на 34% у дітей із ІП. Загальний показник позитивних змін за неадаптивним рівнем копінг-поведінки складає 41,8%.

Узагальнивши окремі показники критерію копінг-поведінки підлітків можемо відзначити що:

- 41,8% підлітків розвинули свої копінг-ресурси та перемістилися з неадаптивного на відносно-адаптивний рівень копіngu;
- середній показник динаміки у формуванні адаптивного копіngu складає 33,3% серед дітей без інтелектуальних порушень;
- у дітей із ІП та ЗПР адаптивна копінг-поведінка не сформувалась взагалі, а якісний показник відносно адаптивної поведінки цих категорій дітей складає 29,5%;
- після корекційних втручань підлітків із збереженими когнітивними функціями на неадаптивному рівні копіngu, не залишилось зовсім.

Висновки до розділу III

За результатами завдань формувального експерименту було зроблено такі висновки:

1. Результати первинного дослідження дітей із ПТСР підтвердили необхідність цілеспрямованої допомоги дітям у подоланні наслідків посттравми.
2. Ефективним засобом подолання розладів обумовлених ПТСР у підлітків є комплексний підхід, що включає просвітницькі тренінги для батьків та педагогів, корекційно-розвивальний тренінг для підлітків; консультативний супровід підлітків, батьків та вчителів.
3. Апробація тренінгових програм для підлітків «Подолання наслідків посттравми та формування конструктивного копінгового ресурсу у підлітків», для педагогів «Формування у педагогів навичок підтримуючої поведінки у дітей із постстресовими порушеннями», для батьків «Формування навичок підтримуючої поведінки у батьків, діти яких мають симптоми травматичного стресу», довела їх

ефективність та доцільність у подоланні розладів обумовлених ПТСР. Ефективність проведених програм підтверджується такими факторами:

- Відбулися позитивні зміни у підлітків щодо проявів симптомів ПТСР. Гарна динаміка позитивних змін просліджувалась в усіх досліджуваних категорій дітей: у 50% підлітків із сенсорними порушеннями та ПОРА відсутні симптоми ПТСР; 25% підлітків із ЗПР та 33% дітей із ІП – не виявляють ознак порушення. Порівняння високого рівня ПТСР у КГ та ЕГ також підтверджують позитивну динаміку подолання в експериментальній групі. Проте, є підлітки ЕГ, які не змогли подолати симптоми ПТСР, серед яких діти з ЗПР складають 25%, діти із ІП – 33%. Одержані результати свідчать про відсутність або суттєве зниження у підлітків психофізіологічних симптомів інтрузій, уникнення та гіперзбудження, що дає їм можливість якісно взаємодіяти з навколишнім світом та є одним із базових факторів подолання усіх порушень, що обумовлені ПТСР.

- Прослідкована ефективність подолання наслідків постстресу, що проявляються у діяльності емоційно-вольової, поведінкової та когнітивної сфер підлітків. Показник позитивних змін емоційно-вольового критерію складає 75% у підлітків з ПЗ; у 50% у підлітків з ПС та ПОРА; у 25% - із ЗПР; 33% - у підлітків з ІП. Поведінковий критерій розладів характеризується показником позитивних змін у 46,6% підлітків; повністю позбавились поведінкових розладів 75% підлітків із ПЗ, 50% підлітків із ПС та ПОРА, 25% - із ЗПР та 33% підлітків із ІП. Показник когнітивного критерію розладів зазнав позитивних змін у ЕГ, що характеризується підвищенням рівня успішності. Загальний коефіцієнт підвищення успішності підлітків складає - 30%. Така динаміка позитивних змін емоційно-вольового, поведінкового та когнітивного критеріїв, обумовлює загальне підвищення шкільної успішності підлітків, зміну соціального статусу у колективі; збільшення соціальних контактів та зміна їх якості; зниження деструктивних тенденцій у поведінці; відсутність депресії, покращення самопочуття, активності та настрою підлітків.

- Показник сформованості копінг-поведінки також зазнав позитивних змін. Середній показник динаміки у формуванні адаптивного копінг серед усіх категорій дітей складає 33,3%; проте, у дітей із ЗПР та у дітей із ІП взагалі не було сформовано

адаптивного копінгу, а лише відносно-адаптивний, що характеризується постійним пошуком підтримки інших у вирішенні різних ситуаціях. Якісний показник формування відносно-адаптивного копінгу у дітей із ЗПР та ІП складає 24% та 34% відповідно. Розвинений адаптивний та відносно адаптивний копінг дозволяє конструктивно реагувати на життєві труднощі та обумовлює позитивний розвиток особистості підлітка.

4. Провівши порівняльний аналіз подолання розладів обумовлених ПТСР в усіх досліджуваних нозологій, можемо стверджувати, що не було помічено певних відмінностей чи закономірностей щодо динаміки у подолання розладів, обумовлених ПТСР. Цей факт засвідчує ефективність розроблених корекційних втручань для усіх категорій підлітків у подоланні симптомів постстресу. Проте, у дітей із інтелектуальними порушеннями та ЗПР адаптивна копінг-поведінка не сформувалась взагалі, цей факт засвідчує, що копінг у дітей з ІП та ЗПР формується пізніше своїх однолітків із збереженим інтелектом, або потребує додаткового розвитку.

5. За результатами формувального експерименту можемо зазначити, що комплексний підхід, що складається із научіння підлітків прийомам вправління з симптомами ПТСР за МКХ-10 та розуміння шляхів подолання складних ситуацій (сформованість адаптивної копінг-поведінки) забезпечує подолання розладів обумовлених ПТСР на когнітивному, поведінковому та емоційно-вольовому рівнях.

6. Ефективність формувального експерименту статистично достовірна, що підтверджено показниками достовірності значень за багатофункціональним критерієм ϕ^* Фішера [173, с.162-163]. В результаті обчислень встановлено, що у контрольній групі практично не відбулося позитивних змін на що вказують показники, що є меншими за критичне значення $p \leq 0,05$ (Додаток К, таблиця 2). У експериментальній групі підлітків засвідчена позитивна динаміка усіх критеріїв порушень, обумовлених ПТСР (Додаток К, таблиця 1). Показники емоційно-вольового критерію ЕГ вказують на те, що відбулась значна позитивна динаміка, а саме: високий показник критерію складає $\phi^*3,9$ (КГ - $\phi^* 0,17$); середній показник зріс на $\phi^*0,6$ (КГ - $\phi^* 0,171$); низькі показники складають $\phi^*5,3$ (КГ - $\phi^* 0$), цей критерій вказує на те, що у 43% підлітків компенсовано емоційно-вольові порушення.

Показники поведінкового критерію ЕГ свідчать що коефіцієнт позитивних змін високого рівня складає - $\varphi^*4,7$ (КГ - $\varphi^* 0$); середнього - φ^*1 (КГ - $\varphi^* 0$); низького - $\varphi^*3,5$ (КГ - $\varphi^* 0$).

Середній показник коефіцієнту успішності покращився на $\varphi^*7,2$ (КГ - φ^*0); низькі - $\varphi^*2,6$ (КГ - $\varphi^* 0$). Показник сформованості адаптивної копінг-поведінки підлітків складає у ЕГ складає $\varphi^*2,3$ (КГ - $\varphi^* 0$); відносно адаптивний $\varphi^*0,4$ (КГ - φ^*0); показник зменшення кількості дітей неадаптивного рівня складає $\varphi^*1,9$ (КГ - $\varphi^* 0$) (Додаток К).

Зміст третього розділу дисертації висвітлено в таких публікаціях автора:

1. Марціновська І. П. Основні напрямки психолого-педагогічної допомоги дітям з посттравматичним стресовим розладом. *Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. Хмельницький : Хмельн. інститут соціальних технологій ВНЗ “Відкритий міжнародний університет розвитку людини “Україна”, 2016. С. 64-66.

2. Марціновська І. П. Тренінг: інтерактивна форма навчання. *Педагогічний вісник. Науково-методичний журнал Хмельницького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти*. Хмельницький : 2017. Вип.3 (48). С. 43-46.

3. Марціновська І. П. Основні напрямки психокорекції посттравматичного стресу у дітей та підлітків. *Інклюзивна освіта: досвід і перспективи* : мат. V Міжнар. наук.-практ. конференції. – Вінниця : Вінницький інститут університету «Україна», 2018. С. 105-108

4. Марціновська І. П. Напрямки допомоги дітям з особливими освітніми потребами у ситуації травматичного стресу. *Мат. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. Актуальні проблеми соціальної роботи: досвід і перспективи*. Кам.-Под. : Кам.-Под. нац. університет імені Івана Огієнка, 2020. С. 56-60.

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу та проведено емпіричне дослідження психолого-педагогічного забезпечення подолання ПТСР, обумовленого перебуванням у зоні військового конфлікту та внутрішнім переселенням у підлітків з порушеним розвитком.

1. Виявлено, що зазначена проблема є актуальною для корекційної педагогіки та психології. ПТСР визначається, як певний симптомокомплекс, який виникає в результаті одиначної або повторюваної психотравмуючої події до переліку яких входить і перебування в зоні військових (наближених до військових) дій та внутрішнє переселення. Чинником формування ПТСР є відстрочена або затяжна реакція організму на стресову подію або ситуацію, яка є короткочасною або тривалою у часі та має суб'єктивний характер загрози або катастрофи. Травматичний досвід – це психологічно незавершене явище, яке має тенденцію постійної актуальності та поглиблення проявів симптомокомплексу. Поряд із класичним травмофокусованим підходом до розуміння ПТСР, формується новий науковий підхід резилієнсу та копінг-поведінки. Копінг-поведінка - це індивідуальний стиль діяльності особистості в скрутній життєвій ситуації, що реалізується за допомогою використання різних копінг-стратегій на основі особистісних ресурсів та ресурсів середовища.

2. Вивчено досвід країн та міжнародних організацій щодо впровадження у навчальних закладах програм підтримки дітей, що пережили травму та визначено, що застосування комплексного підходу (робота з дітьми, їх батьками, педагогами) та використання технологій формування копінг-ресурсу особистості («Basic Ph» та ін.) мають високу результативність.

3. Встановлено, що ПТСР у підлітків проявляється на когнітивному, поведінковому та емоційно-вольовому рівні. Емоційно-вольовий рівень характеризується зниженням емоційного функціонування підлітка, низькою самооцінкою, високою тривожністю, депресивними станами. Поведінковий рівень характеризується агресивними тенденціями у міжособистісній взаємодії, низьким соціальним статусом у колективі. Когнітивний рівень - зниження функціонування пізнавальних процесів, що стає причиною низької успішності у навчанні.

4. Підібрано та адаптовано до використання з підлітками з порушеним розвитком комплекс методик для вивчення усіх симптомів ПТСР.

5. Визначено, що показник ПТСР у підлітків з порушеним розвитком зустрічається майже у два рази частіше у порівнянні із підлітками з типовим розвитком (24,7% та 12,2%), що вказує на те, що наявність психофізичного порушення створює низьку толерантність до формування ПТСР. Серед дітей з різними типами психофізичних порушень визначено таку кількість травмованих - 22,2% підлітків із ПЗ; 21,1% підлітків із ПС; 23,7% підлітків з ПОРА; 25,6% підлітків із ЗПР; 30,9% підлітків з ІП. Результати свідчать про те, що найбільший відсоток дітей із ЗПР та ІП мають симптоми ПТСР у порівнянні з дітьми з іншими типами порушень. На віддаленому етапі від пережитої травматичної події значна кількість підлітків не справляється самостійно з пережитими надсильними емоціями та потребує підтримки та кваліфікаційної допомоги.

6. Досліджено копінг-поведінку підлітків. Більшість дітей з ТР та ПР мають неадаптивні або низько адаптивні стратегії поведінки; лише незначний відсоток дітей з ТР використовує адаптивний копінг (8,4%); найвищий показник неадаптивного копіngu характерний для підлітків із ЗПР (57,1%) та ІП (60%). Підлітки із ТР, сенсорними порушеннями та ПОРА мають схожі показники неадаптивного копіngu, що знаходяться у межах від 40% до 42,9%. Цей факт вказує на те, що інтелектуальний чинник відіграє важливу роль у розвитку адаптивного копіngu, а сензитивний період його розвитку дещо зміщений у порівнянні із ТР. Сформований копінг-ресурс особистості корелює з розвитком симптомів ПТСР, що підтверджує необхідність формування у підлітків адаптивної копінг-поведінки.

7. Розроблене психолого-педагогічного забезпечення подолання розладів, обумовлених ПТСР у підлітків, що включає просвітницькі тренінги для батьків та педагогів, корекційно-розвивальний тренінг для підлітків; методичні рекомендації з проведення тренінгових занять з підлітками з порушеним розвитком; консультації учасникам навчально-виховного процесу щодо підтримуючої комунікації із травмованими підлітками. Ефективність корекційних заходів засвідчує динаміка позитивних змін: у 50% підлітків із сенсорними порушеннями та ПОРА відсутні

симптоми ПТСР; 25% підлітків із ЗПР та 33% дітей із ІП – не виявляють ознак порушення. Порівняння високого рівня ПТСР у КГ та ЕГ також підтверджують позитивну динаміку подолання в експериментальній групі, а саме: у дітей із ПЗ та ПС ситуація покращилась на 75%; з ПОРА на 100%; із ЗПР на 25% та у підлітків із ІП – на 34%. Проте, є підлітки ЕГ, які не змогли подолати симптоми ПТСР, серед яких діти з ЗПР складають 25%, діти із ІП – 33%. Показники подолання ПТСР КГ не зазнали суттєвих змін. Визначено, що у підлітків із ЗПР та ІП показник ефективності запропонованої програми нижчий, ніж у підлітків без порушень інтелектуальної діяльності. Результати свідчать про відсутність або суттєве зниження у підлітків психофізичних симптомів, що якісно впливає на взаємодію з навколишнім світом та забезпечує становлення особистості.

8. Позитивні зміни емоційно-вольового, поведінкового та когнітивного функціонування, обумовлює загальне підвищення шкільної успішності підлітків, зміну соціального статусу у колективі; збільшення соціальних контактів та зміна їх якості; зниження деструктивних агресивних тенденцій у поведінці; відсутність депресії, покращення самопочуття, активності, настрою підлітків. Показник динаміки у формуванні адаптивного копінгу серед усіх категорій дітей складає 33,3% (до ФЕ дітей із адаптивним копінгом не було визначено взагалі). Розвинений адаптивний та відносно адаптивний копінг дозволяє конструктивно реагувати на життєві труднощі та обумовлює позитивний розвиток особистості підлітка.

9. Доведено, що психолого-педагогічне забезпечення корекційної роботи з дітьми з ООП, що мають ПТСР, обумовлений перебуванням у зоні військового конфлікту та внутрішнім переселенням, є ефективним та доцільним у використанні фахівцями закладів освіти.

Дисертаційне дослідження не вичерпує всіх аспектів розглянутої проблеми. Змістом подальших наукових пошуків може стати розробка методичних рекомендацій та практичних занять з формування стресостійкості школярів із ООП для різних вікових категорій; підготовка педагогів до формування резилієнсу у школярів з порушеним розвитком у інклюзивному середовищі.

Список використаних джерел

1. Александрова Л. А. К концепции жизнестойкости в психологии. Сибирская психология сегодня: сб. науч. тр. 2004. №2. С. 82–90.
2. Александровский Ю. А. и др. Психогении в экстремальных ситуациях *Психология экстремальных ситуаций*: Хрестоматия. Минск : Харвест, 2000. С. 154–220.
3. Алфёрова Г. В. Новые подходы к коррекционно-развивающей работе с детьми, страдающими детским церебральным паралич. *Дефектология*. 2001. №3. С. 10–14.
4. Анн Л. Ф. Психологический тренинг с подростками. Санкт-Петербург : Питер, 2003. 272 с.
5. Антипова О. С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии. *Neuronews*. 2013. №3. С. 29–32.
6. Артемьева Т. В. Стратегии совладающего поведения детей с ограниченными возможностями здоровья. *Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики* : Альманах Казанского федерального университета / Под ред. А. И. Ахметзяновой. 2013. С. 4–9.
7. Афанасьєва Н. Є., Перелигіна Л. А. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу : навч. посіб. Харків : ХНАДУ, 2015. 315 с
8. Баб'як Т. І. Психокорекційна робота з дітьми та підлітками, що зазнали насильства : методичні матеріали. Львів : ВНТЛ, 1999. 48 с.
9. Бакаева И. А., Новохатько Е. Н., Шевырева Е. Г. Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с детским церебральным параличом и их родителей. *Сибирский психологический журнал*. 2019. № 71. С. 180–196.
10. Банников Г. С., Вихристюк О. В., Миллер Л. В. Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних. Москва : ГБОУ ВПО МГППУ, 2013. 40 с.
11. Бистрова Ю.О., Коваленко В.Є. Тренінг як засіб підвищення професійної компетентності педагогів у сфері інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2008. №11. С. 224–236
12. Беспалько О.В. Тренінг як інноваційна форма соціально-педагогічної роботи. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2004. № 1. С. 22–28.
13. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. Санкт-Петербург : Питер, 2017. 448 с.
14. Бек Д. Когнитивная терапия: полное руководство. Москва : И.Д. Вильямс, 2006. 400 с.
15. Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 248 с.

16. Бернардо С. Х. Исследование взаимосвязи между уровнем интеллекта и предпочтениями психологических защит в юношеском возрасте. *Материалы конференции*. Санкт-Петербург : ВМедА, 2000. С. 175–176.
17. Бех І. Д. Особистісно зорієнтоване виховання : навчально-методичний посібник Київ : ІЗМН, 1998. 204 с.
18. Богданов С., Залесская О. Психосоциальная поддержка в кризисной ситуации : метод. пособ. для педагогов. Київ : Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), УМСА Украины, 2015. 76 с.
19. Богданов С. О. Корекційно-розвиткова програма формування стійкості до стресу в дітей дошкільного віку та школярів «Безпечний простір» : навчально-методичний посіб. Київ: НаУКМА, ГЛІФ Медіа, 2017. 208 с.
20. Большаков В. Ю. Психотренинг. Социодинамика, упражнения, игры. Санкт-Петербург : Социально-психологический центр, 1996. 129 с.
21. Борисова Н. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции. *Психолог*. 2008. № 10. С. 21-27.
22. Бріер Д., Скотт К. Основы травмофокусированой психотерапии. Львів : Свічадо, 2015. 432 с.
23. Василюк Ф. Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. Москва : Изд-во МГУ, 1984. 200 с.
24. Веселова Н.П. Особливості переживання дітьми посттравматичних наслідків. Психологічні аспекти підготовки вчителя. 2017. С. 234 – 238. URL: https://er.knutd.edu.ua/bitstream/123456789/9429/3/20180522_303_Zmist.pdf
25. Волинець Л. С. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л. А. та ін. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.
26. Волошко Н. І. Психологічні вправи для розвитку навичок використання психологічних методів саморегуляції, збереження і зміцнення здоров'я. *Проблеми сучасної психології*. 2012. Випуск 16. С. 123–133.
27. Гальчук О. Я. Психоаналитические гипотезы формирования невротических расстройств. *Международный медицинский журнал*. 2008. Т. 14, № 4. С. 6-8.
28. Гарбер А. Н. Совладающее поведение: аналитический обзор зарубежных исследований. *Актуальные вопросы современной психологии* : материалы III Междунар. науч. конф. Челябинск : Два комсомольца, 2015. С. 17-19.
29. Горьковая И. А., Микляева А. В. Жизнестойкость и копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Клиническая и специальная психология. 2019. URL : <https://cutt.ly/dgPYvPq>
30. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. Ленинград : Издательство Ленинградского университета, 1988. 560 с.

31. Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
32. Гудионис Г. Книга игр по интерактивному воспитанию. Издательство Бад Гейлброн. 1992. 130с.
33. Гусак Н., Чернобровкіна В. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посібник Київ : НаУКМА, 2017. 91 с.
34. Дидактичні основи навчання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку : методичний посібник / Укл. Л. О. Прядко, О. О. Фурман. Суми : РВВ СЦППО. 2015. 114 с.
35. Діти та війна: навчання технік зцілення / Сміт П., Дирегров Е., Юле У.; співавт.: Гупта Л., Перрен Ш., Г'єстад Р. Львів : Інститут психічного здоров'я УКУ, 2014. 70 с.
36. Дозорцева Е. Г. Психологическая травма у подростков с проблемами поведения. Диагностика и коррекция. Москва : Генезис, 2006. 128 с.
37. Дьяченко М. И., Пономаренко В. А. О подходах к изучению эмоциональной устойчивости. *Вопросы психологии*. 1990. № 1. С. 106–112.
38. Ермаков В. П., Якунин Г. А. Основы тифлопедагогики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. Москва : ВЛАДОС, 2000. 240 с.
39. Ермаков В. П., Якунин Г. А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. Москва : Просвещение, 1990. 223 с.
40. Загашев И. О., Заир-Бек С. И., Муштавинская И. В. Учим детей мыслить критически. Санкт-Петербург : Альянс «Дельта» совм. изд. «Речь», 2003. 192 с.
41. Зайцева Е. С. Психологический анализ копинг-стратегий у подростков с детским церебральным параличом. *Современные проблемы науки и образования*. 2014. № 3. С.638–647
42. Зимівець Н. В. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади. Метод. матеріали до тренінгу / За заг. ред. Г. М. Лактіонової. Київ : Науковий світ, 2004. 205 с.
43. Зимівець Н. В. Формування у підлітків відповідального ставлення до здоров'я шляхом впровадження технології “рівний - рівному”. *Проблеми педагогічних технологій*. 2004. №3-4. С. 54-59.
44. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
45. Игумнов С. А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справ. Пособие. Минск : Белорусская наука, 2001. 191 с.
46. Ипполитова М. В., Мастюкова Е. М. Особенности учебной деятельности учащихся с церебральным параличом. Москва, 1984. 95 с.

47. Исаев Д. Н. Психопрофилактика в практике педиатра. Ленинград : Медицина, 1984. 192 с.
48. Исурина Г. Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений. *Групповая психотерапия*. Москва : Медицина, 1990. 125 с.
49. Истратова О. М. Практикум по детской психокоррекции: игры, упражнения, техники. Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. 349 с.
50. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учебное пособие. Санкт-Петербург : Речь, 2012. 448 с.
51. Калмыкова Р. В., Миско Е. А., Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии посттравматического стресса. *Психологический журнал*. 2001. №4. С. 70–80.
52. Калуев А. В. Проблемы изучения стрессорного поведения. Киев, 1998. 134 с.
53. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. Москва : Когито-Центр, 2015. 425 с.
54. Калыжнюк Э. С. Психические нарушения при ДЦП. Киев : Вища школа, 1987. 272 с.
55. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. Москва : Медицина, 1994. 672 с.
56. Карауш И. С. Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями : дис. докт. мед. наук : 14.01.06 / Томск, 2016. 402 с. URL : <https://cutt.ly/ugPYTzZ>
57. Керівництво МПК з ПЗПСП в умовах надзвичайної ситуації. Університетське видавництво. Пульсари, 2017. URL: <https://cutt.ly/rgPYW7D>
58. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. Москва: Класс, 2001. 464 с.
59. Киселева А. А., Кузьмин М. Ю. Особенности копинг-стратегий у лиц с ограниченными возможностями здоровья. *Asta biomedical scientifica*. 2017. URL : <https://cutt.ly/igPYQrj>
60. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. Москва : Академический Проект, 2009. 943 с.
61. Кісарчук З., Гребінь Л., Омельченко Я. Кататимно-імагінативна психотерапія. *Основи психотерапії* : навч. посібник / під заг. ред. К. В. Седих, О. О. Фільц, Н. Є. Завацька. Полтава : Алчевськ : ЦПК, 2013. с. 73-96
62. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Біла І. М., Лазос Г. П. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник Київ : Логос. 2016. 232 с.
63. Кісарчук З. Г., Лазос Г. П. Модель корекції негативних переживань підлітків засобами кататимно-імагінативної психотерапії як глибинно зорієнтованого методу. *Актуальні проблеми психології Т.3* : Консультативна психологія і психотерапія. зб.

наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка, З. Г. Кісарчук. Київ : Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, Видавець ПП Лисенко М. М., 2010. Вип.7. С. 189-211.

64. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. та ін. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник Київ : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. С. 46-60.

65. Конопляста С. Ю. Логопсихологія [Текст] : навч. посіб. / С. Ю. Конопляста, Т. В. Сак ; ред. М. К. Шеремет. - К. : Знання, 2010. - 293 с.

66. Кобильченко В. В. Психолого-педагогічний супровід школярів з особливими освітніми потребами як інтегративна технологія: теоретична модель. *Наукова спадщина Григорія Костюка і сучасні проблеми особистісно орієнтованої освіти* : зб. матер. Всеукр. науковометод. інтернет-конфер. / уклад. О.Е.Жосан. Кіровоград : Ексклюзив-систем, 2016. 408 с. URL: <https://konferenciya2015.jimdofree.com>

67. Козлов В. В. Групповая работа: стратегия и методы исследования: Метод. пособие. Москва : Психотерапия, 2007. 224 с.

68. Козляковський П. А. Загальна психологія : навч. Посібник. Миколаїв : Вид-во МДГУ ім. П. Могили, 2004. 240 с.

69. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. пер. с. англ. И.В. Савельевой. Москва : Кооператив „Шанс”, тип-фия НИИ „Геодезия”, 1992. 96 с.

70. Колосова Т. А. Особенности копинг-поведения и механизмов психологической защиты умственно отсталых подростков. Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2007. URL: <https://cutt.ly/RgPYIcu>

71. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі : навчально-методичний посібник. Харків : Вид-во «Ранок», 2019. 304 с.

72. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. Видання доповнене та перероблене : наук.-метод. посіб. Київ : Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. 274 с.

73. Малюченко Г. Н., Малюченко И. Ю., Пятницкая Е. В. Комплексная поддержка кризисных семей: принципы и технологии. Саратов : Саратовский источник, 2017. 124 с.

74. Кондратюк І. Емоції. Вміння їх контролювати. *Психолог*. 2013. № 8. С. 14-17.

75. Корекційно-розвиткова програма формування стійкості до стресу в дітей дошкільного віку та школярів «Безпечний простір» : навч.-метод. посіб. / Заг. ред. Богданов С. О., Панок В. Г. Київ : НаУКМА, ГЛПФ Медіа, 2017. 208 с.

76. Костина Л. М. Игровая терапия с тревожными детьми. Санкт-Петербург : Речь, 2003. 160 с.

77. Корсун С. І., Ткачук Т. А. Психологія діяльності працівників податкової міліції : монографія. Центр учбової літератури, 2013. URL: <https://www.myslenedrevo.com.ua/uk/Sci/Philosophy/PsychologyTax.html>.
78. Коширець В. В. Особливості надання психологічної допомоги особам з ПТСР. *Психологія: реальність і перспективи*. 2017. Вип. 8. С. 128-133. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2017_8_31
79. Кристалл Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект – Травма – Алекситимия/ Москва : Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. 800 с.
80. Крыжко Е. В. Влияние психологической коррекции на личность подростков с церебральным параличом. *Образование и наука*. 2007. №3. С. 37–40.
81. Крюкова Т. Л. Методология исследования и адаптация опросника диагностики совладающего (копинг) поведения. *Журнал практического психолога*. Москва : 2007. № 3. С. 82-92.
82. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції. Суми : Університетська книга, 2006. 384 с.
83. Кузьменко В. У., Котлярова І. Ю. Аутотренінг. Регулювання емоційних проявів у дітей. *Палітра педагога*. 2005. № 2 (34). С. 14-16.
84. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. *Эмоциональный стресс* / Под ред. Л. Леви. Москва : Наука, 1970. С. 178-208.
85. Лактионова А. И. «Жизнеспособность» в структуре психологических понятий. *Вестник Московского государственного областного университета*. Москва, 2010. №3.
86. Лейнер Х. Кататимное переживание образов. Москва : Эйдос, 1997. 286 с.
87. Лещук О., Зимівець Н., Авельцева Т. та ін. Методика освіти «рівний-рівному». Київ : Навч. кн., 2002. 127 с.
88. Ли Дэвид Практика группового тренинга. Санкт-Петербург : Питер, 2009. 283 с.
89. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики: учеб. пособие. Донецк : Лебідь, 2002. 327 с.
90. Ліса Г. Джейкокс, Одра К. Ленглі, Крістін Л. Дін. Підтримка учнів, які зазнали травм: програма SSET. Навчальний посібник для керівників груп. Львів, 2015. 216 с.
91. Луценко І. О., Богуш А. М., Калмикова Л. О., Кузьменко В. У. та ін. Психолого-педагогічний супровід виховання і розвитку дітей дошкільного віку з родин учасників АТО і внутрішньо переміщених осіб: концепція, методика, технології : навчально-методичний посібник. Київ : Видавництво НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. 213 с.
92. Магомед-Эминов М. Ш. Экстремальная психология. Москва : Психоаналитическая Ассоциация, 2006. 576 с.

93. Макаренко Н., Гончарова Т. Психологічні особливості переживання стресу у підлітків з окупованих територій. *Психологічний часопис*. 2017. №1. С. 66-75. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2017_1_8
94. Макарчук Л. О. Опановуюча поведінка як фактор подолання порушень поведінки підлітків з розумовою відсталістю. *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 12 : Психологічні науки. 2016. Вип. 4. С. 82-90. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2016_4_12
95. Макарчук Н.? Хованова О., Хирна Т. Психологічна допомога дітям з особливостями психофізичного розвитку у подоланні наслідків перебування у зоні військового конфлікту. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2014. № 4. С. 68-74. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DLog_2014_4_12
96. Максименко В. П. Дидактика: курс лекцій : навч. посіб. Хмельницький : ХмЦНП, 2013. 222 с.
97. Макшанов С. И. Психология тренинга. Санкт-Петербург : Речь, 2010. 256 с.
98. Малихіна Т. П. Технологія корекційно-розвивальної роботи з підлітками : навч. посіб. Бердянськ : БДПУ, 2015. 131 с.
99. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Москва : Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.
100. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 400 с.
101. Марсанов Г. И. Социально-психологический тренинг. Москва : «Когито-Центр»; Московский психологосоциальный институт, 2007. 251 с.
102. Марціновська І. П. Конструктивні копінг-стратегії особистості. Стрес-менеджмент старшокласника : методичний посібник, 2019. URL: <https://cutt.ly/aoa7tSi>
103. Марціновська І. П. Вивчення розладів обумовлених постстресом у підлітків з особливими освітніми потребами. *Спеціальна освіта: проблеми та перспективи* : матеріали XIII міжнародної науково-практичної конференції 01-02 квітня 2020 р. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2020. С. 95-97.
104. Марціновська І. П. До проблеми посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : збірник за підсумками звітної конференції викладачів, докторантів і аспірантів. Вип. 15 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2016. Т. 1. С.112-113.
105. Марціновська І. П. До проблеми посттравматичного стресу у школярів із особливостями психофізичного розвитку. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів та студентів на засадах компетентісного підходу до освіти»*. Хортиця : Хортицька націон. навчально-реабілітаційна академія, 2018. С. 185-187.

106. Марціновська І.П. Копінг-поведінка підлітків з особливостями психофізичного розвитку. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : збірник за підсумками звітної конференції викладачів, докторантів і аспірантів. Вип. 18 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам.-Под. національний університет імені Івана Огієнка, 2019. Т. 1. С. 118-119.

107. Марціновська І. П. Напрямки допомоги дітям з особливими освітніми потребами у ситуації травматичного стресу. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції* Актуальні проблеми соціальної роботи: досвід і перспективи. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2020. С. 56-60.

108. Марціновська І. П. Основні напрямки психокорекції посттравматичного стресу у дітей та підлітків. *Інклюзивна освіта: досвід і перспективи* : матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції. – Вінниця : Вінницький інститут університету «Україна», 2018. С. 105-108.

109. Марціновська І. П. Основні напрямки психолого-педагогічної допомоги дітям з посттравматичним стресовим розладом. *Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи* : тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції. Хмельницький : Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ “Відкритий міжнародний університет розвитку людини “Україна”, 2016. С. 64-66.

110. Марціновська І. П. Особливості діагностики та корекції наслідків психологічної травми у дітей та підлітків. *Materials of the XII International scientific and practical conference Scientific horizons. Volume 7. Psychology and sociology.* Sheffield : Science and education LTD, 2016. С. 31-35.

111. Марціновська І. П. Особливості копінг-поведінки підлітків у ситуації стресу. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : збірник за підсумками звітної конференції викладачів, докторантів і аспірантів. Вип. 17 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2018. Т. 1. С. 140-141.

112. Марціновська І. П. Особливості поведінки дітей що пережили травмуючу подію. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : збірник за підсумками звітної конференції викладачів, докторантів і аспірантів. Вип. 16 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2017. Т. 1. С. 113-114.

113. Марціновська І. П. Особливості формування копінг-поведінки підлітків з порушеннями психофізичного розвитку. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова.* Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Київ : Нац. пед. ун-т імені М.П. Драгоманова, 2019. Випуск 38. С. 117-123.

114. Марціновська І.П. Постстресова психологічна діагностика школярів з порушенням психофізичного розвитку. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* : збірник за підсумками звітної конференції викладачів, докторантів і аспірантів. Вип. 19 : у 3-х томах. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2020. Т. 1. С. 116-117.

115. Марціновська І. П. Психотравмуюча ситуація та її наслідки. Педагогіка та психологія сьогодні: постулати минулого і сучасні теорії. *Збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (21-22 жовтня 2016 р. м. Одеса)*. Одеса : ГО «Південна фундація педагогіки», 2016. С. 52-56.

116. Марціновська І. П. Резилієнс підхід у психолого-педагогічній корекції травматичних та стресових станів. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : збірник наукових праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори 2006, 2019. С.205-219.

117. Марціновська І. П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький : ХІСТ, 2017. №14. С. 223-228.

118. Марціновська І. П. Стрес та травматичний стрес у дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький : ХІСТ, 2019. № 17. С. 78-82.

119. Марціновська І. П. Стрес та травматичний стрес у дітей та підлітків з інтелектуальними порушеннями. *Збірник наукових праць молодих вчених Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2019. Вип. 10. С. 50-51.

120. Марціновська І. П. Тренінг: інтерактивна форма навчання. *Педагогічний вісник*. Науково-методичний журнал Хмельницького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти. Хмельницький : 2017. Вип.3 (48). С. 43-46.

121. Марціновська І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського*. Педагогічні науки: зб. наук. пр. / за ред. проф. Т. Степанової. 2018, №2(61). С. 178-184.

122. Марціновська І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. *Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму* : матеріали II міжнародної науково-практичної конференції. Кам'янець-Подільський : Подільський спец. навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж, 2018. С. 329-332.

123. Марціновська І. П., Ганаба В.В. Копінг-стратегії підлітків у ситуації стресу рідні яких знаходяться в зоні АТО. *Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи* : тези доповідей II Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Хмельницький : Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ “Відкритий міжнародний університет розвитку людини “Україна”, 2017. С. 142-145.

124. Матвеева М. П., Миронова С. П. Корекційна робота в системі освіти дітей з вадами розумового розвитку : навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський державний університет, 2005. 164 с.

125. Миронова С. П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет ім. І. Огієнка, 2015. 312 с.

126. Мирошник О. Г., Нещетна К. А. Психологічні чинники конфліктної поведінки особистості: методичні рекомендації для самостійної роботи. Полтава, 2012. 55 с.

127. Михайлова Н. Ф., Желобова Е. А. Нарушения психического развития и совладающее поведение у детей младшего школьного возраста с СДВГ. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2014. Вып. 2 . С. 63–69.

128. Михайлова Н. Ф. Стресс повседневной жизни и совладение с ним в неполных семьях слепых и глухих подростков. *Проблемы современного педагогического образования*. Санкт-Петербургский государственный университет. 2017. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30710864>.

129. Михайлова Н. Ф. Стрессовые эмоции и копинг-поведение в «особых семьях». *Вестник Санкт-Петербургского государственного университета*. 2014. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22543633>.

130. Міністерство соціальної політики України. Офіційний сайт. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/15904.html>

131. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. Москва : Смысл; Санкт-Петербург : Речь, 2003. 407 с.

132. Морено Я.Л. Социометрия: Экспериментальный метод и наука об обществе. Москва : Академический проект, 2001. 384 с.

133. Моховиков А. Н., Дыхне Е. А. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый. Москва : Изд-во психологического центра Гештальт-анализа "Искусство выживания", 2006. 64 с.

134. Музичко Л. Т. Психокорекційна допомога молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери : дис. канд. псих. наук : 19.00.08. Київ, 2018. 213 с.

135. Навчання дорослих. Тренінг для тренерів. Депонований рукопис. Всеукраїнський фонд «Крок за кроком». Київ, 2001.
136. Нартова-Бочавер С. К. «Coping-behavior» в системі понять психології особистості. *Психологічний журнал*. 1997. № 5. С. 20-30.
137. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. Санкт-Петербург : Речь, 2000. 198 с.
138. Ніколаєнко С. Особливості психологічної допомоги учасникам військових дій при посттравматичному стресовому розладі. *Світогляд — філософія — релігія* : зб. наук. праць. 2014. Вип. 7. С. 51-61.
139. Обухов Я. Л. Символдрама: Кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков. Москва : Эйдос, 1997
140. Омельченко Яніна, Кісарчук Зоя. Психологічна допомога дітям з тривожними станами. Київ : Шк. світ, 2008. 112 с.
141. Онуфриева В. В., Константинова А. С. Особенности копинг-поведения в подростковом возрасте. *Молодой ученый*. 2016. №6. С. 701–703. URL: <https://moluch.ru/archive/110/26884/>.
142. Організація соціально-психологічного супроводу дітей, сімей, які постраждали внаслідок військових конфліктів / авт. кол.: Герило Г. М., Гніда Т. Б., Корнієнко І. О., Луценко Ю. А. ; заг. ред. Ю. А. Луценко. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 128 с.
143. Орлов О. В. До проблеми формування невротичних розладів у дітей та підлітків з легкою розумовою відсталістю. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2013. Вип. 4(2). С. 282-292. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ooor_2013_4%282%29_34
144. Осипова А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. Ростов-на-Дону : Феникс, 2005. 315 с.
145. Осипова А. А. Общая психокоррекция. Учебное пособие Москва : Сфера, 2002. 510 с.
146. Основы спеціальної дидактики / За ред. І. Г. Єременка. Київ : Рад. школа, 1986. 200 с.
147. Пагава О. В., Гарькавець С. О., Харченко В. Є., Рачок О. Л. Стратегія подолання стресових станів учасниками навчально-виховного процесу : науково-методичний посібник. Сєвєродонецьк : СПД Резніков В. С., 2015. 124 с.
148. Падун М. А., Котельникова А. В. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика Москва : КогитоЦентр, Институт психологии РАН, 2012. 206 с.
149. Падун М. А., Тарабрина Н. В. Когнитивно-личностные аспекты переживания посттравматического стресса. *Психологический журнал*. 2004. № 10. С. 7.
150. Паламар О. М., Гребенюк Т. М. Основы психотренинга осіб з порушеннями зору: опорний конспект. Навчальний посібник. Київ : Пульсари, 2010. 185 с.

151. Панченко Л. Л. Диагностика стресса : учебное пособие. Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2005. 35 с.
152. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. Москва : Медицина, 1996. 464 с.
153. Періг І. М. Практикум з психології: психодіагностичні методики для самопізнання. Тернопіль : СМП «Тайп», 2017. 116 с.
154. Петрова Е. Ю., Е. В. Самсонова Как предупредить негативные последствия стресса у детей. Москва : Академия, 2010. С. 11-15.
155. Петровская Л. А. Теоретические и методологические проблемы социально-психологического тренинга. Москва : МГУ, 1982. 168 с.
156. Підготовка вчителів до розвитку життєстійкості/стресостійкості у дітей в освітніх навчальних закладах: навч. метод. посіб. / С. О. Богданов та ін.; заг. ред.: В. М. Чернобровкін, В. Г. Панок. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 208 с.
157. Пометун О., Пироженко Л. Інтерактивні технології навчання: теорія, практика, досвід роботи. Київ : АПН, 2002. 136 с.
158. Попова Р. Р. Психологическая помощь в кризисных и чрезвычайных ситуациях : Учебное пособие. Казань : Издательство Казанского ун-та, 2013. 135 с.
159. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. та ін. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 264 с.
160. Пророк Н. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Київ : 2018. 208 с. URL: <https://cutt.ly/MgPYKpM>
161. Пророк Н. В. Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: довідник вихователя дошкільного навчального закладу. Слов'янск : ПП «Канцлер», 2015. 84 с.
162. Прохоров А. О. Психология состояний. Хрестоматия / Сост. Т. Н. Васильева, Г. Ш. Габдеева, А. О. Прохоров / Под ред. проф. А. О. Прохорова. Москва : ПЕР СЭ, 2004. 608 с.
163. Прядко Л. О. Дидактичні основи навчання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку : метод. посіб. Суми : РВВ СОІППО, 2015. 114 с.
164. Психологічний словник / Авт.-уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергеєнкова / За ред. Н. А. Побірченко. URL: <https://cutt.ly/XgPYLFf>
165. Психологічні чинники конфліктної поведінки особистості: Методичні рекомендації для самостійної роботи / Автори укладачі: О. Г. Мирошник, К. А. Нещетна. Полтава : 2012. 55 с.
166. Пятницкая Е. В. Психологическая помощь детям и подросткам, переживающим психотравмирующие события: учебно-методическое пособие Балашов : Николаев, 2008. 180 с.
167. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара : Изд. дом "БАХРАХ", 1998. 672 с.

168. Решетников М. М. Психическая травма. Санкт-Петербург : Восточно-Европейский институт изучения психоанализа, 2006. 322 с.
169. Розов В. И. Психология экстремальных ситуаций: адаптивность к стрессу и психологическое обеспечение : научно-практическое пособие. Київ : КНТ: Саммит – Книга, 2017. 480 с.
170. Романовська Д. Д. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.
171. Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Санкт-Петербург : Речь, 2007. 256 с.
172. Селье. Г. Стресс без дистресса. Рига : «Виеда», 1992. 109 с.
173. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. Санкт-Петербург : ООО «Речь», 2002. 350 с.
174. Силенок И. К. Характеристика посттравматического синдрома подростков. *Вестн. Адыгейск. гос. ун-та. Серия 3: Педагогика и психология*. 2013. № 3 (123).
175. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія». Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2014. 112 с. URL: <http://undisspn.org.ua/assets/sinaps.pdf>
176. Синьов В. М., Синьова Є. П. Загальні та специфічні закономірності психічного розвитку дитини при нормальному і ушкодженному зорі. *Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки* : зб. наук. праць. Випуск 1. КИЇВ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2003. С. 1-7.
177. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Частина I : Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). Київ : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2007. 238 с.
178. Синьова Є. П. Особливості розвитку і виховання особистості при глибоких порушеннях зору: монографія. Київ : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2012. 442 с.
179. Синьова Є. П., Федоренко С. В. Тифлопедагогіка : підручник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2009. 325 с.
180. Солнцева Л. И., Денискина В. З. Психология воспитания детей с нарушениями зрения. Москва : Налоговый вестник, 2004. 320 с. URL: <https://bit.ly/3849dSt>
181. Соломка Е. Т., Прокопович Ю. А. Організація і проведення соціометричної методики в соціально-психологічних дослідженнях. Навчально-методичний посібник. Ужгород, 2008. 32 с.
182. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період: метод. рек. / Н. П. Бочкор, Є. В. Дубровська, О. В. Залеська та ін. Київ : МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. 84 с.

183. Спеціальна психологія. Тексти. Навчальний посібник / За ред.. М. П. Матвєєвої, С. П. Миронової. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський держ. педагогічний університет, інформаційно-видавничий відділ, 2001. Ч. 2. 140 с.

184. Страшко С. В. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу : навч.-метод. посібник / С. В. Страшко, Л. А. Животовська, О. Д. Гречишкіна, А. О. Міненок, О. В. Савонова, В. О. Гаврилюк / За редакцією Страшко С. В. Київ : Освіта України, 2006. 260 с.

185. Сукиасян С. Г., Тадевосян М. Я. Психическая травма, ее последствия и предрасполагающие факторы. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2011. №111 (11). С. 95–100.

186. Супрун М. О. Педагогіка : Підручник для духовних і світських закладів освіти. Київ : КДА, 2018. 400 с.

187. Супрун М. О., Висоцька А. В., Гладченко І. В. Соціалізація дитини з обмеженими розумовими можливостями в сучасному освітньому вимірі : навч.-метод. посіб. Київ : Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2014. 205 с.

188. Сучасні технології освіти дорослих : посіб. / авт. кол.: Л. Б. Лук'янова, О. В. Аніщенко, Л. Є. Сігаєва, С. В. Зінченко, О. В. Баніт, Н. І. Дорошенко. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. 182 с.

189. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. Москва : Когито-Центр, 2007. 208 с.

190. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 272 с.

191. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика / Отв. ред. А. Л. Журавлев. Москва : Институт психологии РАН, 2009. 304 с.

192. Телбот К., Весселс М. Звіт. Оцінка по завершенні проекту. Проект ЕСНО «Діти миру». Навчання життєвим навичкам і надання психосоціальної підтримки дітям та підліткам, які постраждали внаслідок конфлікту в Україні. Представництво ЮНІСЕФ в Україні. Січень 2017 р. 93 с.

193. Тарасун В. В. Науково-методичні основи формування знань, умінь та навичок у дітей з труднощами у навчанні : наук.-метод. посіб. *Ин-т дефектології АПН України, Ин-т змісту і методів навч.* - К. : 1998. - 104 с.

194. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. 2016. URL: <https://bit.ly/3848RLD> Федоренко С. В. Основи тифлодидактики : навчальний посібник. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. 140 с.

195. Федорчук В. М. Тренінг особистісного зростання : навч. посіб. Київ : «Центр учбової літератури», 2014. 250 с.
196. Федуніна Н. Ю. Поняття устойчивости к травме и позитивной адаптации. *Моск. психотерапевтический журн.* 2006. № 4. С. 69–80.
197. Фoa Э. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства. Москва : «Когито-Центр», 2005. 467 с.
198. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа. Санкт-Петербург : «Алетейя», 1999. 256 с.
199. Фридман М. Дж. Посттравматическое стрессовое расстройство. Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под.ред. Р. Карсини, А. Ауренбаха. Санкт-Петербург : Питер, 2006. С. 869-870.
200. Фундація «Діти і війна» URL: <http://www.childrenandwar.org>
201. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. Санкт-Петербург : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2002. 784 с.
202. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості: методичний посібник. Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2015. 160 с.
203. Харченко С. Я., Краснова Н. П., Харченко Л. П. Соціально-педагогічні технології : Навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів Луганськ : Альма-матер, 2005. 552 с.
204. Царенко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 2. Київ : 2018. 240 с.
205. Чернобровкін В. М., Панок В. Г. Керівні принципи МПК з психічного здоров'я та соціально-психологічної підтримки у надзвичайних ситуаціях. Неофіційна перекладена версія. Київ, 2016. 182 с.
206. Чеботарёва Е. В. Коррекционно-развивающие технологии как важная составляющая инклюзивного образования школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата. *Инклюзивные процессы в образовании* : материалы междунар. конф, г. Минск, 27–28 окт. 2016 г. Минск : БГПУ, 2016. С. 366-370.
207. Чеботарьова О. В. Багатоаспектність корекційно-розвивальної роботи в освітніх закладах для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. *Особлива дитина: навчання і виховання.* 2017. № 1 (81). С. 21-30.
208. Шевчук О. М. Організація і методика соціально-педагогічного тренінгу : методичні рекомендації. Умань : 2010. 37 с.
209. Шльонська О. О. Використання кататимно-імагінативної психотерапії в роботі з батьківською групою. Актуальні проблеми психології Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка, З. Г. Кісарчук. Київ : Міланік, 2007. С. 225-235.

210. Шеремет М.К., Базима Н. В., Мороз О. В. Мовленєва тривожність дітей із тяжкими порушеннями мовлення. Проблема теорії та практики корекційної освіти. *Науковий часопис. Корекційна педагогіка*. 2015. С. 151-159. URL: <https://bit.ly/2QMeVii> <https://bit.ly/2QMeVii>
211. Юнг К. Г. Практика психотерапии / пер. А. А. Спектор. Минск : Харвест, 2003. 384 с.
212. Ялом И. Я. Групповая психотерапия: теория и практика / Пер. с англ. Москва : Апрель Пресс; Издательство Института психотерапии, 2005. 576 с.
213. Яміль А. та ін. Діти і війна: навчання технік зцілення. Видавнича серія «Психологія, психіатрія, психотерапія». Український переклад – Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету. 2012. – 84с.
214. Ясперс К. Общая психопатология. Москва : Практика, 1997. 1053 с.
215. Bandura A. Social Foundation of Thought and Action: a social-cognitive theory. New York : Prentice-Hall, 1986. 617 с.
216. Berger R., Weiss T. Posttraumatic Growth in Latina Immigrants. *Journal of Immigrant and Refugee Studies*. 2006. № 4 (3). С. 55-72.
217. Frydenberg E. Coping Competencies: What to Teach and When. *Theory Into Practice*. 2010. С. 14–22.
218. Garnezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*. 1991. С. 459–460.
219. Ginsburg K. R., Jablow M. M. Building Resilience in Children and Teens: Giving Kids Roots and Wings. *American Academy of Pediatrics*, 2014. 357 с.
220. Greeff A., Toit C. Resilience in remarried families. *The American Journal of Family Therapy*. 2009. Volume 37. С. 114–126.
221. Hobfoll S. E. The ecology of stress. New York : Hemisphere Publishing Corp., 1988.
222. Horowitz M. J., Wilner N., Kaltreider N. Sings and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1980. №37(1) С. 85-92. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7352843/>
223. Krystal H. Trauma and affect. Psychoanalytic study of the child. 1978. V. 33. С. 81-116.
224. Lahad M., Avalon O. The "Basic Ph" Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-cultural Application. 2013. 288 с.
225. Lazarus R. S. The stress and coping paradigm. *Models for Clinical Psychopathology*. New York : Spectrum, 1981. с. 177-214.
226. Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000. №71 (3). С. 543–562.

227. Maddi S. Dispositional Hardiness in Health and Effectiveness. *Encyclopedia of Mental Health* / H. S. Friedman (Ed.). San Diego (CA) : Academic Press, 1998. C. 323–335.

228. Meadors P., Lamson A. Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*. 2009. №22 (1). C. 24-34.

229. Meichenbaum D. Understanding resilience in Children and Adults: implications for prevention and interventions. 2015. URL: <https://bit.ly/2GkZXxW>

230. Moss R. H., Schaefer J.A. Life transitions and crises. *Coping with life crises. An integrative approach*. New York : Plenum Press. 1986. C. 3-28.

231. Norris, F. H., Stevens S.P. Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007. №70(4). C. 320-328.

232. Yule W. Anxiety, Depression and Post-Traumatic Stress in Childhood. *Child Psychology Portfolio*. Windsor : NFER-Nelson, 1997.

ДОДАТКИ

Додаток А.1

Критерії та рівні проявів ПТСР (самооцінювання підлітками)

Критерії	Рівні	Категорії дітей											
		Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ІП	
		Всього осіб	170	Всього осіб	30	Всього осіб	22	Всього осіб	18	Всього осіб	26	Всього осіб	14
			%		%		%		%		%		%
В	Високий	6	3,5	4	13,3	2	9,1	3	16,7	2	7,7	2	14,3
	Середній	18	10,6	3	10,0	3	13,6	1	5,6	6	23,1	2	14,3
	Низький	146	85,9	23	76,7	18	81,8	14	77,8	18	69,2	8	57,1
С	Високий	20	11,8	5	16,7	3	13,6	3	16,7	5	19,2	6	42,9
	Середній	4	2,4	2	6,7	2	9,1	1	5,6	3	11,5	0	0,0
	Низький	146	85,9	23	76,7	18	81,8	14	77,8	18	69,2	8	57,1
D	Високий	22	12,9	6	20,0	4	18,2	3	16,7	6	23,1	1	7,1
	Середній	2	1,2	1	3,3	1	4,5	1	5,6	2	7,7	3	21,4
	Низький	146	85,9	23	76,7	18	81,8	14	77,8	18	69,2	8	57,1
F	Високий	18	10,6	6	20,0	3	13,6	2	11,1	5	19,2	2	14,3
	Середній	6	3,5	1	3,3	2	9,1	2	11,1	3	11,5	2	14,3
	Низький	146	85,9	23	76,7	18	81,8	14	77,8	18	69,2	8	57,1
Загальний індекс ПТСР	Високий	9	5,3	3	10,0	2	9,1	2	11,1	4	15,4	2	14,3
	Середній	15	8,8	4	13,3	3	13,6	2	11,1	4	15,4	2	14,3
	Низький	146	85,9	23	76,7	18	81,8	14	77,8	18	69,2	8	57,1

Додаток А.2

Критерії та рівні проявів ПТСР (спостереження батьків)

Критерії	Рівні	Категорії дітей											
		Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ПІ	
		Всього осіб	170	Всього осіб	30	Всього осіб	22	Всього осіб	18	Всього осіб	26	Всього осіб	14
			%		%		%		%		%		%
В	Високий	2	1,2	3	10,0	2	9,1	2	11,1	4	15,4	2	14,3
	Середній	19	11,2	3	10,0	2	9,1	1	5,6	3	11,5	3	21,4
	Низький	149	87,6	24	80,0	18	81,8	15	83,3	19	73,1	9	64,3
С	Високий	17	10,0	4	13,3	3	13,6	2	11,1	5	19,2	3	21,4
	Середній	4	2,4	2	6,7	2	9,1	1	5,6	2	7,7	2	14,3
	Низький	149	87,6	2	6,7	18	81,8	15	83,3	19	73,1	9	64,3
D	Високий	18	10,6	5	16,7	2	9,1	2	11,1	4	15,4	2	14,3
	Середній	3	1,8	1	3,3	2	9,1	1	5,6	3	11,5	3	21,4
	Низький	149	87,6	24	80,0	18	81,8	15	83,3	19	73,1	9	64,3
F	Високий	5	2,9	4	13,3	3	13,6	2	11,1	3	11,5	3	21,4
	Середній	16	9,4	2	6,7	1	4,5	1	5,6	4	15,4	2	14,3
	Низький	149	87,6	24	80,0	18	81,8	15	83,3	19	73,1	9	64,3
Загальний індекс ПТСР	Високий	7	4,1	3	10,0	3	13,6	2	11,1	4	15,4	3	21,4
	Середній	14	8,2	3	10,0	2	9,1	1	5,6	3	11,5	2	14,3
	Низький	149	87,6	24	80,0	18	81,8	15	83,3	19	73,1	9	64,3

Додаток А.3

Критерії та рівні проявів ПТСР (спостереження вчителів)

Критерій	Рівні	Категорії дітей											
		Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ПІ	
		Всього осіб	170	Всього осіб	30	Всього осіб	22	Всього осіб	18	Всього осіб	26	Всього осіб	14
			‰		‰		‰		‰		‰		‰
В	Високий	1	0,6	1	3,3	1	4,5	0	0,0	1	3,8	0	0,0
	Середній	19	11,2	6	20,0	4	18,2	3	16,7	4	15,4	4	28,6
	Низький	150	88,2	23	76,7	17	77,3	15	83,3	21	80,8	10	71,4
С	Високий	2	1,2	1	3,3	1	4,5	1	5,6	1	3,8	1	7,1
	Середній	18	10,6	6	20,0	4	18,2	2	11,1	4	15,4	3	21,4
	Низький	150	88,2	23	76,7	17	77,3	15	83,3	21	80,8	10	71,4
D	Високий	16	9,4	3	10,0	4	18,2	3	16,7	3	11,5	3	21,4
	Середній	4	2,4	4	13,3	1	4,5	0	0,0	2	7,7	1	7,1
	Низький	150	88,2	23	76,7	17	77,3	15	83,3	21	80,8	10	71,4
F	Високий	5	2,9	4	13,3	3	13,6	2	11,1	2	7,7	3	21,4
	Середній	15	8,8	3	10,0	2	9,1	1	5,6	3	11,5	1	7,1
	Низький	150	88,2	23	76,7	17	77,3	15	83,3	21	80,8	10	71,4
Загальний індекс ПТСР	Високий	6	3,5	4	13,3	2	9,1	2	11,1	3	11,5	3	21,4
	Середній	14	8,2	3	10,0	3	13,6	2	11,1	2	7,7	1	7,1
	Низький	150	88,2	23	76,7	17	77,3	14	77,8	21	80,8	10	71,4

Додаток А.4

Загальний показник ПТСР серед дітей з порушенням розвитком

	Порушений розвиток				
	Порушення зору	Порушення слуху	ПОРА	ЗПР	ІІ
Середній показник ПРСР	22,2%	21,1%	23,7%	25,6%	30,9%
Загальний показник ПТСР серед дітей з ООП	24,7%				

Додаток А.5

Рівні функціонування емоційних станів

Показники емоційного стану	Категорії дітей											
	Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ІІ	
	Всього осіб	24	Всього осіб	7	Всього осіб	5	Всього осіб	4	Всього осіб	7	Всього осіб	5
		%		%		%		%		%		%
Самопочуття												
Позитивний стан	8	33,3	3	42,9	2	40,0	1	25,0	2	28,6	2	40,0
Негативний стан	16	66,7	4	57,1	3	60,0	3	75,0	5	71,4	3	60,0
Активність												
Позитивний стан	5	20,8	2	28,6	1	20,0	0	0,0	1	14,3	1	20,0
Негативний стан	19	79,2	5	71,4	4	80,0	4	100,0	6	85,7	4	80,0
Настрій												
Позитивний стан	6	25,0	4	57,1	1	20,0	0	0,0	3	42,9	2	40,0
Негативний стан	18	75,0	3	42,9	4	80,0	4	100,0	4	57,1	3	60,0

Додаток А.6

Показники рівнів тривожності

Показники тривожності	Категорії дітей											
	Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ІІ	
	Всього осіб	24	Всього осіб	7	Всього осіб	5	Всього осіб	4	Всього осіб	7	Всього осіб	5
		%		%		%		%		%		%
Особистісна тривожність												
Високий	16	66,7	6	85,7	4	80,0	4	100,0	5	71,4	3	60,0
Середній	6	25,0	1	14,3	1	20,0	0	0,0	2	28,6	2	40,0
Низький	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ситуативна тривожність												
Високий	20	83,3	5	71,4	5	100,0	4	100,0	6	85,7	3	60,0
Середній	4	16,7	2	28,6	0	0,0	0	0,0	1	14,3	2	40,0
Низький		0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Загальний рівень тривоги												
Високий	18	75,0	6	85,7	4	80,0	4	100,0	5	71,4	3	60,0
Середній	5	20,8	1	14,3	1	20,0	0	0,0	2	28,6	2	40,0
Низький	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Додаток А.7

Показники рівня агресивності

Показники та рівні агресивності	Категорії дітей											
	Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ІІ	
	Всього осіб	24	Всього осіб	7	Всього осіб	5	Всього осіб	4	Всього осіб	7	Всього осіб	5
		%		%		%		%		%		%
Фізична агресія												
Нормативний	6	25,0	0	0,0	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0
Середній	12	50,0	6	85,7	4	80,0	6	150,0	6	85,7	2	40,0
Високий	6	25,0	1	14,3	1	20,0	2	50,0	8	114,3	3	60,0
Гнів												
Нормативний		0,0	0	0,0	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0
Середній	3	12,5	1	14,3	0	0,0		0,0	1	14,3	0	0,0
Високий	21	87,5	6	85,7	5	100,0	8	200,0	6	85,7	5	100,0
Ворожість												
Нормативний		0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Середній	5	20,8	2	28,6	2	40,0	0	0,0	1	14,3	1	20,0
Високий	19	79,2	5	71,4	3	60,0	4	100,0	6	85,7	4	80,0
Загальний показник агресивності												
Нормативний		0,0	0	0,0	0	0,0		0,0	0	0,0	0	0,0
Середній	5	20,8	1	14,3	1	20,0	1	25,0	1	14,3	1	20,0
Високий	19	79,2	6	85,7	4	80,0	3	75,0	6	85,7	4	80,0

Додаток А.8

Показники окремих характеристик депресії

Показники та рівні агресивності	Категорії дітей											
	Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ІП	
	Всього осіб	24	Всього осіб	7	Всього осіб	5	Всього осіб	4	Всього осіб	7	Всього осіб	5
		%		%		%		%		%		%
Шкала негативного настрою -А												
Низький рівень	6	25,0	1	14,3	1	20,0	1	25,0	1	14,3	0	0,0
Середній рівень	8	33,3	3	42,9	2	40,0	1	25,0	3	42,9	3	60,0
Високий рівень	10	41,7	3	42,9	2	40,0	2	50,0	3	42,9	2	40,0
Шкала проблем міжособистісної комунікації - В												
Низький рівень	4	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	20,0
Середній рівень	8	33,3	2	28,6	2	40,0	1	25,0	2	28,6	2	40,0
Високий рівень	12	50,0	5	71,4	3	60,0	3	75,0	4	57,1	2	40,0
Шкала самоефективності -С												
Низький рівень		0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0
Середній рівень	5	20,8	3	42,9	2	40,0	1	25,0	3	42,9	2	40,0
Високий рівень	19	79,2	4	57,1	3	60,0	3	75,0	3	42,9	3	60,0
Шкала ангедонії - D												
Низький рівень	3	12,5	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0
Середній рівень	5	20,8	2	28,6	2	40,0	1	25,0	2	28,6	2	40,0
Високий рівень	16	66,7	4	57,1	3	60,0	3	75,0	4	57,1	3	60,0
Шкала негативної самооцінки - E												
Низький рівень		0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	20,0
Середній рівень	11	45,8	1	14,3	1	20,0	1	25,0	2	28,6	2	40,0
Високий рівень	13	54,2	6	85,7	4	80,0	3	75,0	4	57,1	2	40,0

Додаток А.9

Соціальний статус підлітків у колективі.

№ з/п	Підліток	Соціальний статус				
		«Зірка»	«Бажаний»	«Неприємний»	«Ізольований»	«Відторгнутий»
Типовий розвиток						
1	X1			+		
2	X2			+		
3	X3				+	
4	X4			+		
5	X5		+			
6	X6					+
7	X7			+		
8	X8				+	
9	X9		+			
10	X10			+		
11	X11			+		
12	X12				+	
13	X13					+
14	X14				+	
15	X15		+			
16	X16			+		
17	X17			+		
18	X18			+		
19	X19		+			
20	X20				+	
21	X21			+		
22	X22			+		
23	X23		+			
24	X24				+	
Заг. кількість		0%	5 - 20,8%	11- 45,8%	6 - 25%	2 - 8,3%
Порушення зору						
1	X1			+		
2	X2		+			
3	X3				+	
4	X4			+		
5	X5					+
6	X6			+		
7	X7			+		
Заг. кількість		0%	1– 14,3%	4-57,1%	1– 14,3%	1 - 14,3%
Порушення слуху						
1	X1			+		
2	X2				+	
3	X3				+	
4	X4				+	
5	X5			+		
Заг.кількість		0%	0%	2 - 40%	3 - 60%	0%
ПОРА						
1	X1				+	

2	X2			+		
3	X3			+		
4	X4				+	
Заг.кількість		0%	0%	2 - 50%	2 - 50%	0%
ЗПР						
1	X1			+		
2	X2				+	
3	X3			+		
4	X4		+			
5	X5				+	
6	X6			+		
7	X7					+
Заг.кількість		0%	1 - 14,3%	3 - 42,8%	2 - 28,6%	1-14,3%
Інтелектуальні порушення						
1	X1					+
2	X2				+	
3	X3			+		
4	X4				+	
5	X5			+		
Заг.кількість		0%	0%	2 - 40%	2 - 40%	1 - 20%

Додаток А.10

Показники розладів емоційно-вольової сфери підлітків.

Показник розладу	Категорії дітей											
	Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ІІ	
	Всього осіб	24	Всього осіб	7	Всього осіб	5	Всього осіб	4	Всього осіб	7	Всього осіб	5
		%		%		%		%		%		%
Низький рівень												
Емоційний показник САН	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Показник депресивного стану	3	12,5	1	14,3	1	20,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0
Показник тривожності	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Загальний показник	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Середній рівень												
Емоційний показник САН	9	37,5	2	28,6	1	20,0	1	25,0	1	14,3	1	20,0
Показник депресивного стану	8	33,3	2	28,6	2	40,0	1	25,0	3	42,9	3	60,0
Показник тривожності	5	20,8	1	14,3	4	80,0	0	0,0	2	28,6	2	40,0
Загальний показник	8	33,3	2	28,6	1	20,0	1	25,0	2	28,6	2	40,0
Високий рівень												
Емоційний показник САН	15	62,5	5	71,4	4	80,0	3	75,0	6	85,7	4	80,0
Показник депресивного стану	13	54,2	4	57,1	2	40,0	3	75,0	3	42,9	2	40,0
Показник тривожності	18	75,0	6	85,7	4	80,0	4	100,0	5	71,4	3	60,0
Загальний показник	15	62,5	5	71,4	4	80,0	3	75,0	5	71,4	4	80,0

Додаток А.11

Показники розладів поведінкової сфери

Показник розладу	Категорії дітей											
	Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ПП	
	Всього осіб	24	Всього осіб	7	Всього осіб	5	Всього осіб	4	Всього осіб	7	Всього осіб	5
		%		%		%		%		%		%
Низький рівень												
Агресивність	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Міжособистісна комунікація	8	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	20,0
Самооцінка	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	20,0
Соціальний статус (бажаний, зірка)	2	8,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0
Загальний показник	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0
Середній рівень												
Агресивність	5	20,8	1	14,3	1	20,0	1	25,0	1	14,3	1	20,0
Міжособистісна комунікація	8	33,3	2	28,6	2	40,0	1	25,0	2	28,6	2	40,0
Самооцінка	11	45,8	1	14,3	1	20,0	1	25,0	2	28,6	2	40,0
Соціальний статус (неприйнятний)	11	45,8	4	57,1	2	40,0	2	50,0	3	42,9	2	40,0
Загальний показник	11	45,8	2	28,6	2	40,0	1	25,0	3	42,9	2	40,0
Високий рівень												
Агресивність	19	79,2	6	85,7	4	80,0	3	75,0	6	85,7	4	80,0
Міжособистісна комунікація	12	50,0	5	71,4	3	60,0	3	75,0	4	57,1	2	40,0
Самооцінка	13	54,2	6	85,7	4	80,0	3	75,0	4	57,1	2	40,0
Соціальний статус (ізолюваний, відторгнутий)	8	33,3	2	28,6	3	60,0	2	50,0	1	14,3	3	60,0
Загальний показник	13	54,2	5	71,4	3	60,0	3	75,0	4	57,1	3	60,0

Додаток А.12

Порівняння показників успішності

Рівні успішності		Категорії дітей											
		Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ІІ	
		Всього осіб	24	Всього осіб	7	Всього осіб	5	Всього осіб	4	Всього осіб	7	Всього осіб	5
			∞		∞		∞		∞		∞		∞
Середній бал до травми	Високий	3	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Середній	17	70,8	5	71,4	3	60,0	2	50,0	4	57,1	3	60,0
	Низький	4	16,7	2	28,6	2	40,0	2	50,0	3	42,9	2	40,0
Середній бал після травми	Високий	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Середній	15	62,5	3	42,9	2	40,0	1	25,0	2	28,6	2	40,0
	Низький	9	37,5	4	57,1	3	60,0	3	75,0	5	71,4	3	60,0
Коефіцієнт зниження успішності	Високий	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Середній	2	8,3	2	28,6	1	20,0	1	25,0	2	28,6	1	20,0
	Низький	5	20,8	2	28,6	1	20,0	1	25,0	2	28,6	1	20,0

Додаток А.13

Копінг-стратегії підлітків. Рівні адаптивності

Копінг-стратегія	Категорії дітей											
	Типовий розвиток		Порушення зору		Порушення слуху		ПОРА		ЗПР		ІІ	
	Всього осіб	24	Всього осіб	7	Всього осіб	5	Всього осіб	4	Всього осіб	7	Всього осіб	5
		%		%		%		%		%		%
Адаптивний рівень												
Вирішення проблем	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Пошук соц. підтримки	3	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Уникнення	5	20,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Кількість дітей адаптивного рівня	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Відносно адаптивний рівень												
Вирішення проблем	12	50,0	3	42,9	3	60,0	2	50,0	3	42,9	2	40,0
Пошук соц. підтримки	13	54,2	4	57,1	3	60,0	2	50,0	3	42,9	2	40,0
Уникнення	8	33,3	4	57,1	3	60,0	2	50,0	3	42,9	2	40,0
Кількість дітей відносно адаптивного рівня	12	50,0	4	57,1	3	60,0	2	50,0	3	42,9	2	40,0
Неадаптивний рівень												
Вирішення проблем	10	41,7	2	28,6	2	40,0	2	50,0	4	57,1	3	60,0
Пошук соц. підтримки	8	33,3	3	42,9	2	40,0	2	50,0	4	57,1	3	60,0
Уникнення	11	45,8	3	42,9	2	40,0	2	50,0	4	57,1	3	60,0
Кількість дітей неадаптивного рівня	10	41,7	3	42,9	2	40,0	2	50,0	4	57,1	3	60,0

Додаток Б

Тренінгова програма

для підлітків з порушеним розвитком

«Подолання наслідків посттравми та формування конструктивного копінгового ресурсу у підлітків»

Мета програми – амортизація негативних переживань, пов'язаних зі психотравматичними чинниками, зниження рівня проявів симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей, що перенесли психотравмуючі події; активація природних механізмів ресурсності особистості в адаптації до нових обставин; розвиток навичок конструктивного реагування у стресових ситуаціях; формування арсеналу копінгового ресурсу особистості школяра.

Завдання програми:

- забезпечити комфортну та емоційно-безпечну атмосферу в групі учасників;
- сприяти зниженню емоційного напруження підлітків; зниженню реакцій тривоги та страхів, обумовлених перенесеними стресовими факторами;
- інформувати підлітків про нормальність їх стану та поведінки, що обумовлені життєвими подіями;
- сформувати навички емоційної та поведінкової саморегуляції;
- познайомити з практичними вправами, щодо зменшення тілесної та емоційної напруги;
- закріпити у учасників тренінгу вміння контролювати інтрузивні думки та спогади;
- сформувати навички функціонального корисного мислення щодо себе та світу загалом;
- підвищити рівень комунікативної компетентності школярів;
- сформувати розуміння конструктивних форм реагування у стресових ситуаціях;
- забезпечити підлітків діяльними формами вирішення складних та стресових життєвих ситуацій.

Схематичний план тренінгової програми для підлітків.

Таблиця 1

Початковий етап тренінгу (завдання, методи та прийоми роботи).

№	Завдання	Методи та прийоми роботи	Кількість занять
1	Міжособистісне знайомство учасників групи між собою та із ведучим.	Вправи на знайомство та краще пізнання один одного.	1 заняття з першого та 1 заняття з другого модуля
2	Представлення мети та завдань тренінгу.	Формування ритуалів початку та завершення занять.	
3	Прийняття правил роботи у групі.	Брейстормінги (вправи на зняття м/о бар'єрів та напруження).	
4	Зняття напруги, забезпечення позитивного клімату у групі.	Інформаційне повідомлення (міні-лекція) із мультимедійною презентацією.	
5	Мотивація учасників тренінгу до участі та стимулювання інтересу до тематики занять.	Відео матеріали	
6	Вивчення очікувань учасників групи.	Мозковий штурм	
7	Формування атмосфери безпеки, довіри та комфорту.	Прийоми рефлексії	
8	Підвищення рівня комунікативної компетентності учасників та приналежності до групи		

Таблиця 2

Основний етап тренінгу (завдання, методи та прийоми роботи).

№	Завдання	Методи та прийоми роботи	Кількість занять
1	Підтримка атмосфери безпеки, довіри та комфорту у підлітків.	Вправи на краще пізнання один одного.	7 занять першого модуля; 6 занять з другого модуля.
2	Формування навичок емоційної та поведінкової саморегуляції;	Ритуали початку та завершення занять.	
3	Надання інформації дітям про їх стан та поведінку, роз'яснити нормальність їх реакцій на перенесений стрес.	Брейнстормінги (вправи на зняття м/о бар'єрів та напруження).	
4	Научіння прийомам та технікам вправлення з симптомами ПТСР	Інформаційне повідомлення (міні-лекція) із мультимедійною презентацією.	
5	Формування толерантного ставлення та підтримки людей у критичних життєвих ситуаціях.	Відео матеріали.	
6	Забезпечення засвоєння інформації щодо стресових	Мозковий штурм.	

	факторів та напрямків опанування стресу.		
7	Розширення копінгового ресурсу учасників.	Прийоми рефлексії.	
8	Формування навичок виходу із складних ситуацій та формування конструктивної поведінки.	Вправи на візуалізацію.	
9	Формування позитивного бачення свого майбутнього	Вправи керованої візуалізації.	
		Релаксаційні вправи.	
		Робота з метафорами (метафоричні картки, притчі, історії).	
		Арт-терапевтичні вправи.	
		Вправи на самопізнання	
		Вправи на когнітивний аналіз ситуацій	

Таблиця 3

Заключний етап тренінгу (завдання, методи та прийоми роботи).

№	Завдання	Методи та прийоми роботи	Кількість занять
1	Узагальнення отриманих знань та практичних вмінь.	Інформаційне повідомлення (міні-лекція) із мультимедійною презентацією.	Одне заняття з першого модуля; два заняття з другого модуля
2	Підвищення рівня комунікативної взаємодії учасників.	Мозковий штурм.	
3	Інтеграція окремих знань у загальне розуміння, формування особистої технології виходу із складних життєвих ситуацій. Віра в себе та у свої можливості.	Вправи на візуалізацію.	
		Вправи на інтеграцію знань про себе.	
		Вправи на розвиток м/о комунікації.	
		Прийоми рефлексії.	

Навчально-тематичний план тренінгу

Таблиця 4

Модуль 1. Нормальна реакція на ненормальні життєві події.

Травматичний стрес та його прояви.

№	Тема та зміст заняття	Час (хв.)	Необхідне обладнання
<i>Заняття 1 «Пізнаємо один одного»</i>			
1	Привітання	5	
2	Вправа «Історія мого імені» Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять.	15	Бейджі, маркери
3	Мозковий штурм «Прийняття правил роботи групи».	15	Фліп-чарт

4	Інформаційне повідомлення «Що таке стрес та травма?»	10	Мультимедійний проектор, презентація PowerPoint
5	Очікування учасників тренінгу. Вправа «Кораблики очікувань»	15	Ватман з малюнком, кольорові стікери
6	Вправа «Стресові та травматичні події у житті людини»	15	
7	Вправа «Галерея історій»	20	Папір, засоби для малювання
8	Вправа «Безпечне місце»	20	
9	Домашнє завдання		
10	Ритуал прощання	5	
Заняття 2 «Справляємось із неприємними спогадами»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять Вправа "Правда та міфи про мене...".	10	
3	Вправа «Правила роботи нашої групи»	10	Фліп-чарт, ватман, маркери кольорові
4	Інформаційне повідомлення. Нормальні реакції на не нормальні події. Які бувають реакції на стресові події?	10	Презентація
5	Вправа «Історія про Михайлика»	10	
6	Коло обговорення власних спогадів учасників	15	
7	Інформаційне повідомлення. Стрес та що таке інтрузивні спогади.	5	Презентація
8	Техніки відпрацювання стресових подій в уяві		
	Вправа «Сам режисер своїх подій»	25	
	Вправа «Картина моєї події»	25	Засоби для малювання, папір
11	Домашнє завдання		
12	Ритуал прощання	5	
Заняття 3. «Справляємось із неприємними спогадами»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять Вправа «Імена по черзі»	20	
3	Обговорення домашнього завдання	15	
4	Техніки пропрацювання стресових факторів за допомогою каналів сенсорного сприйняття людини.		
	Вправа «Сенсорні канали у боротьбі з інтрузіями»	40	Ароматичні олії, картина із зображенням природи, каміння різної структури
	Вправа «Подвійний фокус уваги»	20	
5	Домашнє завдання	5	
6	Ритуал прощання	5	

Заняття 4. «Справляємось із неприємними спогадами»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «Предмет та його господар»	15	
3	Обговорення домашнього завдання	15	
4	Робота з негативними сновидіннями		
	Вправа «Конструктивний малюнок сну»	30	
5	Мозковий штурм «Способи відволікання уваги у боротьбі із інтрузивними спогадами»	10	
6	Вправа «Як справитись з негативними думками?»	10	
7	Вправа «Моя картотека в боротьбі із неприємними спогадами»	35	Засоби для малювання, папір
8	Домашнє завдання	5	
9	Ритуал прощання	5	
Заняття 5. «Як побороти збудливість та неспокій?»			
1.	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «Це чудово!»	15	
3	Обговорення домашнього завдання		
4	Інформаційне повідомлення «Що відбувається з нашим тілом під час стресу. Релаксаційні вправи – надійний помічник.»	10	
5	Вправи на вправлення з тривожністю та розвиток навичок релаксації.		
	Вправа на розслаблення м'язів	20	
	Вправа «Місце де мені добре»	25	
	Вправа «Дихання по квадрату»	10	
	Вправа «Я - твердження»	15	
	Вправа «Метелик»	10	
6	Домашнє завдання	5	
7	Ритуал прощання	5	
Заняття 6. «Як побороти збудливість та неспокій?»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «П'ять добрих слів»	15	
3	Обговорення домашнього завдання	10	
4	Вправи на корегування збудливості		
	Вправа «Тварина та її безпечне місце»	40	Засоби для творчості, глина, пластилін, папір, засоби для малювання
	Вправа «Таппінг»	20	
5	Вправа на формування позитивного настрою «Уявні помічники»	20	
6	Домашнє завдання	5	
7	Ритуал прощання	5	

Заняття 7. «Уникання неприємних спогадів та що з цим робити?»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «На якого казкового героя я схожий?»	15	
3	Обговорення домашнього завдання	15	
4	Інформаційне повідомлення «Сновидіння, як відображення нашої тривоги та страхів»	15	Презентація, фрагмент док. фільму
	Робота зі сновидіннями.		
	Вправа «Позитивне завершення сну»	30	
	Вправа «Картина мого сну»	25	Папір, засоби для малювання
5	Домашнє завдання	5	
6	Ритуал прощання	5	
Заняття 8. «Уникання неприємних спогадів та що з цим робити?»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «Знаки зодіаку»	15	
3	Обговорення домашнього завдання	10	
4	Вправи когнітивного опрацювання негативних думок підлітків		
	Вправа «Ймовірність здійснення негативної події»	10	Бланки для вправи
	Вправа «15 хвилин на день для поганих думок»	10	
5	Вправа «Градуйована експозиція. Зустріч з моїм страхом»	50	
6	Мозковий штурм «Хто може допомогти у реалізації експозиції?»	5	Фліп-чарт, маркери
7	Очікування учасників тренінгу. Вправа «Кораблики очікувань»	10	Плакат із зображенням корабля у морі, стікери
8	Ритуал прощання	5	
Заняття 9. «Позитивні активності в нашому житті»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «Позитивні активності»	15	Повітряні кульки
3	Інформаційне повідомлення «Позитивні активності у нашому житті»	10	
4	Вправа «Вибір приємних справ»	20	Бланки
5	Вправа «Дім, де мені добре» (керована візуалізація)	20	
6	Вправа «Календар приємних справ»	20	Бланки
7	Вправа «Щоденник позитивних активностей»	20	Бланки
8	Домашнє завдання	5	
9	Ритуал прощання «Кульки побажань»	10	Повітряні кульки

Таблиця 5

Модуль 2. Формування копінгового ресурсу особистості підлітка.

Технологія подолання стресових життєвих ситуацій «BASIC PH»

№	Тема та зміст заняття	Час (хв.)	Необхідне обладнання
Заняття 1. «Міст над прірвою. Стратегії виходу із складних життєвих ситуацій»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять Вправа «Бінго»	15	
3	Вправа «Правила роботи нашої групи»	10	
4	Інформаційне повідомлення «Експеримент про можливості та віру»	10	
5	Мозковий штурм «Шляхи виходу із складних життєвих обставин»	10	Фліп-чарт, маркери
6	Інформаційне повідомлення «Міст над прірвою. Як сформулювати стійкість до стресових ситуацій?»	10	Презентація
7	Вправа «Можливості та варіанти подолання труднощів» (з використанням колод асоціативних метафоричних карток «Core», «Resilio»)	35	Колоди метафоричних карток «Core», «Resilio»
8	Визначення очікувань підлітків від тренінгового модуля «Дерево очікувань»	15	Плакат із зображенням дерева, стікери кольорові
9	Домашнє завдання «Список виходу із складних ситуацій»	5	
10	Ритуал прощання	5	
Заняття 2. «Віра, як один із шляхів до стресостійкості»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «Передай усмішку по колу».	15	Корона
3	Інформаційне повідомлення «Віра та стресостійкість»	10	Презентація
	Вправа «Історії мого роду»	20	
4	Вправа «Каракулі»	25	Папір, засоби для малювання
5	Інформаційне повідомлення «Історія двох склянок. Саногенне мислення.»	10	Презентація, дві склянки з водою
6	Вправа «Переформатування думок»	15	Бланки
7	Вправа «Таппінг»	10	
8	Домашнє завдання	5	
9	Ритуал прощання	5	
Заняття 3. «Почуття та їх роль у формуванні стресостійкості»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження	15	

	перед початком занять. Вправа «Піцц-масаж»		
3	Інформаційне повідомлення «Почуття та стресостійкість»	10	
4	Вправа «Сейф»	25	
5	Вправа «Скриня емоцій»	25	Скринька із приємними дрібничками
6	Вправа «Вулкан»	30	Засоби для малювання, папір
7	Домашнє завдання. Збираємо особисту скриню щастя.	5	
8	Ритуал прощання	5	
Заняття 4. «Я та інші. Спілкування, як важливий фактор вправління у складних ситуаціях.»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «Потяг»	15	Вирізані боксерські рукавички
3	Вправа «Написання історії: від історії особистої до історії групи»	30	
4	Інформаційне повідомлення «Спілкування, як важливий фактор вправління у складних ситуаціях. »	10	Презентація
5	Вправа «Будинок»	25	
6	Мозковий штурм «До кого можна звернутись у скрутній ситуації?»	15	
7	Притча «Рай та пекло» («Дракон та лицар»)	10	
8	Домашнє завдання: список людей, до яких я можу звернутись про допомогу.	5	
9	Ритуал прощання	5	
Заняття 5. «Уява людини та її вплив на емоційну стабільність у стресовій ситуації»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «На березі моря»	20	Аудіо запис шумів моря
3	Інформаційне повідомлення «Уява людини та її вплив на емоційну стабільність»	15	
4	Вправа «Керована візуалізація. Смакуємо лимон»	10	
5	Вправи на призупинення негативних образів: «Стоп», «Зміщення фокусу уваги»	20	
6	Вправа «Група підтримки»	40	
7	Домашнє завдання	5	
8	Ритуал прощання	5	
Заняття 6. «Навички аналітичного мислення у подоланні стресових ситуацій»			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «Мікрофон»	15	

3	Інформаційне повідомлення «Конструктивний аналіз, як помічник у складній ситуації»	10	
4	Вправа «Визначаємо час для негативних думок»	10	
5	Вправа «Аналіз негативної ситуації у таблиці»	20	Бланки
6.	Вправа «Схема прийняття рішення»	20	Бланки
7	Інформаційне повідомлення «Тайм-менеджмент – помічник у складній ситуації»	5	
8	Мозковий штурм «Помічники планування»	10	
9	Вправа «Родзинка»	25	Засоби для малювання, папір
10	Домашнє завдання: скласти план на тиждень.	5	
11	Ритуал прощання	5	
Заняття 7. «Я господар свого тіла! Корисні навички подолання стресу»			
	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «Пантоміма»	15	
3	Інформаційне повідомлення «Як наше тіло реагує на стрес?»	10	Презентація, відеофільм (фрагмент)
4	Вправа «Сканування тіла»	15	
5	Вправа «Подвійний фокус уваги»	10	
6	Мозковий штурм «Активності людини у стресових ситуаціях»	15	Фліп-чарт, маркери
7	Вправа «М'язева релаксація»	20	
8	Комплекс вправ для зняття тілесних зажимів «Ключ» Алієва. Комплекс дихальних вправ для дітей з ДЦП	30	Зручний одяг
9	Домашнє завдання	5	
10	Ритуал прощання	5	
Заняття 8. «Складні життєві ситуації, як можливості особистісного зростання».			
1	Привітання	5	
2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «Хто «Я»?»	15	
3	Інформаційне повідомлення «Життєві труднощі, як можливості самовдосконалення та формування міцності»	10	
4	Коло «Я пригадую таку історію...»	15	
5	Вправа «Шлях героя»	60	Папір, засоби для малювання, скоч, метафоричні картки
6	Домашнє завдання	5	
7	Ритуал прощання	5	
Заняття 9. Від мрій до постановки життєвих цілей			
1	Привітання	5	

2	Вправа на поглиблення знайомства та зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять. Вправа «Який/яка «Я»?»	15	Метафоричні картки із зображенням тварин
3	Інформаційне повідомлення «Від мрій до постановки життєвих цілей»	10	
4	Вправа «Ділянка землі»	25	Папір, засоби для малювання
5	Вправа «Чарівний базар»	20	
6	Вправа «Дерево мого успіху»	25	Бланки з малюнками; засоби для малювання
7	Коло: очікування групи від зустрічей «Дерево»	10	Плакат з намальованим великим деревом
8	Ритуал прощання. Вправа «Погляд у майбутнє»	15	Кульки надувні

Заняття 1

Мета: Створити довіру та забезпечити атмосферу групової єдності під час надання учням інформації щодо того, що очікувати у групі протягом тренінгу, мотивація участі; представлення цілей тренінгу.

Вправа «Історія мого імені»

Мета: поглиблення міжособистісного знайомства учасників групи; емоційне налаштування на роботу.

Процедура проведення. Учасники по черзі повідомляють про себе інформацію завершивши речення: «Мені дали таке ім'я тому, що...». Учасники обирають будь-яке ім'я, яким би вони хотіли, щоб їх називали під час тренінгових занять та завершують речення «Сьогодні я хочу, щоб до мене звертались на ім'я...». Підписують бейджі.

Мозковий штурм «Прийняття правил роботи групи».

Процедура проведення.

«Протягом певного часу ми будемо працювати в одній команді, тому щоб почуватися комфортно, нам необхідно встановити певні правила. Як ви рахуєте, які це можуть бути правила?». Пропозиції школярів фіксуються на фліп-чарті. Кожне правило обговорюється та приймається, або не приймається групою. Приклад правил: бути активними; поважати точку зору один одного; допомагати один одному; ніхто не зобов'язаний говорити, але всі мають слухати один одного; спілкуватися у своєму власному темпі; говорити лише від свого імені та не говорити про інших; не

перебивати іншого під час розповіді; не перебивати інших; вимикати мобільний телефон під час занять; відвідувати усі заняття.

Інформаційне повідомлення «Що таке стрес та травма?».

В ході свого життя людина потрапляє в різні обставини та зазнає впливу багатьох факторів, окремі з яких, з огляду на свою загрозливість, інтенсивність та непередбачуваність є травматичними. Будь-які скривдження, гострі міжособистісні конфлікти, дорожньо-транспортні пригоди, фізичне насилля, важкі хвороби – все це травматичні події. До травматичних належать і події, що торкаються не одного чи кількох людей, а охоплюють багатьох людей, змінюють життя цілих селищ, міст, регіонів, країн. До них належать стихійні лиха, терористичні акти і, звісно, військові дії, в ході яких люди стають свідками смертей, втрачають житло, піддаються тортурам та стикаються з необхідністю переселятися на нові місця і починати життя з початку. Саме такі події, через раптовість виникнення, масштабність охоплення та страшні наслідки, а також через складність адаптації до нових умов мають серйозний вплив на організм людини, відображається на здоров'ї людини, її емоціях, поведінці. Тому на наших заняттях ми навчимося з вами справлятися з неприємними наслідками стресових та травматичних ситуацій.

Вправа «Кораблики очікувань»

Мета: визначити сподівання і очікування підлітків щодо отриманих знань та навичок протягом тренінгових занять.

Процедура проведення. Учасники на стікерах у формі корабликів записують свої очікування від першого модуля тренінгу. Підлітки по черзі підходять до фліп-чарта та приклеюють свої кораблики на плакат із зображенням моря біля «Берегу надій», при цьому зачитують свої очікування.

Вправа «Стресові та травматичні події у житті людини»

Мета: усвідомлення підлітками, що події які трапились в їх житті та переживання цих подій, не є унікальними та їх можна обговорювати.

Процедура проведення.

«Давайте спробуємо пригадати якісь стресові та травматичні події, які були у вашому житті, або у житті ваших рідних, знайомих, друзів. Хто хотів би поділитись історією?». Підлітки презентують свої історії.

Вправа «Галерея історій»

Процедура проведення.

Поділ учасників на групи у двійки. Кожна група вибирає якусь представлену історію та створює малюнок за цією історією. По завершенню підлітки презентують свої напрацювання та закріплюють на стіні, утворюючи галерею історій.

Вправа «Безпечне місце».

Мета: зняття м'язевого напруження; формування образу безпечного місця.

Процедура проведення. Підлітки займають зручні позиції, розміщуючись по колу. Прикривають очі та виконують групову імагінацію, по чергово озвучуючи свої уявні образи.

Перший етап вправи. Слова ведучого тренінгу: «Зручно влаштуйтесь, можна заплющити очі, відчуйте як дихання вирівнюється, а тіло поступово набуває приємної розслабленості (як варіант: не заплющувати очі, а відразу зображувати уявлений образ на папері). - Уявіть собі безпечне місце, будь-яке безпечне місце, яке ви бачили, або яке малює вам ваша уява. Все, що уявляється – добре. Як тільки ви щось уявите, скажіть (намалюйте це) про це. - Яка погода в образі? Який час доби? Пора року? Який ви маєте вигляд у цьому образі? В якому віці ви себе відчуваєте? Який у вас настрій? - Роздивіться уважніше безпечне місце. Наскільки воно є надійним? Як ви відчуваєте себе тут? Чи потрібно посилювати безпечність цього місця – якщо так, то як ви це зробите? Що вам хотілося б зробити у цьому місці? Як ви себе почуваєте? (запитання про посилення надійності безпечного місця слід повторювати доти, доки підлітки відчують повну безпеку, спокій та поведуться розслаблено). - Уявлення образу добігає кінця – чи є щось важливе, що ви ще не встигли зробити? Чи можете ви зараз закінчити уявлення цього образу? Виберіть місце у образі, де вам було б комфортно завершити цю фантазію. Запам'ятайте все добре і, коли будете готові, потягніться, як після сну, і відкрийте очі.

Другий етап вправи. Обговорення: Як ви себе почуваете? Що вам сподобалось у образі? Були моменти, які вам не сподобались? Були моменти, які вас здивували, неочікувані для вас?

Домашнє завдання. Намалювати вдома малюнок безпечного місця, яке уявлялось під час виконання вправи. На наступній зустрічі формується галерея безпечних місць (підлітки вивішують свої малюнки на стіну, формуючи галерею та розказують про своє безпечне місце).

Заняття 2

Мета: Підтримувати ситуацію довіру та забезпечити атмосферу групової єдності; познайомити учасників з поняттям інтрузивних спогадів про травматичні ситуації та відпрацювати вправи, що впливають на інтрузії.

Вправа «Правила роботи нашої групи»

Мета: забезпечення дотримання правил роботи групи; розвиток навичок міжособистісної взаємодії.

Процедура проведення.

Учасники поділяються на пари. Кожна група витягує картку з одним із правил групової роботи, що були затверджені групою минулого разу, не повідомляючи інших учасників про те, що написано на картці. Після завершення 3 хв. часу учасники мають презентувати правила роботи у невербальній формі.

Вправа «Правда та міфи про мене...».

Мета: поглибити пізнання один одного; згуртувати учасників тренінгу, підтримання мотивації до участі в тренінгу.

Процедура проведення. Учасники розташовані на стільцях у колі. По черзі підлітки повідомляють про себе чотири твердження. Три з них - правильні, одне - неправильне. Інші учасники, які слухають повідомлення, занотовують те, що вони вважають неправильним твердженням. Після того, як усі повідомлення зроблено, учасники порівнюють свої припущення.

Коло «Наше домашнє завдання»

Процедура проведення. Підлітки показують та розповідають про свої малюнки безпечного та комфортного місця. Вивішують свої малюнки на стіну, формуючи галерею безпечних місць.

Вправа «Історія про Михайлика»

Мета: сформувати мотивацію у учасників групи до вільного висловлювання своїх почуттів та своїх історій щодо стресових та травматичних життєвих подій.

Процедура проведення. Ведучим розповідається історія хлопчика (автор Москвіна Наталя): «Михайлик був приблизно вашого віку, коли почались воєнні дії на сході нашої країни. Він жив удома у прифронтовому містечку з матір'ю, татом, старшою сестрою Марічкою та бабусею. У самому місті воєнних дій не було, але вже кілька місяців поспіль мешканці чули страшні звуки від снарядів, які розривались десь неподалік. З часом, всі потроху звикли до цих звуків і навіть навчилися їх відрізняти один від одного. Але все одно було страшно. Це трапилось одного суботнього ранку. Михайлик з мамою були дома, тато на роботі, сестра побігла на заняття з танців, бабуса пішла на базар. Раптом Михайлик почув незрозумілий гучний звук, а потім страшний гуркіт. Хлопчик навіть не встиг зрозуміти, що трапилось. Мама схопила його за руку і потягла у коридор, подалі від вікон, сказала лягти на підлогу і накрити голову руками. Михайлик не розумів, що відбувається, але все зробив так, як наказала мама. Через декілька хвилин стало тихо, дуже тихо, але Михайлику здалось, що пройшла ціла вічність. «Дякувати Богу, минулось. Можна вставати», - почув він мамин голос і відчув теплий дотик її руки. Вони підвелись. Відчувався запах гарі та морозу. На кухні і в залі не було вікон, в стіні зіяла велика діра. Все це здалось хлопцеві дуже дивним. Мама почала шукати мобільний телефон, знайшла і стала дзвонити сестрі та бабусі. Але зв'язку не було... «Треба розшукати сестру та бабусю. Треба розшукати сестру та бабусю...», – мати повторювала ці слова як закляття і швидко одягала хлопчика. Коли вони вибігли на вулицю, то побачили картину, як у страшному кінофільмі: у будинках не було скла, деякі були сильно пошкоджені. Горіли кіоски, сигналили машини. Люди бігли, кричали, плакали. «Зараз треба знайти Марічку!» - сказала мама. І вони побігли. Сестра йшла назустріч і плакала. Мати пригорнула дітей до себе: «Бабуса, мабуть уже дома нас чекає. А

згодом приїде і тато. Все буде добре». Бабуся і справді була уже дома. Приїхав тато. Сім'я була разом: всі живі і неушкоджені. Наступні кілька днів Михайлик відчував сильний страх. Він не хотів відходити від мами, йому страшно було виходити на вулицю. Хлопчик постійно думав про те, що трапилось. Спогади спричиняли біль, викликали дратівливість, дитина починала боятися та плакати. Михайлик не хотів говорити про це ні з ким, бо це його дуже засмучувало. Але йому все одно не вдавалося позбутися спогадів про те, що з ним сталося. Коли він чув звуки пострілів, його серце починало калататися, і картини того дня, знову поставали в його голові. Це було так, неначе події того дня знов поверталися до нього. Він страшенно злякався, коли трапився той випадок, і відчував, що втрачає глузд, бо нічого не міг зробити, щоб позбутися тих жахливих картин у своїй голові. Йому почали снитися погані сни, у яких він знову й знову бачив сцену обстрілу, і щоразу він ще більше засмучувався. Це тривало кілька тижнів. Михайлик не міг залишатися один удома, і він навідріз відмовлявся розмовляти про те, що сталося, бо це було занадто страшно. Страшні картини продовжували повертатися до нього і вдень, і вночі. Він став дуже дратівливим і неспокійним, а коли чув гучні звуки здригався. Тепер Михайлик міг засинати тільки у присутності дорослих, а в кімнаті, навіть удень, горіло світло.

Вправа «Наші спогади про війну»

Мета: вивільнення емоційних переживань щодо травматичних життєвих подій учасників групи.

Процедура проведення. Бажаючі учасники групи діляться своїми історіями. «Давайте зараз подумаємо, які ще речі можуть викликати такі відчуття та страхи, які були у хлопчика Михайлика?». Складається список життєвих ситуацій, які можуть викликати описані реакції. Список формується на фліпчарті.

Інформаційне повідомлення «Стрес та його наслідки. Що таке інтрузивні спогади».

Процедура проведення. «Після пережитого стресу можуть залишатися болючі спогади, вони поступово стають не такими насиченими та якісь ситуації можуть нагадати вам про них.

І вам на деяку мить може здаватись, що ця подія трапилась знову, але насправді, це не так. Це всього лише особливість діяльності вашої пам'яті. І це не насправді відбувається. І це є нормальною реакцією організму людини на страшну ситуацію. Ці відчуття бувають дуже неприємними, тому люди хочуть від них втекти, уникаючи місць, ситуацій, які можуть нагадувати про це. На наших заняттях ми будемо навчатися бути господарями своїх думок та не дозволяти їм господарювати над вами; познайомимось із вправами допоможуть вам справлятися із різними неприємними подіями, що можуть статися у житті.

Вправа «Сам режисер своїх подій»

Мета: десенсибілізація неприємних пригадувань.

Процедура проведення. «Подивіться зараз на екран на якому ми переглядаємо презентації. Уявіть, що там демонструється документальний фільм про вашу неприємну подію. Спробуйте роздивитись кольори цього фільму. А тепер уявіть, що фільм демонструється уже у чорно-білій кольоровій гамі, як старе кіно... подивіться цей фільм. Зараз уявіть, що у вас в руках пульт і ви можете будь-якої миті вимкнути цей фільм. Спробуйте включити та виключити і знову повторіть це. Включіть знову фільм, але прокрутіть його із задку наперед і в пришвидшеному темпі. Продивіться цей фільм. Які у вас зараз відчуття? А зараз уявіть що плівка на якій записане відео досить стара і картинка у фільмі не чіткі і розмиті; роздивіться цей старий фільм. Пограйтеся із вмиканням-вимиканням фільму, а тепер вимкніть його зовсім. Пам'ятайте, що ви господарі цього фільму і ви можете його вимкнути у будь-якій ситуації.

Домашнє завдання. Ця вправа може не у всіх вийти з першого разу. Тому на домашнє завдання вам необхідно попрактикуватися у ролі режисера свого фільму. І пам'ятайте, що тільки від вас залежить стати справжнім режисером свого уявного фільму.

Вправа «Картина моєї події».

Мета: десенсибілізація та усунення неприємних спогадів.

Процедура проведення. Проходить у декілька етапів:

- уявлення неприємної події у вигляді картини;

- малювання картини;
- розірвання картини на мілкі шматки;
- обговорення відчуттів.

Ритуал завершення заняття.

Заняття 3

Мета: Підтримувати ситуацію довіри та забезпечити атмосферу групової єдності; познайомити учасників з поняттям інтрузивних спогадів про травматичні ситуації та відпрацювати вправи, що впливають на інтрузії.

Вправа «Імена по черзі»

Мета: поглиблення міжособистісного знайомства учасників групи; емоційне налаштування на роботу.

Процедура проведення.

Кожен учасник називає своє ім'я та додає характеристику своєї особи, яка починається з тієї ж літери, що і ім'я.

Обговорення домашнього завдання.

Запитання для обговорення: хто хоче поділитися сюжетом свого фільму? Чи вдалось вам зробити та подивитись фільм ніби зі старої плівки? Чи змінились ваші відчуття коли ви дивились фільм у своїй уяві на початку та у кінці? Як саме змінились відчуття?

Вправа «Сенсорні канали у боротьбі з інтрузіями»

Мета: навчання прийомам подолання інтрузивних спогадів за допомогою стимулювання та зміни у відчуттях

Процедура проведення.

1. Техніки робота зі слуховими пригадуваннями підлітків.

- Вступна бесіда про аудіальний канал та його роль у пригадуваннях. Інформування підлітків про висоту звуку, раптовість, чіткість, мелодію, відстань та ін;
- Пригадування ситуації та відновлення звуків, які супроводжували ситуацію;

- Уявити, що звук цей виходить із плеєра (радіо і т.п.). Тепер уявіть, що ви натискаєте на кнопку гучності. Що відбувається? Натискайте кнопку гучності ліворуч, звук стає тихішим. А тепер натискайте кнопку праворуч, звук стає голоснішим. Пограйтесь зі звуком. Да лі, натискайте кнопку гучності ліворуч, звук стає тихішим, ще тихішим і просто зникає. Ви його вимкнули. Ви можете самі керувати гучністю ваших аудіальних спогадів.

2. Техніки робота зі нюховими пригадуваннями підлітків.

- Вступна бесіда про запахи та їх роль у пригадуваннях;
- Підлітки передають по колу мішечки з травами та ароматичні олії; запам'ятовують та описують їх;
- Бажаючим закривають очі та вони вгадують назву олії чи трави;
- Кожна дитина уявляє запахи, які їй найбільше запам'ятались; та уявляє закорковану пляшечку із тим запахом, який найбільше сподобався;
- Візуалізувати неприємний запах у вигляді хмарки, уявити, що сильний вітер здуває хмарку із неприємним запахом та відносить у далечінь, а ви відкриваєте пляшечку з приємним запахом та вдихаєте її аромат;
- Обговорення.

3. Техніки роботи зі кінестетикою підлітків.

- Вступна бесіда про кінестетичні відчуття людини та їх роль у пригадуваннях;
- Підлітки передають по колу камінчики різної структури та величини, шматочки тканини різної фактури та інші предмети; запам'ятовують та описують їх;
- Бажаючим закривають очі та вони вгадують предмет та описують його;
- Обговорення.

Висновок після проведення вправи: за допомогою цих вправ можна робити заміну неприємних пригадувань на приємні відчуття.

Вправа «Подвійний фокус уваги»

Мета: зниження неприємних відчуттів при пригадуванні травматичної ситуації за методом десенсибілізації та корекції переробки інформації за допомогою рухів очних яблук (EMDR).

Процедура проведення.

- кожна дитина працює із своїм травматичним пригадуванням;
- ведучий вистукує ритм по колінах (теппінг), а підлітки повторюють їх та паралельно пригадують неприємну ситуацію у вигляді картинки (фільму);
- вправа виконується циклами: 1-3 цикли по 30 секунд кожен; 4- уявляють, що образ починає зникати; 5-6 цикл – візуалізація приємного образу;
- обговорення.

Домашнє завдання: виконання вправ «Сенсорні канали у боротьбі з інтрузіями» та «Теппінг».

Ритуал прощання.

Заняття 4

Мета: підтримувати ситуацію довіри та забезпечити атмосферу групової єдності; розвиток навичок управління інтрузивними пригадуваннями.

Вправа «Предмет та його господар»

Мета: поглиблення міжособистісного знайомства учасників групи; емоційне налаштування на роботу.

Процедура проведення.

Кожен учасник кладе до скриньки якийсь особистий предмет, ведучий витягує почергово. по одному предмету та пропонує описати господаря цього предмета (акцент робимо на позитивних якостях особистості господаря предмета).

Обговорення домашнього завдання.

Вправа «Конструктивний малюнок сну»

Мета: запобігання нічним жахіттям та порушенням сну; зниження рівня тривоги підлітків; забезпечення емоційно спокійного сну.

Процедура проведення.

- пригадування кожним учасником негативного (страшного) сну; бажаючи можуть розповісти свій сон;
- підлітки змінюють сюжет сну на позитивний (комедійний);
- перебудований сюжет сну малюється, проговорюється, виліплюється головний герой і т.д.;

- обговорення: як можна скористатись цією новою навичкою «переписування» сну?

Мозковий штурм «Способи відволікання уваги у боротьбі із інтрузивними спогадами»

Мета: розширення арсеналу способів подолання інтрузивних пригадувань.

Процедура проведення.

- Підлітки по колу відповідають на запитання: що ви робите, коли хочете позбутись неприємних пригадувань про війну?
- Відповіді підлітків фіксуються на фліп-чарті, систематизуються та групуються ведучим;

Вправа «Як справитись з негативними думками?»

Мета: формування арсеналу способів подолання інтрузивних думок та зниження рівня тривожності; підвищення продуктивності протягом дня.

Процедура проведення.

- Бесіда про відмінність між пригадуваннями та думками;
- Формування навички відволікання уваги: кожного дня у певну годину підліток виділяє час для обдумування думок, що його турбували протягом дня, приділяючи цьому заняттю 15 хвилин. Якщо в дитини з'являються негативні думки протягом дня, вона робить собі установку: «Я буду думати та турбуватись через це не зараз, а пізніше, у спеціально відведений для цього час». У відведений час підлітки можуть проаналізувати свої тривоги, записати думки для подальшого опрацювання з психологом на індивідуальних консультаціях; у цей час. також є можливість оцінити ці думки на реальність та загрозливість, провівши когнітивне опрацювання предмету тривоги.

Вправа «Моя картотека в боротьбі із неприємними спогадами»

Мета: розширення арсеналу методів подолання неприємних пригадувань; закріплення отриманих навичок керування негативними думками.

Процедура проведення:

- Підлітки на стікерах (мінімум 2 на кожного учасника), схематично зображують метод подолання неприємних думок або спогадів;

- Формується галерея методів, кожен підліток представляє свій метод;
- Підлітки фотографують галерею методів на свої сматрфони з метою подальшого користування.

Домашнє завдання: підібрати та креативно зобразити метод подолання негативних емоцій, сфотографувати та поділитись світлинами із учасниками групи.

Ритуал прощання.

Тема: *«Як побороти збудливість та неспокій?»*

Заняття 5.

Мета: підтримувати ситуацію довіри та забезпечити атмосферу групової єдності; розвивати навички керування станом надмірного збудження та зниження тривожності.

Вправа «Це чудово!»

Мета: формування позитивного сприйняття учасниками групи один одного; емоційне налаштування на роботу.

Процедура проведення.

Учасники стоять у колі. Кожен підліток називає свою позитивну якість характеру, а інші – демонструють жест «усе прекрасно» та проговорюють фразу «Це чудово!».

Обговорення домашнього завдання.

Інформаційне повідомлення «Що відбувається з нашим тілом під час стресу. Релаксаційні вправи – надійний помічник»

Представлення стресу у метафоричній формі: двійка коней запряжених у віз та під керівництвом кучера, це авторська метафора запропонована З. Кісарчук та детально розписана у тренінговому занятті для педагогів [62]. «Психіка людини складається із трьох частин. Найдавніша парасимпатична нервова система відповідають за тіло — «віз». Лімбічна частина і симпатична нервова система - за емоції та дії («коні»), а система емоційного й соціального контролю - узагальнює досвід, спрямовує діяльність, контролює («кучер»). Коли трапляється щось надзвичайне, небезпечне для життя, лімбічна частина («коні») бере керівництво на себе. Передусім вона «відключає» систему контролю («кучера»). (В небезпечній

ситуації так усе й має бути.) Починають інтенсивно виділяються гормони, виділяються і знеболюючі речовини, що притупляє, а іноді й зовсім відключає чутливість тіла. Наприклад, антилопа у стані шоку падає замертво за кілька хвилин до того, як кігті лева торкнуться її. Це дає можливість тварині вижити, якщо лев її не з'їсть відразу. Якщо ж вижити не вдається — смерть буде безболісною. Уникнувши небезпеки, антилопа знаходить безпечне місце і починає тремтіти — так організм звільняється від напруження». Так само буває і у людей. Людині після стресової ситуації необхідно позбутися надлишків гормонів, що виділилися, проте, це не завжди стає можливим, тому відбуваються певні зміни в психічному та фізичному функціонуванні людини. Особливо важко переносяться такі ситуації дітьми та підлітками. Цих надлишків гормонів у тілі можна позбутись за допомогою фізичних та релаксаційних вправ. Як робити релаксаційні вправи, ми сьогодні маємо можливість навчитись.

Вправа на розслаблення м'язів

Мета: формування навичок керування тривожністю та м'язевого розслаблення.

Процедура проведення.

Почергове розслаблення та напруження м'язів тіла (почерговість від голови до ступнів).

Вправа «Дихання по квадрату»

Мета: навчання технікам швидкого зняття стресового стану.

Процедура проведення: учасники займають зручну позицію та концентрують увагу на якомусь квадратному предметі в аудиторії. На вертикальних гранях квадрату треба робити вдих/видих, а на горизонтальних паузи. Вдих – пауза – видих – пауза. Необхідно виконувати протягом 5 хв. Відбувається контроль над диханням та тілом.

Вправа «Я - повідомлення»

Мета: відпрацювання навички застосування «Я-повідомлення»

Процедура проведення:

1. Розіграється дві сценки за сценарієм, що написано на картках.

Картка 1. Відбувається діалог двох учасниць:

Катя: «Не можу повірити в те, що ти забула взяти з собою наш плакат. Ти завжди забуваєш! А ще ти завжди запізнюєшся і ніколи нічого не робиш вчасно! Як же нам тещо нам тепер робити? Як ми будемо виступати без плакату?»

Настя: «Але ж ти була зайнята і не допомагала мені у виготовленні плаката, тому я працювала до пів ночі та проспала у школу, збиралась швидко, тому і забула. Я не рахую, що я винна.

Картка 2. Відбувається діалог двох учасниць:

Катя: Настя, я дуже незадоволена та розлючена, що ми без плакату. Без нього ми не зробимо презентацію. Мені дуже хотілося б, щоб якимось чином отримати його до нашого виступу.

Настя: Мені дуже прикро, що я забула його дома. Я так поспішала сьогодні вранці, оскільки працювала пів ночі і трохи проспала. Чудово розумію, що без нього ми не зможемо виступити. Я зателефоную мамі та попрошу її допомогти, якщо у неї є сьогодні можливість...

2. Обговорення ситуацій: В чому різниця між першим та другим виступами? Чому виникає роздратування та злість? Як справлятися із негативними емоціями, які виникають у нас в процесі спілкування з людьми?

3. Використання у комунікації «Я-повідомлень» з метою підвищення конструктивності спілкування. Схема «Я-повідомлення» над якою працюють підлітки: 1 - Я почуваюся... (власні почуття і переживання стосовно ситуації), 2 - коли ти... (опис конкретних дій співрозмовника, які викликають негативні емоції), 3 - тому що... (пояснення, чому дії співрозмовника викликають такі емоції, висловлення власних інтересів), 4- ось чому я хочу/бажаю/хотіла б... (бажані зміни в діях співрозмовника)

4. Формування підлітками особистих «Я-повідомлень» та їх презентація групі.

Вправа «Метелик»

Мета: зниження неприємних відчуттів та напруження; переключення від негативних думок.

Процедура проведення:

Сісти (стати) рівно у колі; скласти долоні у вигляді метелика, взявши у замок великі пальці рук; покласти складені у метелик руки на ключиці та виконувати по чергове їх постукування. Вправу можна виконувати рухаючись по кімнаті.

Домашнє завдання: використання «Я-повідомлень» у спілкуванні з батьками та друзями.

Ритуал прощання.

Заняття 6

Вправа «Так! Я такий!»

Мета: формування вміння концентруватись на позитивних якостях своїх та свого оточення; міжкомунікативного напруження перед початком занять.

Процедура проведення:

Кожен учасник називає по одній позитивній характеристиці учасників групи. Після того, як кожен учасник напише 5 почутих про себе характеристик, вправа завершується.

Обговорення домашнього завдання: кожен учасник має розказати ситуацію в якій йому вдалось попередити конфлікт, застосувавши при цьому схему «Я-повідомлення».

Вправа «Тварина та її безпечне місце»

Мета: формування у підлітків свідомої турботи про себе та свої базові потреби.

Процедура проведення:

1. Підготовка підлітків до імагінації. Пояснення процедури. Діти сідають зручно, педагог пропонує керовану візуалізацію за сценарієм.

Текст візуалізації: уявіть собі улюблену тварину, будь-яку тварину, яку ви бачили, або яку малює вам ваша уява. Все, що уявляється – добре. Почніть детально уявляти цю тваринку - Що це за тварина? Якого вона кольору? Розміру? Як її звуть? Відчуйте на дотик її шерсть (шкіру). Який у тваринки настрій? Знайдіть місце для тваринки де їй буде добре, де вона буде почуватися захищеною від усіх негараздів. Що це за місце, яке воно, де знаходиться? Як відчуває себе тварина в ньому? Догляньте за твариною, можливо їй щось потрібно, вона чогось хоче, можливо їсти... нагодуйте її. Як вона себе зараз відчуває? Що ще вам хотілося б зробити для цієї

тваринки? Запам'ятайте все добре. Обговорення: - Як ви себе почуваєте? Що вам сподобалось у тому, що уявлялось? Що не сподобалось? Щось здивувало?

2. Діти ліплять з глини тваринку та малюють для неї безпечне місце, яке уявилося під час керованої візуалізації. Представляють та обговорюють свої напрацювання.

3. Бесіда про те, що людині також потрібно місце де їй добре. Діти діляться своїм «безпечним» місцем, місцем де їм спокійно та добре; розповідаючи про нього в колі учасників.

Вправа «Tapping»

Мета: зниження емоційної напруги та збудливості; вивільнення негативних емоцій.

Процедура проведення:

1. Підлітки пригадують ситуації коли вони надто занепокоєні, збуджені, агресивні; коли емоції були надто сильними і не можливо було вплинути на ці емоції. Підлітки пригадують свої відчуття у тій ситуації та оцінюють рівень потужності емоції яку вони відчують оцінюючи емоцію за шкалою від 1 до 10 балів); фіксують у бланку.

2. Педагог починає ритмічне постукування долонями по колінах, пропонуючи підліткам повторювати, при чому уявляти картинку з неприємною ситуацією та сконцентруватись на емоціях, що були у тій ситуації. Вправа проводиться 3 підходи по 2 хвилини.

3. Підлітки знову уявляють ситуацію та оцінюють рівень емоції за шкалою від 1 до 10; порівнюють результати рівня напруги у першому та другому випадках; обговорення.

Вправа «Уявні помічники»

Мета: формування позитивного настрою, впевненості у собі та віри у власні сили.

Процедура проведення:

1. Уявити героїв кіно, мультфільмів, літератури, реальних людей із життя, які на погляд підлітків є впевненими та вміють справлятися та керувати своїми негативними емоціями. Підлітки розповідають про них.

2. Щоб сказав, або зробив ваш герой, щоб підтримати вас у ситуації коли вас переповнюють негативні почуття? Це б допомогло вам заспокоїтись або набратись впевненості? Кожен учасник представляє свої варіанти підтримки, які фіксуються на фліп-чарті. Підлітки фотографують записи на фліп-чарті для подальшого використання в дома.

Домашнє завдання: використання рекомендацій уявних помічників щодо способів справлятися з неприємними емоціями та ситуаціями у домашніх та шкільних ситуаціях.

Ритуал прощання

Тема . «Уникання неприємних спогадів та що з цим робити?»

Заняття 7

Привітання

Вправа «На якого казкового героя я схожий?»

Мета: сомопізнання; поглиблення міжособистісного учасників групи; зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять.

Процедура проведення. Ідентифікувати себе з казковим героєм та розповісти про нього (що йому подобається, що не подобається? Який він, якими якостями він володіє?)

Обговорення домашнього завдання.

Підлітки діляться ситуаціями в яких ними були використані слова підтримки від уявних помічників; проводять аналіз вдалого та не вдалого використання підтримки.

Інформаційне повідомлення «Сновидіння, як відображення тривоги та страхів»

Процедура проведення: ознайомити підлітків зі структурою особистості за З. Фрейдом (можна застосувати метафору айсбергу); вказати, що емоційно забарвлені (страшні) ситуації зберігається у підсвідомості у вигляді картинок, які у зміненому

вигляді відображаються у снах; вказуємо на те, щоб позбутись тиску неприємних картинок із несвідомого, необхідно їх усвідомити та вербалізувати.

Вправа «Позитивне завершення сну. Картина сновидіння»

Мета: розвиток навички керувати своїми сновидіннями та змінювати сценарій негативного сну на позитивне завершення сновидіння.

Процедура проведення:

1. Підлітки пригадують страшні/неприємні сни; якщо є бажаючі можуть розказати про свій сон усій групі.
2. На основі сну описати сюжет, щось на кшталт сюжету фільму факхів; намалювати малюнок до сюжету сну.
3. Переписати сюжет сну так, щоб було позитивне завершення та не відчувалась тривога при пригадуванні, або приговорюванні. Намалювати малюнок, де відображається позитивне завершення історії сновидіння.
4. Обговорення. Підлітки розказують свої «переписані» сновидіння та демонструють малюнки.

Вправа «Практика короткої релаксації»

Мета: розвиток навички короткої релаксації для оперативного використовувати в ситуації, що викликає занепокоєння.

Процедура проведення:

- три-чотири цикли діафрагмального дихання,
- напруження та розслаблення кулаків та/або стоп; при цьому ведеться рахунок до 5–10,
- ще 3–4 цикли діафрагмального дихання;
- як варіант, можна запропонувати уявити, як всю свою тривогу підліток утримує в кулаках та відпускає її, коли розслабляє руки; залишків напруження можна позбутися, струснувши руками.

Домашнє завдання: попрацювати із неприємним сновидінням, переписавши його сюжет; роботу презентувати групі у вигляді оповідання, або малюнка.

Ритуал прощання.

Вправа «Знаки зодіаку»

Мета: поглиблення знайомства та зниження напруження міжособистісної комунікації у підлітків перед початком занять; розвиток навичок самопізнання.

Процедура проведення:

1. Підлітки називають свій знак зодіаку, та дають характеристику людини, яка народжена під певним знаком (вказуються сильні та слабкі сторони людини);
2. Обговорення. Висновок робиться про те, що будь-які слабкі сторони (якості) можна змінювати та розвивали, потрібно лише знання та зусилля.

Обговорення домашнього завдання. Презентація напрацювань підлітків щодо роботи з негативними сновидіннями.

Вправа «Ймовірність здійснення негативної події»

Мета: розвиток навички когнітивного опрацювання та нейтралізації негативних думок підлітків.

Процедура проведення:

1. Кожен учасник групи у своєму бланку фіксує негативні думки (якщо у підлітків виникають труднощі, можна навести приклад з нейтралізації особистих негативних думок та ін.).
2. За аналогією з прикладом, підлітки працюють зі своїми негативними думками використовуючи індивідуальні бланки:

Негативні думки	Рівень тривоги (від 1 до 10)	Корисні думки, які нейтралізують тривогу	Рівень тривоги (від 1 до 10)

3. Обговорення.

Вправа «15 хвилин на день для поганих думок»

Мета: формування арсеналу способів подолання інтрузивних думок та зниження рівня тривожності; підвищення продуктивності протягом дня.

Процедура проведення. Кожного дня у певну годину підліток виділяє час для обдумування думок, що його турбували протягом дня, приділяючи цьому заняттю 15 хвилин. Якщо в дитини з'являються негативні думки протягом дня, вона робить собі установку: «Я буду думати та турбуватись через це не зараз, а пізніше, у спеціально

відведений для цього час». У відведений час підлітки можуть проаналізувати свої негативні думки за схемою, що використовувалась у попередній вправі.

Вправа «Градуйована експозиція. Зустріч із своїм страхом»

Мета: навчання технік подолання неприємних емоцій та страхів.

Процедура проведення.

1. Вступна бесіда про поведінку уникання спогадів та ситуацій (речей), які можуть викликати неприємні пригадування; важливо щоб підлітки навчилися розрізняти адаптивні та неадекватні уникання. Вказується на те, що в арсеналі підлітків достатньо засобів для того, щоб протистояти негативному настрою, неприємним пригадуванням, поганим сновидінням, проте можна навчитись справлятися із самим великим страхом, самим неприємним пригадуванням. Адже кращий спосіб перемогти страх - це зустрітись з ним.

Наводяться приклади дії страху на тіло та поведінку людини; вказується на те, що коли ми боїмося чого-небудь, то відчуття можуть бути у тілі, страх може полонити усе тіло, при цьому людина стає емоційно не врівноваженою, дратівливою і т.д., тому ми зазвичай намагаємося віддалитися від того, що страшить та викликає неприємні відчуття. Це називається униканням. Наприклад, люди, які бояться жаб, собак, висоти - намагаються триматися подалі від цих речей.

2. Обговорення: чи у когось були подібні відчуття? Може, ви когось знаєте з ким таке траплялося?

3. Історія про дівчинку, яка переборола свій страх: «Одна дівчинка боялася висоти, тому ніколи не виходила на балкон у своїй квартирі, оскільки жила вона з батьками на 8 поверсі; крім того вона уникала проходити через високий міст та не піднімалась на ескалаторі. Щоб перестати відчувати страх, дівчина уникала місць, де потрібно було підійматися на висоту це вносило у її життя певні незручності. Зрештою, вона вирішила перемогти свій страх висоти. *Як ви думаєте, як вона це зробила? Обговорюються версії учасників групи.*

Дівчинка свідомо змусила себе піднятися по драбині на висоту. Важливо те, що вона робила це поступово. Спочатку, вона піднялася по драбині лише на кілька щаблів; їй було страшно, але вона продовжувала стояти на висоті декількох щаблів,

страх відступив і вона справилась. Вона знову піднялась на пару щаблів і знову боролась із своїм страхом, страх поступово зникав. Вона знову його перемогла. Таким чином, вона піднялась на гору щабель за щаблем, справляючись з тими відчуттями, які у неї виникали. Зрештою, вона змогла піднятися на вершину драбини, не відчуючи страху. Дівчинка була задоволена собою!».

4. Метафора із драбиною використовується для розуміння градуїрованої експозиції до особистісних травматичних переживань підлітків. Для того, щоб допомогти собі підніматися по драбині, використовуйте всі техніки і навички, які ви отримали на наших заняттях.

5. Пропонується підліткам розглянути градуївану експозицію страху та конкретному прикладі.

6. Дітям пропонується побудувати індивідуальну драбину перемоги над особистим страхом., використовуючи прийоми та вправи, які були засвоєні уже підлітками на заняттях. Кожен учасник малює драбину та розписує на кожному із щаблів якими засобами буде справлятися із своїм страхом.

Мозковий штурм «Хто може допомогти у реалізації експозиції?»

Мета: усвідомлення необхідності підтримки друзів та рідних у вирішенні складних ситуацій.

Процедура проведення.

1. У вступній бесіді підводимо підлітків до розуміння того, що краще справлятися із будь-якими проблемами, заручившись підтримкою рідних та друзів.

2. Підлітки відповідають на запитання (Хто може допомогти у реалізації плану подолання вашого страху?) та записують їх імена у плані подолання страху.

Домашнє завдання. Обговорити свій план подолання страху з дорослими, які можуть допомогти у його реалізації та розпочати виконання плану.

Вправа «Кораблики очікувань»

Мета: підвести підсумки модуля; структурувати отримані на заняттях знання.

Процедура проведення. Вивішується плакат з очікуваннями, які були записані підлітками на першому занятті. Підлітки пригадують свої очікування, співставляють їх із тим, що вони отримали на заняттях. Якщо очікування виправдались, кораблики

пускаються у плавання, а якщо ні – залишаються біля «Берега надій»; якщо щось перевершило очікування школярів, це записується на стікері у вигляді кораблика та фіксується на плакаті.

Ритуал прощання.

Тема «Позитивні активності в нашому житті»

Заняття 9.

Вправа «Позитивні активності»

Мета: розвиток навичок групової взаємодії, активізація творчого мислення; стимулювання позитивних активностей у житті підлітків.

Процедура проведення. Кожен учасник на папері фіксує улюблені заняття, захоплення, навчальні предмети. Наступний крок - учасники об'єднуються в пари та виявляють спільні інтереси та захоплення. Далі - кожна пара по черзі презентує свої захоплення, відмічає у себе на аркуші ті інтереси, що повторюються з інтересами інших пар. На фліп-чарті фіксуються спільні для усієї групи інтереси.

Обговорення: Що нас з вами об'єднує? Чи допомагають спільні інтереси легше та спільні активності легше порозумітися?

Інформаційне повідомлення «Позитивні активності у нашому житті»

Мета: мотивація підлітків до активної діяльності та до позитивних змін у своєму житті.

Процедура проведення. Увага підлітків скеровується на те, щоб вони зрозуміли, що тільки активність та дія може змінити життя та забезпечує можливість отримати те чого бажає підліток. Проводимо аналогію з тим, що приклавши зусилля та навчившись переборювати свої страхи, справлятися з неприємними спогадами та ін., діти змінили якість свого життя на краще. Активності необхідно проявляти до усього, що ми хочемо змінити, або отримати.

Вправа «Вибір приємних справ»

Мета: мотивація підлітків до активної діяльності та до позитивних змін у своєму житті.

Процедура проведення. Діти заповнюють бланки та презентують свої напрацювання групі.

№	Мої мрії та бажання	План досягнення бажаного

Вправа «Ділянка землі» (керована візуалізація)

Мета: стимулювання до позитивних активностей у житті та налаштування на планування своєї діяльності; розвиток навички планування у досягненні своїх цілей.

Процедура проведення:

1. Діти займають зручні позиції у колі або будь-яке зручне місце у кімнаті.

Проводиться вправа на релаксацію.

2. Текст керованої візуалізації. Уявіть, що у вас є певна ділянка землі, на якій ви можете побудувати особистий будинок. Опишіть цю ділянку землі. Це може бути будь-яка ділянка... Яка погода вам уявляється, котра година, яка пора року, який у вас вигляд, у що ви одягнені? В якому віці ви себе відчуваєте; ваш настрій? Опишіть свою ділянку землі: яку вона має форму, розмір і т.п.? Який має бути ваш будинок? Як ви будете його будувати?

Далі супроводжується процес створення будівлі, при цьому розпитуються підлітки про деталі будівництва. Після уявного завершення будівництва ставимо запитання: - Який вигляд має будівля? Що ви відчуваєте, коли дивитесь на цю будівлю? Що б хотілося б змінити, добудувати? Запам'ятайте свою будівлю і коли будете готові, потягніться, як після сну, та відкрийте очі.

3. Малювання будівлі яка уявлялась в образі.

4. Обговорення. При обговоренні звертається увага на процес планування та досягнення мети.

5. Оформлення галереї будівель з образів підлітків.

Вправа «Календар приємних справ».

Мета: навчіння підлітків плануванню та формування навичок самоорганізації.

Процедура проведення:

Підлітки складають список справ які потрібно зробити та ті, які хотілося б зробити. Складають план своєї діяльності на найближчий тиждень, включаючи у нього реалізацію своїх бажань.

Вправа “Мої мрії”

Мета: формування позитивного бачення свого майбутнього та розвиток навичок перспективного планування.

Процедура проведення:

Підлітки складають список мрій. Це можуть бути реальні чи нереальні мрії, повсякденні бажання чи щось зовсім незвичне; мотивуємо підлітків до фантазування та креативності. Список має бути досить довгим (не менш ніж 25 пунктів). Біля кожної мрії/справи діти позначають дату виконання та отримують рекомендацію сховати написане на рік для аналізу. Проводиться аналіз того, що уже відбулось і що потрібно зробити, щоб усі мрії здійснились. Підлітки отримують рекомендацію виконувати цю вправу щорічно (перед Днем народження чи Новим роком та ін.).

Ритуал прощання «Кульки побажань»

Мета: закріплення позитивних налаштувань підлітків на своє майбутнє; оптимістичне завершення першого навчального модуля.

Процедура проведення: кожен учасник отримує повітряну кульку, пише на ній своє вміння, яке він отримав на заняттях та свою мрію. Кульки запускаються у політ.

Модуль 2. Формування копінгового ресурсу особистості підлітка.

Технологія подолання стресових життєвих ситуацій «BASIC PH»

Тема: *«Міст над прірвою. Стратегії виходу із складних життєвих ситуацій»*

Заняття 1.

Ритуал привітання. Кожне нове заняття починається із запропонованого підлітками привітання.

Вправа «Бінго»

Мета: формування позитивної самооцінки, усвідомлення своєї унікальності та унікальності кожної людини; позитивне налаштування на роботу.

Процедура проведення

1. Кожному підлітку видається аркуш паперу А4 формату; аркуш складається вертикально навпіл; без використання ножиць тільки руками, потрібно “вирізати” фігурку «Бінго» – силует людини.

2. Кожен учасник пише на «Бінго» свою мрію, захоплення, улюблену музику, улюблену страву та місце відпочинку.

3. Учасники рухаючись по кімнаті, спілкуються та з'ясовують, що у них є спільного із іншими учасниками групи; фіксуючи це на силуеті «Бінго».

4. Обговорення: Чи є такі учасники, в яких співпали всі позиції? У кого збіглася одна позиція, дві, три і т.п.? Про що ми можемо зробити висновок, аналізуючи цю вправу? Що допомагає людям пізнавати одне одного?

Вправа «Правила роботи нашої групи»

Мета: підтримання дисципліни у групі та розширення уявлення підлітків про особливості роботи групи.

Процедура проведення

1. Розповідь для активізації уваги учасників «Історія про рай і пекло».

2. Обговорення: Що відрізняло людей в одній кімнаті від тих, що були в іншій? Що допомогло людям у раю бути щасливими?

3. Прийняття спільних правил роботи групи. Правила фіксуються на фліп-чарті та залишаються протягом усього модуля на видному місці у кімнаті.

Інформаційне повідомлення «Експеримент про можливості та віру»

Мета: формування у підлітків розуміння взаємозв'язку між позитивним мисленням щодо ситуації, концентрації на позитивному проектуванні розвитку події та її позитивному вирішенні.

Процедура проведення:

1. Практична вправа візуалізації смакування лимону та тілесних відчуттів які з'являються. Обговорення своїх відчуттів підлітками.

2. Приклад застосування методів візуалізації та віри в перемогу у підготовні спортсменів збірної України з греблі.

3. Приклад використання механізму впливу «ефекту плацебо» у медицині та медичних дослідженнях.

4. Обговорення.

Мозковий штурм «Шляхи виходу із складних життєвих обставин»

Мета: мотивувати підлітків до активності у вирішенні стресових та складних життєвих ситуацій.

Процедура проведення:

1. Обговорення, що є складними та стресовими життєвими ситуаціями.
2. Підлітки пропонують варіанти виходу із складних ситуацій, педагог фіксує усі відповіді на фліп-чарті. Відповіді учасників узагальнюються та групуються на три категорії: самостійне вирішення ситуації, пошук підтримки та порад від близьких людей та фахівців, втеча від вирішення ситуації.
3. Висновок до якого підводиться бесіда: тільки активна позиція та дія може допомогти у вирішенні ситуацій.

Інформаційне повідомлення «Міст над прірвою. Як сформувати стійкість до стресових ситуацій?»

Мета: ознайомлення підлітків із технологією виходу із стресових ситуацій та шляхів планованої самодопомоги.

Процедура проведення:

Зміст повідомлення висвітлено у 1 розділі, ст 65-66; повідомлення супроводжується презентацією у програмі Microsoft Power Point.

Очікування учасників групи «Дерево очікувань»

Мета: визначення кожним учасником чіткого розуміння того, що він хотів би отримати від зустрічі (інформація, навички, розуміння).

Процедура проведення: учасники записують свої очікування на стікерах у вигляді листків дерева, по черзі виходять, озвучують та прикріплюють на крону дерева (ватман із зображенням дерева, що закріплений на фліп-чарті). Ведучий узагальнює потреби групи.

Вправа «Можливості та варіанти подолання труднощів» (з використанням колод асоціативних метафоричних карток «Core», «Resilio»)

Мета: ознайомлення підлітків із внутрішніми ресурсами, які допомагають емоційно впоратися, як із звичайними так і стресовими ситуаціями; розширення арсеналу копінгового ресурсу підлітків.

Процедура проведення:

1. Розкладається в ряд шість карт, що представляють різні категорії моделі «BASIC PH». Розповідається учасникам про кожну з цих карток та стратегії, які символізує картка.

2. Пропонується пригадати учасникам стресові ситуації, які були останнім часом у них, або у їх знайомих. Кожен учасник розповідає ситуацію.

3. Відбувається поділ учасників на пари. Кожна пара учасників обирає собі ситуацію (із розповідей учасників групи) та буде шукати шляхи до її рішення. Кожна пара витягує із колоди метафоричних карт «Resilio» 6 карток, вони і будуть підказками для підлітків у пошуках конструктивних рішень.

4. Питання які обговорюються при роботі з метафоричним картками: що зображено на картці, яку дію виконують зображувані на ній люди? Як це можна застосувати для вирішення вашої ситуації? Усі свої варіанти підлітки записують.

5. Підлітки витягують ще по 3 картки з колоди «Resilio» (використовуються картки із зображенням тварин). Запитання для обговорення: які тактики у вирішенні стресової ситуації використовує ця тварина? Як ця тактика може допомогти у вирішенні ситуації? Коли людині варто використовувати цю тактику? Відповіді підлітки фіксують на папері.

6. Діти презентують свої напрацювання. Група визначає до якого типу копінг-поведінки із системи «BASIC PH», відносяться запропоновані тактики вирішення ситуації.

Домашнє завдання «Список виходу із складних ситуацій».

Підліткам необхідно записувати у спеціальному бланку, свою копінг-поведінку у привішенні складних ситуацій.

Ритуал прощання. Підлітки самі пропонують варіант завершення заняття.

Тема «Віра, як один із шляхів до стресостійкості»

Заняття 2

Вправа «Передай усмішку по колу».

Мета: формування позитивного налаштування на роботу учасників групи.

Процедура проведення: учасники утворюють коло та беруться за руки; за часовою стрілкою перший учасник повертається до сусіда із словами: «Я дарую тобі

свою усмішку», при цьому усміхається. Наступний учасник повторює це іншому учаснику та ще додає свої побажання і так далі продовжується гра по колу.

Інформаційне повідомлення «Віра та стресостійкість»

Мета: інформування підлітків щодо «віри», як психологічного феномену.

Процедура проведення:

1. Обговорення поставлених запитань: «Що означає слово віра? Чи завжди «віра» має релігійний підтекст? Чи відомі вам випадки віри, що допомогли у вирішенні ситуації».

2. Тескт повідомлення: «У психологічному словнику дано таке поняття «віри» - це «рішуче, що перевищує силу зовнішніх фактичних і формальнологічних доказів, визнання чого-небудь істинним». У християнській традиції, за словами св. апостола Павла, «віра то підстава сподіваного, доказ небаченого». Феномен віри є важливою характеристикою психіки людини, що впливає на формування його особистості і поведінки. Але віра буває різна, і вірять люди в різні речі, так як людина вільна у виборі об'єкта віри. Багато людей вірять в природу, в силу інтелекту, в людини, в космічний розум, НЛО, в Бога, за відсутності Бога, в себе, власні сили, успіх справи. У різних підходах до вивчення віри відображаються її різні грані, характеристики і смисли. Для одних віра являє собою сильне емоційне переживання, для інших - віра є установкою свідомості, через яку переломлюються наші сприйняття подій, людей, самих себе. Саме завдяки вірі людина легше переносить життєві кризи, здатна подолати страхи. У кожній релігії існує своя система цінностей, канонів, обрядів, ритуалів, які дозволяють людині організувати своє життя, задати перспективу її розвитку і способи виходу з кризових ситуацій. А у психологічній науці також є певні вправи, що допомагають розвивати в собі віру, яка допомагає зберегти себе, вистояти в низці життєвих випробувань. Саме про таку віру ми сьогодні будемо розмовляти».

Вправа «Історії мого роду»

Мета: підсилити віру підлітків у себе, свої можливості та свої сильні сторони особистості у подоланні труднощів.

Процедура проведення:

1. Вступна бесіда про сімейні історії, про славетних та героїчних пращурів.
2. Підлітки діляться своїми родинними історіями.
3. Підлітки визначають, які ж якості характеру допомогли їх родичам справитись із ситуаціями, які були висвітлені у історіях. Висновок до якого підводиться бесіда: «якщо ця якість притаманна моїм родичам, то вона є і у мене, просто не було нагоди, щоб вона проявилась».

Інформаційне повідомлення «Історія двох склянок. Саногенне мислення»

Мета: орієнтація підлітків на пріоритетність позитивного мислення; знайомство із схемою формування позитивних та негативних емоцій.

Процедура проведення:

1. Виставляється на стіл склянка на половину заповнена водою. Запитання для обговорення: «Що стоїть на столі? Скільки води у цій склянці?»
2. Проводяться паралелі між визначенням наповненості стакану та сприйняттям людиною життєвих ситуацій (саногенне та патогенне мислення).
3. Перегляд відеоролику «Самонавіювання». Обговорення: «Який висновок можна зробити із цього відео?»
4. Представляється схема формування емоційного стану людини: подія – думка (когнітивна оцінка ситуації) – емоція.

Вправа «Переформатування думок»

Мета: формування навички позитивного та різностороннього оцінювання ситуації; формування вміння керувати своїм настроєм.

Процедура проведення:

1. На прикладі однієї негативної думки, підліткам демонструється те, як думку можна переформулювати в оптимістичну, та яка не буде викликати смутку та інших негативних емоцій.
2. Підлітки заповнюють бланки (проводиться робота індивідуально кожним учасником групи) змінюючи не конструктивні думки на більш позитивні.

№	Негативна думка	Варіанти позитивних думок

3. Обговорення особистих напрацювань підлітків.

Домашнє завдання. Відпрацювати навички зміни деструктивних думок на конструктивні та позитивно спрямовуючі.

Ритуал прощання.

Заняття 3.

Тема «Почуття та емоції, їх роль у формуванні стресостійкості»

Вправа «Піца-масаж»

Мета: зняття фізичного та емоційного напруження перед початком заняття; формування навичок комунікативної взаємодії.

Процедура проведення. Група поділяється на пари і по черзі один одному роблять масаж на спині за уявною картинкою: розминають тісто, розкачують млинець, розкладають начинку і т.п.. Потім підлітки міняються місцями. По закінченню - обмін враженнями.

Вправа «Каракулі»

Мета: научіння прийомам емоційного розвантаження та зниження тілесного напруження.

Процедура проведення:

1. Підлітки стоячи окреслюють перед собою уявний аркуш паперу, на всю ширину рук та використовуючи уявний олівець малюють непереривною лінією каракулі у просторі уявного аркуша. Малюнок виконується почергово правою рукою, потім лівою, а потім – обома руками.

2. Підлітки сідають за стіл та за сигналом педагога, безперервною лінією малюють каракулі на аркуші А-4 формату.

3. Пропонується уважно роздивитися власний малюнок, з метою пошуку фігур чи образів; знайдені фігури обводяться контуром; фігури розфарбовуються та створюється цілісний образ; малюнку дається назва.

4. Обговорення.

Вправа «Сейф»

Мета: формування навички корегувати свій настрій та справлятися з негативними емоціями.

Процедура проведення:

1. М'язеве розслаблення.
2. Уявлення негативної події як запис фільму, який ви продивляєтесь на моніторі свого комп'ютера.
3. Завантаження уявного фільму про неприємну подію на флеш-носій; уявлення сейфу в якому зберігається флеш-носій.
4. Малювання сейфу та обговорення.

Вправа «Скриня позитивних емоцій»

Мета: формування навички корегувати свій настрій та справлятися з негативними емоціями через стимулювання позитивних пригадувань.

Процедура проведення:

1. Виставляється на стіл скринька із усілякими дрібничками, кожна дрібничка асоціюється із якоюсь подією. Почергово дістається із скриньки якийсь предмет та розповідається про приємну подію у житті, яка пов'язана із цим предметом.
2. Підлітки пригадують та малюють (ліплять) предмет, який асоціюється із приємною у житті подією.
3. Діти демонструють свої напрацювання та розповідають короткі історії про походження зображуваних предметів.
4. Висновок. У кожної людини є багато позитивних подій у житті, але чомусь, коли людині погано, вона звертає увагу та пригадує усе погане що з нею траплялось, забуваючи про гарні та позитивні ситуації. Така скринька гарних предметів може допомогти у ситуаціях, коли у вас поганий настрій.

Домашнє завдання. Підлітки формують особисту скриню щастя та позитивних емоцій та приносять на наступне заняття.

Ритуал прощання.

Заняття 4.

Тема «Я та інші. Спілкування, як важливий фактор вправління у складних ситуаціях.»

Вправа «Потяг»

Мета: згуртування учасників групи; створення позитивного емоційного налаштування на роботу; формування навичок комунікативної взаємодії.

Процедура проведення:

Діти розподіляються на дві команди; кожна команда шикується паровозиком; той підліток, що стоїть ззаду, тримає того, хто стоїть попереду, за талію; усі закривають очі, окрім перших, які повільно починають рухатися. Завдання першого – обережно та мовчки вести «потяг», оминаючи перешкоди та не зіштовхуватись із іншим потягом. Завдання для інших - максимально точно відтворювати рухи того, хто стоїть попереду. Учасники обмінюються почуттями, враженнями після завершення вправи та після того, як займуть свої місця у колі.

Вправа «Написання історії: від історії особистої до історії групи»

Мета: допомога в усвідомленні того, що труднощі легше долати коли є підтримка та однодумці; формування вмінні працювати в команді.

Процедура проведення:

1. Підлітки витягують по 5 метафоричних карток та отримують завдання скласти розповідь з певним сюжетом взявши за основу сюжети карток. Презентують свої історії.

2. Формується дві групи. Представник кожної групи витягує із колод по 5 карток. Завдання для груп: скласти за сюжетом картинок спільну розповідь. Підлітки представляють свої напрацювання.

3. Обговорення: «Як легше писати історію самотійно чи у групі? Який висновок можемо зробити?».

Притча «Лицар та дракон»

Мета: стимулювати учасників до розуміння необхідності конструктивного спілкування.

Процедура проведення:

Йшов лицар по пустелі. Довгим був його шлях та залишився у нього тільки меч. Лицар довго блукав по пустелі, тому був голодний та злий, його мучила спрага. Раптом він побачив водойму. Зібрався він із силами та підійшов до води. Та побачив лицар дракона, який сидів біля самісінького озера. Лицар вихопив меч і з останніх сил

почав битися з чудовиськом. Бились вони протягом двох діб. На третю добу дракон упав без сил, а поряд із ним - виснажений лицар. І тоді з останніх сил дракон запитав:

- Лицар, а ти чого хотів?

- Води попити.

- Ну , так і пив би ...

Обговорення: «Яка філософія цієї притчі?».

Вправа «Люди мого життя»

Мета: формування установки на пошук підтримки у складних життєвих ситуаціях.

Процедура проведення:

1. Проводиться поділ групи на пари.

2. На столі розкладається каміння (різної структури та різної форми) та інші символічні предмети. Учасники групи вибирають із них той, який буде позначати їх самих. Далі, кожен учасник підбирає каміння, яке буде символізувати людей із його оточення. Підліткам необхідно пригадати та визначити, що кожна людина дала або дає у даний період часу, яку роль відіграє (відігравала) в житті підлітка.

3. У парах проходить обговорення. Підлітки діляться один з одним розповідями про людей із свого оточення та тим, що вони отримують від цих людей у взаємодії (розуміння, повагу, любов і т.п.).

4. По завершенню вправи, кожен учасник забирає собі камінчик, який асоціювався з його особистістю.

Домашнє завдання: підлітки складають список людей, до яких можуть звернутись про допомогу.

Заняття 5.

Тема «Уява людини та її вплив на емоційну стабільність у стресовій ситуації».

Вправа «На березі моря»

Мета: навчіння підлітків технікам візуалізації з метою саморегуляції емоційних станів.

1. Пропонується дітям уявити, що вони знаходяться на березі моря; збирають морське каміння, кидають його у воду, спостерігають, як воно летить по поверхні води та зникає під морською хвилею; заходять у воду і плескаються та граються водою; пливуть та насолоджуються відчуттям води на своєму тілі. Уявляють, як виходять на берег, лягають на теплий пісок і відпочивають, та гріються на сонечку. Візуалізація супроводжується записом шуму моря.

2. Обговорення.

Інформаційне повідомлення «Уява людини та її вплив на емоційну стабільність»

Мета: інформувати підлітків про діяльність психічної сфери людини та показати взаємозв'язок уяви та емоцій, що формують настрій людини.

Процедура проведення:

Уява – це психічний процес створення людиною нових образів на основі її попереднього досвіду. Уява породжується потребами, що виникають у житті людини, і насамперед, потребою змінити ті чи інші предмети навколишнього світу. Людина не може розпочинати діяльність, не уявивши собі готовий результат. Така психічна діяльність, як опрацювання травматичного досвіду, також відбувається через уяву. Труднощі з'являються, якщо людина застрягає на негативному уявленні, чи позбавлена можливості уявити альтернативний результат, сформувати інакше бачення ситуації, як при стресі. Також може виникати нав'язливе уявлення загрози, небезпеки і неприємностей, які чекають людину у майбутньому. Відокремити процес уяви від процесів відчуття і пам'яті, а також мислення не так уже й легко. Уява, як і мислення, виникає в проблемній ситуації, тобто тоді, коли потрібно віднайти нове рішення. Описані факти вказують про те, що «переписавши» якийсь негативний або неприємний епізод в уяві та додавши йому позитивного забарвлення, можемо впливати на свій емоційний стан та формувати загальний настрій. Це можна підтвердити експериментом, який зараз проведемо.

Вправа «Керована візуалізація. Смакуємо лимон»

Мета: навчіння підлітків технікам візуалізації з метою саморегуляції емоційних станів; усвідомлення ними особливої ролі уяви в подолання негативних особистісних переживань.

Процедура проведення:

1. Техніка м'язевого розслаблення.

2. Візуалізація може проходити як із закритими, так і відкритими очима. Підлітки уявляють себе вдома на кухні, сидячи за столом. Перед ними тарілка з цілим лимоном; вони уявляють, як беруть ніж та розрізають лимон навпіл; беруть частину лимону та кусають його; увага концентрується на смакові, ароматі лимона, тактильних відчуттях (описується яка шкірка на дотик і т.п.).

3. Запитання для обговорення: «Які тілесні відчуття з'явилися у вас під час уявлення смакування лимону?»

4. Висновок: підсвідомість людини не вирізняє реальні ситуації та ситуації, що гарно уявляються, саме тому емоційні та тілесні реакції у двох випадках – однакові. Цю особливість людської психіки можна використовувати для подолання наслідків травматичних ситуацій.

Вправа «Стоп думка!»

Мета: формування навички призупинення негативних емоцій, переживань та думок.

Процедура проведення:

1. Кожен підліток пригадує (про себе) негативну ситуацію (думку); пригадування відбувається із найменшими деталями; концентрація на відчуттях від час пригадувань.

2. Далі – хлопок в долоні та одночасне проговорення фрази «Стоп думка!».

3. Обговорення відчуттів учасників групи.

Вправа «Зміщення фокусу уваги»

Мета: формування навички призупинення негативних емоцій, переживань та думок.

Процедура проведення:

Вправа є логічним продовженням вправи «Стоп думка!». У цій вправі увага зміщується із негативних думок на зовнішні об'єкти які є в полі зору дитини. Прикладом може бути опис шафи, що знаходиться у кімнаті (опис проводиться із найменшими деталями: величина, об'єм, колір, дверцята, ручки і т.п.). Наступним етапом є концентрація уваги за звуках (наприклад як шумить дерево за вікном, які пориви вітру і т.д.). Далі задіюємо тактильні відчуття. З цією метою підлітки обирають собі будь-який предмет із корзини (у корзині предмети із природнього та штучного матеріалу, які мають різну структуру та є різними за величиною) та описують його із закритими очима.

Обговорення: «Чи вдалось вам відволіктись та забути про неприємну подію під час проведення цієї вправи?; Як і коли ви можете застосовувати цю вправу?»

Вправа «Група підтримки»

Мета: розвиток навичок візуалізації та активного використання уяви у вирішенні життєвих ситуацій.

Процедура проведення:

1. Кожен підліток визначає улюбленого та значимого героя фільму чи літературного героя; розповідає про нього групі (опис особистісних якостей героя, його вмінь і т.п.)
2. Бажаючі учасники описують складну життєву ситуацію із свого життя, або життя своїх друзів.
3. Кожен учасник уявляє та розповідає у колі як би відреагував (повів себе) їх улюблений герой на цю ситуацію.
4. Усі можливі реакції записуються на фліп-чарті та узагальнюються ведучим.

Домашнє завдання. Розбір індивідуальної складної ситуації за схемою із вправи «Група підтримки»

Заняття 6.

Тема «Навички аналітичного мислення у подоланні стресових ситуацій»

Вправа «Мікрофон»

Мета: зняття міжкомунікативного напруження перед початком занять; закріплення матеріалу минулого заняття.

Процедура проведення: по колу передається мікрофон; кожен учасник у кого в руках з'являється мікрофон має розповісти чого він навчився на минулому занятті. По завершенню кола підлітки усі разом проговорюють фразу «Ми молодці!»

Обговорення домашнього завдання.

Інформаційне повідомлення *«Конструктивний аналіз, як помічник у складній та стресовій ситуації»*

Мета: показати підліткам взаємозв'язок між типом мислення та подоланням стресової ситуації.

Негативні думки посилюють стрес. Існує два типи думок які посилюють напругу у стресових ситуаціях: перший тип думок викликає тривогу і страх та підсилюють рівень стресу, людина втрачає здатність раціонально мислити та діяти (домінантні думки при цьому типі мислення: «Я цього не зможу зробити»; «Все пропало. Мені кінець. Я все зруйнував»); думки другого типу заперечують важливість стресора (домінантні думки цього типу мислення: «Ну то й що, кого це хвилює?» «Мені байдуже, як мене оцінять», «Якось воно буде». Вплив думок на сприйняття ситуації цікаво відображено у східній притчі: «Король збудував величезний палац. В одній залі усі стіни було оздоблено дзеркалами. Одного вечора, ще до того, як у палаці оселилися люди, туди пробрався пес. Він зайшов до дзеркальної зали і завмер, побачивши навпроти себе кількох собак. Озирнувшись довкола, збагнув, що вони оточили його з усіх боків. Щоб налякати їх, він вишкірив зуби. Однак собаки не злякались, а теж вишкірилися. Тоді він загарчав, і вони також загарчали у відповідь. Собака почав сердито гавкати. Але собаки не відставали і гавкали не менш сердито. Що більше злився пес, то лютішими ставали його вороги. Вранці у дзеркальній залі знайшли нещасного мертвого пса. Він був там один. Ніхто з ним не бився, ніхто йому не загрожував. Він злякався свого відображення і загинув у боротьбі з самим собою.

Обговорення: Які думки можна порівняти з сердитими тваринами? Наведіть приклади негативних думок, що налаштовують на провал перед контрольною роботою, перед відповідальною зустріччю, чи підштовхують до конфлікту з батьками, друзями, вчителями?

Вправа «Визначаємо час для негативних думок»

Мета: формування навички аналізу негативних думок та установок; підвищення продуктивності протягом дня.

Процедура проведення. Кожного дня у певну годину підліток виділяє час для обдумування думок, що його турбували протягом дня, приділяючи цьому заняттю 15 хвилин. Якщо в дитини з'являються негативні думки протягом дня, вона робить собі установку: «Я буду думати та аналізувати думку (ситуацію) не зараз, а пізніше, у спеціально відведений для цього час». У відведений час підлітки можуть проаналізувати свої негативні думки за схемою:

Думка (ситуація)	Щоб сказав (зробив) у цій ситуації мій улюблений герой	Моя нова думка (реакція)

Вправа «Схема прийняття рішення»

Мета: розвиток навички пошуку варіантів вирішення ситуації та прийняття рішень.

Процедура проведення.

1. Підлітки працюють у парах. Педагог розкладає на столі 6 паперових пакетів в яких розміщено певні предмети та запрошує кожну пару обрати собі пакет. Перед початком повідомляє, що в пакетах є цукерки, фрукти та просто предмети.

2. Обговорення: Як ви обирали пакет? Чи була певна схема того, як ви приймали рішення?

3. Аналіз ситуації прийняття рішення за схемою у парах. Представлення напрацювань у групі.

Ситуація (короткий опис)					
Інформація про ситуацію					
Рішення 1		Рішення 2		Рішення 3	
Позитивні наслідки	Негативні наслідки	Позитивні наслідки	Негативні наслідки	Позитивні наслідки	Негативні наслідки
Вибір					

Інформаційне повідомлення «Тайм-менеджмент – помічник у складній ситуації»

Мета: ознайомлення підлітків з тайм-менеджментом та прийомами ефективного використання часу.

Тези інформаційного повідомлення:

1. Тайм-менеджмент, як процес свідомого контролю над кількістю часу витраченого на певний вид діяльності з метою збільшення самоефективності та працездатності людини.
2. Володіння часом – володіння своїм життям та успіхом.
3. Піраміда Франкліна (глобальні цілі життя, план на 5 років, план на рік, план на місяць, план на день).
4. Матриця Ейзенхауера у плануванні своєї діяльності.
5. Від мрій до постановки життєвих цілей.

Вправа «Мрії та цілі»

Мета: формування навичок планування та підвищення особистісної активності підлітка в досягненні цілей.

Процедура проведення.

1. Підлітки визначають та записують свою життєву мрію.
2. Підлітки прописують кроки (цілі), які необхідно зробити, щоб мрія здійснилася.
3. Бажаючі озвучують свої напрацювання.

Мозковий штурм «Помічники планування та поглиначі часу»

Мета: формування навичок раціонального використання часу.

Процедура проведення.

1. Підлітки по черзі дають відповідь на запитання: «Що заважає виконати заплановані вами справи протягом дня? Які у вас є поглиначі часу?»; відповіді фіксуються на фліп-чарті.
2. «Що можна зробити, щоб зменшити шкідливий вплив поглиначів часу?»; відповіді фіксуються на фліп-чарті.

Вправа «Метод АВС-планування»

Мета: навчіння підлітків розставлянню пріоритетів при виконанні запланованих завдань.

Процедура проведення.

Підлітки пригадують та фіксують у бланку усі справи, які були ними виконані протягом минулого дня. Усі справи розставляють у порядку пріоритетності та важливості у бланку.

А- найважливіші завдання	В – менш важливі	С – не важливі

Обговорення: «Чи допоможе такий розподіл завдань для виконання вами всього запланованого на день?»

Вправа «Родзинка»

Процедура проведення. Підлітки по колу відповідають на запитання: «Що стало родзинкою цього заняття та найбільше запам'яталось?»

Домашнє завдання: скласти план на тиждень.

Заняття 7.

Тема: «*Я господар свого тіла! Корисні навички подолання стресу*»

Вправа «Пантоміма»

Мета: зняття напруження та емоційне налаштування перед початком заняття.

Процедура проведення. Підлітки витягують картки із написаними словами, що означають якусь дію, при цьому не показуючи напис іншим учасникам групи; кожен по черзі зображує за допомогою жестів та міміки зміст написаного на картці, а інші члени групи – вгадують слово.

Обговорення домашнього завдання.

Інформаційне повідомлення «*Як наше тіло реагує на стрес?*»

Мета: інформування підлітків щодо впливу стресових факторів на організм людини.

Процедура проведення.

У стані хронічного стресу виявляються деякі специфічні симптоми, що характеризуються ознаками виснаження організму: виникають проблеми зі сном: важке засинання, часті пробудження серед ночі, ранкова втома; зниження загальної енергетики, втома, безсилля; з'являються больові відчуття: найчастіше болять голова, шия, плечі, спина, попереки, може з'являтися біль у животі, грудях, м'язах; турбують негативні думки; втрачається здатність радіти, отримувати задоволення; з'являється

почуття пригніченості, апатія, втрачається інтерес до всього того, що цікавило раніше; знижується імунітет; з'являються психосоматичні захворювання.

Мозковий штурм «Активності людини у стресових ситуаціях»

Мета: мотивування підлітків до активностей у вирішенні складних ситуацій.

Процедура проведення. Запитання для мозкового штурму: «Що може допомогти справитись із складною, стресовою ситуацією?». Відповіді фіксуються на фліп-чарті, по завершенню – узагальнюються ведучим.

Вправа «Сканування тіла»

Мета: формування розуміння підлітків щодо розширення активностей у своєму житті.

1. Підлітки мають намалювати відповіді на запитання: – Які частини тіла беруть участь у спілкуванні? – Які частини тіла беруть участь у харчуванні? – Які частини тіла беруть участь у навчанні? – Які частини тіла беруть участь у прогулянці, занятті улюбленою справою, фізкультурою?

2. Отримані малюнки витинають, щоб на іншому аркуші скласти з них людину. Зазвичай виходить людина, у якої певних частин тіла забагато, а інших - не вистачає. Саме цю невідповідність обговорює група.

3. Обговорення: «Які сфери життя можна виділити у підлітків? Як гармонізувати кожен зі сфер свого життя?»

Вправа «М'язева релаксація»

Мета: навчання прийомам тілесного та емоційного розвантаження.

Процедура проведення. Використовується текст прогресивної м'язевої релаксації за Є. Джекобсоном.

Вправи синхрогімнастики Хасая Алієва «Ключ».

Мета: розвиток навичок психофізіологічної саморегуляції.

Процедура проведення.

Інформаційне повідомлення: «Ключ» Х. Алієва - це методика, що спрямована на синхронізацію (збалансування) рухової активності людини з її психоемоційним станом. Автор вважає, що тіло обслуговує емоційні стани людини, тому ним були розроблені фізичні вправи, що допомагають відновитись після стресу; емоційно

підготуватись що ситуації, що викликає певну напругу (іспит, контрольна, зустріч, важлива розмова); зняти втому та напругу; розкрити творчі ресурсів особистості. Можемо навести приклад застосування цього методу у ситуації, коли людину бентежать неприємні думки, пригадування неприємної ситуації, або очікування чогось неприємного. У таких випадках, часто підлітки та й дорослі намагаються відсторонитись від цих переживань, заспокоїтись, відволіктись, особливо якщо ж переживання є занадто сильними та глибокими та стратегія захисту не працює, а неприємні емоції переповнюють. Х. Алієв пропонує не відгороджуватись від переживань, а побути в них, одночасно роблячи синхрогімнастику. Як же ці вправи впливають на наш емоційний стан? Протягом виконання вправ напруження знімається, а енергію, що вивільняється, можна спрямувати на розвиток та досягнення мрій.

Виконання вправ (супроводжується відео матеріалами).

1. Думки спрямовуємо на ситуація, яка викликає стурбованість.
2. Ідеомоторна вправа «Левітація рук»: закрити очі і уявити собі, що руки піднімаються догори (можна виконувати як сидячи, так і стоячи).
3. Вправа «Вільні рухи»: «відпустити» своє тіло та вільно рухатись по кімнаті, як це роблять маленькі діти та виконувати рухи схемою:
 - 30 секунд – повторювати будь-які повороти головою у приємному ритмі;
 - 30 секунд – повторювати будь-які рухи на рівні плечей у приємному ритмі;
 - 30 секунд – повторювати будь-які рухи у приємному ритмі на рівні нижче талії;
 - 30 секунд – повторювати будь-які рухи на рівні ніг у приємному ритмі.
4. Вправа «На морозі»: робити ритмічні махи руками, так, якби ми обіймали себе на морозі, щоб зігрітись (виконується протягом 1 хв.).
5. Вправа «Лижник»: ритмічні махи руками вперед-назад, імітуючи їзду на лижах (виконується протягом 1 хв.).
6. Вправа «Вис назад»: напружений, з певним відчуттям дискомфорту вигин спини назад; ноги трохи зігнуті в колінах; голову не закидати назад, а тримати рівно, руки покласти на живіт; розслабити шию та ритмічно рухати головою право-ліво

(виконується протягом 1 хв.). Відпускаючи напругу, увага концентрується на позитивних думках та бажаному вирішенні проблеми і т.п.

7. Вправа «Вис вперед»: зігнути тулуб вперед, кисті рук розслаблено звисають, повітря видихнути, розслабити попереk, дістати руками підлогу (виконується протягом 1 хв.).

8. Вправа «Карусель»: навколо вертикальної осі на рівні попереку ритмічно вимальовувати тулубом коло, руки розслаблені; виконується вправа спочатку у лівий бік, далі - у правий.

9. Вправа «Автоколивальні рухи»: руки витягнуті вперед, очі прикриті, уявіть, що ви у польоті; руки розходяться в сторони, дозвоьте своєму тілу довільно коливатись як у польоті; уявіть свій політ. Вправа виконується як сидячи, так і рухаючись по кімнаті.

Вправа «Дихання по квадрату»

Мета: відновлення рівноваги та спокійного збалансованого стану.

Процедура проведення. Вибираємо квадратний (прямокутний) предмет (двері, картина); концентруємо погляд на верхньому лівому куті – робимо вдих та рахуємо до 4; переводимо погляд на верхній правий кут – пауза рахунок до 4; переводимо погляд у нижній правий кут – видих на рахунок 4; переводимо погляд у нижній лівий кут – пауза на рахунок 4 і т.д.

Домашнє завдання: попрацювати самостійно над неприємними пригадуваннями (неприємною ситуацією) з використанням комплексу вправ синхронічної гімнастики.

Ритуал прощання.

Тема: *«Складні життєві ситуації, як можливості особистісного зростання».*

Заняття 8

Вправа «Хто «Я»?»

Мета: самопізнання та розвиток навичок комунікації учасників групи; формування емоційного налаштування на активну роботу у групі.

Процедура проведення.

1. На фліп-чарті вивіщується схематичний малюнок квітки ромашки із шести пелюсток, школярі перемальовують ромашку у робочі зошити та заповнюють кожну пелюстку відповідаючи на запитання «Хто Я?».

2. Підлітки поділяються на пари та знаходять спільні ролі.

3. Кожна пара презентує виділені спільні ролі, які записуються ведучим групи на фліп-чарті; висловлення узагальнюються та виділяються спільні ролі учасників тренінгової групи.

Інформаційне повідомлення «Життєві труднощі, як можливості самовдосконалення та формування міцності»

Мета: мотивація підлітків до саморозвитку та привнесення змін у своє життя.

Процедура проведення.

1. Основний напрямок повідомлення: інформування про «зону комфорту» людини та не бажання її залишати; стрес, як вихід із «зони комфорту»; вихід із «зони комфорту» та мотивація до змін. Метафора змін, це поїздка на велосипеді під гірку: це певні прикладені зусилля, для того щоб рухатись вперед.

Вправа «Я пригадую таку історію...»

Мета: формувати у підлітків вміння виділяти особистісні якості, які можуть стати підґрунтям у формуванні стресостійкості через аналіз життєвих ситуацій членів родини.

Процедура проведення.

1. Кожен учасник пригадує ситуацію (історію), яка переповідалась в родині про одного із її членів про те, як він вийшов із складної життєвої ситуації та які особистісні якості допомогли йому у цьому.

2. Обговорення: «Чи притаманна вам ця якість характеру, яка є у вашого члена родини? Що потрібно, щоб сформувати, посилити вам цю якість?»

Вправа «Шлях героя»

Мета: формувати у підлітків вміння пошуку вирішення життєвих ситуацій.

Процедура проведення.

- Складання історії із шести частин. Учасники поділяють аркуш паперу на 6 частин та заповнюють кожну частину аркуша (у вигляді малюнкового символ, або

словесного) за алгоритмом. Перша частина аркуша - вибір головного героя історії та його місця проживання. Друга частина – місія героя. Третя частина - хто або що може допомогти головному герою (якщо взагалі щось може допомогти)? Четверта картинка - що або хто є перешкодою на шляху героя історії до виконання його завдання чи місії? П'ята картинка: як герой долає ці перешкоди? Шоста картинка: що сталося в кінці, яке завершення історії? Тепер відповідно до кожного символу, необхідно скласти історію.

- Саморефлексія учасників за запитаннями: Який досвід отримав герой? Який повчальний зміст історії? Для чого потрібні труднощі?

Домашнє завдання: визначити схожість та відмінність героя своєї історії із собою; визначити сильні сторони героя та зазначити риси, яким варто навчитись у героя історії.

Ритуал прощання

Заняття 9. Від мрій до постановки життєвих цілей

Мета: формування позитивного бачення підлітками свого майбутнього, формування моти

Вправа «Який/яка «Я»?»

Мета: зниження міжкомунікативного напруження перед початком занять; формування навичок самопізнання та розвиток впевненості у собі.

Процедура проведення.

1. Перед підлітками розкладаються картки із зображенням тварин «Resilio», картки зображенням перевернуті до низу. Діти обирають по три картки. Завдання: назвати тварину, назвати сильні сторони цієї тварини у ситуації небезпеки; визначити як ця якість може проявлятися у світі людей; що потрібно зробити, щоб цю якість розвинути в собі, як свій копінг-ресурс.

Інформаційне повідомлення «Від мрій до постановки життєвих цілей»

Мета: формування уявлення та розвиток навичок у підлітків щодо планування у досягненні поставлених цілей.

Процедура проведення.

Чи мріяли ви колись? Так? А чи завжди ваші мрії здійснювались? Тому сьогодні поговоримо про кроки, які перетворюють мрію (бажання) на ціль. Взагалі-то мрії, бажання і цілі відрізняються між собою, але мають і дещо схоже. Як ви розумієте поняття: мрія, бажання та ціль? (відповіді фіксуємо на фліп-чарті). Мрії непостійні і глобальні, іноді фантастичні! Але вони мають право не здійснюватися. Проте мріяти не шкідливо і дуже приємно! Бажання виникають періодично, є більш постійними і предметними, можуть здійснюватися, а можуть обійти вас стороною. І це залежить від того, чи людина просто бажає чогось, чи вона робить кроки на шляху до здійснення задуманого. Ціль – це саме те, що перетворює будь-яку мрію або бажання на реальність. Вона конкретна, здійсненна, постійна і має часові рамки. Розумієте різницю? Так, вона звісно є! І поки ваша мрія, або бажання не має ознак цілі, то нічого не зміниться.

А щоб зрозуміти як трансформувати мрію у ціль виконаємо певну вправу.

Вправа «Ділянка землі»

Мета: формування навички планування та проектування підлітками свого майбутнього.

Процедура проведення.

1. Вправа може проводитись у двох варіантах: перший – уявлення у стані релаксації з наступним малюванням або розповіддю про уявний образ; другий – проводиться навіювання певного образу, а підлітки зразу починають малювати цей образ.

2. Текст образу: «Уявіть собі, що у вас є ділянка землі, на якій ви можете побудувати свій будинок. Це може бути будь-яка ділянка, яку ви бачили, або яку малює вам ваша уява. Все, що уявляється – це все добре. Як тільки ви щось уявите, скажіть про це (або почніть малювати). Яка погода в вам уявляється у тому місці? Який час доби? Пора року? Який ви маєте вигляд у цьому образі? В якому віці ви себе відчуваєте? Який у вас настрій? Який вигляд має ділянка? Якої вона форми? Якого розміру? Що ви хочете побудувати на цій ділянці? Як ви це робите? Далі педагог

проводжує супроводжуючи процес побудови будинку, при цьому розпитуючи про деталі.

3. Після уявлення образу прободимо бесіду за такими запитаннями:

- Що вам сподобалось у образі?
- Чи були моменти, які вам не сподобались, здивували вас, були неочікуваними для вас?

4. У будь-якій діяльності потрібен план та розуміння послідовності того, що нам потрібно зробити для досягнення бажаного. Щось схоже на побудову будинку в уяві. Давайте спробуємо визначити які ж у вас є бажання та побудувати план реалізації бажаного. Підлітки складають список бажань (на один рік). На одному конкретному прикладі вибудовується почерговість реалізації задуманого та отримання бажаного. Далі – підлітки працюють над побудовою плану щодо реалізації своїх особистих бажань.

5. Обговорення.

Вправа «Чарівний базар»

Мета: формування вміння аналізу особистісних якостей; формування мотивації до роботи над собою з метою розширення особистісних якостей, які забезпечать підліткові досягнення своїх цілей.

Процедура проведення.

1. Підліткам пропонується «відвідати» чарівний базар, на якому вони можуть придбати позитивні емоції та риси характеру в обмін на власні якості, які заважають підліткам в досягненні їх цілей. Продавцем виступає педагог. Якщо виникають труднощі із ідентифікацією особистісних якостей, педагог пропонує картки із яких можна обирати притаманні та бажані особистісні якості.

2. Так дійсно, на чарівному базарі можна отримати ті якості, які є бажаними для нас, але чи можливо це у реальному житті?! Так у реальному житті ми повинні прикласти певні зусилля, щоб розвинути у собі бажану якість характеру. Оберіть із свого списку найбажанішу рису характеру (якість), яку ви придбали на чарівному базарі та напишіть план розвитку в соці цієї якості. Так ви перейдете від простої мрії

до запланованої роботи над собою з метою отримання якості, яка допоможе вам справлятися із життєвими труднощами.

3. Обговорення напрацювань підлітків.

Вправа «Дерево мого успіху»

Мета: закріплення підлітками позитивного образу свого «Я»; формування мотивації до самовиховання та саморозвитку.

Процедура проведення.

1. Намалювати дерево (обрати із запропонованих карток з малюнками дерев) яке асоціюється із своєю особистістю.

2. На стікерах-листочках двох кольорів підлітки пишуть свої якості які у них уже є та які їм допомагають справлятися із труднощами; та фіксують також ті якості, які потрібно розвивати. Стікерами-листочками прикрашається дерево., яке підлітки зтирають із собою, прикріплюють вдома на видному місці, як нагадування про те, що дерево свого успіху вони вирощують самі.

Вправа «Очікування групи від зустрічей «Дерево»

Мета: підведення підсумків тренінгу; структурування учасниками отриманих знань та навичок.

Процедура проведення: учасники записують на стікерах (у вигляді листків дерева) аспекти отриманого досвіду та озвучують їх. Доповнюють новими стікерами-листочками крону дерева та визначають, чи виправдались очікування (стікери із виправданими очікуваннями залишаються на своїх місцях, а ті що не виправдались, переміщуються вниз та символізують опале листя).

Ритуал прощання. Вправа «Погляд у майбутнє»

Мета: формування позитивного емоційного забарвлення завершення навчання.

Процедура проведення.

Підлітків просимо сформулювати пораду для своїх однолітків, у яких в даний життєвий момент є певні труднощі. Написати пораду на стікері, вложити стікер у надувну кульку, надути її та відпустити у небо, як послання-підказка для тих хто того потребує!

Додаток В

Тренінг для батьків

«Формування навичок підтримуючої поведінки у батьків, діти яких мають симптоми травматичного стресу».

Мета: усвідомлення батьками необхідності допомоги своїм дітям у подоланні наслідків посттравми; формування у батьків навичок підтримуючої поведінки у взаємодії з підлітками; формування розуміння щодо конструктивних особистих копінг-ресурсів та визначення активної ролі батьків у розвитку стрес-долаючої поведінки дітей.

Завдання:

1. Інформування батьків про особливості впливу травматичних життєвих подій на психофізичний стан дітей та підлітків.
2. Формування у батьків практичних навичок допомоги дітям у подоланні симптомів ПТСР (інтрузії, гіперзбудження та уникання).
3. Ознайомлення з технологією подолання стресу «BASIC PH».
4. Допомога у визначенні особистісного копінгового ресурсу та у визначенні шляхів формування конструктивного копіngu своїх дітей.
5. Формування у батьків навичок підтримуючої поведінки у взаємодії з підлітками.

Навчально-тематичний план тренінгу

№	Зміст заняття	Кількість часу (хв.)	Необхідне обладнання
Тема 1. Нормальна реакція на ненормальні життєві події. Травматичний стрес та його прояви у дітей та підлітків.			
1	Привітання	5	
2	Вправа «Метафора мого материнства (батьківства)»	25	Бейджі, маркери, папір, засоби для малювання
3	Очікування учасників групи «Дерево очікувань»	15	Плакат із зображенням дерева, кольорові стікери
4	Правила роботи групи		
5	Мозковий штурм «Стресові та травматичні події в житті дітей»	15	Фліп-чарт, маркери

6	Інформаційне повідомлення «Вплив травматичних та стресових подій на організм людини».	30	
7	Мозковий штурм «Наслідки впливу стресових та травматичних ситуацій на психофізичні стани дитини. Які зовнішні прояви внутрішніх переживань?» (презентація Microsoft Power Point)	20	Фліп-чарт, маркери
8	Блок вправ на подолання наслідків ПТСР (інтрузії, уникнення, гіперзбудження).		
	Дихальні вправи: «Дихання по квадрату», «Дихання дракона», «Діафрагмальне дихання».	20	
	Вправи на переключення уваги (зміщення фокусу уваги) через активацію сенсорних відчуттів людини. Вправа «Шишка»	20	
	Вправи когнітивного аналізу ситуацій. Робота у міні групах Вправа «Форматування думок»	20	
9	Вправа «Особисті кейси»	30	
10	Вправа «Настільний порадник підтримуючого батьківства»	20	Папір, засоби для малювання, маркери
Перерва			
Тема 2. Фактори адаптації у складних життєвих ситуаціях. Формування копінг-поведінки у підлітковому віці. Технологія подолання стресових життєвих ситуацій «BASIC PH».			
11	Вправа на комунікативну взаємодію учасників групи «Я гордий своїм вмінням...»	15	
12	Інформаційне повідомлення. Відео-притча «Все в твоїх руках»	10	Мультимедійний проектор
13	Інформаційне повідомлення «Фактори адаптації у складних життєвих ситуаціях. Технологія подолання стресу «BASIC PH».	10	
14	Тест для батьків на визначення особистого копінг-ресурсу «BASIC PH».	15	Бланки тесту
15	Вправа «Можливості та варіанти подолання труднощів» (з використанням колод асоціативних метафоричних карток «Core», «Resilio»)	25	Метафоричні картки «Core», «Resilio»
16	Мозковий штурм «Як допомогти дитині підсилити віру у позитивне вирішення ситуації?»	10	Фліп-чарт, маркери
17	Інформаційне повідомлення «Як формувати саногенне мислення у дітей?». Відеофільм «Самонавіювання»	10	Мультимедійний проектор

18	Вправа «Список ідей»	15	
19	Мозковий штурм «Як допомогти підлітку відреагувати негативні емоції та страхи?»	10	Фліп-чарт, маркери
20	Вправа «Я роблю так...»	15	
	Відеоролик К. Рабетті «Бодхисатва в метро»	5	Мультимедійний проектор
21	Інформаційне повідомлення «Тіло та стрес. Як допомогти собі та дітям?»	10	Мультимедійний проектор
22	Вправи на релаксацію та зняття м'язевого напруження. Вправи з методу «Ключ Алієва»	15	Мультимедійний проектор; спокійна музична композиція
23	Притча «Рицар та дракон»	5	
24	Вправа на розвиток комунікативної взаємодії «Я-повідомлення»	15	Бланки
25	Вправа «Я знаю, як допомогти моїй дитині справитись зі стресом!»	20	Бланки
26	Формування особистісного ресурсу батьків у підтримці своїх дітей. Вправа «Шлях героя»	20	Папір, засоби для малювання, маркери
27	Вправа на рефлексію «Дерево очікувань»	10	Плакат із зображенням дерева, кольорові стікери
	Завершення тренінгу.	5	
		8 годин	

Хід тренінгової зустрічі для батьків.

Привітання та представлення мети та цілей тренінгової зустрічі.

Вправа «Метафора мого материнства (батьківства)»

Мета: знайомства учасників між собою та зняття комунікативного напруження перед початком занять.

Процедура проведення: учасники називають своє ім'я та представляють асоціативний образ свого батьківства.

Очікування учасників групи «Дерево очікувань»

Мета: визначення кожним учасником чіткого розуміння того, що він хотів би отримати від зустрічі (інформація, навички, розуміння).

Процедура проведення: учасники записують свої очікування на стікерах у вигляді листків дерева, по черзі виходять, озвучують та прикріплюють на крону дерева (ватман із зображенням дерева, що закріплений на фліп-чарті). Ведучий узагальнює потреби групи.

Мозковий штурм «Стресові та травматичні події в житті дітей»

Мета: окреслити події у житті дітей, які можуть мати травматичний вплив.

Процедура проведення: учасники формулюють відповідь на питання: «Які події у житті дітей, які можуть мати травматичний вплив на їх психіку?»; відповіді озвучуються та фіксуються на фліп-чарті. Ведучий узагальнює відповіді учасників.

Інформаційне повідомлення «Вплив травматичних та стресових подій на організм людини» (супроводжується презентацією Microsoft Power Point)

Мета: ознайомити учасників з впливом травматичних та стресових подій на організм людини; окреслити наслідки впливу цих подій на психофізіологію дитини; визначити основні напрямки батьківської допомоги дітям у стресі.

Процедура проведення. Тези інформаційного повідомлення:

1. Реакції нервової системи на ситуацію стресу.

Представлення ПТСР у метафоричній формі: двійка коней запряжених у віз та під керівництвом кучера, це авторська інтерпретація, яка представлена у повному обсязі при описі тренінгових занять із педагогами [62].

2. Наслідки впливу стресової та травматичної ситуації на організм дітей та підлітків. Презентація результатів нашого констатувального дослідження. Інформування батьків про інтрузивні спогади, гіперзбудження та уникнення, як симптоматику ПТСР.

3. В чому сутність батьківської допомоги? Батьківська допомога у подоланні наслідків травматичних подій у житті своїх дітей, має складатись із допомоги в інтегруванні травматичних пригадувань про пережиту подію у простий життєвий досвід. Як це відбувається? Спробуємо зобразити у вигляді певної метафори, порівнявши мозок з діяльністю ПК. Під час переповідання (у звичних та різних креативних формах) травматичного сюжету історії, мозок переносить файли пам'яті про подію в «архів», надаючи їм відповідну позначку часу – мітку, що «це уже в минулому». Такий, на перший погляд, простий механізм зцілення травматичної пам'яті. Коли це відбувається, спогади про подію перестають переслідувати дитину, що в свою чергу допомагає знизити тривогу, що відображається позитивно на життєдіяльності дитини. Прийоми допомоги та підтримки дітям у подоланні травматичних переживань обговоримо далі.

Мозковий штурм «Наслідки впливу стресових та травматичних ситуацій на психофізичні стани дитини. Які зовнішні прояви внутрішніх переживань?»

Мета: визначити психофізичні прояви наслідків пережитого стресу

Процедура проведення:

- Діти та підлітки по особливому переживають травматичну життєву ситуацію. Через відсутність навичок обговорення та розуміння того, що робити із своїми внутрішніми переживаннями, через особливості віку, сильне емоційне потрясіння діти не демонструють відкрито свої відчуття та стани. Та наслідки стресових ситуацій проявляються на рівні емоцій дитини, її поведінки та мають характерні тілесні прояви. Мета дорослих помічати ці прояви.

- Які зовнішні прояви стресу ви помічали у своїх дітей? (відповіді фіксуються на фліп-чарті).

- Ведучий узагальнює відповіді учасників доповнюючи її презентацією Microsoft Power Point про прояви ПТСР у дітей за МКХ-10.

Блок вправ на подолання наслідків ПТСР (інтрузії, уникнення, гіперзбудження)

Загальна мета блоку: навчання батьків технікам допомоги дітям у подоланні проявів ПТСР, обумовлених травматичними подіями.

Вправа «Дихання по квадрату»

Мета: навчання технікам швидкого зняття стресового стану.

Процедура проведення: учасники займають зручну позицію та концентрують увагу на якомусь квадратному предметі в аудиторії. На вертикальних гранях квадрату треба робити вдих/видих, а на горизонтальних паузи. Вдих – пауза – видих – пауза. Необхідно виконувати протягом 5 хв. Відбувається контроль над диханням та тілом.

Вправа «Діафрагмальне дихання».

Мета: навчання технікам швидкого зняття стресового стану.

Процедура проведення: учасники займають зручну позицію. Роблячи вдих, намагаємось тримати грудну клітку нерухомою, під час вдиху та максимально «надуваємо» передню стінку живота. Під час видиху, втягуємо енергійно стінку

живота. Для зорового контролю та правильного виконання- руки фіксуємо на грудях і животі.

Вправа «Шишка»

Мета: зміщення фокусу з травматичного переживання та зниження рівня тривоги.

Процедура проведення:

- Пропонуємо кожному учаснику взяти із корзини якийсь предмет(шишка, камінець, м'ячик і т.п.). «Уявіть, що цей предмет ви бачите вперше. Роздивіться її уважно, кожен міліметр, кожену деталь, кольори, нерівності і т.п. Спробуйте відчутти предмет у руках, обстежте його руками. Візьміть предмет правою рукою та доторкайтесь ним мізинця лівої руки, притисніть предмет до мізинця, змінюйте силу натиску, концентруйте на зміні ваших тактильних відчуттів. Проробіть такі дії до кожного пальця правої та лівої руки.

- Обговорення відчуттів учасників групи.

Вправа «Форматування думок»

Мета: навчіння батьків прийомам допомоги підліткам у перефразування негативних думок, що впливає на зниження рівня тривоги дітей.

Процедура проведення:

- Формування мікрогруп. Учасники придумують спільну ситуацію, яка потребує вирішення та аналізують її, заповнюючи таблицю.

Опис ситуації	
Негативні думки, як і виникають в результаті ситуації	Корисні думки, які нейтралізують тривогу

- Представлення групових напрацювань.
- Обговорення: у яких ситуаціях, при вирішенні яких питань, ця техніка може бути корисною для вас та ваших дітей?

Вправа «Особисті кейси»

Мета: мотивація до необхідності використання зрілих поведінкових реакцій у спілкуванні з дітьми та поповнення батьками арсеналу конструктивних поведінкових стратегій взаємодії з підлітками.

Процедура проведення:

- Робота у мікрогрупах. Завдання: «Пригадати ситуації поведінковий реакцій дітей, які були вам не зрозумілими та викликали труднощі у формуванні конструктивної реакції з вашої сторони. Обговорити у групах ці ситуації. Групи запропонувати варіанти вирішення ситуацій».
- Представити у загальному колі одну ситуацію від кожної групи для загального обговорення та напрацювання шляхів ефективної реакції дорослих.
- Визначаємо коло проблемної поведінки дітей та підлітків, що пережили стресові та травматичні ситуації.

Вправа «Настільний poradnik підтримуючого батьківства»

Мета: формування арсеналу конструктивної взаємодії батьків зі своїми дітьми підліткового віку.

Процедура проведення:

- Визначивши у попередній вправі коло проблемних поведінкових проявів дітей, пропонуємо мікрогрупам розробити «Настільний poradnik підтримуючого батьківства», використовуючи засоби для творчості (папір, маркери, фарби, олівці і т.п.) Рекомендовані емоційні і поведінкові фактори для poradnika: злість, жорстокість, смуток, агресія, відчуження, неслухняність і т.п.
- Презентація мікрогрупами своїх напрацювань.
- Узагальнення роботи мікрогруп та інформування про помилкові дії дорослих у відповідь на проблемну поведінку підлітків: підвищення голосу, загрозливий тон, крик; демонстрація сили та батьківської влади («Буде так, як я скажу»), непохитне наполягання на своїй правоті; використання агресивних поз та жестів; сарказм, глузування, висміювання; втягування в конфлікт сторонніх людей; покарання або загроза покарання; оцінювання особистості дитини, а не її вчинку; не конструктивні узагальнення типу: «Ти, як завжди ..», «Ти ніколи не..».

Вправа «Я гордий своїм вмінням...»

Мета: концентрація учасників на своїх батьківських компетенціях; формування ресурсу батьківських ефективної батьківської взаємодії.

Процедура проведення: учасники по черзі завершують речення: «Я гордий своїм вмінням у взаємодії зі своєю дитиною....»

Інформаційне повідомлення. Відео-притча «Все в твоїх руках»

Мета:

Процедура проведення:

- Демонстрація відео-притчі. Короткий зміст притчі: Давним-давно, високо у горах жив Майстер, до якого люди частенько навідувались за порадою. Один підліток вирішив перевірити, чи дійсно старець настільки мудрий: «А чи є питання, на яке наш Майстер не зміг би дати відповідь?» Він піймав найкрасивішого метелика і сховав його між долонями. Він підійшов до Майстра і запитав: – Скажіть, який метелик у мене в руках: живий чи мертвий? Він міцно тримав метелика в зімкнутих долонях і був готовий будь-якої миті стиснути їх заради з'ясування істини. Не дивлячись на руки учня, Майстер відповів: – Все в твоїх руках.

- Обговорення по колу: «Як мораль цієї притчі пов'язана із нашою темою зустрічі?».

- *Висновок.* Коли ми зіштовхуємось із життєвими негараздами, з травмуючими подіями, катастрофами, ситуаціями, вони здаються непідвладними нам, особливо це стосується дітей та підлітків, у яких немає достатнього досвіду вирішення ситуацій. Але важливо пам'ятати, що наші реакції на кризові ситуації, фактично завжди знаходяться в наших руках. У цьому полягає сенс «подолання» кризи. Подолати - це значить побороти себе і спробувати успішно впоратися з наслідками горя, нещастя або іншої кризи. І в наших руках, руках дорослих знаходяться можливості для підтримки дітей у їх стресових ситуаціях. Кожен з нас від народження наділений певним природнім механізмом подолання криз, і кожен з нас виробляє навички вправління зі стресами в процесі накопичення життєвого досвіду. У дітей та підлітків цей механізм тільки формується. Тому вони потребують конструктивної підтримки зі сторони дорослих.

Інформаційне повідомлення «Міст над прірвою. Фактори адаптації у складних життєвих ситуаціях. Технологія подолання стресу «BASIC PH».

Мета: ознайомлення батьків із технологією виходу із стресових ситуацій та шляхів допомоги собі та своїм дітям.

Процедура проведення. Зміст повідомлення висвітлено у додатку 5. Повідомлення супроводжується презентацією у програмі Microsoft Power Point.

Тест для батьків на визначення особистого копінг-ресурсу «BASIC PH».

Мета: визначення актуальних копінгових стратегій батьків та створення мотивації та шляхів щодо розвитку не активної стрес-долаючої поведінки.

Процедура проведення:

- Проведення тесту; визначення особистісного переважаючого копіngu.

Вправа «Можливості та варіанти подолання труднощів» (з використанням колод асоціативних метафоричних карток «Core», «Resilio»)

Мета: ознайомлення з різними категоріями внутрішніх ресурсів, які допомагають емоційно впоратися як із звичайними так і стресовими ситуаціями; з'ясувати напрямки розвитку усіх складових копінг-ресурсу.

Процедура проведення:

- Розкладається в ряд шість карт, що представляють різні категорії моделі «BASIC PH». Розповідається учасникам про кожну з цих карток. Пропонується пригадати учасникам стресову ситуацію переселення їх із зони бойових дій та витягнути з колоди шість випадкових карт, розклавши їх у відповідності до технології. Проаналізувати та розповісти про зв'язок кожної картки з відповідною категорією «BASIC PH». За допомогою цих карток учасники розповідають про свої особисті стилі використання конкретної категорії внутрішніх ресурсів у стресі.

Учасники знову обирають картки із тих складових системи «BASIC PH», які не використовувались ними у стресі та узагальнюючи метафоричний зміст обраних карток, формують свій ресурс дії у стресі.

Мозковий штурм «Як допомогти дитині підсилити віру у позитивне вирішення ситуації?»

Мета: інтеграція отриманих знань під час виконання попередньої вправи щодо формування копінгового ресурсу у підтримуючу комунікацію із своїми дітьми.

Процедура проведення:

- Обговорення по колу: «Як отримані знання щодо стилів виходу із стресу можна використати для формування стресостійкості своїх дітей?».

Інформаційне повідомлення «Як формувати саногенне мислення у дітей?»

Мета: допомогти батькам зрозуміти значення позитивно спрямовуючого мислення та самонавіювання; відпрацювати навички саногенного мислення.

Процедура проведення:

- Перегляд відеоролику «Самонавіювання»
- Обговорення: «У чому повчальний зміст відеоролика?»
- Демонстрація світоглядної позиції людини на прикладі метафори із двома стаканами наповненими навпіл водою.

Вправа «Список ідей»

Мета: розвиток навичок саногенного мислення у батьків.

Процедура проведення:

- Батькам пропонується пригадати сімейні ситуації, у яких негативне спрямування думок було перешкодою у вирішенні ситуації. Сформулювати патогенні думки, що відповідали тій ситуації та переформулювати їх у відповідності до нового саногенного світогляду.
- Обговорення та презентація бажаними свого досвіду переформування думок.

Мозковий штурм «Як допомогти підлітку відреагувати негативні емоції та страхи?»

Мета: формування розуміння необхідності допомоги підліткам у відреагуванні негативних емоцій.

Процедура проведення:

- Батьки формулюють своє бачення щодо допомоги у відреагуванні негативних емоцій у своїх дітей, висловлюють їх; відповіді фіксуються ведучим на фліп-чарті. Узагальнення відповідей учасників.

Вправа «Я роблю так...»

Мета: обмін досвідом учасників про техніки аналізу складної ситуації зі своїми дітьми.

Процедура проведення:

- Поділ учасників на мікрогрупи. Учасники групи обговорюють ситуації конструктивного аналізу стресових ситуацій зі своїми дітьми. Формують перелік ідей.
- Представлення напрацювань у загальному колі.

Інформаційне повідомлення «Тіло та стрес. Як допомогти собі та дітям?»

Процедура проведення:

- Демонстрація відеоролика « Як стрес впливає на мозок та тіло».
- Висновок: вплив стресових факторів можна компенсувати та подолати. І одним із таких підходів є вправи тілесно-орієнтованої терапії та загалом постійна фізична активність людини.

Вправи на релаксацію та зняття м'язевого напруження.

Вправи з методу «Ключ Алієва»

Мета: презентація учасникам тренінгу прийомів тілесно-орієнтованої терапії у подолання стресових факторів.

- Відео ролик із демонстрацією методу «Ключ Алієва».
- Обговорення: «Чи вбачаєте Ви ефективність тілесних практик у подоланні та стресу та чи рахуєте за можливе застосовувати ці практики у своїй родині?»

Притча «Лицар та дракон»

Мета: стимулювати учасників до розуміння необхідності навчання навичкам безконфліктної взаємодії.

Процедура проведення:

- Йшов лицар по пустелі. Довгим був його шлях. По дорозі він утратив коня, шолом і обладунки. Залишився тільки меч. Лицар був голодний, і його мучила спрага. Раптом у далині він побачив озеро. Зібрав він усі сили і пішов до води. Але біля самого озера сидів триголовий дракон. Лицар вихопив меч і з останніх сил почав битися з чудовиськом. Добу бився, другу бився. Дві голови дракона відрубав. На третю добу

дракон упав без сил. Поруч пав і втомлений лицар, не в силах вже більше стояти на ногах і тримати меч.

І тоді з останніх сил дракон запитав:

- Лицар, а ти чого хотів?

- Води попити.

- Ну , так і пив би ...

• Обговорення: «Як ця притча може бути пов'язана із міжособистісним спілкуванням зі своїми дітьми?»).

Вправа на розвиток комунікативної взаємодії «Я-повідомлення» (Техніка Т.Гордона).

Мета: засвоєння технології зниження напруги у комунікативній взаємодії між батьками та підлітками.

Процедура проведення:

• Представлення моделі «Я повідомлень»:

- Коли я ... (опис ситуації).

- Я відчуваю ... (опис свого настрою, своїх емоцій, почуттів).

- Мені хочеться ... (опис бажань).

- Я починаю думати ... або Мені здається, що ... (опис думок з приводу того, що відбувається).

- Тому мені хотілося б ... або Тому мені було б приємно ... (конструктивну пропозицію з приводу виходу та / або дозволу ситуації).

• Поділ учасників на групи. Завдання: обрати тему та сформулювати «Я повідомлення».

• Представлення групових напрацювань.

Вправа «Я знаю, як допомогти моїй дитині справитись зі стресом!»

Мета: визначення батьками домінантних каналів вправлення їх дітей із стресами та розробка дієвих кроків допомоги дітям у розвитку усіх каналів подолання за «BASIC PH».

Процедура проведення:

- Пригадати ситуації коли діти вдало справились із складними ситуаціями та визначити, яким чином їм це вдалось;
- Визначити шляхи, враховуючи інтереси дитини та можливості родини для розвитку усіх складових подолання;
- Заповнити таблицю «Копінг-ресурс»

Домінантний канал виходу із стресу	
Копінг-канал	Шляхи допомоги у формуванні копінг-поведінки
Емоційний канал	
Когнітивний канал	
Система віровань та переконань	
Соціальна сфера	
Тілесний канал	
Сфера фантазії	

- Обговорення напрацювань у загальному колі.

Вправа «Шлях героя»

Мета: формування особистісного ресурсу батьків у підтримці своїх дітей; розширення розуміння щодо шляхів виходу зі стресу.

Процедура проведення:

- Складання історії із шести частин. Учасники поділяють аркуш паперу на 6 частин та заповнюють кожную частину аркуша (у вигляді малюнкового символ, або словесного) за алгоритмом. Перша частина аркуша - вибір головного героя історії та його місця проживання. Друга частина – місія героя. Третя частина - хто або що може допомогти головному герою (якщо взагалі щось може допомогти)? Четверта картинка - що або хто є перешкодою на шляху героя історії до виконання його завдання / місії? П'ята картинка: як герой долає ці перешкоди? Шоста картинка: що сталося в кінці, яке завершення історії? Тепер відповідно до кожного символу, необхідно скласти історію.
- Саморефлексія учасників за запитаннями:
 - Який досвід отримав герой?
 - Який повчальний зміст історії?
 - Для чого потрібні труднощі?
- Обговорення у колі учасників: як отриманий досвід та філософію героя можна застосувати у реальному житті своєї сім'ї?

Вправа «Дерево очікувань»

Мета: підведення підсумків тренінгу; структурування учасниками отриманих знань та навичок.

Процедура проведення: учасники записують на стікерах (у вигляді листків дерева) аспекти отриманого досвіду та озвучують їх. Доповнюють новими стікерами-листочками крону дерева та визначають, чи виправдались очікування (стікери із виправданими очікуваннями залишаються на своїх місцях, а ті що не виправдались, переміщуються вниз та символізують опале листя).

Додаток Г

Тренінг для педагогів

«Формування у педагогів навичок підтримуючої поведінки у дітей із постстресовими порушеннями».

Мета: усвідомлення педагогами необхідності допомоги підліткам у подоланні наслідків посттравми; мотивація педагогів до забезпечення атмосфери безпеки, спокою, приналежності та віри у власні сили травмованих дітей; формування у педагогів навичок підтримуючої поведінки у взаємодії з підлітками.

Завдання:

1. Інформування педагогів про особливості впливу травматичних життєвих подій на психофізичний стан дітей та підлітків.
2. Ознайомлення з моделлю психолого-педагогічної та соціальної підтримки дітей у навчальних закладах відповідно до світових стандартів.
3. Ознайомлення з технологією подолання стресу «BASIC PH».
4. Визначення педагогами особистісного копінгового ресурсу та розуміння шляхів формування конструктивного копіngu підлітків у навчальній та позаурочній діяльності.
5. Розвиток навичок підтримуючого педагогічного спілкування, що сприяє формуванню безпечного шкільного середовища травмованих дітей.
6. Формування педагогами особистісного кейсу навичок допомоги у розвитку конструктивної копінг- поведінки та здоров'язберігаючого копінг-ресурсу підлітків.

Навчально-тематичний план тренінгу

№	Зміст заняття	Кількість часу (хв.)	Необхідне обладнання
Тема «Школа як безпечне місце для дітей, що пережили травматичні події»			
1	Привітання. Представлення цілей та мети тренінгової зустрічі.	10	Презентація; бейджі, маркери,
2	Вправа «Інтерв'ю»	25	
3	Мозковий штурм «Прийняття правил роботи групи».	15	Фліп-чарт, маркери
4	Вправа на рефлексію «Мої очікування»	20	бланки відповідно до числа учасників, із

			незакінченими реченнями
5	Інформаційне повідомлення. «Травмуюча подія та її наслідки для дітей та підлітків»	15	Мультимедійний проектор
6	Мозковий штурм «Наслідки впливу стресових та травматичних ситуацій на психофізичні стани дитини. Які зовнішні прояви внутрішніх переживань?»	20	Фліп-чарт, маркери, папір
7	Інформаційне повідомлення «Школа як безпечне середовище. Модель психолого-педагогічної та соціальної підтримки дітей у навчальних закладах»	20	Мультимедійний проектор
8	Вправа «Педагогічне спілкування, що сприяє створенню безпечного шкільного середовища»	25	Фліп-чарт, маркери, папір
9	Інформаційне повідомлення «Завдання педагога в роботі з дітьми, які пережили травмуючу подію»	10	Мультимедійний проектор
10	Вправа «Розгляд кейсів»	45	Фліп-чарт, маркери, папір
Тема «Роль педагога у формуванні резилієнсу підлітків».			
11	Вправа «Броунівський рух»	10	Імітаційні окуляри у кількості учасників групи
	Інформаційне повідомлення «Підходи до надання допомоги людям, що пережили травматичні життєві ситуації. Поняття резилієнсу»	15	Мультимедійний проектор
12	Відеоролик К. Рабетті «Бодхисатва в метро»	10	Мультимедійний проектор
13	Інформаційне повідомлення Технологія подолання стресових життєвих ситуацій «BASIC PH».	20	Мультимедійний проектор
14	Вправа «Шлях героя»	45	Метафоричні картки «Core», «Resilio»
15	Вправа «Шляхи педагогічної підтримки підлітків на основі технології «BASIC PH»	30	Фліп-чарт, маркери, папір
16	Вправа на рефлексію «Дерево очікувань»	20	Фліп-чарт, плакат із зображенням дерева
		6 год.	

Хід тренінгової зустрічі для педагогів.

Вправа «Інтерв'ю»

Мета: сприяти знайомству та підвищенню міжособистісної комунікації учасників.

Процедура проведення:

Пропонується учасникам групи обрати партнера по комунікації. Учасники по черзі беруть один у одного інтерв'ю з метою дізнатися про співрозмовника максимум фактів про професійну діяльність та хобі. Далі кожний учасник пари по черзі представляє іншого учасника всій групі, узагальнивши інформацію, яку отримав від свого партнера по комунікації.

Мозковий штурм «Прийняття правил роботи групи».

Процедура проведення. «Протягом певного часу ми будемо працювати в одній команді, тому щоб почуватися комфортно, нам необхідно встановити певні правила. Як ви рахуєте, які це можуть бути правила?». Пропозиції педагогів фіксуються на фліп-чарті.

Вправа «Мої очікування»

Мета: можливість учасникам визначити свої очікування від тренінгової зустрічі; розуміння тренером очікувань педагогів.

Процедура проведення. Роздаються бланки, на якому написані незакінчені речення:

- від тренера я очікую...;
- від інших учасників я очікую...;
- від себе я очікую...;
- мета, яку я маю намір досягти під час зустрічі....

Тренер пропонує кожному відповісти на запитання одразу по колу та заповнити бланки. По завершенню тренінгу, учасники повернуться до зафіксованого у бланках та оцінять, в якій мірі тренінгова зустріч задовольнила їх очікування.

Інформаційне повідомлення. «Травмуюча подія та її наслідки для дітей та підлітків»

Мета: інформування педагогів щодо психофізіологічних особливостей впливу травми на організм дитини; представлення статистичних даних дослідження.

Процедура проведення. Тези інформаційного повідомлення:

1. Подія, що сприймається людиною як загроза існуванню, що порушує її нормальну життєдіяльність, може стати для неї травмуючою подією, потрясінням. До травмуючих подій відносять ситуації, що містять загрозу фізичній цілісності самої людини, або іншим людям що знаходиться поруч. Переживання дитини в таких ситуаціях виходять за межі звичайних людських переживань і викликають інтенсивний страх та безпорадність. Ці відчуття можуть турбувати дитину протягом тривалого часу та призвести до формування ПТСР.

2. Реакції нервової системи на ситуацію стресу. Представлення ПТСР у метафоричній формі: двійка коней запряжених у віз та під керівництвом кучер (авторська версія З. Кісарчук) [62]. «Психіка людини складається із трьох частин. Найдавніша стволова частина і парасимпатична нервова система відповідають за тіло — «віз». Лімбічна частина і симпатична нервова система - за емоції та дії («коні»), а система емоційного й соціального контролю - узагальнює досвід, спрямовує діяльність, контролює («кучер»). Коли трапляється щось надзвичайне, небезпечне для життя, лімбічна частина («коні») бере керівництво на себе. Передусім вона «відключає» систему контролю («кучера»). (В небезпечній ситуації так усе й має бути.) Починає інтенсивно функціонувати стволова частина: виділяються гормони, необхідні для інтенсивного реагування на ситуацію — адреналін, норадреналін, кортизон. Виділяються і знеболюючі речовини, що притупляє, а іноді й зовсім відключає чутливість тіла — така реакція зменшує емоційні та фізичні страждання. Наприклад, антилопа у стані шоку падає замертво за кілька хвилин до того, як кігті лева торкнуться її. Це дає можливість тварині вижити, якщо лев її не з'їсть відразу. Якщо ж вижити не вдається — смерть буде безболісною. Уникнувши небезпеки, антилопа знаходить безпечне місце і починає тремтіти — так організм звільняється від напруження». Так само буває і у людей. Людині після стресової ситуації необхідно позбутися надлишків гормонів, що виділилися, проте, це не завжди стає можливим, тому відбуваються певні зміни в психічному та фізичному функціонуванні людини. Особливо важко переносяться такі ситуації дітьми та підлітками.

3. Наслідки впливу стресової та травматичної ситуації на організм дітей та підлітків. Презентація результатів нашого констатувального дослідження.

Мозковий штурм «Наслідки впливу стресових та травматичних ситуацій на психофізичні стани дитини. Які зовнішні прояви внутрішніх переживань?»

Мета: визначити психофізичні прояви наслідків пережитого стресу

Процедура проведення:

- Діти та підлітки по особливому переживають травматичну життєву ситуацію. Через відсутність навичок обговорення та розуміння того, що робити із своїми внутрішніми переживаннями, через особливості віку, сильне емоційне потрясіння діти не демонструють відкрито свої відчуття та стани. Та наслідки стресових ситуацій проявляються на рівні емоцій дитини, її поведінки та мають характерні тілесні прояви. Мета дорослих помічати ці прояви.

- Які зовнішні прояви стресу ви помічали у школярів, що мають досвід психічного травмування? (відповіді фіксуються на фліп-чарті).

- Ведучий узагальнює відповіді учасників доповнюючи її презентації Microsoft Power Point про прояви ПТСР у дітей за МКХ-10.

Інформаційне повідомлення «Школа як безпечне середовище. Модель психолого-педагогічної та соціальної підтримки дітей у навчальних закладах»

Мета: інформування педагогів щодо психолого-педагогічної та соціальної підтримки дітей у навчальних закладах; обговорення аспектів формування безпечного розвивального середовища у навчальному закладі для травмованих дітей.

Процедура проведення. Тези інформаційного повідомлення.

Враховуючи теоретичні підходи до вивчення резилієнсу у дітей та підлітків, практичний досвід інших країн та отримані під час впровадження низки проєктів психосоціальної допомоги дітям на Сході України результати, було розроблено Дитячим Фондом ЮНІСЕФ за підтримки Міністерства освіти і науки України комплексну модель психолого-педагогічної та соціальної підтримки дітей, що пережили травматичні життєві події [206].

Охарактеризуємо цю модель та роль вчителя в її реалізації. Структура моделі (у вигляді піраміди):

- Перший (базовий рівень) – забезпечується педагогами та адміністрацією навчальних закладів;
- Другий – забезпечується практичними психологами навчальних закладів;
- Третій – забезпечується вузькими фахівцями поза навчальним закладом (психотерапевти, лікарі).

Великого значення надається саме базовому рівню, що передбачає створення сприятливих для розвитку резилієнс дитини умов як у навчальному класі зокрема, так і загалом у навчальному закладі. Умов, що дозволяють дітям вирішувати їхні емоційних проблем, налагоджувати безконфліктне спілкування та сприяти формуванню просоціальної поведінки. Адже розвиток та підсилення ресурсів резилієнс може запобігти розвитку патологічних наслідків травматичного стресу. Доведено, що формування резилієнсу у дітей пов'язані з позитивними характеристиками комунікативного середовища, яким і є навчальний заклад. Детально про ці фактори формування стійкості підлітків ми поговоримо протягом тренінгової зустрічі.

Вправа «Педагогічне спілкування, що сприяє створенню безпечного шкільного середовища»

Мета: обговорення аспектів конструктивної взаємодії у позиції «педагог - учень», що сприяють створенню безпечного середовища для навчання травмованих дітей.

Процедура проведення:

Слова ведучого: «Безпека і комфорт шкільного середовища можуть бути досягнуті, насамперед, через спосіб спілкування педагогів з дітьми (здоров'язберігаючі навички педагогічного спілкування)».

1. Поділ учасників на 4 групи. Завдання для груп:

- Визначити способи педагогічного спілкування, що сприяють створенню безпечного шкільного середовища;
- Визначити способи педагогічного спілкування, що перешкоджають створенню безпечного шкільного середовища.

2. Представлення учасниками групових напрацювань.

3. Узагальнення інформації представленої педагогами.

4. Інформація що подається по завершенню вправи:

- Способи педагогічного спілкування, що сприяють створенню безпечного шкільного середовища:

- Увага до актуального емоційного стану дитини, який криється за проблемною поведінкою;

- Позитивне ставлення до дитини, прийняття проблемних аспектів поведінки чи навчальної діяльності як нормальної реакції на складні ситуації чи обставини розвитку;

- Заохочення, мотивування, надання вибору;

- Порівняння стану або досягнень дитини сьогодні з її ж станами, або успіхами вчора, фіксація на позитивних моментах такого порівняння;

- Особистий емоційний діалог з дитиною про її почуття і мотиви, розуміння емоційних механізмів проблемної поведінки;

- Позиція ціннісного ставлення до дитини, як до рівної із педагогом особистості.

- Способи педагогічного спілкування, що перешкоджають створенню безпечного шкільного середовища:

- Використання способів і прийомів вгамувати поведінку дитини без розуміння й уваги до її емоційного стану;

- Негативне оцінювання, фіксація та наголошення на проблемних аспектах поведінки чи навчальної успішності;

- Контроль, примус і тиск;

- Порівняння дитини з іншими, успішнішими у навчанні й поведінці дітьми, фіксація на негативних моментах такого порівняння;

- Емоційний тиск на підлітків через звинувачення, провокація докорів сумління, залякування (особливо у присутності інших дітей);

- Владна позиція завжди правого, невразливого «судді» за правом віку та професійної компетенції.

Інформаційне повідомлення «Завдання педагога в роботі з дітьми, які пережили травмуючу подію»

Мета: привернення уваги педагогів до основних завдань професійної діяльності у роботі з травмованими дітьми.

Процедура проведення. Тези повідомлення.

Відповідно до тієї моделі психолого-педагогічної та соціальної підтримки дітей, що пережили травматичні життєві події, яку ми обговорювали раніше, можемо виділити основні завдання педагога в роботі з дітьми [206].

- Турботливе відновлення довірливих стосунків;
- Допомога в подоланні дисфункціональних установок і переконань;
- Допомога в інтегруванні важких подій в особистий досвід;
- Допомога у знаходженні сенсу життя в теперішній момент;
- Повне прийняття дитини;
- Допомога з труднощами у навчанні дитини, яка пережила стрес;
- Допомога та пошук шляхів полегшення процесу адаптації до навчального процесу;
- Допомога у встановленні конструктивної міжкомунікативної взаємодії з однолітками та дорослими.

Вправа «Розгляд кейсів»

Мета: обговорення особистих педагогічних кейсів педагогів по взаємодії з дітьми, що пережили травматичні життєві події; обмін конструктивним педагогічним досвідом учасників групи.

Процедура проведення.

1. Представлення ведучим кейсу для обговорення: «Підліток, 14 років, переселенець зі Сходу, приїхав до маленького містечка, де почав навчатися у школі. Усім у навчальному закладі (педагогам та одноліткам) демонструє зверхність та вказує на те, що їх містечко не пристосоване до нормального життя (відсутня інфраструктура; немає басейну та палацу спорту, які він раніше відвідував); постійно підкреслює, що він тут тимчасово, тому старанно вчитись, будувати товариські

стосунки з однокласниками не має наміру. Тримається осторонь та досить не приязно. Проводить постійні порівняння між життям тут та тим, яке було раніше». Завдання для обговорення: «Визначте напрямки педагогічної допомоги дитині та означте дієві прийоми педагогічної взаємодії».

2. Поділ учасників на групи. Учасники представляють та обговорюють кейси із свого педагогічного досвіду взаємодії з травмованими дітьми. Визначають кейс, який будуть представляти для обговорення у загальному колі.

3. Кожна група представляє кейс та групові напрацювання щодо напрямків педагогічної допомоги дитині та дієвих прийомів педагогічної взаємодії.

Вправа «Броунівський рух».

Мета: психофізичне розвантаження учасників групи.

Процедура проведення. Учасникам пропонується одягнути імітаційні окуляри та розпочати повільно рухатися по аудиторії. Рухатись можна у будь-якому напрямі, змінюючи його як завгодно, при цьому намагаючись нікого не штовхнути. Рух припиняється за сигналом ведучого (хлопок у долоні). Проводиться обговорення відчуттів під час руху та роль базової довіри між учасниками групи для відчуття безпечного середовища.

Інформаційне повідомлення «Підходи до надання допомоги людям, що пережили травматичні життєві ситуації. Поняття резилієнсу»

Мета: сформувати у педагогів поняття «резилієнсу» та напрямків його формування під час навчально-виховного процесу.

Процедура проведення. Тези повідомлення.

У світовій практиці подолання наслідків ситуацій, здатних спричиняти травматизацію, визначилось два підходи, один з яких орієнтується на концепт «резилієнс», інший — на концепт «травма». Фахівці, орієнтовані на підхід «резилієнс», з огляду на здатність людини протистояти травматизації, закликають фокусуватися на ресурсах, тобто на сильних сторонах особистості дитини, що дозволяють їм справлятися зі складними обставинами та підсилювати та стимулювати розвиток слабких сторін психічної організації особистості дитини. Проведемо порівняння цих двох підходів. Підхід «резилієнс» характеризується:

- орієнтацією на посилення ресурсів сім'ї, середовища (навчального закладу) і самої дитини під час опанування складної ситуації, захист та сприяння психосоціальному благополуччю;

- позицією про те що більшість дітей після травматичної ситуації здатні протистояти психічній травматизації та відновлюватись за рахунок зовнішніх умов та внутрішніх стратегій;

- фіксацією на питаннях психічного здоров'я та благополуччя;

- вивченням механізмів збереження нормального психофізичного функціонування особистості дитини.

Підхід «травма» характеризується:

- орієнтацією на запобігання, діагностику та лікування наслідків психічної травматизації;

- позицією про те, що більшість людей внаслідок надзвичайної ситуації мають ознаки психічної травми;

- фіксацією на питаннях психічного нездоров'я;

- вивченням механізмів порушення нормального психофізичного функціонування особистості дитини.

Відповідно до моделі, яку ми розглядаємо, базовий рівень у якому працюють педагоги, спрямований саме на концепт «резилієнс».

Резилієнс (за визначенням ВООЗ) — це здатність відносно добре справлятися зі складними ситуаціями, наповненість особистими ресурсами.

Відповідно до «Керівних принципів з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях (MHPSS)», необхідно забезпечити підтримку психологічного благополуччя дітей через посилення їх ресурсів [206].

Зі сторони педагогів формування резилієнс у дітей забезпечується атмосфера безпеки, спокою, приналежності, відновлення та стійкості, віри у власні сили та впевненості в собі, надання можливостей, надії та мотивації [206]. Також, означимо ресурси резилієнс у дітей: контакт з турботливим дорослим; довіра; різні аспекти активності; позитивні взаємини з однолітками; почуття контролю над тілом та

емоціями; здатність конструктивно приймати рішення та вирішувати конкретні проблемні питання; позитивно орієнтоване мислення [206].

Відеоролик *К. Рабетті «Бодхисатва в метро»*

Мета: емоційне розвантаження учасників групи; забезпечення логічного переходу до інформаційного повідомлення.

Інформаційне повідомлення «Технологія подолання стресових життєвих ситуацій «BASIC PH». Інформація до інформаційного повідомлення у додатку № 5

Вправа «Шлях героя»

Мета: формування особистісного ресурсу педагогів щодо педагогічної діяльності; розширення розуміння щодо шляхів виходу зі стресу та шляхів підтримки школярів.

Процедура проведення:

- Складання історії із шести частин. Учасники поділяють аркуш паперу на 6 частин та заповнюють кожную частину аркуша (у вигляді малюнкового символ, або словесного) за алгоритмом. Перша частина аркуша - вибір головного героя історії та його місця проживання. Друга частина – місія героя. Третя частина - хто або що може допомогти головному герою (якщо взагалі щось може допомогти)? Четверта картинка - що або хто є перешкодою на шляху героя історії до виконання його завдання чи місії? П'ята картинка: як герой долає ці перешкоди? Шоста картинка: що сталося в кінці, яке завершення історії? Тепер відповідно до кожного символу, необхідно скласти історію.

- Саморефлексія учасників за запитаннями: Який досвід отримав герой? Який повчальний зміст історії? Для чого потрібні труднощі?

- Обговорення у колі учасників: як отриманий досвід та філософію героя можна застосувати у особистому реальному житті та у професійній діяльності?

Вправа «Шляхи педагогічної підтримки підлітків на основі технології «BASIC PH»

Мета: формування поведінкових стратегій педагогів щодо підтримки школярів у вирішенні стресових ситуації та розуміння шляхів допомоги у формуванні конструктивного копінг-ресурсу підлітків.

Процедура проведення:

1. Поділ тренінгової групи на шість міні груп.

2. Кожна міні група має розробити педагогічні заходи підтримки підлітків у стресових ситуаціях, які забезпечують формування конструктивного резилієнсу школярів. Кожна міні група розробляє заходи підтримки у відповідності до складових технології формування копінг-ресурсу «BASIC PH» (заходи щодо формування віри школярів та саногенного мислення; конструктивного вивільнення емоцій дітьми; включення у соціальне середовище; підтримка та стимулювання будь-яких творчих проявах школярів; допомога у когнітивному опрацюванні стресових факторів; та допомога у розвитку фізичних складових копінг-ресурсу підлітків)

3. Презентація напрацювань міні груп.

Вправа «Дерево очікувань»

Мета: підведення підсумків тренінгу; структурування учасниками отриманих знань та навичок.

Процедура проведення: учасникам роздаються бланки на яких вони фіксували свої очікування на початку тренінгової зустрічі; педагоги співставляють очікування та результативність проведеної роботи; записують на стікерах (у вигляді листків дерева) аспекти отриманого досвіду та озвучують їх. Заповнюючи стікерами-листочками крону дерева, якщо очікування виправдалися та якщо не виправдалися – фіксують стікери біля коріння дерева, символізуючи опале листя. Ведучим узагальнюються очікування учасників.

Додаток Д

**«Міст над прірвою. Фактори адаптації у складних життєвих ситуаціях.
Технологія подолання стресу «BASIC PH».**

Стрес – це природня реакція організму, що тимчасово перевищує можливості адаптації цього організму. Для подолання стресу необхідні ресурси. Успішність подолання залежить від різноманітності, характеру і міри використання наявних у арсеналі людини ресурсів. Модель «BASIC Ph» - багатовимірна модель подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності, розроблена Мулі Лаадом – директором Ізраїльського Центру попередження стресу та широко використовується у світі. Вона демонструє різні стилі, шляхи того, як людина може впоратися із стресовими ситуаціями. Метафорично цю модель можна назвати «Міст над прірвою». У стресовій ситуації та кризі «Я» і «Світ» розриваються та їх необхідно з'єднати. Це можливо зробити через міст BASIC-PH. У кожної із нас є свій перевірений шлях вправління зі стресом. У арсеналі кожної людини їх може бути декілька, а загалом їх існує шість. Для того, що бути ефективним у кризу необхідно враховувати всі шість частин, з яких складається характерний для кожної людини стиль подолання. Які ж це частини?

1. Belief (віра): філософія життя, вірування та моральні цінності.
2. Affect (афект): почуття, емоції.
3. Social (суспільство): суспільний фактор – функція, приналежність, родина, друзі.
4. Imagination (уява): творчість, гра уяви, інтуїція.
5. Cognition (свідомість): знання, логіка, реальність, думки.
6. Physiology (фізіологія): фізична, чуттєва модальність та діяльність.

Охарактеризуємо кожну із них.

Віра. Цей спосіб подолання кризи базується на вмінні вірити: це може бути віра в Бога, в самого себе, в родину, підтримку фахівців, а також сформоване саногенне мислення. Система переконань, цінностей та смислів, надія, самооцінка, релігія,

містицизм. Важлива будь-яка віра в щось. Коли нам зовсім важко, ми можемо протягнути руки до неба і молити про допомогу. Приклад: «у нашій родині ніколи не здаються», чи «Бог нас ніколи не покине».

Почуття. Серце – це скринька наших почуттів. Цей спосіб подолання стресу передбачає виявлення різних почуттів та вміння називати їх своїми власними іменами. Це вміння висловити розпізнані почуття найбільш прийнятними для кожної людини способами: вербально (бесіда, вірш, лист, оповідання) та не вербально (через танець, малюнок, музику, драму).

Суспільство. Даному способу подолання кризи притаманне прагнення до спілкування. Ми можемо звертатися за підтримкою до сім'ї, до близьких чи до фахівців. Ми можемо самі допомагати іншим постраждалим, занурюватись у волонтерство. Тобто, важлива соціальна включеність: прагнення бути серед людей, почувати себе частиною системи, організації і т.п.

Гра уяви. Це апеляція до наших творчих здібностей. Завдяки уяві ми можемо мріяти, розвивати інтуїцію та пластичність, змінюватися, шукати рішення у світі гри та фантазії, уявляти позитивні моменти майбутнього та «переписувати» в уяві моменти минулого. Цей копінг передбачає почуття гумору, імпровізацію, відволікання уваги, самореалізацію через мистецтво та ремесла.

Розум. Спосіб подолання кризи через звернення до наших ментальних здібностей, до нашого вміння логічно та критично мислити, оцінювати ситуацію, пізнавати та впроваджувати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати інформацію, аналізувати проблеми та вирішувати їх.

Діяльність. Спосіб подолання стресу через фізичний аспект, тіло. Це переключення завдяки сенсорним каналам та завдяки фізичним навантаженням (спорт та релаксація).

Додаток Ж.1
Критерії та рівні проявів ПТСР
(самооцінювання підлітками КГ)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
Критерій В		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	2	67	1	33	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
	С	1	33	2	67	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	1	50	1	50
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Критерій С		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	2	67	2	67	0	0	0	0	1	50	1	50	2	67	1	33	1	50	1	50
	С	1	33	1	33	1	100	1	100	1	50	1	50	1	33	2	67	1	50	1	50
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Критерій D		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	2	67	1	33	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	2	100	2	100
	С	1	33	2	67	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	0	0	0	0
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Критерій F		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	1	50	2	100
	С	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	0	0
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Додаток Ж.2
Критерії та рівні проявів ПТСР
(самооцінювання підлітками ЕГ)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3	
Критерій В		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	2	50	0	0	2	50	0	0	2	100	0	0	1	25	0	0	1	33	0	0
	С	2	50	2	50	2	50	1	25	0	0	1	50	3	75	3	75	2	67	3	100
	Н	0	0	2	50	0	0	3	75	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	0	0
Критерій С		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	3	75	0	0	2	50	0	0	2	100	0	0	2	50	0	0	2	67	0	0
	С	1	25	3	75	2	50	3	75	0	0	1	50	2	50	3	75	1	33	3	100
	Н	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	0	0
Критерій D		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	4	100	1	25	3	75	0	0	2	100	0	0	3	75	0	0	2	67	0	0
	С	0	0	2	50	1	25	2	50	0	0	0	0	1	25	3	75	1	33	3	60
	Н	0	0	1	25	0	0	2	50	0	0	2	100	0	0	1	25	0	0	0	0
Критерій F		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	4	100	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	2	50	0	0	2	67	0	0
	С	0	0	2	50	2	50	3	75	1	50	1	50	2	50	2	50	1	33	3	100
	Н	0	0	2	50	0	0	1	25	0	0	1	50	0	0	2	50	0	0	1	33

Додаток Ж.3

Самопочуття у контрольній групі підлітків

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗГР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
Самопочуття		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	П	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	0	0	1	33	1	33	1	50	1	50
	Н	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	2	100	2	67	2	67	1	50	1	50
Активність		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	П	1	33	1	33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33	1	33	1	50	0	0
	Н	2	67	2	67	1	100	1	100	2	100	2	100	2	67	2	67	1	50	2	100
Настрій		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	П	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	0	0	1	33	1	33	1	50	1	50
	Н	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	2	100	2	67	2	67	1	50	1	50

Додаток Ж.4

Самопочуття у експериментальній групі підлітків

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3	
Самопочуття		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	П	1	25	3	75	2	50	3	75	1	50	2	100	2	50	3	75	1	33	2	67
	Н	3	75	1	25	2	50	1	25	1	50	0	0	2	50	1	25	2	67	1	33
Активність		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	П	2	50	3	75	1	25	3	75	0	0	1	50	1	25	2	50	1	33	2	67
	Н	2	50	1	25	3	75	1	25	2	100	1	50	3	75	2	50	2	67	1	33
Настрій		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	П	1	25	3	75	1	25	3	75	0	0	1	50	2	50	3	75	1	33	2	67
	Н	3	75	1	25	3	75	1	25	2	100	1	50	2	50	1	25	2	67	1	33

Додаток Ж.5

Показники тривожності у контрольній групі підлітків

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
Особистісна тривожність		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	2	67	2	67	1	100	1	100	2	100	2	100	2	67	2	67	1	50	1	50
	С	1	33	1	33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33	1	33	1	50	1	50
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ситуативна тривожність		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	2	67	1	33	1	100	1	100	2	100	1	50	2	67	2	67	1	50	1	50
	С	1	33	2	67	0	0	0	0	0	0	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Заг. показник тривоги		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	2	67	1	33	1	100	1	100	2	100	2	100	1	33	2	67	1	50	1	50
	С	1	33	2	67	0	0	0	0	0	0	0	0	2	67	1	33	1	50	1	50
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Додаток Ж.6

Показники тривожності у експериментальній групі підлітків

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3	
Особистісна тривожність		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	3	75	1	25	2	50	0	0	2	100		0	2	50	1	25	2	67	1	33
	С	1	25	2	50	2	50	2	50	0	0	1	50	2	50	2	50	1	33	2	67
	Н	0	0	1	25	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	0	0
Ситуативна тривожність		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	2	50	0	0	3	75	1	25	1	50	0	0	3	75	1	25	2	67	1	33
	С	2	50	2	50	1	25	1	25	1	50	1	50	1	25	1	25	1	33	1	33
	Н		0	2	50	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	2	50	0	0	1	33
Заг. показник тривоги		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	3	75	0	0	3	75	0	0	1	50	0	0	2	50	1	25	3	100	1	33
	С	1	25	2	50	1	25	2	50	1	50	1	50	2	50	2	50	0	0	1	33
	Н	0	0	2	50	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	1	33

Додаток Ж.7

Показники рівня агресивності (контрольна група)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
Фізична агресія		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	3	100	2	67	0	0	1	100	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	0	0
	В	0	0	1	33	1	100	0	0	0	0	1	50	2	67	2	67	1	50	2	100
Гнів		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	2	67	2	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	В	1	33	1	33	1	100	1	100	2	100	2	100	3	100	3	100	2	100	2	100
Ворожість		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0
	С	1	33	1	33	0	100	0	0	1	50	1	50	2	67	2	67	0	0	0	0
	В	2	67	2	67	1	0	1	100	1	50	1	50	1	33	1	33	2	100	2	100
Заг. показник агресивності		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	1	100	1	100	1	50	1	50	1	33	1	33	0	0	0	0
	В	2	67	2	67	0	0	0	0	1	50	1	50	2	67	2	67	2	100	2	100

Додаток Ж.8

Показники рівня агресивності (експериментальна група)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3	
Фізична агресія		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	3	75	0	0	2	50	0	0	2	100	0	0	3	75	0	0	1	33
	С	2	50	1	25	2	50	2	50	2	100	0	0	2	50	1	25	1	33	1	33
	В	2	50		0	2	50	0	0	0	0	0	0	2	50	0	0	2	67	1	33
Гнів		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	2	50	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	1	33
	С	0	0	2	50	1	25	1	25	0	0	1	50	0	0	3	75	0	0	2	67
	В	4	100	0	0	3	75	1	25	2	100	0	0	4	100	0	0	3	100	0	0
Ворожість		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	3	75	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	2	67
	С	1	25	1	25	1	25	2	50	0	0	3	150	1	25	3	75	1	33	0	0
	В	3	75	0	0	3	75		0	2	100	0	0	3	75	0	0	2	67	1	33
Заг. показник агресивності		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	3	75	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	1	33
	С	1	25	1	25	1	25	2	50	0	0	1	50	1	25	2	50	1	33	1	33
	В	3	75	0	0	3	75	0	0	2	100	0	0	3	75	1	25	2	67	1	33

Додаток Ж.9

Показники депресії (контрольна група)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
Шк. негат. наст рою - А		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	2	100	1	50
	В	3	100	3	100	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	0	0	1	50
Шк. пробл. м/о ком. - В		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	0	0	0	0	2	100	1	50	2	67	2	67	2	100	2	100
	В	2	67	2	67	1	100	1	100	0	0	1	50	1	33	1	33	0	0	0	0
Шк. низ. самоф. - С		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	1	50	1	50
	В	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
Шк. гедон. зд. - Д		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
	В	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	2	100	2	100
Шк. самооцінки Е		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100
	В	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	2	100	3	100	3	100	1	50	1	50

Додаток Ж.10

Показники депресії (експериментальна група)

	Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП				
	Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3		
Шк.негат.наст рою - А		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	1	25	2	50	1	25	2	50	0	0	1	50	0	0	2	50	0	0	2	67
	С	2	50	2	50	2	50	2	50	0	0	1	50	2	50	1	25	3	100	1	33
	В	1	25	0	0	1	25	0	0	2	100	0	0	2	50	1	25	0	0	0	0
Шк. пробл. м/о ком. -В		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	2	50	0	0	2	50	0	0	2	100	0	0	2	50	0	0	1	33
	С	2	50	2	50	3	75	1	25	1	50	0	0	2	50	1	25	0	0	1	33
	В	2	50	0	0	1	25	1	25	1	50	0	0	2	50	1	25	3	100	1	33
Шк. низ. самоеф. - С		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	50	0	0	1	25	0	0	1	33
	С	3	75	2	50	2	50	2	50	0	0	1	50	2	50	2	50	2	67	1	33
	В	1	25	1	25	2	50	1	25	2	100	0	0	2	50	1	25	1	33	1	33
Шк.гедон.зд. - Д		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	1	25	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	1	33
	С	1	25	2	50	1	25	1	25	0	0	1	50	2	50	4	100	1	33	1	33
	В	3	75	1	25	3	75	1	25	2	100	0	0	2	50	0	0	2	67	1	33
Шк.самооцінки - Е		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	50	0	0	1	25	1	33	2	67
	С	1	25	1	25	1	25	2	50	1	50	1	50	2	50	3	75	2	67	1	33
	В	3	75	2	50	3	75	1	25	1	50	0	0	2	50	0	0	0	0	0	0

[illegible]

Додаток Ж.13

Показники емоційно-вольового критерію розладів обумовлених ПТС (КГ)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
Показник САН		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	0	0	1	100	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
	Н	2	67	2	67	1	100	0	0	1	50	1	50	2	67	2	67	2	100	2	100
Показник депресії		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
	В	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	1	50	1	50
Показник тривожності		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	2	67	0	0	0	0	0	0	0	0	2	67	1	33	1	50	1	50
	В	2	67	1	33	1	100	1	100	2	100	2	100	1	33	2	67	1	50	1	50
3.11. емоц.-вол. сфери		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
	В	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	1	50	1	50

Додаток Ж.14

Показники поведінкового критерію розладів обумовлених ПТСР (ЕГ)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
Показник агресивності		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	1	100	1	100	1	50	1	50	1	33	1	33	0	0	0	0
	Н	2	67	2	67	0	0	0	0	1	50	1	50	2	67	2	67	2	100	2	100
Показник м/о комунікації		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	2	33	2	33	0	0	0	0	2	100	1	50	2	67	2	67	2	100	2	100
	Н	2	67	2	67	1	100	1	100	0	0	1	50	1	33	1	33	0	0	0	0
Показник самооцінки		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50
	Н	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	2	100	3	100	3	100	1	50	1	50
Показник соц. статусу		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	В	1	33	1	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	1	50	1	50
	Н	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
Загальний показник		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	С	1	33	1	33	1	100	1	100	1	50	1	50	1	33	1	33	1	50	1	50
	В	2	67	2	67	0	0	0	0	1	50	1	50	2	67	2	67	1	50	1	50

Додаток Ж.15

Показники копінг-поведінки підлітків (контрольна група)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		3		Всього осіб		1		Всього осіб		2		Всього осіб		3		Всього осіб		2	
Вирішення проблеми		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
	H	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	1	50	3	100	3	100	2	100	2	100
Пошук соціальної		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B	1	33	1	33	1	100	1	100	1	50	1	50	2	67	2	67	0	0	0	0
	H	2	67	2	67	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	1	33	2	100	2	100
Уникнення невдач		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	A	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B	2	67	2	67	1	100	1	100	1	50	1	50	1	43	1	33	0	0	0	0
	H	1	33	1	33	0	0	0	0	1	50	1	50	2	67	2	67	2	100	2	100

Додаток Ж.16

Показники копінг-поведінки підлітків (експериментальна група)

		Порушення зору				Порушення слуху				ПОРА				ЗПР				ІП			
		Всього осіб		4		Всього осіб		4		Всього осіб		2		Всього осіб		4		Всього осіб		3	
Вирішення проблеми		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	A	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B	2	50	3	75	1	25	3	75	1	50	2	100	1	25	2	50	0	0	1	33
	H	2	50	0	0	3	75	0	0	1	50	0	0	3	75	2	50	3	100	2	67
Попуки соціальної		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	A	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
	B	3	75	3	75	2	50	3	75	1	50	1	50	1	25	2	50	1	33	3	100
	H	1	25	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	3	75	2	50	2	67	0	0
Уникнення невдач		до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%	до	%	після	%
	A	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
	B	2	50	2	50	2	50	2	50	1	50	1	50	0	0	1	25	1	33	1	33
	H	2	50	1	25	2	50	1	25	1	50	0	0	4	100	3	75	2	67	2	67

Додаток К

Обрахування показників достовірності формуального експерименту за критерієм ϕ^* Фішера.

Обрахування критерію ϕ^* Фішера проводилось за формулою: $\phi^* = (\phi_1 - \phi_2) \times \sqrt{\frac{1}{n_1 + n_2}}$ [173, с.162]. Значення ϕ_1 – кут, який відповідає більшому відсотковому (%) показнику; ϕ_2 – кут, що відповідає меншому відсотковому (%) показнику; кут показника ϕ_1 та ϕ_2 знаходиться за таблицею [173, с.330-333]. Число n_1 – це кількість спостережень у вибірці 1; n_2 – кількість спостережень у вибірці 2. Критичні значення ϕ^* , що відповідають рівням статистичної значущості такі: ϕ^* критерієм дорівнює { 1,64 ($p \leq 0,05$), 2,31 ($p \leq 0,01$)}. Визначення відсоткової долі за кожним рівнем критеріїв визначались за формулою: кількість дітей, що мають певний рівень прояву порушення розділити на загальну кількість дітей у групі та помножити на сто [173, с.161].

Обрахунки ефективності формуального дослідження у експериментальній групі представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Обрахунки ефективності формуального дослідження у ЕГ

Критерії порушень	Рівень прояву порушення	Кількість чоловік ЕГ		Відсоткова доля порушень		Величини ϕ^* Фішера у відповідності до % долей		Різниця величин ϕ^* Фішера	Емпіричне значення ϕ^* Фішера
		до	після	до	після	до	після		
ПТСР	<i>Високий</i>	12	2	70,6	11,76	1,995	0,698	1,297	3,78
	<i>Середній</i>	5	9	29,4	52,9	1,146	1,629	0,483	1,40
	<i>Низький</i>	0	6	0	35,3	0	1,394	1,394	4,0
Емоційно-вольовий	<i>Високий</i>	0	8	0	47	0	1,525	1,525	4,42
	<i>Середній</i>	6	7	35,3	41,2	1,272	1,394	0,122	0,35
	<i>Низький</i>	11	2	64,7	11,76	1,869	0,698	1,147	3,4
Поведінковий	<i>Високий</i>	8	2	47	11,76	1,525	0,698	0,827	2,4
	<i>Середній</i>	9	7	52,9	41,2	1,629	1,394	0,235	0,7
	<i>Низький</i>	0	8	0	47	0	1,525	1,525	4,42
Когнітивний	<i>Високий</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>Середній</i>	8	13	47	76,5	1,525	2,129	0,604	1,8
	<i>Низький</i>	9	4	52,9	23,5	1,629	1,012	0,517	1,5

Копінг-поведінка	<i>Адаптивна</i>	0	3	0	017,6	0	0,866	0,866	2,5
	<i>Відносно адаптивна</i>	7	11	41,2	64,7	1,394	1,869	0,475	1,38
	<i>Не адаптивна</i>	10	3	58,8	17,6	1,748	0,866	0,882	2,56

Обрахунки ефективності формувального дослідження у контрольній групі представлено у таблиці 2.

Таблиця 2

Обрахунки ефективності формувального дослідження у КГ

Критерії порушень	Рівень прояву порушення	Кількість чоловік ЕГ		Відсоткова доля рівнів порушення		Різниця величин Φ^*	Емпіричне значення Φ^* Фішера
		до	після	до	після		
ПТСР	<i>Високий</i>	7	7	63,5	63,5	0	0
	<i>Середній</i>	4	4	36,5	36,5	0	0
	<i>Низький</i>	0	0	0	0	0	0
Емоційно-вольовий	<i>Високий</i>	7	7	63,5	63,5	0	0
	<i>Середній</i>	4	4	36,5	36,5	0	0
	<i>Низький</i>	0	0	0	0	0	0
Поведінковий	<i>Високий</i>	6	6	54,4	54,4	0	0
	<i>Середній</i>	5	5	45,6	45,6	0	0
	<i>Низький</i>	0	0	0	0	0	0
Когнітивний	<i>Високий</i>	0	0	0	0	0	0
	<i>Середній</i>	2	2	18,2	18,2	0	0
	<i>Низький</i>	9	9	81,8	81,8	0	0
Копінг-поведінка	<i>Адаптивна</i>	0	0	0	0	0	0
	<i>Відносно адаптивна</i>	4	4	36,5	36,5	0	0
	<i>Не адаптивна</i>	7	7	63,5	63,5	0	0