

GEN*Hope

Біла Книга

Дослідження психоемоційного
стану дітей
із досвідом тимчасової
окупації та депортації

Gen.Ukrainian
Київська школа економіки

Дослідження психоемоційного стану дітей з досвідом тимчасової окупації та депортації. Аналітичний звіт / Оксана Лебедева, Вануї Мартиросян, Андрій Солонський, Марина Дворник, Валерія Палій. Київ, 2025.

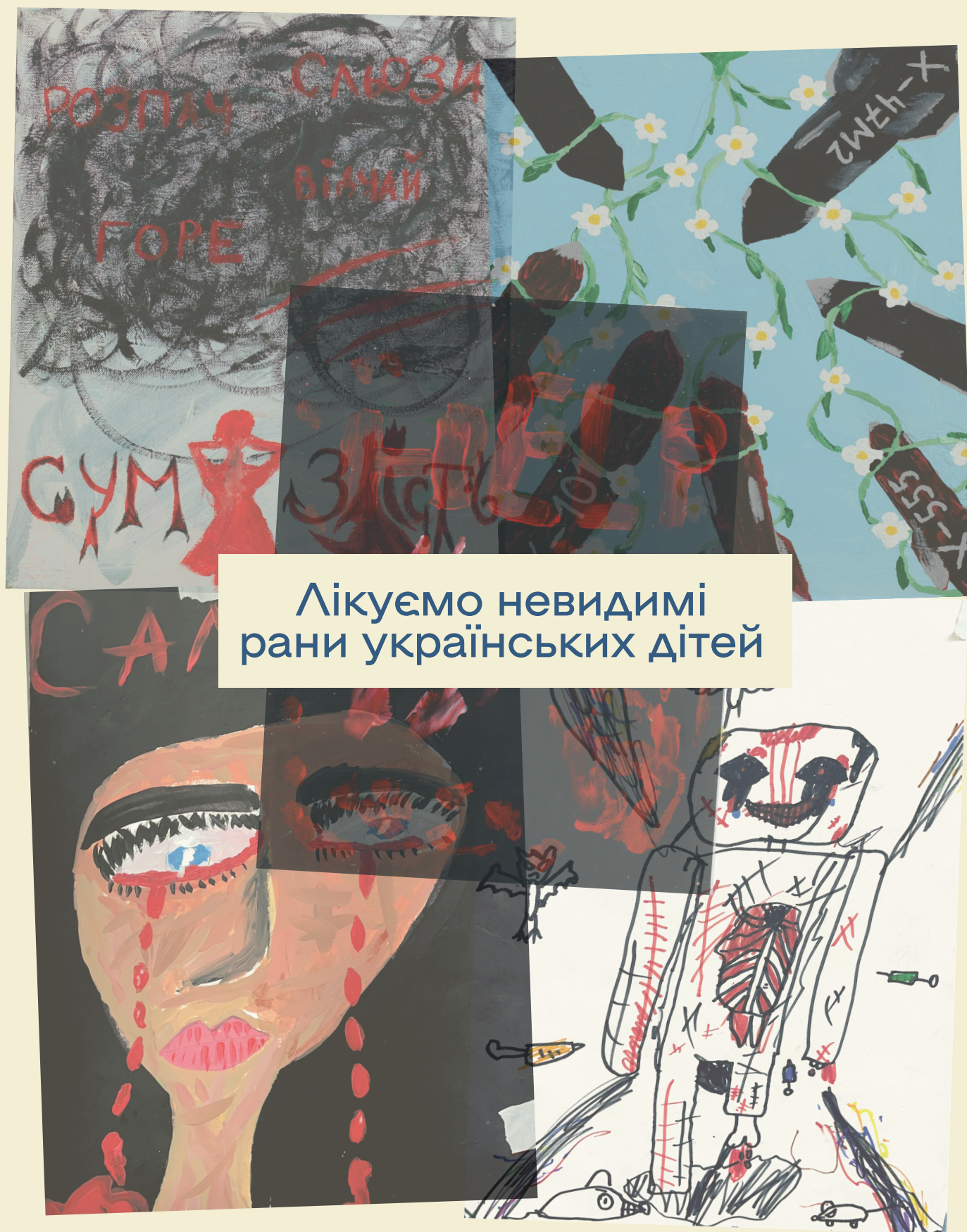
Біла книга спрямована на напрацювання пропозицій щодо подолання наслідків впливу збройної агресії РФ проти України у сфері освіти з метою запровадження виваженої та ефективної державної освітньої політики для тимчасово окупованих територій.

“Gen.Ukrainian” — громадська організація, яка спеціалізується на питаннях дитинства в часі війни та психологічної програми відновлення дітей та підлітків, які зіткнулися з психічною травмою через війну. Організація розпочала діяльність у 2022 році з психологічних інтенсивів - таборів для дітей, які переживають втрату батьків. Але згодом вона перетворилась на комплексне дослідження дитинства в часи війни: як саме війна впливає на психічне здоров'я, освітні та соціальні можливості молодого покоління українців та які наслідки цього впливу.

Gen. Ukrainian організовує психологічні інтенсиви, розробляє інноваційні протоколи допомоги з дитячої психічної травми та здійснює активну наукову діяльність. Психоедукаційні реабілітаційні інтенсиви Gen. Camp уже допомогли більш ніж 500 дітям, які пережили важкі травми війни, у відновленні психічного здоров'я та подоланні їхніх наслідків. Детальніше про організацію: <https://genukrainian.com.ua/>

Ми дякуємо за допомогу партнерам, які сприяли збору дітей: **«Українська мережа за права дітей»** та **«Координаційний центр з розвитку сімейного виховання та догляду за дітьми»**. Крім того, висловлюємо щирі подяку бакалаврській програмі “Психологія” Київської школи економіки, без підтримки фахівців якої вихід цієї книги став би неможливим.

Відтворення та використання будь-якої частини цього звіту в будь-якому форматі, зокрема графічному, електронному, шляхом копіювання чи в інший спосіб, забороняється без відповідного посилання на оригінальне джерело.



Зміст

Передмова

**Розділ 1. Актуальність і мета інтервенції, характеристика
вибірки та методологія діагностики**

Розділ 2. Результати діагностики

Розділ 3. Характеристика наданої інтервенції

Розділ 4. Фінальні результати

Розділ 5. Висновки та рекомендації

Розділ 1. Актуальність і мета інтервенції, характеристика вибірки та методологія діагностики

Російська агресія проти України призвела до масштабної гуманітарної кризи, у якій діти стали особливо вразливою категорією. Вони зазнали примусової депортації на територію країни-агресора, були вимушено переміщені в межах окупованих територій або проживали в умовах окупації. Кожна з цих ситуацій створила унікальний комплекс травматичного досвіду, який потребує ретельного дослідження та розробки специфічних підходів до психологічної допомоги.

Діти, які пережили окупацію та депортацію, опинилися в ситуації багаторівневої травматизації. Їх досвід містить не лише безпосередні загрози життю та здоров'ю, але й складну систему психологічних, соціальних та культурних втрат. Особливо значущим є те, що ця травматизація відбувалася в період активного формування особистості, що може мати довготривалі наслідки для розвитку. Розглянемо більш детально кожний чинник.

Соціальна ізоляція та її наслідки

Травматичний досвід окупації та депортації призвів до глибокої соціальної ізоляції дітей. Втрата довіри до світу й інших людей стала основною проблемою, що виявляється у різних формах соціальної поведінки. Діти часто уникають контактів з однолітками, відчують складнощі у формуванні нових стосунків та підтримці наявних соціальних зв'язків. Натомість відсутність стабільних соціальних зв'язків ускладнює процес емоційного відновлення, що може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психічних розладів. Таке емоційне навантаження впливає на здатність дітей адаптуватися до нових умов життя, що може призвести до майбутніх труднощів у соціальній інтеграції (UNICEF, 2025). Такі наслідки для психічного здоров'я підтверджуються численними закордонними дослідженнями. Зокрема, систематичний огляд наукових робіт про розвиток дітей після примусового переміщення пов'язує цей досвід із суттєвими труднощами у взаєминах з однолітками. Від 21% до 57% дітей повідомляють про відсутність друзів, про труднощі під час взаємодії з іншими людьми, прояви агресії або цькування. Також спостерігається зниження просоціальної поведінки, виникають проблеми

в сімейних взаєминах, спостерігається уникнення емоційної близькості, а деякі діти демонструють відстороненість та знижений рівень емоційних зв'язків (Bernhardt et al., 2024). На думку вчених, надзвичайні життєві події, такі як окупація, депортація, смерть або розлучення з батьками, є основними факторами ризику розвитку ПТСР, депресії, тривожності, поведінкових розладів у дітей (Cayabyab et al. 2020, Ilesanmi et al. 2024, Mels et al. 2010).

Дослідження досвіду повернень висвітлюють, що навіть після повернення діти можуть ідентифікувати пережите як "вторинну травму" через непорозуміння або стигму в місцевих колективах, відкидання чи упереджене ставлення однолітків (Ilesanmi et al. 2024). Особливо складною виявляється ситуація після повернення на підконтрольну Україні територію, коли діти стикаються з нерозумінням свого досвіду з боку однолітків, які не пережили подібних травматичних подій. Наукові дані свідчать, що при дослідженні емоційного досвіду переселенців в Україні в 2024 році, емоційне виснаження, тривога та самотність були поширені як серед окупованого населення, так і серед тих, хто повернувся, завдяки культурним розбіжностям, стигмі та соціальній дезінтеграції (Tsybuliak et al. 2025). Це створює додатковий бар'єр у соціальній адаптації та може призводити до вторинної травматизації. Дорослі, включно з учителями та іншими фахівцями, часто не мають достатнього рівня компетентності для забезпечення адекватної підтримки таких дітей.

Освітні виклики та розвиток

Тривале перебування в умовах окупації або депортації суттєво вплинуло на освітній процес дітей, що ставить під загрозу їхній інтелектуальний розвиток і професійні перспективи (Regional Center for Human Rights..., n.d.). Багато з них були позбавлені можливості систематичного навчання або змушені були навчатися таємно в українських онлайн-школах, наражаючись на додаткову небезпеку. Частина дітей була примусово інтегрована в російську освітню систему, де вони зазнавали систематичної русифікації та ідеологічного тиску (Human Rights Watch, 2024).

Особливо гострою є проблема молодших дітей, для яких гра є основним інструментом пізнання світу та розвитку. В умовах постійної небезпеки та емоційного напруження можливості для вільної гри були суттєво обмежені. Це призвело до порушень у розвитку соціальних навичок, креативності та

когнітивних процесів. Gura та Roma (2023) описали зміни у специфіці гри та її впливі на когнітивні процеси за результатами дослідження дітей дошкільного віку в умовах війни (як на окупованих, так і на підконтрольних Україні територіях). Серед основних змін відзначено: скорочення часу на вільну активну гру, збільшення кількості ігрових сюжетів із військовою тематикою, зростання потреби в увазі з боку дорослих та у вираженні емоцій. Додатковим чинником стало обмеження фізичної активності, що також негативно позначається на когнітивному та загальному розвитку дітей.

Порушення прав та психологічна безпека

В умовах окупації та депортації діти систематично зазнавали порушення своїх базових прав. Згідно зі звітом Моніторингової місії ООН з прав людини в окупованих регіонах України систематично фіксуються порушення прав дітей: вбивства, травми, руйнування шкіл, лікарень, а також обмеження доступу до освіти, медичної допомоги, безпечного житла та життя в умовах загрози мін, вибухів і переселень (OHCHR, 2025). Брак задоволення базових потреб створює глибоке відчуття незахищеності. Особливо травматичним став досвід спостереження за насильством над близькими людьми, що призвело до формування комплексної травми та порушення базової довіри до світу. Ці дані підтверджуються дослідженнями колег з інших країн. Системні роботи, присвячені психологічному впливу війни та депортації дітей, наголошують на порушенні «внутрішньої безпеки», тобто втраті відчуття стабільності й захищеності, що формується внаслідок тривалого стресу, втрати близьких та руйнування довкілля. Це веде до зниження довіри, порушень регуляції емоцій, поведінкових розладів у майбутньому (Bürgin et al. 2022). Діти особливо вразливі до втручання в їхнє навколишнє середовище. Рання травма може порушити розвиток мозку, фундаментальних когнітивних, емоційних функцій та, як зазначалося вище, вплинути на соціалізацію.

Національна ідентичність та культурна травма

Окрема категорія травматичного досвіду пов'язана з примусовим пригніченням національної ідентичності. За даними досліджень дорослих і дітей, примусова культурна асиміляція призводить до культурної втрати, дисоціації, втрати ідентичності, культурного жалю та психологічної шкоди (Callan, 2005, Crisp & Turner, 2011). В українському контексті ці процеси більш болісні й нищівні: депортація та примусова русифікація спрямовані на свідоме стирання української культурної ідентичності дітей (Regional Center for Human Rights, n.d.).

Використання української мови та прояви національної належності стали джерелом безпосередньої загрози життю. Це призвело до формування травматичного зв'язку між національною ідентичністю та відчуттям небезпеки. Процес відновлення здорового відчуття національної належності потребує особливої уваги та делікатного підходу.

Обґрунтування інтервенції

Враховуючи комплексність травматичного досвіду дітей, важливим є підбір надійних способів надання допомоги задля його опрацювання.

У більшості стратегій надання психологічної допомоги, зокрема при роботі з кризою і травмою, фігурує така послідовність: усунення безпосередньої небезпеки, діагностика й визначення цілей, вибір формату та безпосереднє проведення інтервенцій, оцінка результатів (Corey, 2023; Кісарчук та ін., 2016; Зливков та ін., 2023; Пророк та ін., 2024).

На початковому етапі, після вилучення дитини із ситуації гострих загроз, якісний збір інформації про її стан грає ключову роль. Так, у Методичних рекомендаціях Ради Європи (Вааранен-Валконен та ін., 2022), підкреслюється, що визначення рівня психоемоційних реакцій, ресурсності, наявності чи відсутності порушень дозволяє уникнути неадекватного втручання або повторної травматизації. При цьому психодіагностичний підхід із декількома рівнями (скринінг, спостереження, опитування) є найбільш ефективним. А серед міжнародно визнаних інструментів діагностування психоемоційного стану дітей демонструють свою надійність такі як Strengths and Difficulties Questionnaire (Kersten et al., 2016), Child and Adolescent Trauma Screen (Sachser et al., 2017), Children's Revised Impact of Event Scale (Perrin et al., 2005) тощо, які доступні в українській адаптації.

Серед способів проведення втручань широку підтримку отримують групові інтервенції на противагу індивідуальним (Arega, 2023; Davis et al., 2023), ігрові й творчі формати (Nitza et al., 2023). На окрему увагу заслуговують й adventure therapy (Pringle et al., 2023) та проведення відновлювальних таборів, завдяки яким покращується емоційне функціонування й добробут дітей (Clary, 2013; Simonds et al., 2022; Veldkamp, 2022).

Серед безпосередніх інтервенцій, залежно від потреб, найчастіше згадуються:

- кризове консультування – короткотермінове втручання, спрямоване на нормалізацію переживань та стабілізацію психологічного стану (МОН України, 2022);
- психоедукація – надання зрозумілої інформації про реакції на стрес і травму для нормалізації цих реакцій; пояснення, як буде влаштована психологічна допомога і чому вона важлива (Kooij et al., 2022).
- психосоціальна підтримка та психотерапія — це комплексні програми допомоги, що поєднують різноманітні техніки, як-от: навчання саморегуляції та релаксації, експозиція (зіткнення з травматичними спогадами) для опрацювання уникнення, виконання домашніх завдань, зміна дисфункційних переконань, розповіді (нарації), творчі завдання, пошук ресурсів і побудова перспектив. (Kooij et al., 2022; Зливков та ін., 2023).

Ефективність результатів, як правило, оцінюється за змінами значень відповідних шкал або за спостережуваними ознаками, визначеними на етапі діагностики. Крім того, на фінальному етапі роботи важливо оцінити, чи здатні діти самостійно або за підтримки близького оточення підтримувати та розвивати набуті навички подолання травматичного досвіду. За можливості, їм слід надати подальший супровід. (Kooij et al., 2022).

Мета інтервенції

Дослідження, спрямоване на досягнення кількох взаємопов'язаних цілей:

1. Аналіз актуального психоемоційного стану дітей для впливу на ключові “гарячі точки” травми

Першим етапом є проведення глибинного аналізу актуального психоемоційного стану дітей. Йдеться про:

- детальну діагностику поточного психологічного стану з урахуванням вікових особливостей;
- виявлення специфічних тригерів, пов'язаних з травматичним досвідом;
- дослідження емоційних реакцій на пережиті події;
- оцінку впливу травми на різні сфери життя дитини;
- визначення наявних психологічних ресурсів та захисних механізмів;
- картографування сімейної системи та її впливу на процес відновлення.

2. Виявлення факторів, що посилюють травматизацію.

Наступним важливим компонентом є ідентифікація та аналіз факторів, які посилюють травматичний досвід:

вивчення тривалості та інтенсивності травматичного впливу;
аналіз специфічних умов перебування в окупації або депортації;
дослідження сімейного контексту та його впливу на травматизацію;
вивчення культурних аспектів травми;
аналіз соціальних факторів, що впливають на процес травматизації;
дослідження освітніх втрат та їх розвитку.

3. Стабілізація психологічного стану з використанням стратегій психоедукації, формування навичок саморегуляції

Допоміжними стають наступні стратегії психологічної допомоги:

- створення програм психоедукації для різних вікових груп;
- розробка специфічних технік саморегуляції;
- формування інструментів подолання посттравматичних реакцій;
- створення системи соціальної підтримки;
- розробка протоколів кризового втручання;
- планування довгострокових стратегій психологічного супроводу.

Характеристика вибірки

В інтервенції взяли участь діти віком від 6 до 17 років, які пережили досвід тимчасової окупації чи депортації.

Дослідження охоплювало аналіз анкет 38 дітей, заповнених ними на початку та в кінці табору. Діти, що мали досвід проживання на окупованих територіях, засвідчили насильство та розповіли про пережиті значні стресові ситуації. Досвід в окупації різниться: одні діти перебували під окупацією російських військ від кількох днів до місяця, інші були змушені проживати там роками через неможливість самотійно залишити територію або ж інші сімейні обставини. Значна частина дітей мала прийомних батьків, була закріплена за дитячим будинком чи мала неповну родину. Середній вік дітей на момент заповнення опитувальників першого разу становив 13.1 рік $\pm$ 2.9. Найменшому учаснику було 6 років і 10 місяців, найстаршому 17 років і 10 місяців.

Статевий розподіл був рівномірний: 17 дівчат (45%) та 21 хлопчик (55%). Найбільша кількість дітей була з Херсонської області (29, 76%), в той час як інші проживали в Запорізькій (4, 11%), Харківській (3, 8%) та Донецькій (2, 5%). На початку табору, під час першого заповнення анкет, симптоми посттравматичного стресу та показники за шкалою впливу подій не різнилися за статтю (Student's t & Mann-Whitney U 's $p > .05$). Вік мав невеликий позитивний зв'язок з показниками методики CATS-2 та із показником інтрузії за методикою CRIES-8, які втім не були статистично значущими.

Організація дослідження

Для забезпечення всебічної оцінки психологічних реакцій на травму в дітей застосовується багаторівневий діагностичний підхід. Він охоплює систематичний збір даних від батьків або опікунів через структуроване інтерв'ю, використання стандартизованих діагностичних інструментів, що відповідають критеріям міжнародних класифікаторів DSM V та МКХ 10¹, а також методи безпосереднього психологічного спостереження.

Психологи проекту проводять скринінг учасників на вході в програму, зазвичай це 1–3-й день табору (організатори зважають на загальну динаміку та стан учасників, тому дата проведення може коливатись), а також фінальне – протягом останніх 3 днів табору (загальна тривалість табору 21 день).

Метою дослідження є збір інформації щодо змін стану дітей після використаних інтервенцій в межах програми психологічного інтенсиву, а також виявлення індивідуальних потреб чи проблемних зон, на які варто звернути увагу до проходження табору чи після (фокус оцінки психологів проекту для виконання їх професійних задач).

Кількісні дані збираються у форматі тестування після збору інформованих згод. У процесі проходження тестування дитина може відмовитися відповідати на питання чи припинити заповнення тесту в будь-який момент.

¹УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД. ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ. ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 19 липня 2024 року № 1265

Заповнення бланків тестів відбувається в індивідуальному форматі, в спокійній атмосфері, за присутності дорослого (дипломованого психолога зі спеціалізацією роботи з дітьми) в полі зору, до якого можна звернутися з питаннями чи по допомогу за потреби, та/або висловити свою відмову від участі в проходженні тестування.

У ході роботи психологи використовують наступні опитувальники:

1. CATS-2 (Child and Adolescent Trauma Screen) – психологічний скринінговий інструмент в україномовній адаптації (Danyliuk, Malysheva, & Loshenko, n.d.), який використовується для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та оцінки пережитих травматичних подій у дітей і підлітків (зазвичай у віці 7–17 років).
2. CRIES-8 (Children's Revised Impact of Event Scale) – коротка форма шкали, створена для дітей віком від 8 років і старше. Використовується переважно після травматичних подій: війна, стихійні лиха, аварії, насильство для оцінки стану.

Загальна тривалість процедури тестування з повідомленням інструкцій становить 30-40 хвилин і, за потреби, може складатись з 2 частин. Під час аналізу дані були використані в узагальненому вигляді та деперсоналізовані при представленні результатів.

Важливо зазначити, що протягом перебування в таборі діти щоденно працювали з психологами, і у разі ризику ретравматизації при діагностиці могли у будь-який час звернутися по допомогу психолога, про що вони та їхні законні представники були попереджені до початку збору даних.

Процедуру проведення дослідження було погоджено з Етичною Комісією ГС «Національна психологічна асоціація», висновок від 20 травня 2025 року.

Описову статистику було розраховано для того, щоб окреслити склад вибірки й вихідний рівень симптомів. Враховуючи невелику вибірку ($n=38$), результати слід інтерпретувати з обережністю, їх генералізація обмежена. Нормальність розподілів перевіряли тестами Шапіро-Уїлка, Колмогорова–Смірнова та візуальним розкидом (Q-Q plots), аби обґрунтувати застосування параметричних процедур. Статеві відмінності у базових балах CATS-2 і CRIES-8 оцінювали незалежним t -тестом, а коли розподіл відхилявся від нормального, непараметричним критерієм Манна–Уїтні. Вплив програми табору визначався використанням парного t -тесту, за допомогою показників «до і після», з метою підсилення ефекту був розрахований d Коена. Для пошуку зв'язків між віком та рівнем посттравматичних симптомів використовувався коефіцієнт кореляції Пірсона.

Наприкінці для пошуку чинників, що посилювали або послаблювали ефект інтервенції, було використано ANOVA з повторними вимірами та міжособистісними факторами; величину внеску кожного чинника оцінювали частковою η^2 . Щоб перевірити, чи змінюється абстрактність малюнків із віком, ми застосували непараметричний однофакторний аналіз дисперсії Краскала-Уолліса. Для оцінки того, які зміни відбулись у тому, як стресові та травматичні події перешкоджають життєдіяльності дітей до й після табору, ми використали парний тест Мак-Немара. Щоб зберегти контроль над хибними знахідками в п'яти паралельних порівняннях, застосували процедуру Бенджаміні-Гохберга (FDR). Таким чином, набір методів охоплює опис вибірки, перевірки припущень, базові міжгрупові порівняння, оцінку змін у часі та аналіз модераторів ефекту.

Такий комплексний підхід до діагностики й аналізу даних забезпечує надійну основу для розробки ефективних стратегій психологічної допомоги та моніторингу прогресу в процесі відновлення дітей, які пережили травматичний досвід.

Розділ 2. Результати діагностики

На початковому етапі діагностичної роботи з дітьми, які пережили тимчасову окупацію та депортацію, ми зіткнулися з глибоко вкоріненими моделями соціальної поведінки, що відображають значний травматичний досвід. Першим і найбільш помітним викликом стала фундаментальна недовіра до дорослих та стійке очікування небезпеки в соціальних контактах.

Діти демонстрували складний комплекс захисних реакцій, що проявлялися через:

- глибоку недовіру до будь-яких дорослих, у тому числі до фахівців допоміжних професій;
- постійну настороженість та готовність до захисту;
- уникання прямого контакту та відкритого діалогу;
- страх розкриття особистої інформації та досвіду.

Особливо помітним був страх здійснення помилок та надання “неправильної” інформації. Діти часто завмирили перед відповіддю, демонструючи високий рівень тривоги щодо можливих наслідків своїх слів. Цей страх проявлявся у:

- надмірній обережності у формулюваннях;
- постійному очікуванні негативної реакції;
- спробах вгадати “правильну” відповідь;
- фізичному напруженні за необхідності відповідей на запитання.

Першочерговим завданням діагностики стало формування в дітей почуття безпеки в кабінеті та під час взаємодії з психологом.

Особливо важливим аспектом роботи стало чітке розмежування між допитом та психологічною консультацією. Це було необхідно, оскільки багато дітей сприймали будь-які запитання щодо їх досвіду, як “допит”. Для подолання цього бар'єру команда проекту:

- детально пояснювали різницю між слідчими діями та психологічною допомогою;
- наголошували на конфіденційності процесу;
- пояснювали терапевтичну мету запитань;
- надавали дитині можливість відмовитися від відповіді.

Було приділено багато часу формуванню розуміння мети нашої допомоги та кроків до її досягнення. Надання інформації дітям і відкритість до їх запитань під час діагностики були одним із наших інструментів створення почуття безпеки.

У процесі діагностики ми спостерігали два основні типи реагування:

1. Захисний тип — частина дітей демонструвала виражені захисні реакції:

- надання соціально очікуваних відповідей;
- уникання обговорення травматичного досвіду;
- заперечення наявності стресових проявів;
- мінімізація значущості пережитого.

2. Відкритий тип — інша частина дітей проявляла готовність до діалогу:

- відчуття полегшення від можливості поділитися досвідом;
- зменшення внутрішньої напруги при розповіді;
- готовність до відкритого обговорення переживань;
- прояв довіри до процесу психологічної допомоги.

Найбільше дітей турбує безпосередня близькість до бойових дій — про це повідомили 84 % опитаних. Понад половину хвилює раптова втрата близьких (58 %), а також стихійні лиха (53 %) та нещасні випадки (50 %). Насильство (сімейне чи у групі) та спостереження за ним викликають занепокоєння приблизно у кожного третього - четвертого учасника (24–37 %), тоді як сексуальне та гендерне насильство майже не згадується (близько 5 %). Булінг залишається відчутною проблемою (34 %), тоді як кібербулінг фіксувався рідше (8 %).

Щодо впливу пережитих подій на повсякденне життя, найбільше страждає суб'єктивне відчуття щастя – його порушення вказали 55 % дітей. Близько третини повідомили про труднощі у стосунках з однолітками та у навчанні (32 %), сімейних взаєминах (29 %) і дозвіллі (29 %). Отже, воєнний контекст та втрати формують головний фон тривоги, а емоційний добробут потерпає більше, ніж соціальне чи академічне функціонування. Відповіді на анкетні питання відображені у таблиці №1.

Таблиця 1. Події, що турбували підлітків на початку табору.

Яка подія (чи які події), зараз найбільше турбують Вас?

стихійне лихо	n	%
ні	18	47.40%
так	20	52.60%
нещасний випадок		
ні	19	50.00%
так	19	50.00%
насилля (сімейне)		
ні	29	76.30%
так	9	23.70%
насилля (внутрішньогрупове)		
ні	28	73.70%
так	10	26.30%
напад, пограбування, поранення від зброї		
ні	36	94.70%
так	2	5.30%
спостереження за насиллям в бік сім'ї		
ні	22	57.90%
так	16	42.10%
спостереження за внутрішньогруповим насиллям		
ні	24	63.20%
так	14	36.80%
злочини на статевому та гендерному ґрунті		
ні	36	94.70%
так	2	5.30%
злочини на статевому та гендерному ґрунті (онлайн)		
ні	38	100.00%
булінг		
ні	25	65.80%
так	13	34.20%
кібербулінг		
ні	35	92.10%
так	3	7.90%
раптова смерть близьких		
ні	16	42.10%
так	22	57.90%
стресова медична процедура		
ні	23	60.50%
так	15	39.50%
знаходження поряд із місцем військових дій		
ні	6	15.80%
так	32	84.20%

На початку табору середні показники травматичних симптомів були помірними, але дуже нерівномірними між дітьми. Загальний бал за CATS-2 (діапазон 0–60) становив у середньому 15.95 ± 8.75 (Медіана = 14), коливаючись від 4 до 41 балів. Це свідчить про сильну гетерогенність: у більшості симптоми низькі або помірні, проте окрема група дітей уже демонструвала виражені прояви (значення > 25).

За шкалою CRIES-8 середній бал інтрузій дорівнював 8.05 ± 5.16 (Медіана = 7). Показник уникання (Avoidance) склав 9.21 ± 5.41 (Медіана = 10). Частина дітей активно намагалась «не думати» про травматичні події, але ця тенденція нелінійна – у вибірці є як зовсім низькі, так і максимальні значення (0–20). Середній сумарний бал CRIES-8 на початку табору становив $17,3 \pm 9,0$ бала, що є на межі порогового значення в 17 балів, визначеному як індикатор ймовірного ПТСР. Медіана 16 балів лежить трохи нижче порога, що означає: щонайменше половина учасників ще не досягає клінічного рівня, тоді як інша половина вже перевищує його. Розмах значень широкий (3–40), а висока дисперсія свідчить про сильну неоднорідність переживань: у вибірці одночасно присутні діти з мінімальними симптомами й ті, хто демонструє виражені посттравматичні реакції. Отже, на старті програми маємо неоднорідний рівень травматичних проявів: більшість дітей зберігають відносно контрольований стан, але існує чітка група з високими потребами у психосоціальній підтримці.

На етапі діагностики та під час терапевтичних втручань у дітей спостерігався комплекс специфічних емоційних та поведінкових проявів, що відображав глибину пережитого травматичного досвіду. Найбільш виразною особливістю став стійкий високий рівень фонові тривоги, який зберігався протягом тривалого періоду терапевтичної роботи і почав знижуватися лише на завершальних етапах втручання.

Характерним проявом травматичного досвіду став стан постійної соматичної та емоційної мобілізації. Діти перебували в стані хронічного тілесного напруження, яке зберігалось навіть у безпечному середовищі, за відсутності реальних загроз. Тіло ніби застигало в готовності до небезпеки, не маючи можливості природного розслаблення та відновлення. Такий стан є типовим для дітей, які тривалий час перебували в умовах загрози життю та не мали можливості сформувати адаптивні механізми саморегуляції та відновлення відчуття безпеки.

Окремим значущим аспектом емоційного стану дітей стала інтенсивна тривога за безпеку близьких людей. Особливо гостро це переживали діти, чиї родичі залишилися на тимчасово окупованих територіях. Проте навіть ті діти, чиї сім'ї перебували в безпечних регіонах України, демонстрували високий рівень тривоги за рідних. Вони потребували постійного підтвердження того, що з їхніми близькими все гаразд, часто шукали заспокоєння та підтримки через регулярний зв'язок з родиною. Перед початком табору ми також запитали дітей, на що саме впливають стресові події, які вони пережили. Результат відображений у таблиці 2.

Таблиця 2. Вплив зазначених подій на сфери життя підлітків.
Зазначені події заважали

ладнати з іншими	n	%
ні	26	68.40%
так	12	31.60%
гобі чи веселошам		
ні	27	71.10%
так	11	28.90%
навчанню		
ні	26	68.40%
так	12	31.60%
стосункам у родині		
ні	27	71.10%
так	11	28.90%
почуттю щастя		
ні	17	44.70%
так	21	55.30%

У процесі терапевтичної роботи діти розкривали глибокі екзистенційні страхи, які зазвичай не властиві їхньому віку. Вони ділилися переживаннями щодо можливої втрати особистої свободи, висловлювали страх самотності та бездомності. Ці "дорослі" соціальні страхи відображають масштаб травматичного впливу на формування світогляду дітей та їхнє базове відчуття безпеки у світі.

Особливо помітним став вплив травматичного досвіду на природну дитячу спонтанність та здатність до творчого самовираження. У більшості дітей спостерігалось значне пригнічення спонтанності проявів, а будь-які ситуації, що вимагали самостійного творчого вираження, викликали виражену фрустрацію та дезорієнтацію. Діти демонстрували сильну залежність від зовнішніх інструкцій та керівництва, відчуваючи труднощі з проявом власної ініціативи та креативності. При виконанні творчих завдань діти часто завмирили в очікуванні детальних вказівок, проявляли розгубленість та тривогу за необхідності самостійного вибору.

Під час адаптації характерною ознакою для більшості дітей був страх порушити правила чи запізнитись. Діти демонстрували надмірну дисциплінованість та покірність, яка є нетиповою для дітей цієї вікової категорії (підлітків).

У міжособистісній взаємодії діти мали значні труднощі з відстоюванням особистих кордонів і захистом своєї позиції, тому перші спроби дискусій чи дебатів були ускладнені й потребували постійної фасилітації. Через це й наявну обережність у формуванні контактів групова динаміка рухалась значно повільніше.

Часто діти озвучували тривогу та перестороги щодо наслідків своїх помилок, зокрема, деякі з них очікували покарання за неуспішність, тому значна частина терапевтичної роботи була присвячена нормалізації та відновленню довіри для зниження страху.

Поряд із тривогою через можливі помилки діти виявляли потребу у схваленні та підтвердженні своєї успішності як у виконанні завдань, так і в побутових діях. Часто оцінка результатів діяльності ототожнювалася з оцінкою себе як особистості.

Характеристика когнітивних процесів

Під час терапевтичної роботи з дітьми спостерігалися суттєві труднощі в розумінні та обробці абстрактних понять й об'єкта різного матеріалу. Метафори та переносні значення, що використовувалися для пояснення психологічних процесів, потребували істотного спрощення, аби діти могли їх зрозуміти.

У сфері творчого самовираження також виявилися помітні обмеження. Особливо це стосувалося образотворчої діяльності: мова малюнку в багатьох дітей була недостатньо розвинена та потребувала спеціальної уваги.

Під час роботи з когнітивними викривленнями, яка є важливою частиною терапевтичної інтервенції, найбільш помітним було “чорно-біле мислення”. Цей тип мислення характеризується надмірною категоричністю суджень та відсутністю гнучкості, що створює суттєві обмеження для розвитку цілісного світогляду дітей. Так, 50 % мали думку “я недостатньо хороший”, а 38 % стверджували, що “я не зможу жити повноцінне життя”.

У частини дітей виявлено специфічні труднощі з навичками читання, що проявлялися у сповільненому темпі, перестановці складів та порушенні просодичного компонента читання. Окремі діти демонстрували уникнення завдань, пов'язаних з письмовою діяльністю. Уповільнення темпу письма призводило до виникнення соціальної тривоги та додаткового дискомфорту.

Протягом адаптаційного періоду в дітей спостерігалися виражені труднощі із самопрезентацією та самовираженням. Вони проявляли значний страх перед демонстрацією власних уподобань та захоплень, наче боялись розкрити свою справжню особистість. Особливо помітною була тривога за необхідності рефлексії – запитання, що потребували самоаналізу та усвідомлення власних почуттів чи думок, часто викликали стан фрустрації та дезорієнтації.

У процесі терапевтичної роботи особливої уваги потребувало формування навичок асертивності. Діти демонстрували значні труднощі з вираженням незгоди та відстоюванням власної позиції. Здатність сказати “ні” та висловити думку, що відрізняється від поглядів інших, стала важливим фокусом терапевтичного втручання, оскільки ці базові навички самовираження були суттєво порушені внаслідок травматичного досвіду.

Особливо глибоким проявом травматизації стало порушення здатності до планування та уявлення майбутнього. Діти демонстрували значні труднощі з візуалізацією навіть найближчого майбутнього, що відображало глибоку зневіру у можливості впливати на власне життя. Відчуття безпорадності та втрата віри у здатність здійснювати вибір призвели до блокування перспективного мислення. Відновлення цієї здатності стало одним із ключових завдань терапевтичної програми, оскільки воно безпосередньо пов'язане з формуванням життєстійкості та психологічного благополуччя.

Додаткові обтяжуючі фактори

У процесі терапевтичної роботи з дітьми та їхніми опікунами було виявлено значущий пласт травматичного досвіду, що передував подіям окупації та депортації. Цей досвід включав різні форми деструктивних сімейних взаємодій та порушень розвитку: випадки домашнього насильства, проблеми залежності в батьків, досвід покинутості та занедбаності, порушення формування здорової прив'язаності.

Наявність такого раннього травматичного досвіду створює особливо складний контекст для психологічного відновлення, оскільки впливає на формування базових структур особистості. Порушення в розвитку почуття безпеки, впевненості в собі та довіри до світу, що виникають внаслідок ранньої травматизації, створюють своєрідний фундамент підвищеної вразливості до подальших травматичних впливів.

За таких умов процес психологічного відновлення після досвіду окупації та депортації значно ускладнюється, оскільки нова травма накладається на неопрацьовані ранні травматичні переживання. Це вимагає особливо делікатного та комплексного підходу до терапевтичної роботи, який би враховував багатшаровість травматичного досвіду та його вплив на загальний процес розвитку дитини.

Розділ 3. Характеристика наданої інтервенції

Ключові акценти інтервенції були направлені на стабілізацію емоційного стану. Психологічна програма складалася з групових та індивідуальних форм роботи.

Стратегії інтервенції включали в себе:

1. Нормалізацію: усвідомлення природності емоційних реакцій, зокрема, розуміння, що такі емоції, як страх, тривога або сум – природні реакції на стресові ситуації або труднощі. Нормалізація сприяє зниженню напруги та інтенсивності уникання, зменшенню почуття відчуженості й розуміння спільності ("я такий не один").
2. Психоедукацію: формування розуміння, як саме працює мозок в стресі, який механізм реакцій і як впоратись зі стресовими та травматичними реакціями.
3. Навчання технік саморегуляції та пошуку ресурсів: присвячено багато часу навчанню дітей технікам вимірювання інтенсивності емоційних реакцій, дихальної та тілесної регуляції, аналізу й розумінню механізмів агресії та страхів, навичкам коупінгу, стратегіям когнітивного аналізу та регуляції. Спільно з дітьми на індивідуальних та групових заняттях спеціалісти шукали зовнішні та внутрішні ресурси, родинні, національні чи індивідуальні опори, які слугують основою стійкості до випробувань. Метою було створення з дітьми "аптечки швидкої допомоги", до якої вони завжди можуть звернутись в моменти потреби.
4. Відновлення відчуття фізичної і емоційної безпеки середовища: створення атрибутів фізичної безпеки шляхом надання передбачуваності, використання візуальних підказок та розкладу сприяли появі почуття контролю і зниженню тривоги в дітей.
5. Емоційна безпека створювалась за рахунок екологічності взаємодії, наявності правил, створення простору для вираження емоційних реакцій та формування стосунків з дітьми, що засновані на повазі та довірі.
6. Тілесна активація та регуляція: програма була наповнена різноманітними фізичними активностями, спортом, іграми, що дало можливість тілесного розвантаження та активації.
7. Простір для творчості та самовираження: гнучка система занять, яка містить техніки ігрової творчої взаємодії, арт-терапевтичні заняття і майстер класи. Творчість, як можливість вільно проявити себе, була однією з основ програми.

8. Важливою складовою, закладеною в програму, була допомога в розумінні дитиною себе, своїх сильних сторін, вподобань, стратегій
9. Реагування, спрямоване на формування більш цілісного образу власного "я" та подолання страху висловлювати свої думки й уподобання.
10. Можливість для спонтанної ігрової діяльності у довільній формі.

Розділ 4. Фінальні результати

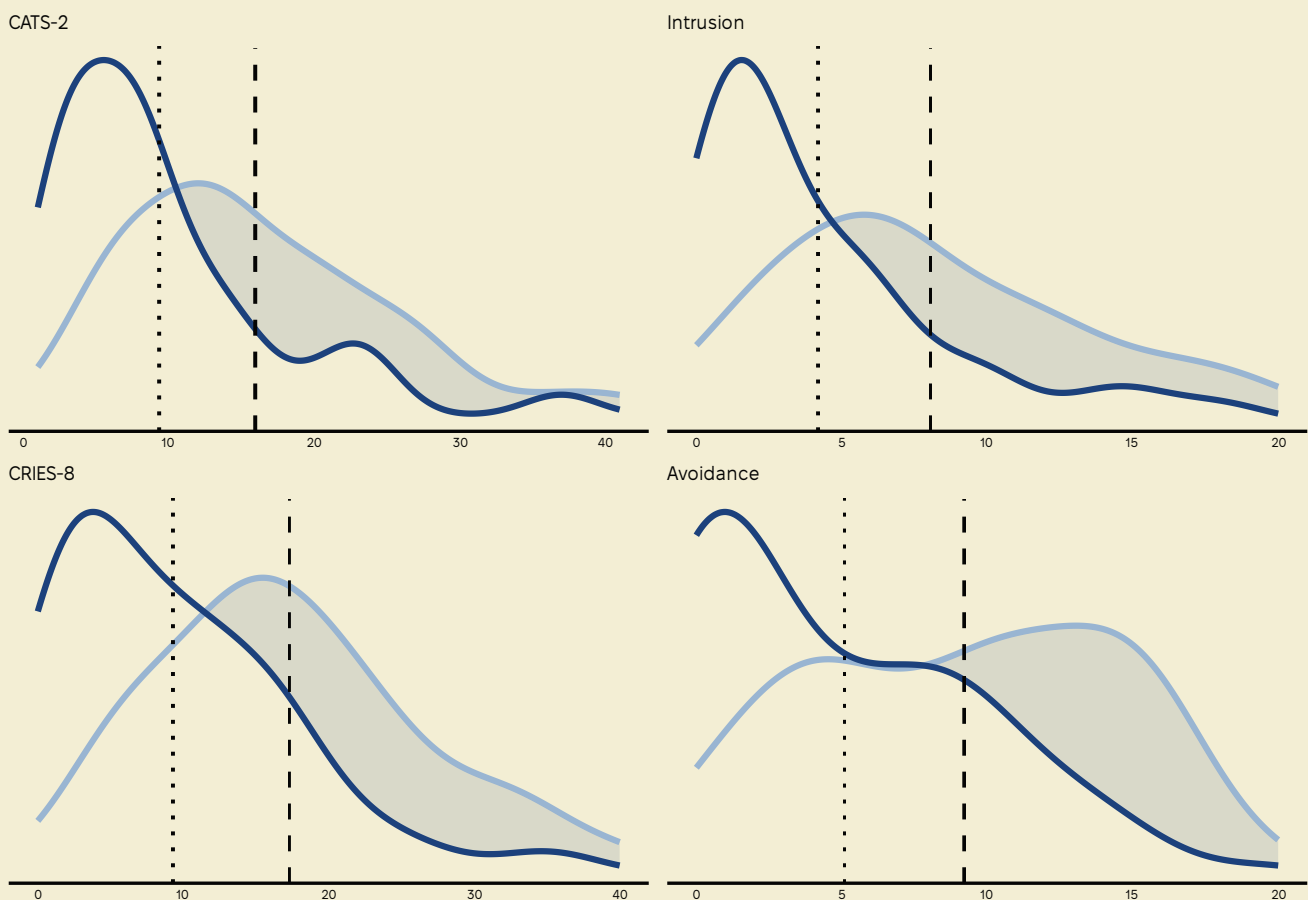
Першопочатково вплив занять у таборі та добробут дітей був визначений за допомогою парного Student's t-тесту, який дозволяє нам перевірити значущість відмінностей між двома замірами (до та після табору). Тести нормальності показали прийнятний розподіл у всіх змінних, крім початкового значення CATS-2, однак за вибірки 38 осіб t-тест лишається надійним інструментом.

Порівняння даних першого й фінального вимірів засвідчило виразне зниження травматичних симптомів у всіх чотирьох показниках. Середній сумарний бал за CATS-2 зменшився з $15,9 \pm 8,7$ до $9,3 \pm 7,7$, в середньому на 6,6 пункти ($t(37)=6,25$, $p<.001$) й супроводжується великим ефектом за Коеном ($d=1,0$). Аналогічну динаміку демонструє CRIES-8: частота інтрузій знизилася на 3,9 бали ($8,1 \rightarrow 4,2$; $t(37)=4,92$, $p<.001$; $d=0,80$), а уникання – на 4,1 бали ($9,2 \rightarrow 5,1$; $t(37)=4,94$, $p<.001$; $d=0,80$). Сумарний показник CRIES-8 зменшився майже наполовину – з $17,3 \pm 9,0$ до $9,3 \pm 7,9$ ($t(37)=6,10$, $p<.001$; $d=1,0$), що перевело більшість учасників нижче клінічного порогу, до 17 балів.

Якщо на початковому вимірі 47% ($n=18$) підлітків мали 17 і більше балів (за CRIES-8) та підходили під скринінговий критерій ймовірності ПТСР, то на другому замірі кількість підлітків з таким результатом зменшився до 13% ($n=6$). За методикою CATS-2 пороговий показник сильного дистресу, пов'язаного з травмою, та ймовірності ПТСР становить 25 та вище балів. Загалом 10% ($n=7$) підлітків мали вищепорогові значення на першому замірі, і тільки один учасник мав вищепороговий показник в 37 балів під час другого заміру.

Додатково, саме на етапі повторного виміру, ми спостерігаємо за прямим зв'язком середньої сили між віком дитини й загальним балом CATS-2 ($r = 0,33$, $p = .045$, 95 % CI [0.01; 0.59]). Тобто, чим старші учасники, тим вищими залишалися їхні посттравматичні симптоми наприкінці табору, хоча на старті кореляція була статистично незначущою. Можливо, старші діти повніше усвідомлюють власний досвід і соціальний контекст війни, тому реагують більш емоційно, глибше та повільніше «відпускають» напруження; натомість молодшим дітям, імовірно, легше перемикнути на безпечне середовище табору. Водночас довірчий інтервал кореляції досить широкий, а вибірка обмежена, тож результат слід розглядати як тенденцію, що потребує підтвердження.

Отже, перебування в таборі було пов'язане з клінічно та статистично значимим полегшенням посттравматичних проявів: діти рідше переживали нав'язливі спогади, менше уникали травматичних нагадувань і загалом почали почуватися спокійніше. Високі значення ефекту свідчать, що зміни мають не лише числовий, а й суттєвий практичний сенс, а подальша підтримка може бути зосереджена на меншості, у якої симптоми залишаються підвищеними. Для цього психологами табору було підготовлено індивідуальні рекомендації для кожної дитини, які допоможуть піклуватися та покращувати її добробут. Ці інструкції включали як сфери, на які слід звернути увагу опікунам дитини, а також конкретні вправи, які слід виконувати для покращення психічного стану.

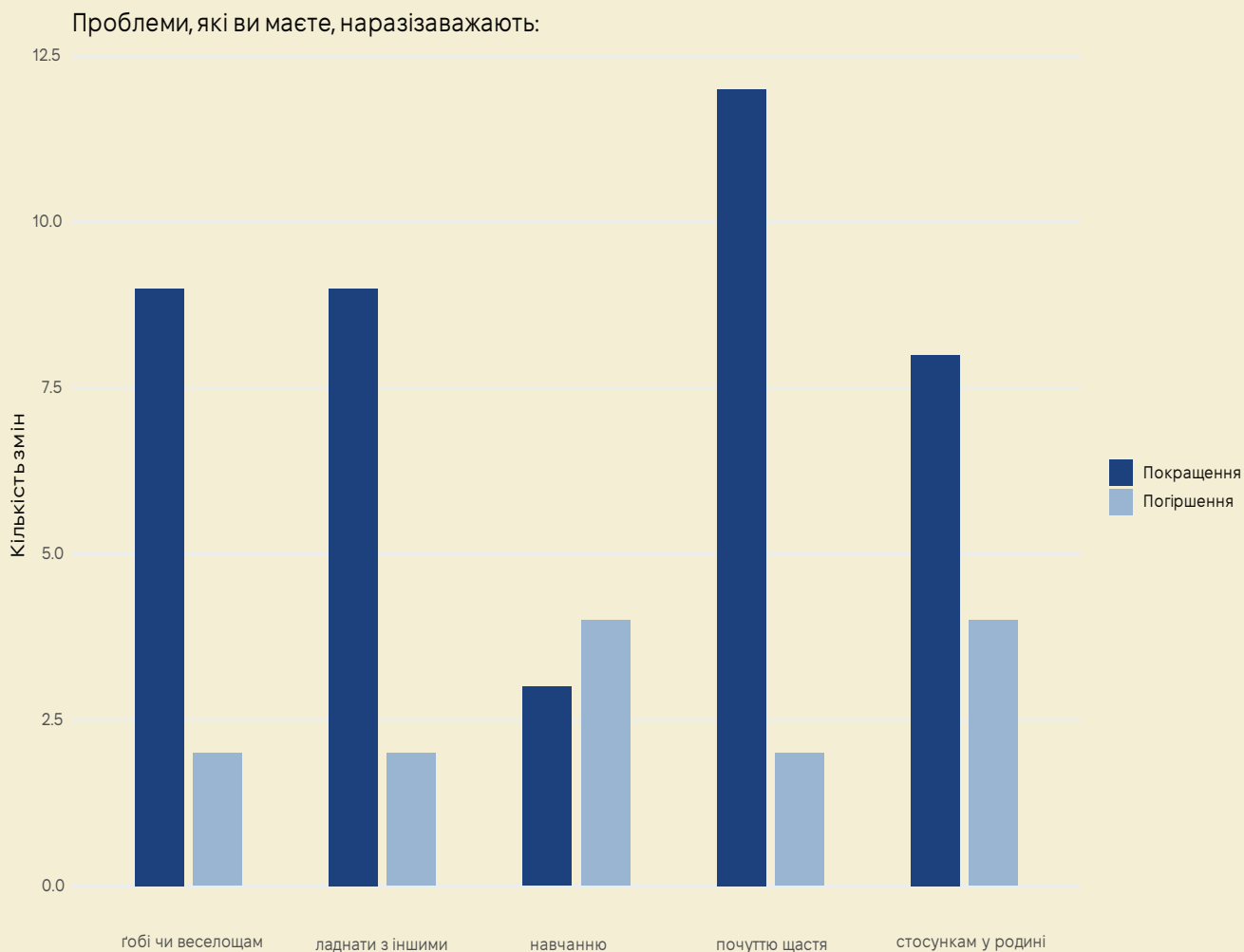


Графік 1. Динаміка середніх показників за CATS-2 та підшкалами CRIES-8 (Intrusion, Avoidance) між першим і другим виміром.

Примітка: пунктирна лінія (dotted) та темно-синій колір відображають середнє значення другого виміру; штрихова лінія (dashed) та світло-синій колір – середнє значення першого виміру. Площа, яка зафарбована кольором, позначає покращення (зменшення результатів) у порівнянні з першим заміром.

Важливо, що ступінь покращення залежав від декількох факторів. Щоб дізнатись, що впливало на зміни психічного стану, ми побудували модель ANOVA з повторними замірами та міжіндивідуальними чинниками.

Так, сила таких змін залежала одразу від двох обставин: чи псували стресові події стосунки в родині й чи переживала дитина серйозний нещасний випадок (або ж отримала травму внаслідок таких подій). Діти, які на старті відзначали, що травматичні події «б'ють» по взаєминах удома, зменшили свої бали CATS-2 суттєвіше, ніж ті, у кого таких проблем не було (час × стосунки: $F(1, 34)=15,19$, $p<.001$, $\eta^2=.31$). Наявність чи відсутність у біографії серйозного нещасного випадку сама по собі не змінювала динаміку (час × травма: $F(1, 34)=2,74$, $p=.107$). Отже, після програми реабілітації емоційний стан дітей із травматичним досвідом аварій загалом поліпшувався не менше, ніж у інших учасників. Однак, взаємодія трьох факторів разом показала значущий ефект ($F(1, 34)=7,38$, $p=.010$, $\eta^2=.18$). Так, якщо дитина не вказала, що її турбує тяжка травма, ефект покращень від участі в таборі був сильнішим для тих, у кого були проблеми в родині – їхні бали впали майже на 13 пунктів, тоді як у ровесників без сімейної напруги — лише приблизно на 5. Якщо ж травматичний випадок був присутній, усі діти (і з проблемами в сімейних стосунках і без) показали схожий, помірний прогрес – зниження на 6–7 балів без істотної різниці між групами. Програма найсильніше спрацьовує там, де головним «больовим місцем» є родинні стосунки. Однак, це працює тільки для дітей без досвіду тяжких травм. Для дітей, які вже пережили серйозний нещасний випадок, табірна інтервенція однаково корисна незалежно від того, наскільки зруйнованими вони відчують сімейні взаємини.



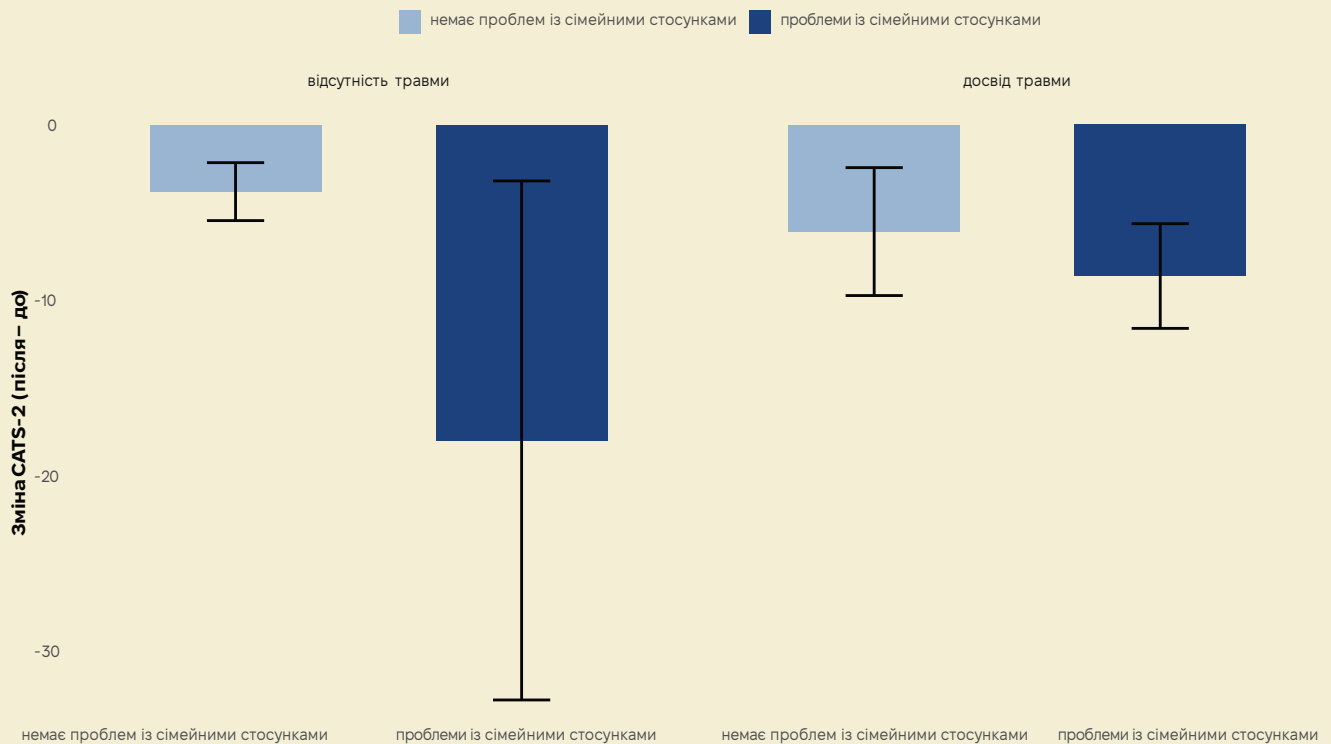
Графік 2. Взаємодія досвіду тяжкої травми й сімейної напруги у зміні симптомів (CATS-2) після табору.

Показник «Інтрुзії» (частота нав'язливих спогадів) за шкалою CRIES-8 істотно знизився в усій вибірці – у середньому майже на чотири бали ($F(1, 36) = 34,41$, $p < .001$, $\eta^2 = .49$). Водночас темп цього зниження залежав від того, чи скаржилися діти, що пережиті події позбавили їх хобі й радощів ($F(1, 36) = 6,59$, $p = .015$, $\eta^2 = .16$). До початку табору учасники, для яких травма обмежила дозвілля, мали вищі показники інтрузій, хоча різниця з однолітками була лише тенденційною. Після програми показники обидвох груп покращилися, але різною мірою: у дітей, чиї захоплення не постраждали, бал зменшився приблизно на 2,7 пункти, тоді як у тих, хто втратив можливість займатися хобі, покращення сягнуло майже на 6,8 пунктів. Це підтверджує, що повернення до звичних радощів та розваг, введення елементу гри в повсякденність дитини є критично важливим компонентом відновлення після травматичного досвіду.

Додатково ми оцінили, як змінилося сприйняття дітьми впливу проблем на їхнє повсякденне життя, зіставивши частоти відповідей «так / ні» до й після табору за допомогою тесту Мак-Немара з FDR-корекцією Бенджаміні–Гохберга. У всіх «соціальних» сферах (розмова, хобі, сім'я, навчання, щастя) кількість дітей, які перейшли від «так, заважає» до «ні, не заважає», перевищує або дорівнює числу тих, у кого з'явилася нова проблема. Це вказує на загальну тенденцію до покращення функціонування. Найбільший зсув спостерігався у домені «почуття щастя» (12 покращень проти 2 погіршень), де незарегульований p -рівень упав до .016. Однак після FDR-корекції ($p\text{-BH} \approx .081$) зміна не досягла порогу значущості. Отже, за критерієм Мак-Немара видно виразний нахил у бік покращення – діти частіше повідомляють, що стресові події перестали заважати їхнім розмовам, дозволяю й особливо почуттю щастя. Однак після поправки на мультиплікаційні порівняння жодна з цих змін не залишається формально значущою: ми не можемо повністю відкинути ймовірність випадкової помилки. Практично це означає, що позитивний ефект табору на соціально-емоційне функціонування є обнадійливим, але потребує підтвердження на більшій вибірці або додатковими вимірами.

Взаємодія досвіду травми та проблем у сімейних стосунках у зміні CATS-2

Стовпці— середня зміна; інтервали— 95% ДІ



Графік 3. Розподіл дискордантних відповідей щодо впливу проблем на повсякденне функціонування: до та після табору.

Тілесні прояви

На 22% менше дітей відмічають наявність поганих сновидінь, що значно покращило їхній сон, а відповідно, і здатність до відновлення на тілесному рівні. На 17% менше дітей зазначають наявність сильних фізичних реакцій при згадуванні про травматичну подію, що дає можливість знизити частоту уникання травматичних спогадів і підвищити шанси успішності терапії. Окрім цього, помітним є тілесне розслаблення та розкутість у рухах дітей, зокрема, в ігрових елементах, танцювальних активностях, спонтанних проявах у побуті. Помічено зміни у жвавості міміки й збільшенні гнучкості в невербальних проявах емоційних реакцій.

Емоційні реакції

На 16% знизився показник наявності інтрузивних повторюваних образів травматичного досвіду. На 22% менше дітей, які відчують себе засмученими після згадування травматичної події, що є одним із показників успішного опрацювання ними травматичних спогадів.

Один із найбільш значущих є показник уникання, частота якого знизилась на 39%. Подолавши уникання хоча б частково, діти мають можливість відкоригувати емоції та прожити травматичний досвід, не блокуючи його і зменшивши ризик розвитку ускладнень.

На 28% менше дітей відмічають, що вони легко лякаються, і на 12% знизився показник проявів надмірної обережності. На 15% менше дітей відмічають труднощі прояву радісних почуттів.

Соціальна взаємодія та уявлення про власне "Я"

Негативна думка "світ став небезпечним" турбує на 20 % менше дітей, а, отже, у межах проєкту вдалося закласти відчуття безпеки та надійності дітям-учасникам. Частота виникнення думки "я не зможу жити повноцінне життя" знизилась на 16%, у такий спосіб деякі діти почали бачити не лише негативний образ майбутнього, а й почали вірити в те, що вони мають силу для змін на краще. На 12% знизилась частота виникнення думки "я недостатньо хороший", що дає можливість для продовження роботи над образом себе та формуванням здорової самооцінки.

У груповій взаємодії з'явилися прості форми конфронтацій та боротьба за лідерство, зокрема в ігрових активностях і спонтанних групових процесах. Діти почали проявляти ініціативу, висловлюватись, а деякі – відстоювати свою позицію. Відмічено високу частоту бажання взаємодопомоги, кооперації та виникнення маленьких підгруп у взаємодії. Діти молодшого шкільного віку почали брати участь у спонтанній грі та розвивати мінісюжети, а це є важливим елементом не лише соціального, а й когнітивного розвитку.

Когнітивні процеси

На індивідуальних заняттях почастишали прояви простих форм фантазування та творчості: малюнки дітей набули самостійності, більшого відходу від конкретних заданих форм та образів. Деякі почали розуміти прості метафори. У дітей молодшого віку помічено наявність рефлексій та генерування ідей під час ритуалів вечірнього читання та аналізу поведінки головних персонажів. Учасники інтенсиву почали будувати плани, деякі з них склались лише з 1-2 кроків і стосувались найближчого часу, інші – говорили про цілі на майбутнє, а також засвоїли стратегію побудови "сходинок досягнень".

Описані зміни є значущими, враховуючи короткий період інтервенції, проте актуальний стан вищих психічних функцій цієї категорії дітей потребує подальшої діагностики та розробки комплексних методів втручання.

Розділ 5. Висновки та рекомендації

Проведене дослідження дозволило сформулювати ключові рекомендації щодо розвитку системи психологічної допомоги дітям, які пережили травматичний досвід окупації та депортації. Фундаментальним принципом успішної реабілітації є об'єднання зусиль усіх дорослих учасників процесу для створення комплексних умов адаптації дітей.

На основі отриманих результатів постає необхідність розробки уніфікованої програми психологічної підтримки, яка охоплюватиме всі етапи надання допомоги. Першочерговим завданням такої програми є створення багаторівневої системи психологічної допомоги та безпеки, яка містить впровадження психоедукаційних компонентів вже на етапі первинної діагностики, що сприяє формуванню довіри та розуміння процесу психологічної допомоги.

Особливу увагу необхідно приділити системному моніторингу психологічного стану дітей. Комплексна первинна діагностика та регулярне відстеження динаміки дозволяють вчасно виявляти ускладнені травматичні реакції та коригувати терапевтичні втручання. Важливим компонентом є оцінка когнітивного функціонування та розробка індивідуалізованих стратегій подолання освітніх прогалин, включаючи використання нейропсихологічних технік для розвитку базових психічних процесів.

Фундаментальною основою реабілітації є відновлення та розвиток здорових соціальних зв'язків. Формування безпечних міжособистісних стосунків починається зі створення довірливої атмосфери в терапевтичних стосунках і поступово поширюється на інші сфери соціальної взаємодії. Це допомагає подолати соціальну ізоляцію та відновити здатність до формування здорових прив'язаностей.

Критично важливим компонентом програми є повернення дітям відчуття контролю над власним станом. Це досягається через навчання практичним технікам емоційної та тілесної саморегуляції, де діти виступають активними учасниками процесу відновлення. Формування навичок самостійного управління своїм станом значно підвищує ефективність терапевтичної роботи та сприяє розвитку психологічної стійкості.

Успішна реалізація програми потребує розбудови розгалуженої системи професійної підтримки, що охоплює підготовку фахівців, розроблення методичних матеріалів та надання постійної супервізійної допомоги спеціалістам. Необхідним етапом є також налагодження ефективної міждисциплінарної взаємодії між усіма фахівцями, залученими до процесу реабілітації.

Впровадження такої комплексної програми має сприяти стабілізації психоемоційного стану дітей, відновленню здорових механізмів психологічного функціонування та успішній соціальній реінтеграції. Важливим аспектом є також профілактика розвитку посттравматичних розладів та формування довгострокової психологічної стійкості.

Подальший розвиток системи психологічної підтримки потребує продовження досліджень ефективності різних терапевтичних підходів, розширення мережі спеціалізованих центрів допомоги та створення системи довготривалого супроводу дітей та їхніх сімей. Лише системний підхід, що враховує всі аспекти травматичного досвіду та спирається на координовані зусилля професійної спільноти, може забезпечити ефективне відновлення психологічного благополуччя постраждалих дітей.

Додаткові рекомендації для працівників сфери освіти

Наш досвід проведення психологічного інтенсиву підтвердив, що створення сприятливих умов середовища та взаємодії безпосередньо впливає на зниження частоти та інтенсивності стресових реакцій і травматичних проявів, активуючи процеси психологічного відновлення. Важливо розуміти, що психологічне відновлення має прямий зв'язок з можливістю ефективного навчання та засвоєння освітньої програми.

Фундаментальною основою відновлення є створення почуття безпеки як базової потреби. Лише коли діти отримують сигнал "відбій" для своєї тривожної системи, вони можуть сфокусуватися на навчанні та інших видах діяльності. Безпечний простір дозволяє активізувати природні механізми розвитку психіки, які були заблоковані через постійну тривогу і травматичний досвід.

Безпечне середовище створюється через його передбачуваність, яка містить наявність сталого розкладу, візуальних підказок, чітких схем та алгоритмів дій.

Важливо завчасно інформувати про будь-які зміни у звичному розпорядку, контрольні роботи чи інші події. Для молодших дітей особливо важливі конкретні та прості схеми, а складні правила мають бути розбиті на прості послідовні кроки.

Особлива роль належить передбачуваності реакцій дорослого. Педагоги мають демонструвати соціально прийнятні, підтримуючі та екологічні реакції, уникаючи будь-якого засудження дитини через її досвід. Від реакцій дорослого значною мірою залежить атмосфера прийняття в колективі та протидія булінгу. Важливо розуміти, що діти з травматичним досвідом часто сприймають дорослого як джерело небезпеки, тому побудова довіри стає першочерговим завданням.

Контрольованість міжособистісної взаємодії досягається через встановлення чітких правил та побудову довіри. Особливо важливо створити справедливі механізми регуляції групових процесів. Правила взаємодії мають формуватися на основі відкритості та спільності, з можливістю для дітей висловити свою думку та брати участь у прийнятті рішень. При цьому правила повинні не лише обмежувати негативні прояви, але й підкреслювати можливості для позитивної взаємодії.

Критично важливим є уникання примусу до розкриття травматичного досвіду. Педагоги мають висловлювати готовність вислухати історію дитини, але це має відбуватися виключно добровільно, коли дитина сама відчує готовність поділитися. У випадку самотійного розкриття важливо слухати без оцінок, проявляючи прийняття та підтримку.

Для ефективної роботи з емоційними станами необхідне володіння навичками первинної психологічної допомоги. Рекомендується впровадити щоденні короткі практики стабілізації та регуляції, як частину шкільної рутини. Важливо створити в класі спеціальний простір для відновлення, де діти можуть знайти необхідні ресурси для саморегуляції.

Школа має стати осередком психоедукації, допомагаючи дітям розуміти власні реакції на стрес та механізми їх подолання. Важливо донести до дітей, що їхні реакції є нормальними, тимчасовими і керованими, що вони не самотні у своєму досвіді і можуть отримати необхідну підтримку.

Особлива увага має приділятися створенню можливостей для самовираження та самопрезентації. Навчальний процес повинен містити елементи дискусій, творчого вираження та активного дослідження. Рекомендується залучення дітей до різноманітних форм позашкільної освіти, які сприяють розвитку навичок висловлення думок та прийняття рішень.

Фізична активність є важливим компонентом регуляції тілесних проявів. Рекомендується впроваджувати різні форми рухової активності впродовж навчального дня та заохочувати дітей до участі в позашкільних спортивних заходах.

Особлива увага має приділятися розвитку критичного мислення як захисту від пропаганди та маніпуляцій. Важливо навчити дітей аналізувати інформацію, перевіряти факти, розуміти багатопричинність явищ та формулювати аргументовані судження. При цьому необхідно враховувати індивідуальні особливості дітей та їхню готовність до роботи з абстрактними поняттями.

У **Додатку 1** наведені приклади вправ і активностей, що можуть бути використані в освітньому процесі задля досягнення зазначених цілей.



Link to the English version of the book
Посилання на англomовну версію книги

Використана література:

Вааранен-Валконен, Н., Заварова, Н., & Калашник, О. (2022). Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: навч.-метод. посіб. К.: Рада Європи.

Зливков, В., Лукомська, С., Євдокимова, Н., & Ліпінська, С. (2023). Діти і війна: монографія. Ніжин: ПП Лисенко М.М.

Кісарчук, З. Г. (заг. ред.) (2016). Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник. Взято з <https://bit.ly/3U8zLJl>.

МОН України (2022). Методичні рекомендації «Перша психологічна допомога. Алгоритм дій». Взято з <https://bit.ly/4flCPLJ>.

Пророк, Н. В., Царенко, Л. Г., Чекстере, О. Ю., Полякова, В. І., Столярчук, О. А., & Купреєва, О. І. (2024). Психологічна допомога дітям, які пережили спричинені війною травмівні події: методичні рекомендації. К.: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Arega, N. T. (2023). Mental health and psychosocial support interventions for children affected by armed conflict in low-and middle-income countries: a systematic review. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 52, No. 6, pp. 1431-1456). New York: Springer US.

Bernhardt, K., Le Beherec, S., Uppendahl, J. R., Fleischmann, M., Klosinski, M., Rivera, L. M., ... & Hahnefeld, A. (2024). Young children's development after forced displacement: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 20.

Bürgin, D., Anagnostopoulos, D., Vitiello, B., Sukale, T., Schmid, M., & Fegert, J. M. (2022). Impact of war and forced displacement on children's mental health—multi-level, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *European child & adolescent psychiatry*, 31(6), 845-853.

Callan, E. (2005). The ethics of assimilation. *Ethics*, 115(3), 471-500.

Cayabyab, C. R., O'Reilly, P., Murphy, A. M., & O'Gorman, C. (2020). Psychological morbidity among forcibly displaced children – A literature review. *Irish Journal of Medical Science*, 189(3), 991-997.

Clary, C. D. (2013). Impact of operation: Military kids residential camping programs on military youth's self-efficacy toward military related resiliency skills (Master's thesis, Purdue University). Retrieved from <https://bit.ly/4mv8hKa>.

Corey, G. (2023). Theory and practice of counseling and psychotherapy. Cengage. Retrieved from <https://bit.ly/4ff3PW>.

Crisp, R. J., & Turner, R. N. (2011). Cognitive adaptation to the experience of social and cultural diversity. *Psychological bulletin*, 137(2), 242.

Danyliuk, I. V., Malysheva, K. O., & Loshenko, O. A. (n.d.). Adapting the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) methodology for the Ukrainian-speaking population [Адаптація україномовної версії скринінгу дитячої та підліткової травми (CATS)]. Faculty of Psychology, Taras Shevchenko National University of Kyiv. Retrieved from <https://bit.ly/45nnqY7>.

Davis, R. S., Meiser-Stedman, R., Afzal, N., Devaney, J., Halligan, S. L., Lofthouse, K., ... & Hiller, R. M. (2023). Systematic review and meta-analysis: group-based interventions for treating posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(11), 1217-1232.

Gura, T., & Roma, O. (2023). Children's play during wartime in Ukraine from the pre-school teacher's perspective. *ScienceRise: Pedagogical Education*, 1 (52), 17-22.

Human Rights Watch. (2024). Forced Russified Education Under Occupation. Retrieved from <https://bit.ly/4mmtYw2>.

Ilesanmi, I. O., Haynes, J. D., & Ogundimu, F. O. (2024). Returnees' Perspectives of the Adverse Impact of Forced Displacement on Children. *Social Sciences*, 13(9), 484.

Kersten, P., Czuba, K., McPherson, K., Dudley, M., Elder, H., Tauroa, R., & Vandal, A. (2016). A systematic review of evidence for the psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International journal of behavioral development*, 40(1), 64-75.

Kooij, L. H., van der Pol, T. M., Daams, J. G., Hein, I. M., & Lindauer, R. J. (2022). Common elements of evidence-based trauma therapy for children and adolescents. *European journal of psychotraumatology*, 13(1), 2079845. Retrieved from <https://bit.ly/4olG8XA>.

Mels, C., Derluyn, I., Broekaert, E., & Rosseel, Y. (2010). The psychological impact of forced displacement and related risk factors on Eastern Congolese adolescents affected by war. *Journal of child psychology and psychiatry*, 51(10), 1096-1104.

Nitza, A., O'Meara, A., Leon, G., Vysotska, K., Prokhorov, A., Surinon, C., & O'Connor, T. (2023). Psychosocial Support Interventions for Children During Ongoing War in Ukraine: A Pilot Study. *Prehospital and Disaster Medicine*, 38(S1), s122-s122.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2025). The impact of the armed conflict and occupation on children's rights in Ukraine, 24 February 2022 — 31 December 2024. Retrieved from <https://surl.li/zoghw>.

Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(4), 487-498.

Pringle, G., Boddy, J., Slattery, M., & Harris, P. (2023). Adventure therapy for adolescents with complex trauma: A scoping review and analysis. *Journal of Experiential Education*, 46(4), 433-454.

Regional Center for Human Rights, Ukrainian Child Rights Network, & Voices of Children Charitable Foundation (n.d.). (Non)return of children: Ukraine in the face of the greatest challenge since the Independence. Retrived from <https://bit.ly/46HDpBu>.

Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., ... & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of affective disorders*, 210, 189-195.

Simonds, E. A., Gobenciong, K. A. P., Wilson, J. E., Jiroutek, M. R., Nugent, N. R., & van Tilburg, M. A. (2022). Trauma functioning and well-being in children who receive mental health aid after natural disaster or war. *Children*, 9(7), 951.

Tsybuliak, N., Popova, A., Lopatina, H., & Suchikova, Y. (2025). In a stranger's house: social isolation of internally displaced people in Ukraine during wartime. *Human Affairs*, 35(2), 240-258.

UNICEF (2025). Three years of full-scale war for Ukraine's children. Retrieved from <https://bit.ly/4opBMPe>.

Veldkamp, C. (2022). Mental health camps help Ukrainian children cope with trauma of war. Retrieved from <https://bit.ly/4mu8HjL>.

Дихання

1. “Видихай напругу”: роби глибокий вдих і видихай напругу назовні. І ще раз вдих – і видихай напругу. Повтори 3-4 рази. Відчуй, як тіло стало трохи легшим.
2. “Дихання по квадрату”: роби глибокий вдих і подумки рахуй до 4, затримай дихання – знов до 4, видихай – знов до 4, затримуй – до 4. Повтори 3-5 разів.
3. Для дітей молодшого шкільного віку використовуємо варіації глибокого дихання з акцентом на довгому потужному видиху із наочним компонентом (картки з картинками):
 - а. “Кольорове дихання веселкою”: вдихай і видихай кожен колір веселки.
 - б. “Долонька” вдихай і видихай на кожен палець долоньки по черзі.
 - “Дихання дракона”: вдихай і видихай сильно - сильно, як наче дракон.
 - с. “Бульбашки”: вдихай і видихай як наче надуваєш бульбашки.

Фізична стабілізація

1. Білатеральні вправи²:

- а. “Метелик”: схрести долоні на грудях, зчепи великі пальці рук так, щоб дві долоні утворили “метелика”. Тепер почни повільно, але ритмічно стукати долоньками: правою, лівою, правою, лівою – так, наче ми вистукуємо із тіла стрес. Правою, лівою, правою, лівою. А тепер трохи швидше... І ще швидше. А тепер знову повільно. Дихай спокійно й продовжуй простукувати, поки не відчуєш, що відчуваєш себе краще.
- б. “Перехресна хода”: крокуємо так, щоб лівий лікоть торкався правого коліна, а правий лікоть – лівого коліна.

²Вправи на координацію, що допомагають стимулювати частини мозку, відповідальні за мислення й увагу

2. Заземлення:

- a. "Я тут" – сфокусуй увагу на тому, де ти зараз, де стоять твої ноги; відчуй, як стопи торкаються підлоги, спробуй трохи притиснути їх до землі.
- b. Тут і зараз відчуй, як спина спирається на спинку стільчика, притули її впритул. Тут і зараз стисни кулак лівої руки, розтискай. Тепер правої, стискай – розтискай, тепер одночасно стискай і розтискай. А тепер візьмись руками за края стільчика – ти тут. Ти в класі (опис приміщення). І коли будеш готовий – ми повернемося до уроку .
- c. "Міцні обійми": обійми себе міцно-міцно, щоб відчуті, як руки тримають тебе. Обійми сам або попроси людину поруч.
- d. "Тут і зараз": Подивись навколо себе, подумки знайди 5 предметів, які бачиш довкола; 1, 2, 3, 4, 5. Прислухайся до звуків, що ти чуєш довкола. Зверни увагу на запахи – чим тут пахне? Тут і зараз сфокусуйся на тому, де ти і що бачиш, чуєш, які запахи є довкола, чи можеш ти відчуті предмети довкола на дотик. Повертай себе в «тут і зараз» кожен раз, коли напруги стає надто багато.
- e. "Контрастне напруження і розслаблення": на вдиху напруж сильно-сильно кулаки, на видиху розслаб кулаки. Вдих – напруж кулаки, притисни лікті до тулуба, видих – розслаб кулаки й лікті. Вдих – напруж кулаки, лікті, плечі і ноги. Видих – розслабляй. Вдих – напруж ноги, тіло, руки, сильно-сильно. Ти як камінчик: міцний, стійкий і незламний. Видихай, відчуй, як руки, ноги, тіло поступово розслабляються, струси їх, нехай руки та ноги плентаються розслаблено, як желейки. Повтори кілька разів.
- f. "Розтрисись": потруси руками так, наче струшуєш з себе напругу і все-все зайве, що причепилось до тіла. Потруси руками, ногами, всім тілом.

