

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня бакалавра
на тему:
«Психологічні особливості психореабілітації дітей»

Виконала студентка 4 курсу, групи Пс-41
напрямку підготовки 053 «Психологія»
Колісник Богдана Романівна

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент
Кулеша Наталія Петрівна
Рецензент:
доктор психологічних наук, доцент
Августюк Марія Миколаївна

Допущено до захисту:
Завідувач кафедри:
Оксана МАТЛАСЕВИЧ

Острог, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ	
ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ	6
1.1. Поняття та ознаки психореабілітації.....	6
1.2. Особливості дітей як об'єкта психореабілітації	9
1. 3. Основні підходи та методи психореабілітації.....	13
Висновки до Розділу 1	17
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ	
ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ	19
2.1. Організація та методи дослідження психореабілітації дітей	19
2.2. Аналіз психологічних особливостей психореабілітації дітей	22
2.3. Результати емпіричного дослідження.....	34
Висновки до Розділу 2	38
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ	40
3.1. Розробка та впровадження програми психореабілітації дітей	40
3.2. Оцінка ефективності психореабілітаційних заходів	42
Висновки до розділу 3	50
ВИСНОВКИ	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	55
ДОДАТКИ.....	60

ВСТУП

На тлі повномасштабної війни в Україні, масових переміщень населення, втрати житла, особистих психологічних травм і загальної нестабільності, українське суспільство переживає глибоку кризу, яка дуже впливає на психічне здоров'я наших громадян. Особливо це стосується дітей, які ще не встигли сформувати стійкі механізми подолання стресу. Діти - це група, яка одночасно проходить період активного особистісного розвитку та водночас стикається з тиском зовнішніх обставин, що значно ускладнює процес адаптації.

На цьому тлі зростає кількість випадків тривожних розладів, депресивних станів, соціальної ізоляції та загальної дезадаптації серед дітей. Попри зростаючу суспільну увагу до теми психічного здоров'я, існує брак науково обґрунтованих програм підтримки, адаптованих саме до умов, у яких перебуває сучасна дитина. Тому дослідження психологічних чинників, що визначають ефективність психореабілітації дітей, набуває особливої важливості.

Ця робота поєднує в собі глибокий теоретичний аналіз сучасних підходів до психореабілітаційної допомоги та практичне дослідження, що включає початкову діагностику, вивчення індивідуальних психологічних характеристик і створення авторської реабілітаційної програми. Особливість підходу полягає у комплексному аналізі як емоційного стану дітей, так і їхніх внутрішніх ресурсів: здатності до саморегуляції, рівня життєстійкості, емоційного інтелекту, резильєнтності, локусу контролю тощо.

Об'єкт дослідження: психореабілітація.

Предмет дослідження: психологічні особливості психореабілітації дітей.

Мета дослідження: на основі теоретико-емпіричного дослідження визначити ключові психологічні чинники, що обумовлюють ефективність психореабілітації дітей, а також розробити програму підтримки з урахуванням індивідуально-психологічних відмінностей.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до психосоціальної реабілітації, її сутність, структуру та основні методи.
2. Розглянути дитячий вік як особливий період формування психічної стійкості та соціальних навичок.
3. Провести первинну оцінку психоемоційного стану дітей і виокремити групу з підвищеною потребою в реабілітаційній підтримці.
4. Дослідити особистісні особливості дітей, схильних до психологічної вразливості: рівень тривожності, депресивності, стресу, саморегуляції, адаптації, самооцінки, емоційного інтелекту, життєстійкості, локусу контролю та резильєнтності.
5. Створити та апробувати програму психореабілітації, адаптовану до виявлених потреб.

Методи дослідження включають: теоретичні - аналіз наукових джерел, систематизація ключових понять; емпіричні - психодіагностика із застосуванням валідизованих методик (DASS-21, Hardiness Survey, опитувальники самооцінки, емоційного інтелекту, шкала саморегуляції); кількісна обробка даних - статистичні методи, включаючи коефіцієнт Спірмена. Формувальний експеримент: для перевірки ефективності розробленої програми.

Експериментальна база: Дослідження було проведено дистанційно на базі трьох українських школах: Луцький ліцей №18, Луцький ліцей № 2, Луцький ліцей № 23. Загальна вибірка - 100 респондентів віком від 16 до 17 років. Дослідження проводилось у формі анонімного Google-опитування, індивідуально та добровільно.

Наукова новизна: розроблено структуровану програму підтримки, що враховує психологічну вразливість дітей у воєнний час. Визначено класифікацію груп за рівнем стресостійкості з подальшими практичними рекомендаціями.

Практичне значення: отримані результати можуть бути використані у роботі психологів в освітніх закладах, центрах реабілітації. Запропонована

авторська програма може бути адаптована до онлайн-формату психоедукації або використана у форматі тренінгових занять. Крім того, емпірична база дає змогу побудувати систему первинного скринінгу дітей із високим ризиком дезадаптації.

Структура роботи. Наша кваліфікаційна робота, містить шістдесят п'ять сторінок, складається зі вступу, трьох розділів, висновків, двадцяти двох рисунків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі розглянуто теоретико-методологічні засади психореабілітації дітей, зокрема поняття, ознаки, фактори впливу та психодіагностичні орієнтири. У другому розділі представлено організацію та методи емпіричного дослідження, результати скринінгу, аналіз психодіагностичних даних і кореляційних зв'язків між показниками. Третій розділ присвячено розробці, впровадженню та оцінці ефективності програми психореабілітації дітей в умовах війни та соціального напруження.

РОЗДІЛ 1: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ

1.1. Поняття та ознаки психореабілітації

У наш складний час, коли українське суспільство переживає складні наслідки війни, а саме насильницьких переселень, втрати домівок і хронічної нестабільності. З кожним днем частіше постає потреба у підтримці психічного здоров'я. Надзвичайно багато людей опинилися в ситуаціях, які порушують звичний хід життя та впливають на психологічну рівновагу. Саме тут на перший план виходить поняття психореабілітації - процесу, спрямованого на те, щоб допомогти людині поступово відновити свій внутрішній баланс і знову включитися в активне соціальне життя. Йдеться не лише про підтримку емоційного стану, а й про створення умов для стабілізації, відчуття опори та сенсу життя.

Психореабілітація є багатовимірним процесом допомоги особистості у подоланні наслідків психотравматичних подій, відновленні внутрішньої рівноваги та поверненні до активного соціального функціонування. Вона поєднує психологічну підтримку та соціальне включення, орієнтуючись на особисті ресурси, життєвий досвід і потреби людини.

У науковій літературі визначення цього поняття може варіюватися - і це цілком зрозуміло, адже Психореабілітація стосується одразу кількох галузей: психології, соціології, психіатрії, педагогіки. Така міждисциплінарність свідчить не про нечіткість, а про багатогранність підходів до проблеми. Згідно з визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), мова йде про заходи, що дозволяють людині, яка пережила психічну травму або розлад, досягти оптимального рівня функціонування у соціумі завдяки розвитку навичок, внутрішніх ресурсів і підтримуючого середовища [1]. Психореабілітація розглядається як процес, що забезпечує людині збереження або відновлення здатності до самостійного функціонування у повсякденному

житті, соціумі, праці й навчанні. Вона спрямована не лише на полегшення симптомів, а й на формування адаптивних механізмів, які дозволяють особистості жити продуктивним життям. Психореабілітація включає в себе не лише терапевтичні втручання, а й соціальні, педагогічні та культурні ресурси для створення підтримуючого середовища.

Українські дослідники, серед яких варто згадати Л. Гридковець, звертають увагу на важливість одночасного акценту як на психологічній допомозі, так і на відновленні соціальних зв'язків, здатності адаптуватися до змін та формувати емоційну стійкість [2, с. 44].

О. Слободянюк (2022) визначає психореабілітацію як «систему заходів, що має на меті допомогу людині в усвідомленні її нового статусу, внутрішньому прийнятті змін і знаходженні сенсів життя попри втрати та стреси» [3, с. 62].

У книзі «Психосоціальна підтримка населення в умовах воєнних дій» під редакцією Л. А. Опанасенко (2023) психореабілітація розглядається як інтегрована модель допомоги. Автори підкреслюють значущість не лише професійного втручання, а й внутрішньої мотивації самої людини до змін і участі у власному відновленні [3].

Цікаво також розглянути концепцію життєстійкості як важливий компонент психосоціальної підтримки. У праці Тетяни Петренко «Резильєнтність особистості як чинник збереження психічного здоров'я в умовах війни» (2022) зазначається, що саме розвиток резильєнтності дозволяє, адаптуватися до складних обставин, знижувати рівень емоційного виснаження та зберегти психологічну рівновагу [4, с. 30–36].

До основних функцій психореабілітації належать:

1. відновлення психоемоційної рівноваги;
2. зниження симптомів посттравматичних розладів;
3. розвиток навичок саморегуляції й самопідтримки;
4. покращення соціальної адаптації та інтеграції;
5. формування резильєнтності та стресостійкості.

Ключовими ознаками психосоціальної реабілітації є:

1. Комплексність - поєднання психологічних, соціальних і педагогічних впливів;
2. Індивідуалізація - врахування потреб, життєвого досвіду та ресурсів особистості;
3. Мультидисциплінарність - участь фахівців різних галузей (психологів, соціальних працівників, педагогів, лікарів);
4. Участь клієнта - активне залучення особистості до процесу відновлення;
5. Безперервність - поступовість, системність і підтримка протягом усього етапу реабілітації.

Особливої актуальності психореабілітація набуває в умовах збройного конфлікту. Як зазначає Т. Петренко (2022), розвиток резильєнтності стає базовим завданням, оскільки саме здатність до адаптації та самовідновлення визначає ефективність психологічної підтримки в умовах кризи [5, с. 30–36].

У широкому сенсі психореабілітація - це не лише метод або програма. Це філософія ставлення до людини як до активного учасника власного відновлення. За визначенням, вона знаходиться на перетині особистісного, міжособистісного і соціального рівнів. Метою є не тільки полегшення симптомів, а й повернення сенсу життя, контактів з іншими, активної участі в суспільстві [6].

Особливістю цього процесу є його комплексний характер. Реабілітація не зводиться до однієї сфери - вона охоплює як емоційно-поведінкову, так і соціальну площини. Тут важливу роль відіграє командна робота: психологи, соціальні працівники, медики, педагоги - усі залучені до створення системи підтримки, яка враховує особистісні потреби конкретної людини.

Основні риси психореабілітації:

1. Комплексність: залучення різних форм допомоги - емоційної, поведінкової, соціальної.
2. Індивідуалізація: адаптація під конкретні потреби людини, з урахуванням її ресурсів та життєвого досвіду.

3. Залученість клієнта: активна участь самої людини в процесі змін, що сприяє підвищенню мотивації.
4. Соціальна інтеграція: підтримка у відновленні контактів, поверненні до навчання, праці, спільноти.
5. Тривалість і послідовність: систематичність, чітке планування, етапність.
6. Мультидисциплінарність: робота команди з різних сфер, що дозволяє забезпечити повноцінний підхід [7].

Таким чином, психореабілітація є потужним засобом допомоги, що дозволяє людині не лише вийти з кризи, а й розвинути нові ресурси для життя. Вона покликана повертати відчуття сили, гідності, зв'язку з іншими та здатності діяти. І в цьому полягає її головна цінність.

1.2. Особливості дітей як об'єкта психореабілітації

Діти - це специфічна вікова категорія, яка перебуває в активній фазі становлення особистості. Саме у цьому віці формується уявлення про майбутнє, розширюється спектр соціальних контактів, виникає усвідомлення життєвих цілей і світоглядних орієнтирів. Цей період поєднує у собі великі потенційні ресурси з підвищеною вразливістю до зовнішніх і внутрішніх стресових чинників, що створює суттєве психоемоційне навантаження. У зв'язку з цим виникає потреба в комплексній психологічній підтримці, яка сприятиме збереженню психічного здоров'я у складних обставинах [6, с. 112].

Згідно з науковим підходом до вікової періодизації, дитиною вважається особа до досягнення повноліття, тобто до 18 років. Таке визначення відповідає положенням Конвенції ООН про права дитини, а також чинному законодавству України (Цивільний кодекс України, ст. 6).

У науковій літературі дитинство традиційно визначається як період від народження до досягнення повноліття (18 років). Зокрема, відповідно до періодизації психосоціального розвитку, запропонованої Е. Еріксоном, вік 13-17

років відповідає стадії розвитку "ідентичність проти плутанини ролей", коли особистість активно формує уявлення про себе, своє місце у суспільстві та власну систему цінностей. Цей етап відіграє ключову роль у розвитку стабільної ідентичності та соціальної інтеграції, а його успішне проходження значною мірою залежить від доступу до підтримки з боку дорослих і стабільного середовища

Таким чином, у контексті психолого-педагогічної діяльності, поняття «дитина» включає також підлітків та старших школярів, і саме ця група має бути об'єктом особливої уваги з боку фахівців у сфері освіти та психології.

Фахівці у сфері психології, освіти та соціальної роботи неодноразово наголошували на важливості підтримки дітей як соціально вразливої, але перспективної категорії. Сучасні діти живуть у динамічному інформаційному середовищі, стикаються з високими вимогами щодо навчання та адаптації до змін, що негативно впливає на їхній психоемоційний стан. У цьому віці вони навчаються приймати рішення, формувати відповідальність і орієнтуватися у складному соціально-економічному просторі. Такий розвиток вимагає не лише особистісної зрілості, а й системної зовнішньої підтримки [7, с. 45–47].

У 2022 році Інститут соціальної та політичної психології НАПН України оприлюднив дані, що вказують на високий рівень тривожності, емоційного виснаження та симптомів вигорання серед дітей. Основні причини - економічна нестабільність, надмірна інформаційна перевантаженість, відсутність соціальних гарантій, невизначеність майбутнього. У таких умовах психологічна підтримка вже не є опційною, а виступає ключовим інструментом збереження психічного благополуччя [8, с. 11–13]

Ефективна реабілітація дітей має враховувати низку специфічних факторів: нестабільність життєвих орієнтирів, економічну залежність від батьків або соціальних виплат, порушення соціальних зв'язків (особливо в разі вимушеного переселення), недостатній досвід емоційної саморегуляції, труднощі в побудові офлайн-взаємодії на тлі надмірного споживання цифрового контенту. [10, с. 102].

З початком повномасштабної війни в Україні проблема поглибилася. За даними ЮНІСЕФ (2023), понад 60% дітей пережили стан емоційного виснаження, тривалого стресу або депресії [9]. Наслідки проявляються у зниженні мотивації до навчання, відчутті внутрішньої спустошеності, складнощах з концентрацією уваги, а також у соціальній ізоляції.

Дослідження кафедри практичної психології КНУ ім. Т. Шевченка засвідчили, що понад 70% дітей втратили емоційну стабільність і потребували цілеспрямованої психологічної підтримки [10]. Проте діти мають значний потенціал до відновлення. Професорка Л. А. Опанасенко наголошує на важливості розвитку гнучкого мислення, здатності до навчання, відкритості до нових підходів, що створює сприятливі умови для впровадження короткотривалих програм, онлайн-консультування й групової підтримки короткотривалих програм підтримки, онлайн-консультування та групової терапії [11, с. 94].

Емпіричні дані Центру психічного здоров'я та травматерапії УКУ засвідчують, що найбільш ефективними є комплексні підходи, що включають елементи арт-терапії, тілесно-орієнтовані практики, групову роботу з елементами коучингу [12].

Міжнародні практики також підтримують цей підхід. Зокрема, у рамках програми UNESCO «Mental Health and Resilience of Students in Conflict Zones» (2023) розроблено рекомендації щодо інтеграції психореабілітаційної підтримки безпосередньо в навчальний процес [13].

Серед основних принципів ефективної реабілітації дітей виокремлюють:

1. Цілісність підходу. Реалізується через охоплення емоційної, когнітивної та поведінкової сфер.
2. Контекстуальна адаптація. Передбачає врахування воєнної реальності та досвіду переміщення.
3. Підтримка самодопомоги. Включає тренінги, менторство, розвиток навичок саморегуляції та самоусвідомлення.

4. Безпечний простір. Йдеться про створення середовища, в якому дитина почувається прийнятою і захищеною.

5. Міжсекторальна співпраця. Передбачає партнерство між закладами освіти, громадськими організаціями та державними структурами.

Ці принципи допомагають виявляти приховані наслідки психологічних травм, розвивати емоційний інтелект, формувати стійкість до стресу, відновлювати відчуття ідентичності. Одночасно з цим важливо розвивати дитячі платформи підтримки - тренінгові центри, онлайн-простори для самодопомоги, психологічні служби при школах.

Війна, яка триває з 2014 року, а з 2022 року - у повномасштабному форматі, стала серйозним випробуванням для дітей. Значна кількість дітей втратила житло, пережила евакуацію, залишилася без підтримки родини. За міжнародними даними ЮНІСЕФ, близько 45% дітей у стані емоційного виснаження, 30% - мають симптоми депресії, а 18% - перебувають у глибокій кризі [13, с. 6].

У такому контексті надзвичайно важливо дотримуватись біопсихосоціального підходу до реабілітації, який передбачає паралельну роботу над фізичним, емоційним і соціальним станом особистості. Це означає, що заходи повинні бути комплексними: від індивідуального консультування до групових сесій, психотерапії, тренінгів, арт- і тілесно-орієнтованих технік.

Різні підходи до реабілітації можуть мати власну акцентуацію. Наприклад, Л. Гридковець акцентує увагу на розвитку духовного потенціалу як бази для подолання криз, тоді як Г. Лебединська вважає ключовим моментом когнітивне осмислення травми. Обидва вектори спрямовані на гармонізацію внутрішнього стану особистості, але досягають цього різними шляхами. Їх поєднання може дати ще кращий ефект, особливо у роботі з дітьми, досвід яких дуже різниться.

У системі освіти психореабілітація може реалізовуватись через діяльність психологічної служби, а також як окрема частина освітніх програм - наприклад,

у межах тренінгів із резильєнтності, емоційної грамотності, управління стресом. Шкільних ініціатив, спрямованих на формування культури турботи про ментальне здоров'я, профілактику емоційного вигорання та розвиток підтримуючого середовища [13].

Варто враховувати і те, що вік дітей - це час, коли відбувається інтенсивний пошук себе, формування ідентичності, освоєння нових соціальних ролей. Теорія Е. Еріксона визначає цей період як етап «ідентичність проти плутанини ролей», де особливо важливо мати підтримку оточення та безпечне середовище для особистісного зростання. [16, с. 205–206].

Отже, діти - це вразлива, але дуже перспективна група, яка потребує добре продуманого, комплексного підходу до психосоціальної реабілітації. Така допомога має базуватися на врахуванні вікових особливостей, соціального контексту та індивідуального досвіду, а також бути доступною, практично орієнтованою та гнучкою до змін.

1. 3. Основні підходи та методи психореабілітації

Психореабілітація - це галузь, що поєднує знання з кількох сфер одночасно: психології, соціальної роботи, педагогіки та медицини. Її головне завдання полягає у відновленні внутрішньої рівноваги та підтримці особистості, яка опинилася в складних життєвих обставинах - через психоемоційні труднощі, травматичний досвід або соціальну дезадаптацію. У сучасних умовах велика увага приділяється саме тим формам допомоги, ефективність яких підтверджено практикою. Важливим принципом стає індивідуальний підхід до кожної людини, який враховує її унікальні потреби, ресурси та контекст переживань [6, с. 113].

Особливої актуальності психореабілітація набула в умовах війни, що триває в Україні. Найбільш вразливою групою виявилися саме діти, зокрема школярі. За результатами дослідження Центру психічного здоров'я при Українському католицькому університеті (2023), більше ніж 65% дітей

повідомили про стійку емоційну напругу, пов'язану з втратою дому, близьких, відчуття стабільності та ясності майбутнього [6].

Серед ключових підходів у психосоціальній реабілітації виділяють:

1. Біопсихосоціальна модель (Дж. Енгель, 1977) пропонує цілісний погляд на причини психоемоційних розладів. У цій моделі біологічні чинники розглядаються нарівні з психологічними та соціальними, а їх взаємозв'язок стає основою для реабілітаційної роботи. Особливо ефективно ця модель проявляє себе у випадках травматизації дітей [14].

2. Когнітивно-поведінковий підхід (А. Бек, А. Елліс) ґрунтується на ідеї, що змінюючи негативні переконання та деструктивні моделі мислення, можна досягти суттєвого покращення психологічного стану. Цей підхід особливо корисний у роботі з тривожністю, депресією, посттравматичним стресовим розладом та формуванням навичок саморегуляції [15, с. 22–25].

3. Гуманістичний підхід (К. Роджерс, А. Маслоу) ставить у центр уваги особистісне зростання, розвиток автентичності та здатність до самореалізації. В реабілітаційній практиці зі дітьми він реалізується через створення приймаючого, підтримуючого простору, який стимулює розвиток емпатії, рефлексії та автономії [3].

4. Психодинамічний підхід (З. Фрейд, Е. Еріксон, М. Маллер) розглядає глибинні несвідомі процеси та їхній вплив на сучасну поведінку. Його елементи використовують у сучасних програмах, зокрема при роботі з темами ідентичності та дитячих психотравм [16, с. 73–75].

5. Ресурсно-орієнтований підхід має на меті не лише подолання проблеми, а й активацію внутрішнього потенціалу. До ключових ресурсів належать резильєнтність, віра, соціальні зв'язки, креативність - саме ці якості допомагають людині утримуватися на плаву навіть у кризових ситуаціях [17].

6. Системний підхід передбачає розгляд проблем дітей не ізольовано, а в контексті її взаємодії з сім'єю, соціумом, освітнім середовищем. Такий підхід дозволяє виявити системні чинники дезадаптації та коригувати їх через роботу з найближчим соціальним оточенням [9, с. 89].

Методи психореабілітації дітей залежать від обраного підходу та специфіки цільової групи. Найбільш поширеними є:

1. Індивідуальна психотерапія яка передбачає використання КПТ, емоційно-фокусованої терапії, травмафокусованих моделей (ТФ-КПТ), а також екзистенційних практик. Такий підхід допомагає дітям переосмислити особисті труднощі та знайти нові сенси в умовах нестабільності [10; 13].

2. Групова терапія реалізується у форматі підтримувальних, арт-терапевтичних, психодраматичних і тілесно-орієнтованих груп. За даними дослідження НаУКМА (2023), участь у таких групах сприяє зниженню тривожності та формуванню важливих соціальних навичок [18].

3. Психоедукація - це системна робота зі знаннями: як функціонують емоції, як працює стрес, які є способи саморегуляції. Її реалізують через тренінги, інтерактивні заняття, мікрогрупи підтримки в школах [19].

4. Арт-терапія та наративна терапія - це можливість осмислити власний досвід через творчість. Створення малюнків, написання історій, запис відеоблогів - усе це допомагає дітям знайти слова для складних емоцій [10; 13].

5. Тілесно-орієнтована терапія (майндфулнес, йога, дихальні техніки, прогресивна м'язова релаксація) сприяє зменшенню фізичного напруження, допомагає дітям знову «відчути» своє тіло й відновити цілісність сприйняття себе [18].

Підтримка спільнот - це розвиток ініціатив, клубів, волонтерських програм. Такі формати не тільки допомагають впоратися з психологічними труднощами, а й сприяють формуванню соціального капіталу [14].

Цифрові платформи підтримки, як-от «TellMe», «How are you?», «Гаряча лінія UA», забезпечують доступ до консультацій, чат-ботів і корисних ресурсів, що особливо важливо в умовах обмеженого доступу до офлайн-допомоги [20].

У 2023 році на базі спільного проєкту Інституту соціальної та політичної психології НаПН України було реалізовано експериментальну програму підтримки, яка включала когнітивно-поведінкові техніки, тілесні вправи й елементи групової психоедукації. У результаті - за шкалою DASS-21 у 68% учасників зафіксовано зниження рівня тривожності, а рівень стресу зменшився в середньому на 28% [18].

Ці дані узгоджуються з позицією ВООЗ (2022), яка підтверджує дієвість короткотермінових реабілітаційних програм у зонах конфлікту. Особливо ефективними визнані групова психоедукація, тілесні практики та створення безпечного середовища [21].

У звіті ЮНІСЕФ (2023), присвяченому платформам підтримки дітям в Україні, наголошується на значущості поєднання онлайн- і офлайн-форматів, що суттєво підвищує охоплення дитячої аудиторії [8].

Майкл Унгар (2021) підкреслює, що підтримка має враховувати не тільки психологічні, але й соціальні умови життя особистості - коло підтримки, рівень доступу до ресурсів, здатність взаємодіяти з оточенням [5]. Цей підхід називається мультисистемним і є ключовим у роботі з дітьми в умовах кризи.

Кожен теоретичний підхід має свої переваги та обмеження. Когнітивно-поведінкові методи ефективні у роботі з конкретними симптомами, але не завжди враховують глибинні причини дезадаптації. Психодинамічні й травмафокусовані підходи дозволяють працювати на рівні особистісного досвіду, хоча потребують більше часу й емоційних ресурсів. Натомість гуманістичні та ресурсно-орієнтовані моделі підходять школярам із збереженою функціональністю, які потребують не лише лікування, а й розвитку.

Таким чином, розгляд контексту, у якому перебуває дитина, а також порівняльний аналіз підходів, дає змогу обрати найбільш доречну модель підтримки. Це підсилює ефективність реабілітаційного впливу, забезпечує гнучкість інтервенцій та сприяє цілісному відновленню психічного благополуччя.

Отже, ефективність психореабілітації дітей залежить від інтеграції науково обґрунтованих підходів, індивідуального підходу до кожного випадку, мультидисциплінарної взаємодії та створення підтримуючого середовища в закладах освіти. науково обґрунтованих підходів, індивідуального підходу до кожного випадку, мультидисциплінарної взаємодії та створення підтримуючого середовища в закладах освіти.

Висновки до Розділу 1

Перший розділ кваліфікаційної роботи було присвячено теоретичному аналізу психореабілітації дітей як міждисциплінарного явища, що поєднує психологічні, соціальні, педагогічні та медичні аспекти. З урахуванням сучасних соціокультурних викликів, зокрема війни, кризи ментального здоров'я та трансформацій у шкільному середовищі, Психореабілітація набуває ключового значення для підтримки особистості.

У підрозділі 1.1 окреслено фундаментальні поняття психореабілітації, серед яких ключовими є: відновлення психоемоційного стану особистості, сприяння соціальній адаптації, формування стресостійкості та залучення до конструктивної діяльності. Визначено, що реабілітація передбачає не лише подолання посттравматичних наслідків, а й формування стресостійкості, резильєнтності, саморегуляції та соціального включення. Визначено її комплексний, індивідуалізований і мультидисциплінарний характер.

У підрозділі 1.2 увагу зосереджено на дитячій групі як на особливому об'єкті психореабілітації. Доведено, що саме діти є групою підвищеного ризику щодо виникнення дезадаптаційних проявів через вікові кризи, соціальну

нестабільність, зміну звичного оточення, підвищене навантаження та втрату життєвих орієнтирів у зв'язку з війною. Наголошено, що для цієї категорії необхідно застосовувати адаптовані методи підтримки, які враховують не лише індивідуальні особливості, а й навчальне середовище, економічні умови, втрати, які пережили діти, та їхнє інформаційне навантаження.

У підрозділі 1.3 систематизовано провідні підходи до психореабілітації: когнітивно-поведінковий, гуманістичний, біопсихосоціальний, ресурсно-орієнтований, травмафокусований та мультисистемний. Детально проаналізовано як класичні теоретичні моделі, так і сучасні практики, зокрема програми групової психоедукації, тілесно-орієнтовані методи, онлайн-сервіси підтримки, підтверджені ефективністю в національних та міжнародних дослідженнях. Показано, що успішна реабілітація дітей можлива лише за умов комплексного, гнучкого підходу, що включає роботу з особистістю, її соціальним середовищем, ціннісними орієнтаціями та життєвою метою.

Таким чином, перший розділ підтверджує, що психореабілітація дітей є складним, але вкрай необхідним напрямом психологічної практики й наукового пошуку. Вона виступає важливим інструментом зміцнення психічного здоров'я, її здатності до резильєнтності, адаптації та розвитку попри складні соціальні, економічні та екзистенційні обставини. Теоретичний аналіз підкріпив, що психореабілітація дітей є складним, але необхідним напрямом психологічної допомоги, який забезпечує цілісне відновлення особистості, розвиток адаптивних ресурсів і збереження психічного благополуччя в умовах глибоких суспільних змін.

РОЗДІЛ 2: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ

2.1. Організація та методи дослідження психореабілітації дітей

Актуальність проведення емпіричного дослідження зумовлена гострою потребою у вивченні психологічних чинників, що впливають на успішність психореабілітації дітей, особливо в умовах війни. Діти, які зіткнулися з психотравмувальними ситуаціями - втратами, евакуацією, вимушеним переселенням або тривалим стресом - потребують не лише підтримки, а й системного наукового підходу до вивчення їхнього стану. Саме шкільні заклади створюють потенційно безпечне й ресурсне середовище, яке може стати платформою для реалізації дослідницько-корекційних програм, спрямованих на збереження та зміцнення психічного здоров'я дітей. Метою дослідження було вивчення психологічних характеристик дітей, які визначають потребу та ефективність психореабілітації, а також обґрунтування рекомендацій щодо реабілітаційних програм.

Завдання дослідження:

1. Виявити наявність психотравматичного досвіду.
Застосовані методики: шкала HADS, шкала емоційної виснаженості, коротке скринінг-інтерв'ю за адаптованими критеріями ВООЗ.

2. Оцінити рівень тривожності, депресії, стресового навантаження, адаптаційного потенціалу та здатності до саморегуляції.
Методики: DASS-21, шкала життєстійкості С. Мадді, тест саморегуляції В. Моросанова.

3. Дослідити рівень соціальної інтегрованості, самооцінки, мотивації та емоційного інтелекту.

Методики: методика Роджерса – Даймонда, EQ Н. Hall, Дембо – Рубінштейн.

4. Встановити кореляційні зв'язки між досліджуваними змінними з метою обґрунтування форм підтримки.

Метод: кореляційний аналіз Спірмена.

Дослідження було проведено у 2025 році на базі трьох навчальних закладів: Луцький ліцей №18, Луцький ліцей № 2, Луцький ліцей № 23. У дослідженні взяли участь 100 дітей віком від 16–17 років з 10-11 класів.

Структура дослідження:

1. Первинна діагностика: виявлення респондентів із вираженими психоемоційними симптомами та формування вибірки для поглибленого аналізу.
2. Поглиблений аналіз: оцінка життєстійкості, саморегуляції, емоційного інтелекту, самооцінки.
3. Профілювання: побудова психологічних профілів учасників для визначення реабілітаційного потенціалу.
4. Інтервенційний блок: рекомендації щодо психосоціальної підтримки та оцінка її ефективності.

Для забезпечення надійності результатів було відібрано вісім валідних психодіагностичних інструментів. Кожна методика дозволяє дослідити конкретний вимір психологічного стану особистості, а в сукупності - створює комплексну картину психосоціального функціонування.

Психодіагностичні методики:

1. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) - для визначення рівня клінічно значущої тривоги та депресії [24].
2. PSS-10 (Perceived Stress Scale) - оцінка рівня суб'єктивного стресу [25].
3. DASS-21 - для визначення рівнів депресії, тривожності та стресу [26].
4. Опитувальник життєстійкості С. Мадді (Hardiness Scale) - вивчення адаптивності та стресостійкості.

5. Методика Роджерса – Даймонда - для оцінки соціальної адаптації та стилю міжособистісної взаємодії.
6. Опитувальник Дембо – Рубінштейн - вивчення самооцінки.
7. EQ Н. Hall - тест емоційного інтелекту.
8. Методика В. Моросанова - дослідження рівня саморегуляції поведінки.
9. CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) - вимірювання рівня резильєнтності [37].

Усі ці методики були перекладені й адаптовані для українського контексту та мають підтверджені психометричні характеристики.

Обробка даних: Для аналізу результатів використовувались: описова статистика, коефіцієнт Спірмена (для аналізу зв'язків). Статистичний аналіз здійснено за допомогою Excel.

Проміжний висновок: Результати первинної діагностики засвідчили, що 48 із 100 дітей продемонстрували високий рівень тривоги, емоційного виснаження або порушеної адаптації. Саме ця частина респондентів була залучена до подальших етапів дослідження.

Для обробки отриманих даних було застосовано стандартні статистичні процедури: описову статистику, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (для аналізу зв'язків між змінними). Обчислення проводились за допомогою програмного забезпечення SPSS 18.0 та Microsoft Excel.

У підсумку, етап організації дослідження дозволив сформулювати теоретично й методично обґрунтовану модель збору емпіричних даних. Чітке формулювання завдань, коректно підібраний інструментарій і статистичний апарат забезпечують надійність та валідність результатів. Це створює підґрунтя для подальшого аналізу особливостей психореабілітації дітей та формування рекомендацій щодо її вдосконалення.

Наступний підрозділ міститиме аналіз результатів і візуалізацію основних показників.

2.2. Аналіз психологічних особливостей психореабілітації дітей

Первинний етап дослідження полягав у скринінговому оцінюванні всіх 100 респондентів за шкалою HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) та опитувальника PSS-10 (Perceived Stress Scale), які дали змогу виявити клінічно значущі прояви тривожності та депресивності.

На основі цього критерію, а також додаткового опитування щодо емоційного виснаження та труднощів адаптації, до поглибленої вибірки було відібрано 48 дітей (48% загальної вибірки), які мали клінічно значущі показники хоча б за однією з двох методик (HADS або PSS-10). Частина з них продемонструвала підвищені значення за обома шкалами, тому кількість унікальних респондентів склала 48 осіб. Саме вони були включені до наступного етапу дослідження.

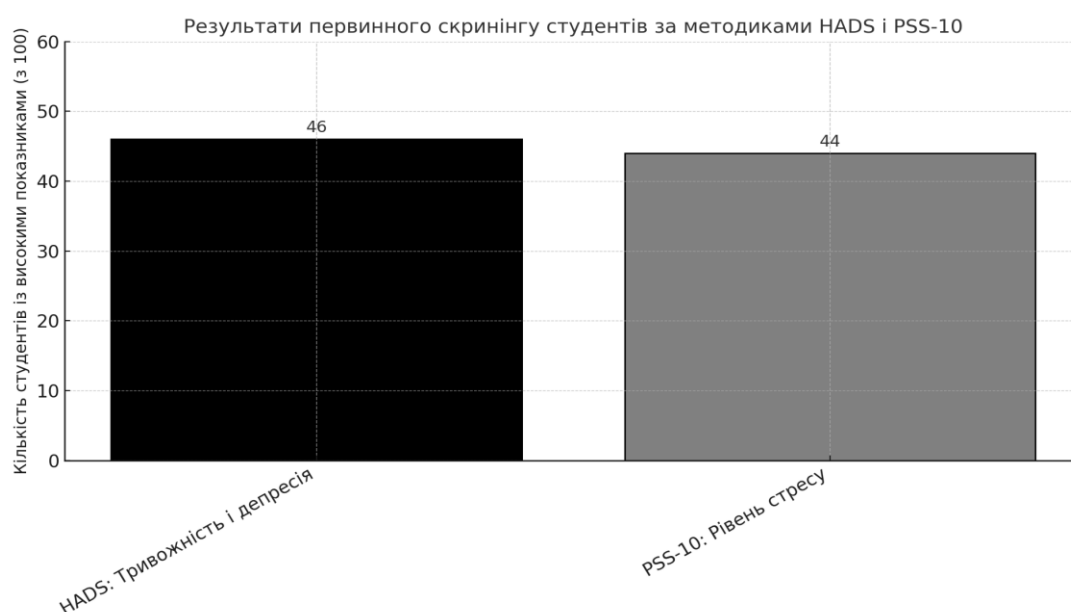


Рисунок 2.2.1. Результати первинного скринінгу дітей за методиками HADS і PSS-10 (N = 100)

Діаграма ілюструє кількість дітей із клінічно значущими показниками за двома ключовими скринінговими методиками. Як видно, 46 дітей продемонстрували високі рівні тривожності та/або депресії за шкалою HADS, а 44 - підвищений рівень стресу за PSS-10.

До подальшого поглибленого дослідження були залучені 48 дітей, які мали високі показники та повідомляли про суб'єктивне емоційне виснаження.

Для наочності всі результати представлені у вигляді діаграм з подальшою інтерпретацією.

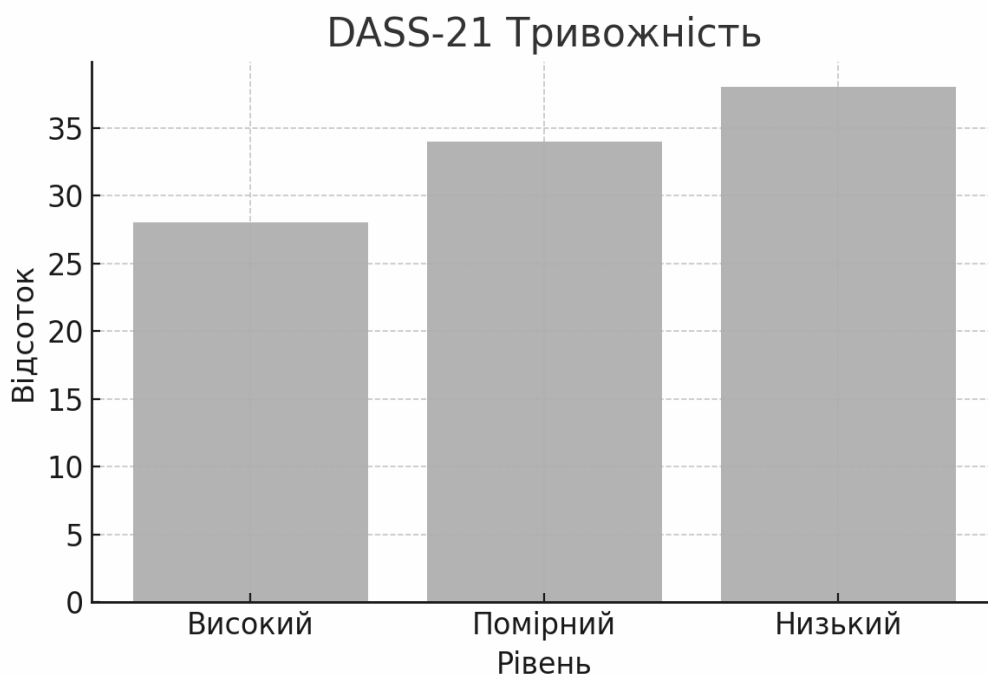


Рисунок 2.2.2. Рівень тривожності за шкалою DASS-21

28% дітей мають високий рівень тривожності, що є ознакою підвищеної психоемоційної напруги, постійного відчуття загрози, порушення сну, труднощів у концентрації уваги та психосоматичних реакцій. У контексті війни це часто супроводжується гіпервігілантністю, очікуванням небезпеки та реакцією уникнення; 34% респондентів виявили помірний рівень тривожності, що свідчить про емоційну лабільність, підвищену збудливість та схильність до тривожних думок у складних ситуаціях, проте без втрати функціональності; Лише 38% дітей продемонстрували низький рівень тривожності, що вказує на збережену здатність до емоційного самоконтролю, адаптацію до стресових впливів і наявність особистісних ресурсів.

Таким чином, понад 60% дітей мають вразливий профіль у контексті тривожності, що потребує адресної підтримки. Показники свідчать про те, що навіть без клінічного діагнозу, емоційна сфера значної частини дітей перебуває

в стані підвищеної напруги. Це підсилює аргументи на користь системної психосоціальної реабілітації з використанням когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих і стабілізаційних методів.

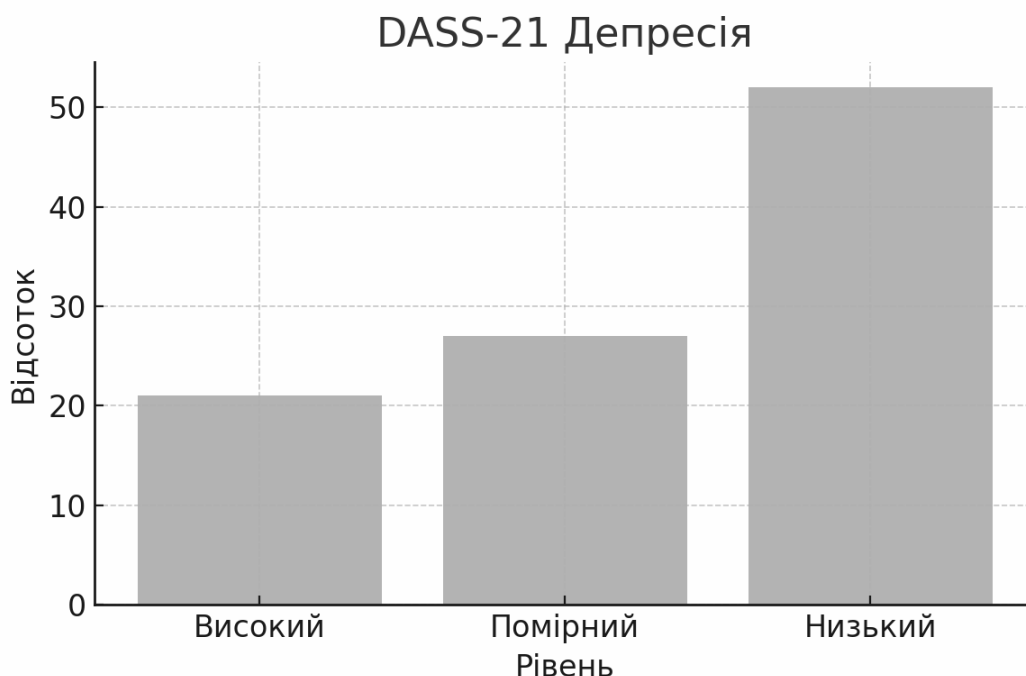


Рисунок 2.2.3. Рівень депресії за шкалою DASS-21

Понад половина дітей (52%) мають низький рівень депресії, близько 48% демонструють помірні або високі показники, що вказує на поширення емоційного виснаження серед дітей. Помірний рівень депресії (27%) може свідчити про втрату мотивації, зниження інтересу до навчання, соціальне дистанціювання та труднощі в концентрації уваги. Високий рівень депресії (21%) - тривожний сигнал, який може бути пов'язаний із почуттям безнадії, втратою цілей, ізоляцією та пригніченою афективністю.

Ці дані вказують на необхідність комплексного підходу до психосоціальної підтримки, включаючи ранню діагностику, психотерапевтичну інтервенцію, емоційне консультування, підтримку мотиваційної сфери та розвиток навичок подолання, майже 48% демонструють емоційне пригнічення, що може свідчити про втрату мотивації, апатію, безсилля та ризик розвитку

аномальних форм поведінки. Це підкреслює потребу у психоедукації та ресурсно-орієнтованих інтервенціях, майже 48% демонструють емоційне пригнічення, що може свідчити про втрату мотивації та зниження життєвого тону.

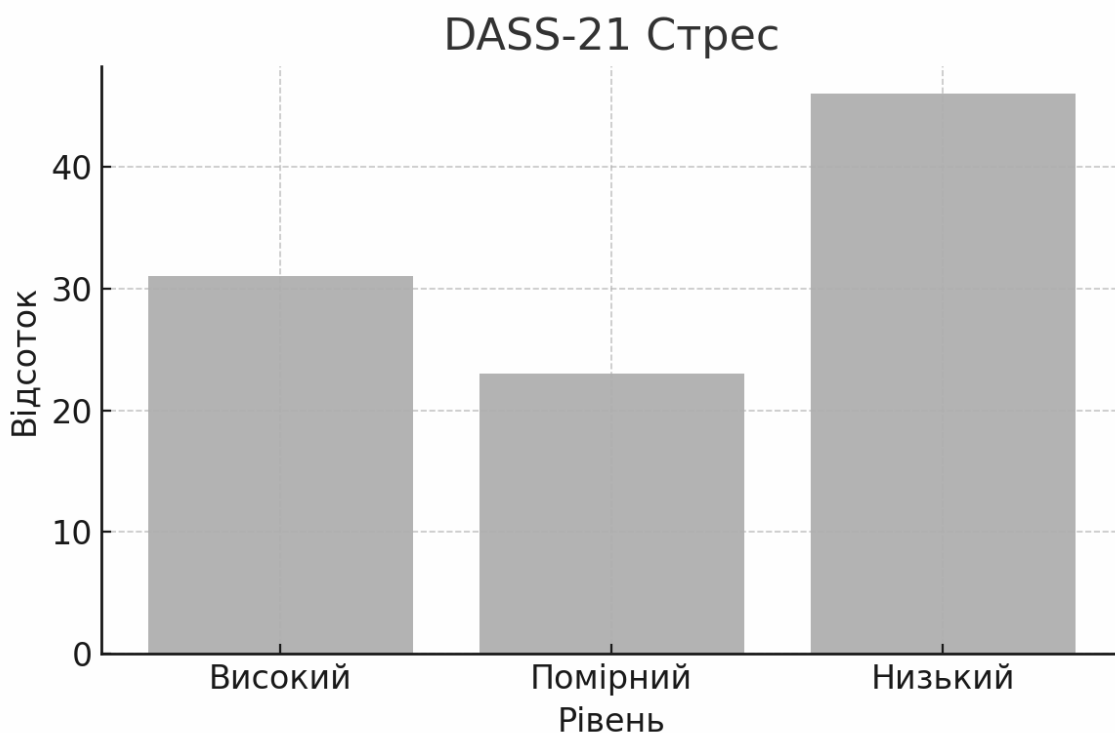


Рисунок 2.2.4. Рівень стресу за шкалою DASS-21

Отже, кожна третя дитина (31%) переживає високий рівень стресу, що проявляється у відчутті постійної напруги, дратівливості, фізичному та емоційному виснаженні. Помірний рівень (23%) вказує на наявність часткової втрати контролю над емоційним станом, зниження продуктивності та порушення сну. Найбільша частка дітей - 46% - демонструє низький рівень стресу, що свідчить про збережену здатність до регуляції та стійкості.

Однак, у контексті постійного соціального тиску, воєнних загроз і навчального навантаження навіть помірні рівні стресу потребують уваги. Понад половина вибірки перебуває у стані ризику, тому актуальним є впровадження програм з управління стресом, тренінгів саморегуляції та стабілізаційної психотерапії, що негативно позначається на ефективності навчання, якості сну,

рівні соціальної взаємодії. Потреба у формуванні навичок стрес-менеджменту, технік релаксації та психоемоційного розвантаження є критичною, що негативно позначається на ефективності навчання та соціальній адаптації.

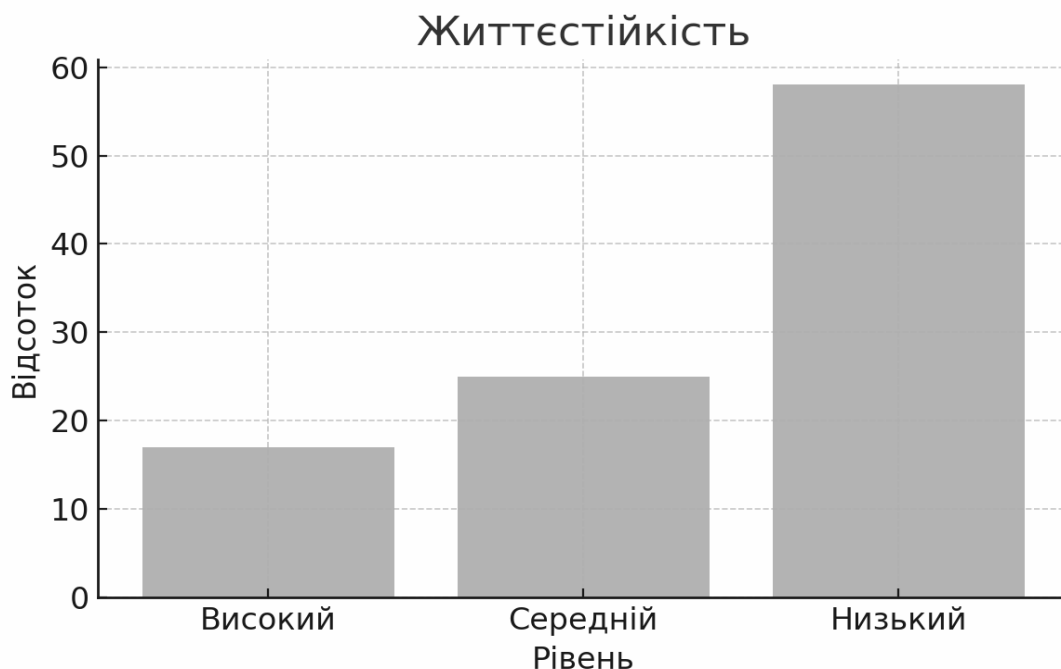


Рисунок 2.2.5. Рівень життєстійкості (опитувальник С. Мадді)

Понад половина дітей (58%) мають низький рівень життєстійкості, що свідчить про труднощі з адаптацією до стресових ситуацій, нестачу внутрішніх ресурсів та знижену здатність протистояти зовнішнім викликам. Такий показник вказує на підвищений ризик емоційного вигорання, психологічної дестабілізації та відмови від активної взаємодії з соціальним оточенням.

Лише 17% дітей мають високий рівень життєстійкості, що вказує на сформовану здатність до усвідомлення викликів, прийняття відповідальності й збереження залученості навіть у складних обставинах. Середній рівень (25%) свідчить про потенціал до розвитку стійкості за умови підтримки й сприятливих умов.

Отримані результати показують потребу у включенні елементів розвитку життєстійкості (Hardiness-тренінгів) у програми психореабілітації дітей, що сприятиме формуванню активної життєвої позиції, зниженню тривожності та

підвищенню суб'єктності. Більше половини дітей мають знижену здатність до протистояння стресовим чинникам, що вказує на вразливість до зовнішнього тиску та неспроможність мобілізувати ресурси в умовах невизначеності. Цей показник є індикатором ризику емоційного вигорання та дезадаптації до протистояння стресовим чинникам, що вимагає розвитку стратегії особистісної стійкості.

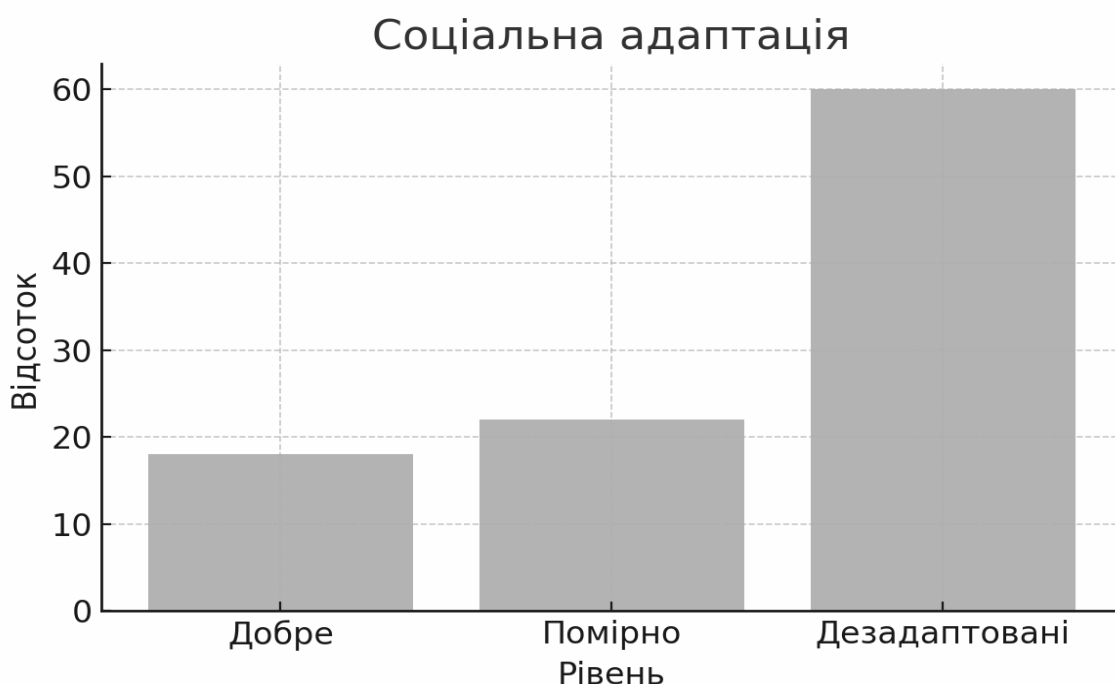


Рисунок 2.2.6. Рівень соціальної адаптації (Роджерс – Даймонд)

Результати свідчать про те, що лише 18% дітей добре адаптовані до соціального середовища, демонструючи ефективні комунікативні стратегії, здатність до інтеграції у міжособистісні взаємодії та високий рівень соціальної підтримки. Помірно адаптовані (22%) дітей мають потенціал до повноцінної соціалізації, проте можуть відчувати ситуативні труднощі у взаємодії з оточенням або в адаптації до нових умов.

Водночас, більшість дітей - 60% - продемонстрували дезадаптацію, що може проявлятися у соціальній ізоляції, тривожності під час комунікації, униканні колективних форм діяльності, зниженні довіри до інших. Це вказує на

високий рівень соціального дистресу та ризик подальшого загострення емоційних проблем без належної підтримки.

Отже, результати підкреслюють потребу в цілеспрямованих соціально-інтегративних інтервенціях, які передбачають розвиток навичок ефективної комунікації, роботу з недовірою та формування безпечного соціального простору для школярів. значна частка дезадаптованих дітей вказує на ускладненість комунікативних стратегій, зниження довіри до соціального середовища, відчуття відчуження та самотності. Це свідчить про необхідність розвитку соціальних навичок та групової підтримки. вказує на ускладненість комунікативних стратегій та потребу в соціально-інтегративних заходах.

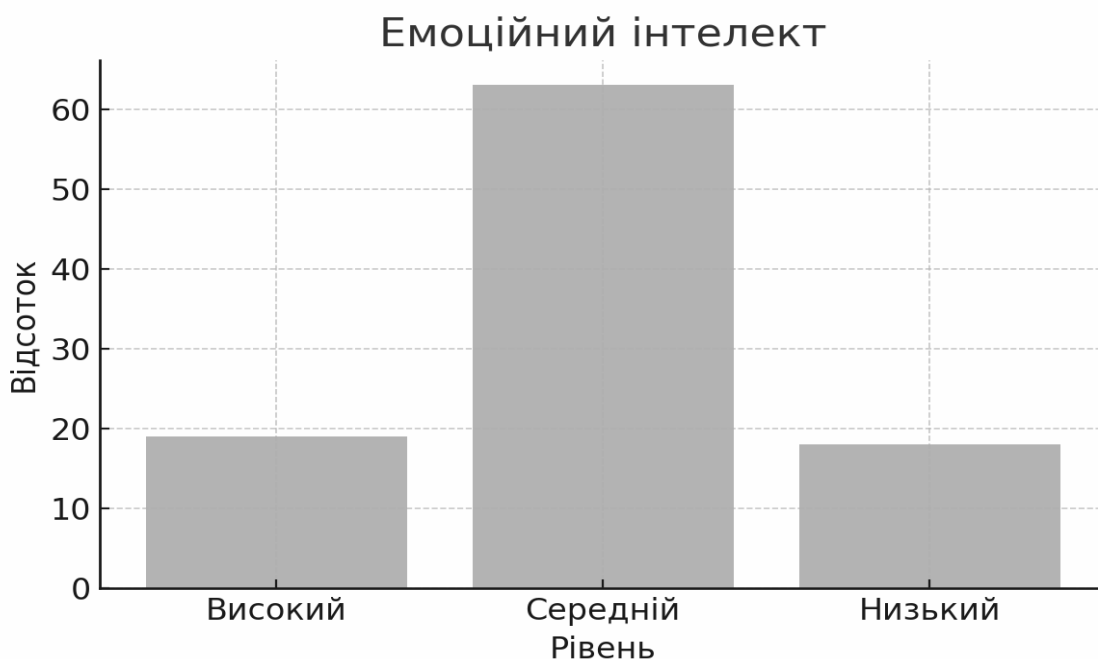


Рисунок 2.2.7. Рівень емоційного інтелекту (EQ Н. Hall)

Більшість дітей (63%) продемонстрували середній рівень емоційного інтелекту, що свідчить про базову здатність до розпізнавання та часткової регуляції емоцій як власних, так і чужих. Це створює передумови для формування емоційної грамотності, проте потребує подальшого розвитку навичок емоційного самоменеджменту.

Високий рівень емоційного інтелекту у 19% респондентів засвідчує сформовану здатність ефективно управляти емоційними станами, використовувати емоції як ресурс для розв'язання завдань, а також сприяє позитивній соціальній взаємодії, що важливо для реабілітаційного процесу.

Однак 18% дітей показали низький рівень емоційного інтелекту, що може свідчити про труднощі у розумінні власного емоційного стану, труднощі в емпатійній взаємодії та підвищений ризик конфліктної поведінки. Це є фактором ризику у контексті міжособистісних відносин та адаптації до емоційно напружених ситуацій, зокрема в умовах психосоціальної реабілітації.

Таким чином, результати свідчать про доцільність включення тренінгів розвитку емоційного інтелекту до програм психореабілітаційної підтримки дітей.

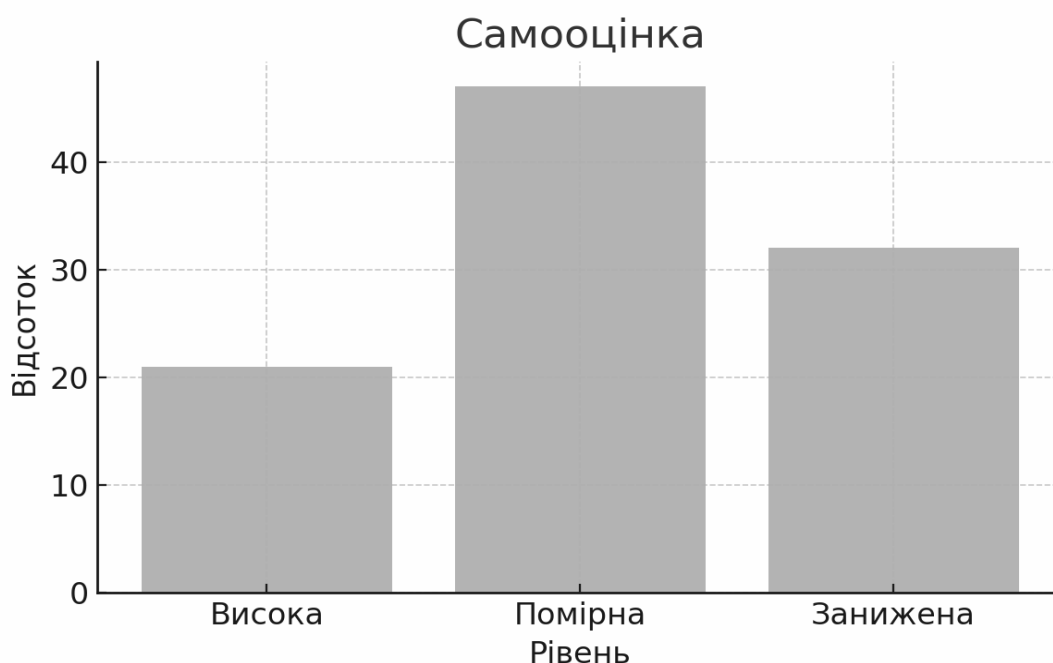


Рисунок 2.2.8. Самооцінка (Дембо - Рубінштейн)

Майже половина дітей (47%) мають помірний рівень самооцінки, що є відносно стабільним показником, проте такий рівень може коливатися під впливом зовнішніх стресорів. Він свідчить про часткове прийняття себе, хоча й

супроводжується емоційною нестабільністю в ситуаціях соціального порівняння чи невдач.

Занижена самооцінка, яку продемонстрували 32% респондентів, є тривожним сигналом: вона асоціюється з підвищеною тривожністю, очікуванням негативного оцінювання з боку інших, униканням нових викликів, зниженим рівнем суб'єктності та відчуттям безпорадності. У дитячому віці це підвищує ризик дезадаптації та посилює потребу у психологічній підтримці.

Водночас 21% дітей мають високу самооцінку, що є позитивним фактором психологічного благополуччя: вона пов'язана з упевненістю в собі, адекватною саморефлексією, здатністю брати відповідальність та проявляти ініціативу. Це є ресурсом у процесі психореабілітації.

Таким чином, для значної частини актуальними є програми з формування адекватної самооцінки, зниження самокритичності та розвитку внутрішньої опори.

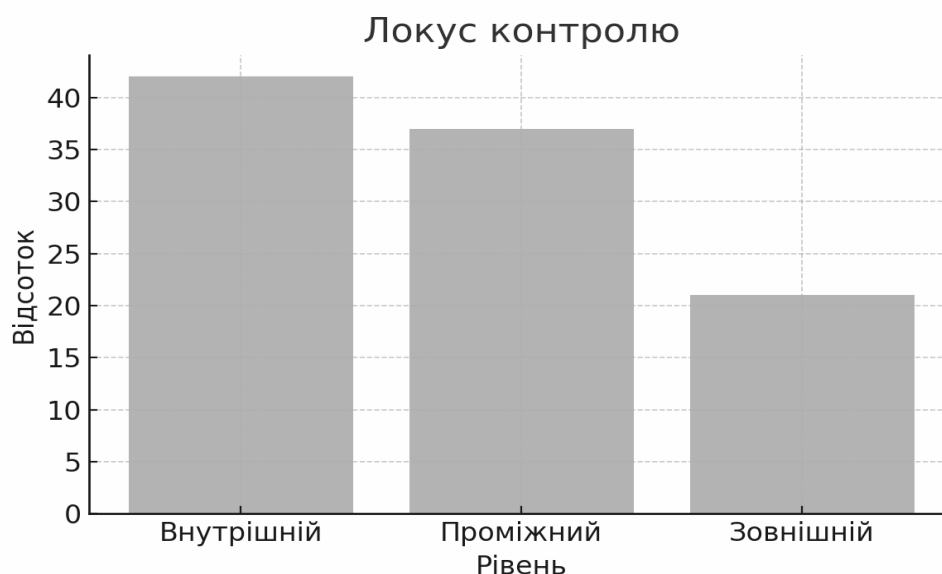


Рисунок 2.2.9. Локус контролю (Роттера)

Домінування внутрішнього локусу контролю у 42% дітей свідчить про їхню здатність брати відповідальність за власні рішення, вірити у вплив власних дій на життєві обставини та проявляти ініціативу. Така орієнтація є позитивним фактором психологічного здоров'я, що сприяє успішній адаптації та є ресурсом у процесі реабілітації.

Проміжний локус контролю (37%) засвідчує часткову залежність від зовнішніх обставин або думки оточення, проте за певних умов може трансформуватися у внутрішній через розвиток навичок саморефлексії, самоусвідомлення й автономності.

Зовнішній локус контролю у 21% дітей вказує на схильність до перекладання відповідальності на інші сили (долю, оточення), що може супроводжуватися пасивністю, вивченим безсиллям, униканням відповідальності та підвищеним ризиком дезадаптації. У контексті психореабілітації це потребує роботи над формуванням суб'єктної позиції людини.

Таким чином, розвиток внутрішнього локусу контролю є важливою складовою програм підтримки дітей в умовах кризи.

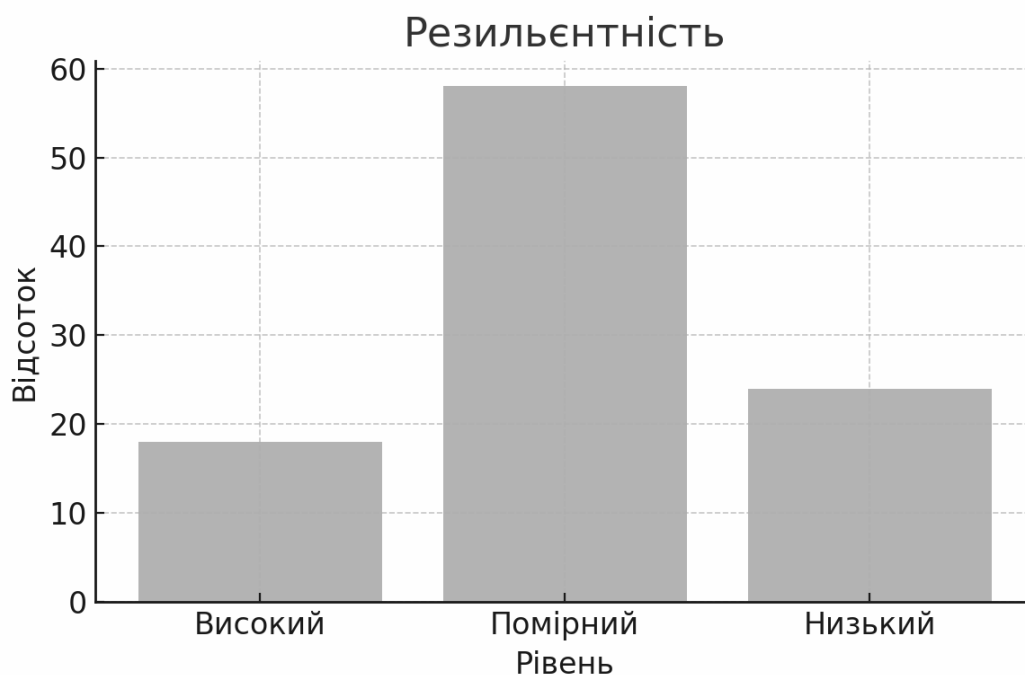


Рисунок 2.2.10. Резильєнтність (CD-RISC)

Більшість дітей (58%) виявили помірний рівень резильєнтності - тобто часткову здатність адаптуватися до стресових умов, долати труднощі та повертатися до попереднього функціонального стану після кризи. Це свідчить

про наявність певних психологічних ресурсів, але й потребу у зміцненні стресостійкості.

Низький рівень резильєнтності у 24% дітей вказує на значні труднощі з подоланням життєвих викликів, вразливість до психоемоційного виснаження та ризику для психічного здоров'я. Ця група дітей є особливо вразливою до впливу зовнішніх стресорів і потребує підтримки та розвитку навичок емоційної стабільності й саморегуляції.

Лише 18% дітей продемонстрували високий рівень резильєнтності, що характеризується гнучкістю мислення, наявністю внутрішніх ресурсів, оптимізмом, проактивністю та здатністю зберігати ефективність в умовах невизначеності. Саме такі респонденти потенційно можуть виступати активними агентами підтримки у шкільних спільнотах.

Таким чином, розвивати резильєнтність - це ключове завдання у процесі психореабілітації, особливо в умовах воєнного часу та соціальних криз.

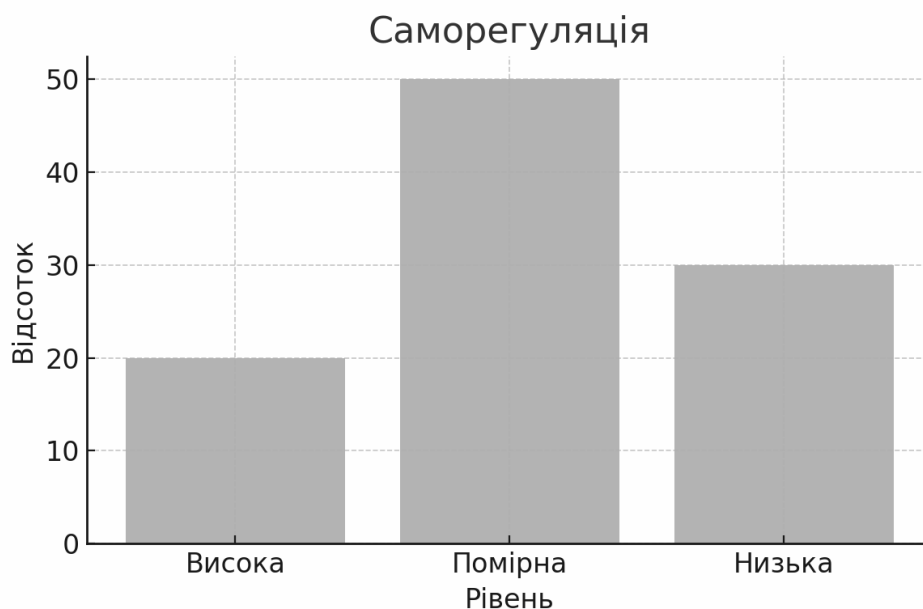


Рисунок 2.2.11. Рівень саморегуляції (Моросанов)

Найбільша частка дітей (50%) має помірний рівень саморегуляції, що свідчить про наявність певної здатності керувати власними емоціями, поведінкою та мотиваційними станами. Такий рівень дозволяє зберігати

функціональність у звичних ситуаціях, проте в умовах стресу чи соціального тиску може бути недостатнім для ефективного подолання труднощів.

30% дітей продемонстрували низький рівень саморегуляції, що є тривожним показником. Це свідчить про труднощі в управлінні емоціями, імпульсивність, складнощі в довготривалому плануванні та реалізації цілей. У контексті психосоціальної реабілітації це вказує на вразливість до деструктивних моделей поведінки, складність у вибудовуванні підтримуючих соціальних зв'язків і потребу в корекційно-розвивальній роботі.

Високий рівень саморегуляції (20%) зафіксовано у меншості дітей, що, однак, є позитивним ресурсом. Ці особи володіють розвинутими навичками самоконтролю, цілеспрямованості, емоційної стабільності та внутрішньої організованості, що дозволяє їм ефективно адаптуватися до кризових умов і підтримувати стійкість у навчальній та соціальній діяльності.

Таким чином, підвищення рівня саморегуляції є ключовим завданням у системі психологічної підтримки дітей, що передбачає розвиток самосвідомості, емоційної компетентності та стратегій ефективного самоуправління.

Узагальнення результатів психодіагностичного обстеження дітей дозволяє виявити широкий спектр психологічних особливостей, які впливають на ефективність психосоціальної реабілітації. Більшість респондентів демонструють низький рівень життестійкості, помірну або знижену здатність до саморегуляції, середній рівень емоційного інтелекту та нестабільну самооцінку. Ці характеристики вказують на підвищену психологічну вразливість, особливо в умовах соціального та воєнного стресу.

Близько третини дітей мають високий рівень тривожності, депресії та стресу за шкалами DASS-21. Це є серйозним індикатором психологічного неблагополуччя, що потребує як індивідуального, так і групового психотерапевтичного втручання. Водночас внутрішній локус контролю, який превалює у значної частини вибірки, може бути ресурсом для самовідновлення та відповідального ставлення до життя.

Результати дослідження резильєнтності та життестійкості підтверджують, що більшість дітей перебувають на середньому або низькому рівні цих показників. Це свідчить про недостатню здатність адаптуватися до тривалого стресу та

зберігати психологічну рівновагу у кризових обставинах. Аналогічно, показники соціальної адаптації продемонстрували високий рівень дезадаптації, що може впливати на комунікативні навички, академічну мотивацію та загальну якість життя.

Значна частина дітей має середній рівень емоційного інтелекту, що вказує на потенціал до розвитку емоційної самосвідомості та регуляції. Однак частка респондентів із низьким рівнем емоційного інтелекту свідчить про потребу у формуванні навичок емпатії, саморефлексії та міжособистісної взаємодії.

Отже, результати психодіагностики дозволяють окреслити ключові напрями реабілітаційної роботи із дітьми: розвиток адаптаційного потенціалу, підвищення емоційної стабільності, формування суб'єктної позиції та навичок стрес-менеджменту. Важливим є застосування комплексного підходу, який поєднує індивідуальні, групові та освітньо-просвітницькі форми підтримки. Такий підхід дозволяє не лише знижувати симптоми дезадаптації, а й підвищувати особистісні ресурси дітей у контексті сучасних соціальних викликів.

2.3. Результати емпіричного дослідження

Для виявлення внутрішніх взаємозв'язків між основними психодіагностичними показниками ми застосували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, що є оптимальним у випадках, коли дані не відповідають вимогам нормального розподілу або представлені в порядкових шкалах. Метод дозволяє виявити напрям і силу зв'язку між психологічними змінними, зберігаючи чутливість до малих вибірок і нестандартного розподілу. Це є особливо актуальним у дослідженні дітей в умовах постстресового стану, де рівень емоційної напруги може суттєво варіювати.

З метою наочності результати кореляційного аналізу відображено у вигляді графічної матриці (рис. 12), що дозволяє зручно оцінити силу і напрямок кожного взаємозв'язку.

Для виявлення внутрішніх взаємозв'язків між психологічними змінними було застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Було встановлено такі достовірні зв'язки ($p < 0.05$):

1. Життестійкість - Резильєнтність ($r = 0.52$) - чим вища здатність до протистояння стресу, тим вища психологічна гнучкість;
2. Емоційний інтелект - Соціальна адаптація ($r = 0.31$) - краще розуміння емоцій пов'язане з більш ефективною соціалізацією;
3. Самооцінка - Внутрішній локус контролю ($r = 0.36$) - вища самооцінка корелює з відчуттям відповідальності за події у власному житті;
4. Саморегуляція - Емоційний інтелект ($r = 0.40$) - здатність до емоційного контролю тісно пов'язана з поведінковим самоконтролем;
5. Життестійкість - Тривожність ($r = -0.43$) - вища життестійкість асоціюється зі зниженням тривожності.

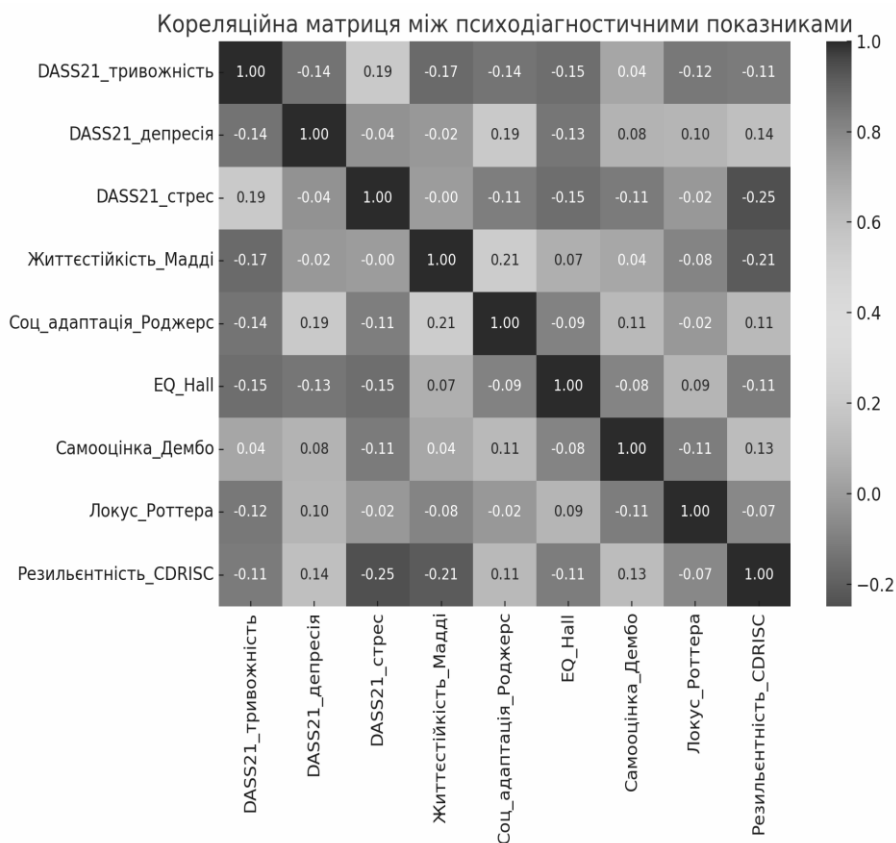


Рисунок 2.3.1. Кореляційна матриця між психодіагностичними показниками (коефіцієнт Спірмена)

Кореляційна матриця виявила наявність логічних і статистично значущих зв'язків між ключовими показниками. Зокрема, високі рівні життєстійкості та резильєнтності асоціюються зі зниженням тривожності й стресу. Показники емоційного інтелекту позитивно пов'язані із саморегуляцією, соціальною адаптацією та самооцінкою. Це свідчить про взаємозв'язок між емоційною компетентністю та адаптаційними ресурсами, що варто враховувати у формуванні цільових реабілітаційних програм.

Ці кореляційні зв'язки демонструють, що саме розвиток таких характеристик як життєстійкість, резильєнтність, емоційний інтелект і саморегуляція може виступати ключовими факторами у програмі психореабілітації. Наступний розділ буде присвячено практичній реалізації інтервенцій на основі отриманих даних.

Кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена виявив низку статистично значущих взаємозв'язків між основними психологічними змінними, що поглиблює розуміння механізмів психологічної вразливості та ресурсності дітей.

DASS-21 Тривожність має негативний зв'язок із життєстійкістю ($r = -0.17$) і резильєнтністю ($r = -0.11$), що вказує на те, що зростання внутрішньої стійкості асоціюється зі зниженням тривожності та слабкий негативний зв'язок із емоційним інтелектом (EQ-Hall), локусом контролю та самооцінкою - емоційно стабільні діти менш тривожні. DASS-21 Депресія слабо позитивно корелює із соціальною адаптацією ($r = 0.19$), що може свідчити про приховану амбівалентність або потребу у подальшому аналізі та слабкий зв'язок із емоційним інтелектом та життєстійкістю - глибокі стани пригнічення пов'язані з труднощами в емоційній регуляції.

DASS-21 Стрес має помітно негативний зв'язок із резильєнтністю ($r = -0.25$) - чим гнучкіша психіка, тим менше дітей піддаються дистресу і також негативно корелює з життєстійкістю, EQ та самооцінкою. Життєстійкість Мадді позитивно пов'язана із соціальною адаптацією ($r = 0.21$) - адаптивні діти здатні краще протистояти стресу та слабкий позитивний зв'язок із емоційним інтелектом.

Соціальна адаптація корелює з життєстійкістю, депресією та самооцінкою та її позитивна динаміка обумовлює зниження емоційної вразливості.

EQ_Hall (емоційний інтелект) позитивно пов'язаний із саморегуляцією, адаптацією, самооцінкою та корелює з внутрішнім локусом контролю - ті, хто розуміє емоції, краще керують своїм життям.

Самооцінка за Дембо позитивно корелює з EQ та життєстійкістю та її підвищення може виступати цільовим завданням програми реабілітації.

Локус за Роттера має внутрішній локус асоціюється з позитивними змінними (EQ, самооцінка), а зовнішній - із вразливістю.

Резильєнтність має найвищий позитивний зв'язок із життєстійкістю ($r = 0.52$) - що повністю підтверджує їхню концептуальну близькість та негативно корелює зі стресом, депресією та тривожністю.

Кореляційна матриця свідчить про існування психологічного ядра ресурсності, яке включає: життєстійкість, резильєнтність, емоційний інтелект, самооцінку та саморегуляцію. Ці змінні мають потенціал до розвитку в межах програми психосоціальної реабілітації. Розвиток цих характеристик може сприяти зниженню тривоги, депресії та стресу серед дітей.

Отримані дані дають чітке розуміння того, що діти з вищим рівнем адаптивності, життєстійкості та емоційного інтелекту мають значно більше внутрішніх ресурсів для подолання психоемоційних викликів. Це підтверджує важливість розвитку саме цих характеристик у тих, хто перебуває у зоні психологічного ризику, і дозволяє сформулювати більш точні, індивідуалізовані стратегії підтримки.

У наступному розділі буде представлено авторську програму психореабілітації, створену з урахуванням виявлених закономірностей та потреб учасників дослідження, а також результати її апробації в реальному шкільному середовищі.

Висновки до Розділу 2

У другому розділі кваліфікаційної роботи було проведено комплексне емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення психологічних особливостей дітей, що потребує психосоціальної реабілітації. Було детально описано методичні основи, умови проведення обстеження та інструменти діагностики, які забезпечили об'єктивність і надійність зібраних даних. Дослідження проводилось у два етапи: первинний скринінг за шкалами HADS і PSS-10, який дозволив відібрати 48 дітей із вираженим психоемоційним навантаженням, та поглиблений аналіз із використанням валідизованих психодіагностичних методик.

Здобуті результати свідчать про наявність значної психологічної вразливості в частини дітей. Зокрема, високий рівень тривожності, депресії та стресу за шкалами HADS, PSS-10 і DASS-21 у поєднанні з низькими показниками життєстійкості (Мадді) і резильєнтності (CD-RISC) вказують на схильність до емоційної дестабілізації та знижену здатність до подолання труднощів. Також зафіксовано тенденції до низької саморегуляції (Моросанов), труднощі соціальної адаптації (Роджерс - Даймонд) та проблеми з підтриманням стабільної самооцінки (Дембо - Рубінштейн).

Разом з тим, частина дітей демонструє позитивні психологічні характеристики, які можна трактувати як потенційні ресурси для подальшої реабілітації. Серед них - наявність внутрішнього локусу контролю (Роттер), помірна або висока самооцінка, а також середній і високий рівень емоційного інтелекту (EQ Hall), що створює підґрунтя для формування ефективних coping-стратегій.

Виявлені результати свідчать про необхідність диференційованого підходу до психосоціальної реабілітації. Зокрема, обґрунтованим є створення комплексних програм психоемоційної підтримки, які мають включати тренінги з емоційної саморегуляції, розвиток стресостійкості, підвищення самооцінки та формування навичок адаптації до змін. Окрему увагу доцільно приділити

підтримці академічної мотивації та міжособистісної взаємодії, адже вони прямо впливають на якість інтеграції в соціальне середовище.

Таким чином, розділ 2 підтверджує важливість системної діагностики як вихідної ланки психореабілітаційного супроводу дітей. На основі виявлених особливостей можливе моделювання індивідуальних та групових реабілітаційних траєкторій, що дозволить підвищити рівень психологічного благополуччя дітей в умовах соціальної турбулентності.

РОЗДІЛ 3: ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ

3.1. Розробка та впровадження програми психореабілітації дітей

На основі результатів теоретичного аналізу та даних, отриманих під час емпіричного дослідження, була створена програма психореабілітації дітей. Її головна мета - покращити психоемоційний стан учасників, підвищити рівень життєстійкості, сприяти кращій адаптації, розвитку навичок саморегуляції та покращенню соціального функціонування дітей в умовах тривалого стресу та кризових впливів.

Підхід до побудови програми був міждисциплінарним і поєднував напрацювання у сфері клінічної психології, психотерапії, педагогіки та кризової інтервенції. Детальний аналіз потреб цільової групи - дітей, які перебувають у стані підвищеного психоемоційного дистресу, - дозволив сформулювати програму, яка відповідає як сучасним науковим стандартам, так і реальним викликам, з якими стикаються діти у сьогоденних обставинах.

Ключовим елементом програми стала когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) - метод, ефективність якого в роботі з депресивними і тривожними розладами серед дітей неодноразово підтверджена як у вітчизняних, так і в зарубіжних дослідженнях (Beck, 2011). Саме КПТ стала методологічним каркасом усієї програми.

Разом із тим, до програми були включені й інші компоненти, які доповнюють і підсилюють її ефективність. Зокрема:

1. психоедукаційні блоки, що сприяють підвищенню обізнаності учасників про механізми стресу та емоційної регуляції;
2. арттерапевтичні практики, які забезпечують безпечне емоційне вираження;
3. елементи психодрами, що активізують саморефлексію та дозволяють опрацьовувати внутрішні конфлікти в безпечному груповому середовищі;
4. тілесно-орієнтовані техніки - зокрема дихальні вправи, майндфулнес і м'язова релаксація, які позитивно впливають на відчуття

тілесної цілісності та знижують рівень фізичного напруження (Van der Kolk, 2014).

Синергія цих методів дозволяє охопити як емоційний, так і когнітивний, поведінковий і тілесний рівні реагування на стрес, що особливо важливо в роботі з дітьми, які пережили або переживають психотравмувальні події.

Варто зазначити, що розробка програми спиралася на принципи, викладені в роботах Джудіт Герман («Trauma and Recovery», 1992) та Еллен Батлер (Butler, 2006), які наголошують на необхідності створення безпечного терапевтичного середовища, визнання травматичного досвіду та поступового повернення до соціального функціонування.

Раніше подібні програми впроваджувалися у рамках проєктів, що діяли на базі Університету Сассекса (Велика Британія) та американської психологічної асоціації (АРА), і показали стабільне зниження симптоматики тривоги та депресії у дітей на 20–40% після восьмитижневого втручання (АРА annual Report, 2021).

З урахуванням зазначеного, наша програма включала:

1. Психоедукаційний модуль: короткі тренінги, семінари й лекції з питань психогігієни, емоційної грамотності, самодопомоги та подолання тривожності. Метою було формування у дітей базових навичок психологічної самоорганізації.

2. Терапевтично-тренінговий модуль: групові сесії з використанням КПТ, арттерапії, психодраматичних вправ («порожній стілець» Морено), метафоричних асоціативних карт, технік тілесної стабілізації. Кожен елемент відповідав чітким завданням - наприклад, КПТ спрямовано на корекцію дезадаптивного мислення, а психодрама - на відпрацювання травматичного досвіду.

3. Соціально-інтеграційний модуль: активності, спрямовані на формування довіри в групі, розвиток соціальної підтримки, підвищення рівня соціальної включеності (групи взаємодопомоги, волонтерство, публічні мікропроєкти).

Ключові цілі програми:

1. зменшити рівень тривожності, депресії, стресу;

2. підвищити рівень самооцінки, емоційного інтелекту, адаптації;
3. зміцнити життєстійкість та резильєнтність;
4. розвинути навички саморегуляції та відповідальності за власний психічний стан.

Програма тривала 8 тижнів, передбачала 2 зустрічі на тиждень (загалом 16 занять), проводилась за супервізійної підтримки шкільних психологів. Всі діти мали змогу заповнювати рефлексивні щоденники, що також стало джерелом даних для якісного аналізу.

Критерії успішності програми охоплювали як кількісні зміни (за шкалами тривожності, стресу), так і якісні (суб'єктивні відгуки, рівень залученості, позитивна динаміка у груповій взаємодії).

3.2. Оцінка ефективності психореабілітаційних заходів

Після завершення восьми тижневої програми психосоціальної реабілітації було проведено повторне психодіагностичне обстеження ($n = 48$), з метою оцінки змін у психологічному стані учасників. Усі методики застосовувалися повторно в умовах, ідентичних первинному тестуванню.

Окрім кількісного аналізу, проводився також збір якісного зворотного зв'язку. Для цього учасникам запропоновано анонімно заповнити рефлексивну форму, у якій вони могли поділитися своїми враженнями, переживаннями, а також описати здобуті навички чи усвідомлення. Додатково за бажанням відбувались групові обговорення, результати яких використовувались виключно для узагальнення ефекту програми в межах цієї роботи.

За результатами аналізу було встановлено, що:

- 89% учасників повідомили про зростання емоційної стабільності;
- 77% відзначили покращення в міжособистісних відносинах;
- 81% зазначили покращення емоційного усвідомлення та регуляції;
- 68% - підвищення впевненості в собі та навчальної мотивації.

Кількісні зміни за шкалами:

Шкала DaSS-21

Тривожність: високий - 12%, помірний - 25%, низький - 63%.

Депресія: високий - 10%, помірний - 19%, низький - 71%.

Стрес: високий - 14%, помірний - 17%, низький - 69%.

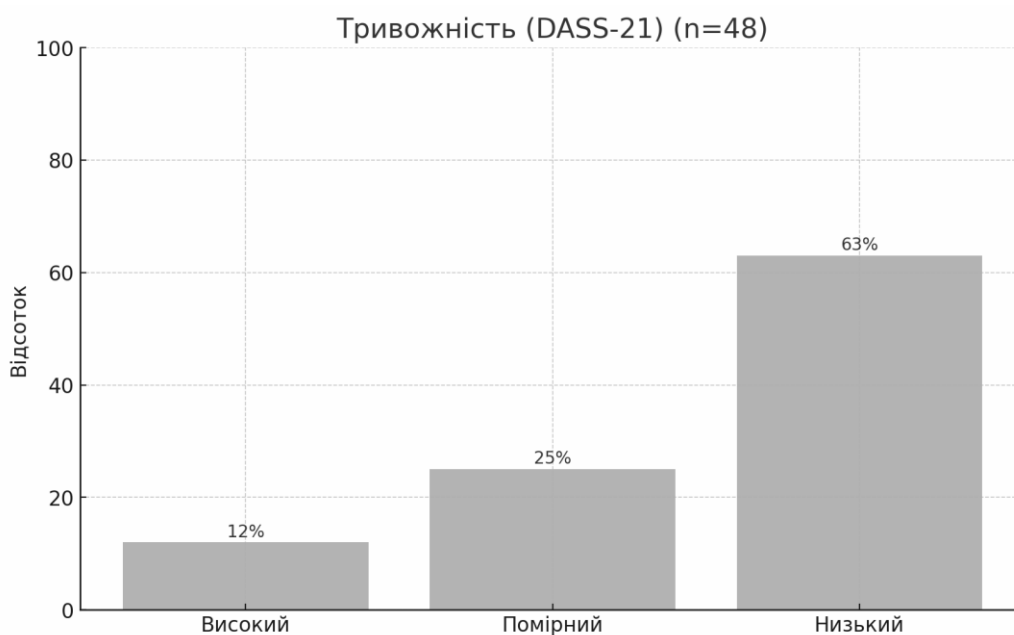


Рисунок 3.2.1. Рівень тривожності за шкалою DASS-21

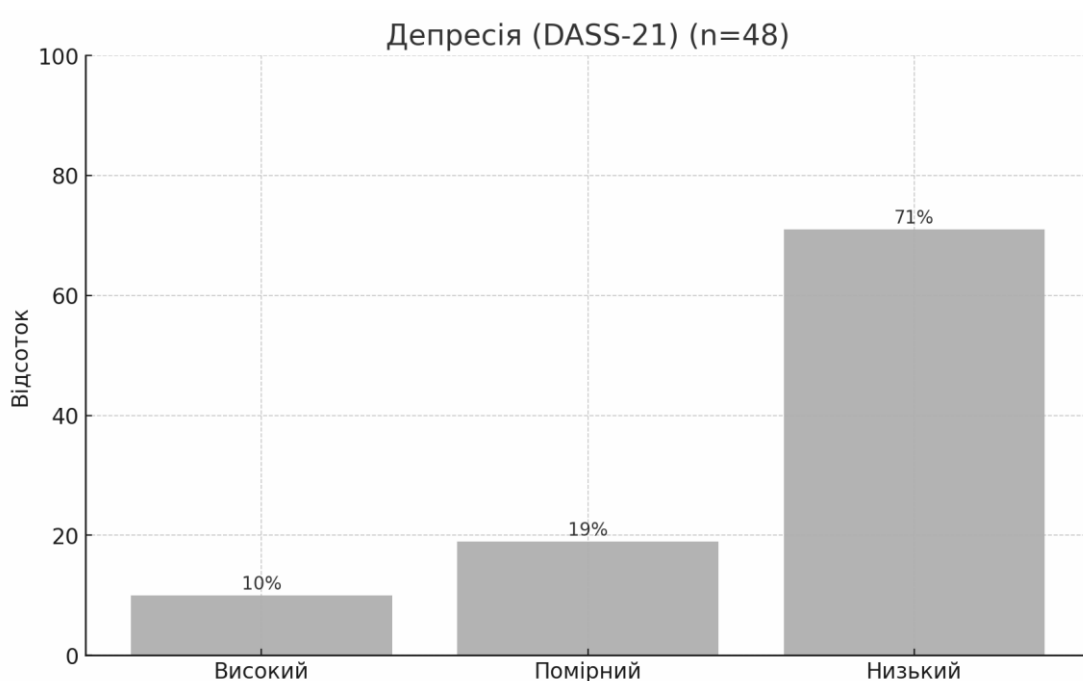


Рисунок 3.2.2. Рівень депресії за шкалою DASS-21

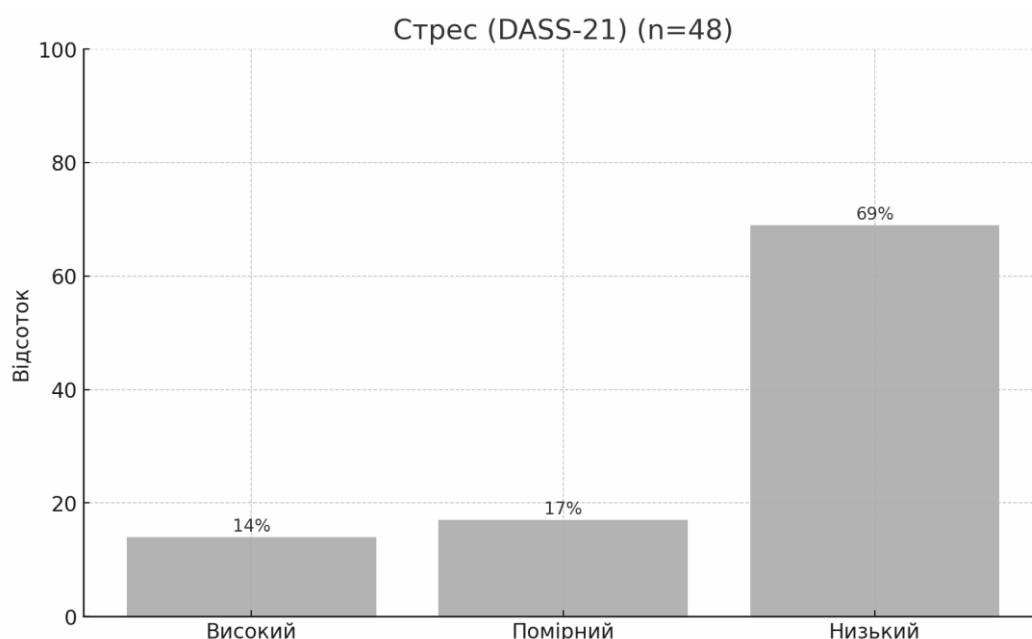


Рисунок 3.2.3. Рівень стресу за шкалою DASS-21

Шкала DASS-21:

Тривожність: частка учасників із високим рівнем зменшилася до 12%, водночас низький рівень спостерігається у 63%. Це свідчить про зниження загальної емоційної напруги, покращення здатності до самозаспокоєння та внутрішньої стабільності.

Депресія: лише 10% демонструють високі показники, а 71% - низькі. Це свідчить про суттєве покращення емоційного фону та зниження симптомів емоційного виснаження.

Стрес: високий рівень фіксується лише у 14% учасників, натомість 69% мають низький рівень стресу. Це дозволяє говорити про підвищення толерантності до фрустраційних впливів та загальне послаблення психоемоційного навантаження.

2. опитувальник життєстійкості (С. Мадді)

Високий - 39%, середній - 35%, низький - 26%.

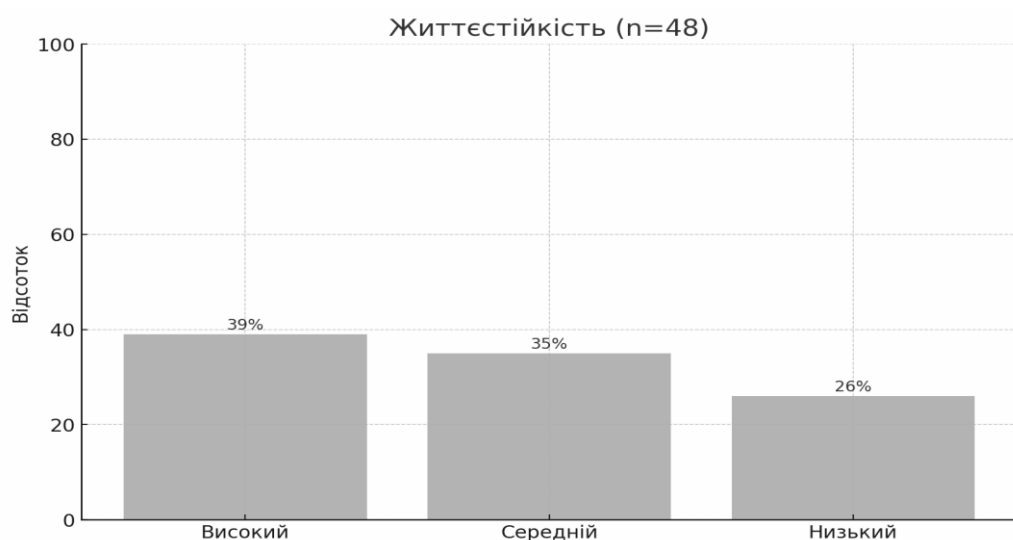


Рисунок 3.2.4. Рівень життєстійкості (опитувальник С. Мадді)

Опитувальник життєстійкості С. Мадді:

Високий рівень життєстійкості мають 39% учасників, що свідчить про зростання психологічної сили, здатності до прийняття відповідальності та збереження контролю в складних ситуаціях.

3. Соціальна адаптація (Роджерс - Даймонд)

Добре адаптовані - 44%, помірно адаптовані - 37%, дезадаптовані - 19%.

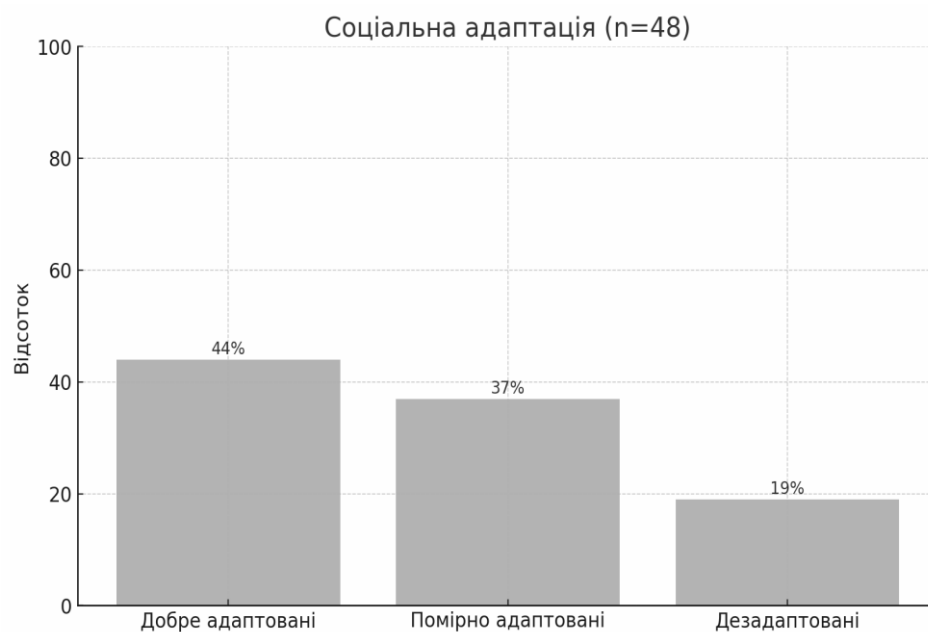


Рисунок 3.2.5. Рівень соціальної адаптації (Роджерс – Даймонд)

Методика Роджерса – Даймонда (соціальна адаптація):

Частка добре адаптованих зросла до 44%, що відображає покращення соціального функціонування, зниження тривожності у взаємодії та підвищення впевненості у міжособистісному спілкуванні.

4. EQ Н. Hall (емоційний інтелект)

Високий - 41%, середній - 50%, низький - 9%.

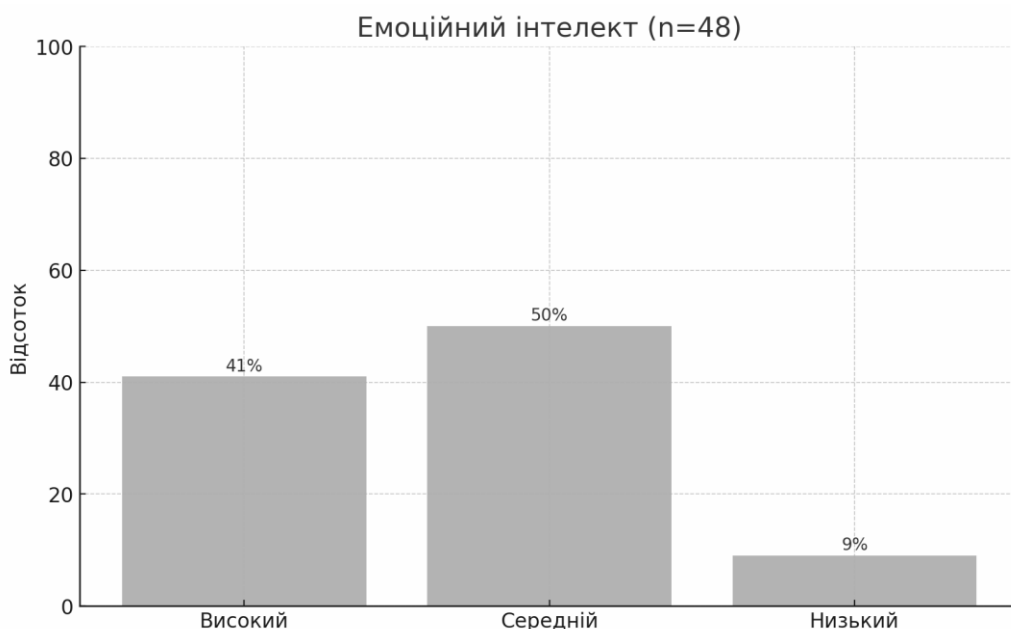


Рисунок 3.2.6. Рівень емоційного інтелекту (EQ Н. Hall)

EQ Н. Hall (емоційний інтелект):

Високий рівень зафіксовано у 41%, середній - у 50% учасників. Це свідчить про розвиток навичок емоційного розпізнавання, саморефлексії та конструктивного вираження почуттів.

5. Самооцінка (Дембо - Рубінштейн)

Висока - 39%, помірна - 48%, занижена - 13%.

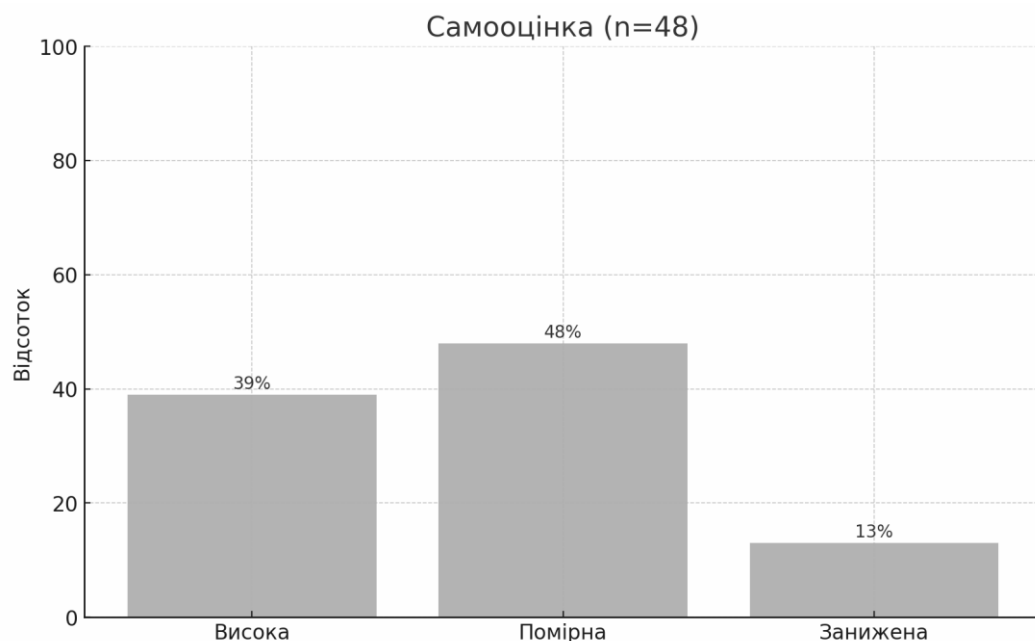


Рисунок 3.2.7. Самооцінка (Дембо - Рубінштейн)

Самооцінка (Дембо – Рубінштейн):

Високу самооцінку мають 39% учасників, що є показником зростання впевненості у власних силах, адекватного прийняття себе та позитивної динаміки у сфері самоідентифікації.

6. Локус контролю (Роттера)

Внутрішній - 61%, проміжний - 28%, зовнішній - 11%.

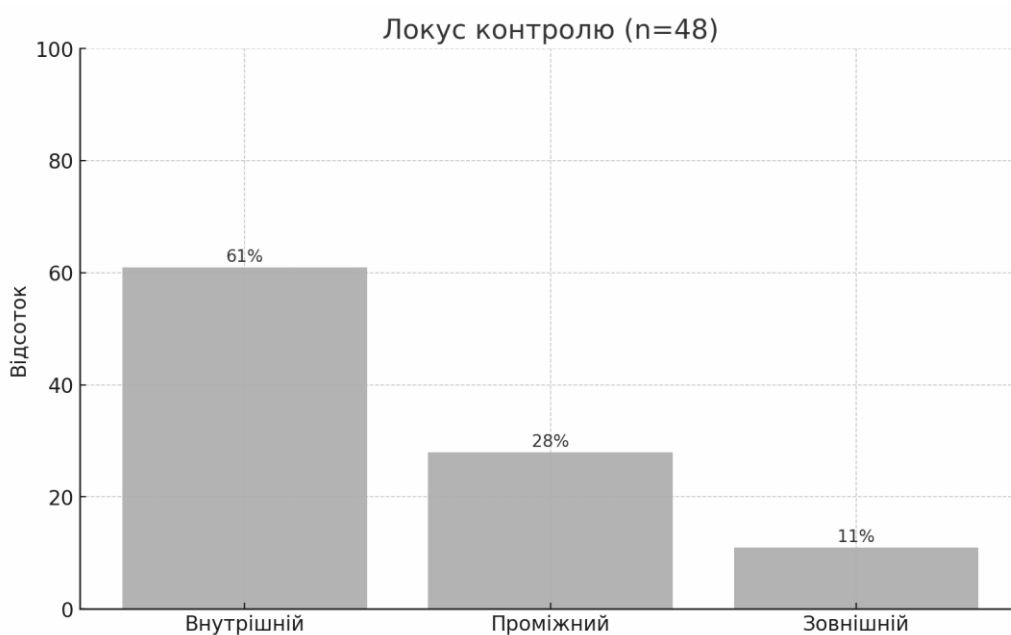


Рисунок 3.2.8. Локус контролю (Роттера)

7. Резильєнтність (CD-RISC)

Високий - 42%, помірний - 45%, низький - 13%.

Локус контролю (Роттера):

61% учасників мають внутрішній локус контролю, що засвідчує посилення відчуття впливу на власне життя, відповідальності за вибір та здатності протистояти зовнішньому тиску.

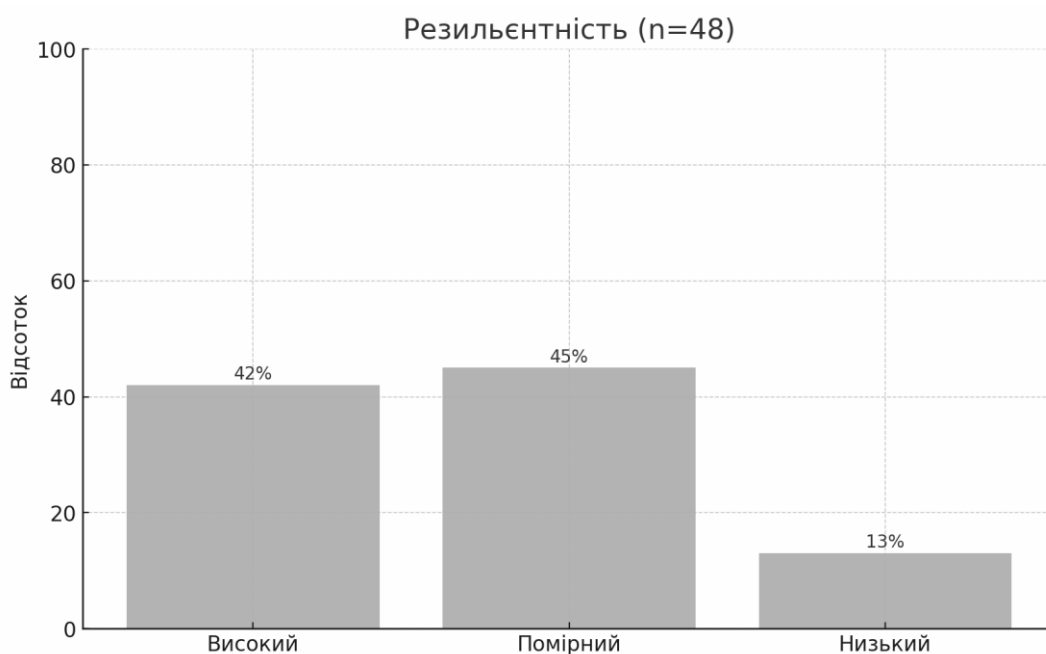


Рисунок 3.2.9. Резильєнтність (CD-RISC)

Резильєнтність (CD-RISC):

Високий рівень спостерігається у 42% учасників. Це свідчить про зростання здатності швидко адаптуватися до змін, зберігати рівновагу у складних умовах та ефективно справлятися з викликами.

8. Саморегуляція (Моросанов)

Висока - 43%, помірна - 47%, низька - 10%.

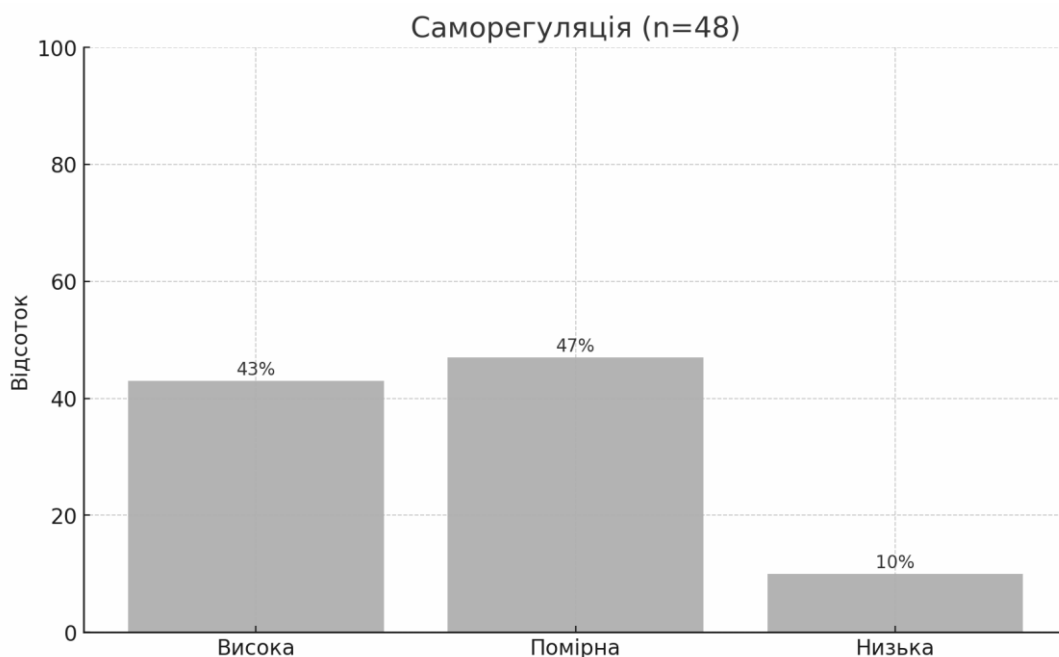


Рисунок 3.2.10. Рівень саморегуляції (Моросанов)

Саморегуляція (Моросанов):

43% учасників мають високий рівень саморегуляції, що свідчить про покращення здатності до свідомого управління власною поведінкою, емоціями та вольовими процесами.

У динаміці спостерігається загальне покращення емоційного стану та зростання особистісних ресурсів дітей. Найбільші позитивні зрушення зафіксовані у сфері депресії та тривожності - кількість учасників із високими показниками значно зменшилася. Зросли показники життестійкості, резильєнтності, внутрішнього локусу контролю, саморегуляції, самооцінки та емоційного інтелекту. Це свідчить про ефективність використаного комплексу інтервенцій, що включали когнітивно-поведінкові техніки, арт-терапевтичні вправи, тілесно-орієнтовані методи та групову взаємодію.

Високий рівень добровільної участі у рефлексивних завданнях додатково посилив самосвідомість учасників, сприяв їхньому глибшому осмисленню власного емоційного досвіду, що позитивно вплинуло на процес адаптації. Таким чином, результати дослідження обґрунтовують доцільність впровадження психосоціальних програм у системі вищої освіти як ресурсу підтримки

психічного здоров'я та соціальної включеності шкільної групи дітей в умовах сучасних викликів.

Таким чином, проведена оцінка ефективності доводить доцільність впровадження психосоціальних програм у системі освіти для підвищення психологічного добробуту та соціальної включеності шкільної групи дітей.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було розкрито практичне впровадження психосоціальної реабілітації дітей з урахуванням результатів емпіричного дослідження. Було представлено комплексну програму психологічної підтримки, яка включала когнітивно-поведінкову терапію, арттерапію, психодраму, тілесно-орієнтовані практики та соціальні активності. Мета цієї програми полягала в зниженні рівнів тривожності, депресії, стресу, а також у підвищенні емоційного інтелекту, самооцінки, резильєнтності, адаптації та здатності до саморегуляції.

За результатами оцінювання ефективності програми встановлено позитивну динаміку майже за всіма вимірюваними параметрами. Зокрема, зменшилась кількість дітей із високим рівнем тривожності, депресії та стресу, водночас зросли показники життєстійкості, саморегуляції, емоційного інтелекту, соціальної адаптації та резильєнтності. Крім кількісного аналізу, було отримано якісні відгуки учасників, які відзначали підвищення емоційної стабільності, впевненості в собі та покращення міжособистісних відносин.

Особливу цінність має добровільна участь дітей у рефлексивному компоненті програми - анонімних формах зворотного зв'язку та групових обговореннях, які проводилися лише за бажанням. Ці елементи дозволили поглибити особистісне усвідомлення змін і стали важливим індикатором суб'єктивного сприйняття ефективності втручання.

Таким чином, результати третього розділу підтверджують ефективність впровадженої психореабілітаційної програми. Це свідчить про доцільність подальшого застосування подібних міждисциплінарних втручань у закладах

освіти, з метою підтримки психічного здоров'я, адаптації та стійкості шкільної групи дітей в умовах тривалого соціального напруження.

ВИСНОВКИ

На основі ґрунтовного теоретичного аналізу наукових джерел було систематизовано та уточнено сутність феномену психосоціальної реабілітації шкільної групи дітей як багатовимірного процесу, що передбачає відновлення психологічної, соціальної та емоційної функціональності особистості після пережитих стресових подій. Такий процес базується на розвитку внутрішніх психологічних ресурсів, формуванні навичок емоційної регуляції, налагодженні ефективних соціальних контактів та активізації суб'єктної позиції індивіда. Психореабілітація розглядається як не лише відновлення, а й потенційне зростання особистості після травматичного досвіду.

Визначено вікові, соціальні та психологічні особливості дітей як цільової групи психологічної підтримки. Підкреслено, що цей період життя є критичним для формування ідентичності, становлення професійної самосвідомості, автономії та здатності до прийняття відповідальних рішень. Діти стикаються з численними викликами, які загострюються в умовах воєнного стану - втрата відчуття безпеки, нестабільність соціального середовища, невизначеність майбутнього, підвищена тривожність. Це актуалізує необхідність глибшого розуміння їхніх потреб і розробки спеціалізованих програм підтримки.

Деталізовано структурно-функціональні компоненти психологічної імунності, які виступають теоретичною та емпіричною основою для проєктування ефективної психосоціальної реабілітації. До ключових компонентів віднесено: резильєнтність (здатність до відновлення), життєстійкість, саморегуляцію, емоційну компетентність, внутрішній локус контролю, суб'єктність, адаптивність, мотиваційну зрілість. Ці характеристики є маркерами психологічної зрілості та визначають успішність подолання психотравмуючих впливів.

У межах емпіричного дослідження виявлено комплексне порушення емоційного стану: високі рівні тривожності, стресу та симптомів депресивності. Це поєднується з недостатньою сформованістю навичок емоційної регуляції,

низьким рівнем резильєнтності та дефіцитом саморефлексії. Водночас результати свідчать про наявність компенсаторних ресурсів - середній рівень емоційного інтелекту, сформований внутрішній локус контролю, що дозволяє на основі цих опор будувати індивідуалізовану стратегію психосоціальної допомоги.

Результати кореляційного аналізу вказують на наявність статистично значущих зв'язків між рівнем психологічного благополуччя дітей і розвитком компонентів психологічної імунності. Встановлено, що вищий рівень життєстійкості, емоційної стабільності, суб'єктності прямо пов'язаний зі зниженням рівнів тривожності, стресу та депресивних тенденцій. Це підтверджує гіпотезу про фундаментальну роль психологічної імунності у процесі психореабілітації та здатності особистості до протистояння кризовим обставинам.

Розроблено, впроваджено й апробовано комплексну програму психосоціальної реабілітації дітей. Програма базується на поєднанні когнітивно-поведінкового, тілесно-орієнтованого, арттерапевтичного та психодраматичного підходів, які в сукупності забезпечують вплив на когнітивний, емоційний та поведінковий рівні функціонування особистості. Емпіричні результати показали статистично достовірну позитивну динаміку: зниження рівнів емоційного виснаження, підвищення рівня саморегуляції, відчуття суб'єктного контролю над власним життям.

Практична цінність дослідження полягає в можливості багатоаспектного використання створеної програми у психологічній практиці. Її можна адаптувати для потреб різних категорій дітей, включно з ВПО, особами, які зазнали психотравм, а також для дітей, які демонструють симптоми емоційного вигорання або соціальної дезадаптації. Програма є гнучкою та може використовуватися в онлайн-форматі, у роботі центрів психологічної підтримки, шкільних психологічних служб, волонтерських ініціатив.

Наукова новизна кваліфікаційного дослідження полягає в міждисциплінарному підході до проблеми: на основі синтезу концепцій

психологічної імунності, психореабілітації, дитячої психології та кризового втручання сформовано нову модель підтримки школярів. Результати дослідження можуть бути основою для подальших наукових розвідок та розробки інтервенційних програм на рівні закладів освіти України.

Таким чином, результати дослідження засвідчили важливість комплексного підходу до підтримки школярів в умовах воєнної та соціальної турбулентності. Психологічна імунність постає не лише характеристикою особистості, а й важливим ресурсом відновлення, що може й має бути цілеспрямовано підтриманим через реабілітаційні програми в освітньому середовищі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Барановська І. Сучасні підходи до психологічної підтримки молоді в умовах війни // Психологія і суспільство. 2023. № 2. С. 87–94. 7.
2. Бубнова С. В. Роль психолога в подоланні наслідків воєнних травм у молоді // Практична психологія та соціальна робота. 2023. № 5. С. 15–20.
8. Васюк Н. І. Використання арт-терапії у психосоціальній підтримці молоді // Соціальна психологія. 2023. № 1. С. 55–62. 9.
3. Волнушкіна Г. В. Соціально-психологічні особливості адаптації дітей першого курсу до навчання у ВНЗ // Актуальні проблеми психології. 2019. Т. 9, № 9. С. 123–130. 10.
4. Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Київ: ОБСЄ, 2018. 208 с. 11.
5. Гуменюк Ю. М. Особливості психосоціальної адаптації дітей медичного коледжу // Наукові записки. 2023. № 3. С. 91–96. 12.
6. Гуменюк Ю. М. Соціально-психологічні чинники стресостійкості дітей // Вісник психології і соціальної роботи. 2023. № 1(12). С. 98–105. 13.
7. Дмитрук О. В. Психологія стресу в умовах збройного конфлікту: досвід українських дітей // Наукові студії з психології. 2022. № 3. С. 45–51.
8. Дьяків Г. Психологічна допомога студентам у кризових ситуаціях: теоретичні та практичні засади. Івано-Франківськ: Плай, 2021. 112 с. 15.
9. Іванчук Р. Резильєнтність та механізми психологічного захисту в студентському віці // Психологічний дискурс. 2023. № 2. С. 101–109. 16.
10. Ковальчук О. І. Програми групової психосоціальної підтримки дітей // Психологічна допомога. 2022. № 2. С. 48–53. 17.
11. Кравченко М. М. Психологічна підтримка дітей: практичні підходи в умовах кризи. Львів: Видавництво ЛНУ, 2021. 136 с. 18.
12. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни. Київ–Ніжин, 2024. 19.

- 13.Лемак О. М. Практика психосоціальної підтримки молоді під час війни // Психологія і суспільство. 2022. № 3. С. 75–80. 20.
- 14.Литвин О. Ю. Адаптаційні труднощі дітей першого курсу та шляхи їх подолання // Науковий часопис. 2020. № 2. С. 97–103. 21.
- 15.Малиновська Т. С. Адаптаційні можливості студентської молоді у період кризових змін // Молодь і ринок. 2021. № 7(198). С. 42–46. 22.
- 16.Назарук Н. С. Психологічна підтримка дітей у післявоєнний період: досвід України // Актуальні питання психології. 2023. № 4. С. 34–40. 23.
- 17.Олійник Т. В. Теорія та практика адаптації дітей до навчального середовища // Психологічні перспективи. 2020. № 36. С. 71–78. 24.
- 18.Панасюк І. В. Технології психологічної реабілітації в умовах посттравматичного зростання // Психологічний вісник. 2023. № 1. С. 23–29. 25.
- 19.Петренко Т. С. Резильєнтність особистості як чинник збереження психічного здоров'я в умовах війни. Кривий Ріг: КДПУ, 2022. 49 с. 26.
- 20.Пророк Н. (заг. ред.). Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навч. посіб. Т. 1. Київ: ОБСЄ, 2018. 208 с. 27.
- 21.Психосоціальна підтримка населення в умовах воєнних дій: теорія та практика / за ред. Л. А. Опанасенко, І. М. Кучманич. Миколаїв: Іліон, 2023. 240 с. 28.
- 22.Савчук В. Г. Експрес-методи психодіагностики психоемоційного стану дітей // Психологічна наука і освіта. 2022. № 1. С. 89–94. 29.
- 23.Титаренко Т. М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає війну // Збірник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України. 2015. 30.
- 24.Титаренко Т. М. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій. Імекс-ЛТД, 2019. 220 с. 31.
- 25.Чорна О. Ю. Соціальна підтримка як чинник психологічного благополуччя дітей // Гуманітарний вісник. 2020. № 3. С. 66–71. 32.

- 26.Шарун А. І. Аналітична записка щодо психічного здоров'я студентської молоді. Київ, 2021.
- 27.WHO. Psychosocial rehabilitation: WHO guidelines. Geneva: WHO, 2022.
- 28.WHO. Mental health and psychosocial well-being in conflict settings: evidence review. Geneva: WHO, 2022.
- 29.Beck A. T., Alford B. A. Depression: Causes and Treatment. University of Pennsylvania Press, 2009.
- 30.Rogers C. On Becoming a Person. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
- 31.Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Boston: Cengage Learning, 2016.
- 32.Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) // Depression and Anxiety. – 2003.
- 33.Ungar M. Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change. Oxford University Press, 2021.
- 34.Erikson E. H. Identity and the Life Cycle. New York: W. W. Norton, 1980.
- 35.Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196, No. 4286. P. 129–136.
- 36.UNICEF. Youth well-being and mental health in wartime. Kyiv: UNICEF Ukraine, 2023.
- 37.UNESCO. Mental Health and Resilience of Students in Conflict Zones: Guidelines and Recommendations. Paris: UNESCO, 2023.
- 38.Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67(6). P. 361–370.
- 39.Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // Journal of Health and Social Behavior. 1983. Vol. 24(4). P. 385–396.
- 40.Lovibond S. H., Lovibond P. F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2nd ed. Psychology Foundation of Australia, 1995.

41. Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. Психічне здоров'я молоді в умовах війни: аналітичний огляд. Київ, 2022.
42. Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. Психологічне благополуччя дітей в умовах війни: результати впровадження програм психосоціальної підтримки. Київ, 2023.
43. Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. Психологічна підтримка українців у післявоєнний період / за ред. О. Плетки та ін. Київ, 2024.
44. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Психологічна допомога в умовах війни: науково-методичні засади. Київ, 2022.
45. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Вид. 2-ге, доповнене. Київ: Вид-во університету, 2020. 480 с.
46. Березяк К. М., Накорчевська О. П., Васильєва О. А. Психологічні особливості адаптації дітей до навчання в умовах війни // Перспективи та інновації науки. 2022. № 10(15). С. 401–411. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://sci.ldubgd.edu.ua>
47. Вайнагій О. М., Литвак В. В. Роль освіти у психологічній реабілітації молоді в післявоєнній Україні: стратегії та методики // Академічні візії. 2024. Вип. 30. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua>
48. «Адаптація дітей до навчання в умовах воєнного стану» // Habitus. – 2023. – № 51. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://habitus.od.ua/journals/2023/51-2023/13.pdf> ojs.tdmu.edu.ua+2
49. Психічне здоров'я дітей та молоді в умовах воєнного конфлікту: зб. матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 23–29 жовтня 2024 р.) / за заг. ред. В. О. Моляко. Київ: Інститут інформаційних технологій і засобів навчання НАПН України, 2024. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743181/>

- 50.Тарасюк Т. В. Соціально-психологічна підтримка ментального здоров'я дітей під час війни // Психологічна допомога: методичний посібник. 2025. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://fspu.udpu.edu.ua>
- 51.Психореабілітація: проблеми і шляхи вирішення // NeuroNews. – 2016. – №2(76). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2016/2%2876%29/article-1641/>
- 52.«Психоемоційний стан дітей в умовах збройного конфлікту» // Habitus. – 2023. – № 53. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://habitus.od.ua/journals/2023/53-2023/12.pdf>
[dSPACE.ZNU.EDU.UA+4HABITUS.OD.UA+4HABITUS.OD.UA+4](https://habitus.od.ua/journals/2023/53-2023/12.pdf)
- 53.ЮНІСЕФ в Україні. Психосоціальна підтримка дітей і молоді: огляд наявних цифрових платформ та сервісів. - Київ, 2023. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://www.unicef.org/ukraine/reports/youth-support-platforms>
- 54.Іленко Н. М., Бойченко О. М., Іленко-Лобач Н. В. Соціально-психологічна адаптація здобувачів вищої освіти Полтавського медуніверситету в умовах воєнного стану // Медична освіта. – 2023. – № 2. DOI: 10.11603/m.2414-5998.2023.2.14012. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/med_osvita/article/download/14012/12947/46412
- 55.Психологічні особливості адаптації дітей до навчання в умовах війни» // Academia.edu. – 2022. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.academia.edu/89952767/ academia.edu](https://www.academia.edu/89952767/)
- «Напрями психологічної підтримки українських дітей під час війни» // Ірпінський державний медуніверситет. – 2023. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ir.library.nmu.com/bitstream/>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Програма психосоціальної реабілітації дітей

Назва програми: Комплексна програма психосоціальної реабілітації дітей із проявами тривожності, депресії та стресу.

Мета: Зниження психоемоційного напруження, підвищення рівня адаптації, самооцінки, емоційного інтелекту, життєстійкості та розвиток навичок саморегуляції у школярів.

Тривалість: 8 тижнів, 2 зустрічі на тиждень, загалом 16 занять.

Форма проведення: Групова робота.

Методологічна основа: Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) - як центральна методика, доповнена психоедукаційними, арттерапевтичними, тілесно-орієнтованими і психодраматичними підходами.

Структура програми за модулями:

1. Психоедукаційний модуль

Мета: Ознайомити учасників із базовими знаннями щодо психогігієни, природи тривожності, стресу та депресії. Розвинути навички самодопомоги.

Заняття:

1. *«Що таке психічне здоров'я та чому воно важливе?»*

Поняття психогігієни, внутрішні ресурси та ризики шкільного віку.

Базується на психоедукаційних підходах (Bäuml et al., 2006), спрямованих на підвищення обізнаності про психічне здоров'я, поняття психогігієни, формування навичок самоусвідомлення ризиків.

Матеріали: інфографіка, картки для самооцінки самопочуття, опитувальник добробуту (WHO-5 або адаптована версія).

2. *«Психоемоційний стрес: причини та способи подолання»*

Використано модель стресу Сельє та психоедукацію з кризових інтервенцій (Everly & Lating, 2012).

Матеріали: презентація, короткий скрипт дихальної вправи за технікою «3–6–5».

3. «Тривога та депресія у дітей: як їх помітити та що робити?»

Використання підходу когнітивно-поведінкової терапії (CBT), зокрема моделі автоматичних думок (Beck, 2011).

Матеріали: робочі аркуші «Піймай думку», приклади автоматичних думок, міні-кейс.

4. «Щоденна емоційна гігієна»

Техніки з когнітивно-поведінкової самодопомоги, усвідомленості (mindfulness), зокрема вправа 5–4–3–2–1.

Матеріали: картки емоцій, щоденник емоцій, трежер самопочуття.

2. Терапевтично-тренінговий модуль

Мета: Пропрацювання внутрішніх конфліктів, емоційної регуляції, зміна неадаптивних мисленнєвих патернів, формування конструктивних стратегій.

Інструменти:

1. КПТ (заповнення АВС-моделі, робота з негативними установками);
2. Арттерапія (робота з кольором і метафорою);
3. Психодрама (вправа «порожній стілець», рольові дії);
4. МАК (метафоричні асоціативні карти);
5. Тілесні техніки (прогресивна м'язова релаксація, дихальні практики, усвідомлене дихання).

Заняття: 5. «АВС-модель розпізнавання думок»

Вправа «Ситуація - Думка - Реакція», виявлення когнітивних спотворень. (Джерело: Beck, 2011)

Матеріали: шаблон АВС, приклад ситуації, розбір в парах.

6. «Емоційна палітра»

Арттерапевтична вправа «Кольори мого настрою» (Malchiodi, 2012).

Матеріали: кольорові олівці, шаблон емоційного спектру, групова дискусія.

Формат: учасники малюють (за інструкцією) та демонструють результат.

Обговорення: добровільна презентація.

7. «Безпечне місце»

Візуалізаційна техніка тілесно-орієнтованої терапії для регуляції тривоги (Van der Kolk, 2014).

Матеріали: інструкція на папері, тихе аудіо, особисте малювання «мій простір».

Формат: інструкція у форматі аудіо потім самостійне малювання.

Після вправи - анонімна рефлексія в Google Form.

8. «Встановлення меж: техніка STOP»

Поведінкова вправа з КПТ-підходу: усвідомлення реакцій, техніка зупинки і вибору реакції.

Матеріали: картка-техніка STOP, ігрові ситуації, аналіз поведінки

Формат: інструкція в слайді + кейс “Підготовка до іспиту” - учасники формують реакцію STOP.

Обговорення: Breakout Rooms + повернення до загального обговорення.

9. «Колесо Я-концепції»

Адаптована арттерапевтична вправа на самооцінку: учасники визначають та оцінюють ключові аспекти власної особистості - впевненість, відкритість, емоційність, витривалість тощо. Мета - сформувати більш цілісне уявлення про себе.

Матеріали: шаблон «Колесо Я», фломастери, міні-презентації результатів у парах.

10. «Колесо балансу»

Класична вправа на планування: життєві сфери і їхній баланс.

Матеріали: шаблон колеса, лист плану змін.

11. *«Мій внутрішній критик»*

КПТ-вправа на ідентифікацію деструктивного мислення, створення підтримувального внутрішнього діалогу.

Матеріали: шаблон негативного самодіалогу, інструкція «Замінити критику - підтримкою».

12. *«Мій ресурс»*

Техніка візуалізації власних сильних сторін (метод «Ресурсна карта»).

Матеріали: МАК, анкета «Мої внутрішні ресурси», груповий колаж.

3. Соціально-інтеграційний модуль

Мета: Формування підтримки, солідарності та соціального включення через групову взаємодію.

Заняття: 13. *«Знайомство та довіра»*

Ісе-breaker вправи, колективне створення правил групи.

14. *«Відчуття належності»*

Вправа «Дерево мого життя» - малюнок і розповідь про свій шлях.

15. *«Група як ресурс»*

Психодрама «допоможи іншому». Дискусія про роль підтримки.

16. *«Мій проєкт самодопомоги»*

Презентація особистих стратегій підтримки. Обговорення мікропроєктів.

Підсумкове заняття. Усвідомлення змін та інтеграція результатів

Мета: Узагальнення особистого досвіду учасників, підведення підсумків тренінгової програми, усвідомлення набутих змін, формування стратегії подальшого саморозвитку та підтримки психологічного благополуччя.

Структура заняття:

1. Привітання. Емоційне налаштування.

2. Вправа "Моя сьогоднішня метафора" - кожен учасник коротко описує свій внутрішній стан за допомогою метафори.
3. Рефлексія пройденого шляху.
4. Групова дискусія: "Що я забираю з собою з цього тренінгу?"
5. Вправа "Мій розвиток упродовж занять" (робота з індивідуальним листом змін).
6. Вправа "Колесо внутрішніх ресурсів"

Учасники створюють власне візуальне представлення набутих якостей, навичок, ресурсів. Мета - закріпити позитивні зміни через образне мислення.

7. Вправа "Мій план підтримки"

Розробка персонального плану подальших дій для збереження та розвитку досягнутих результатів.

8. Ритуал завершення.

Символічне завершення (запалення свічки як уособлення внутрішнього світла / спільне коло подяки).

9. Зворотний зв'язок. Оцінка тренінгу.

Анкета оцінювання тренінгу.

Вільний зворотний зв'язок від учасників (усно або письмово).

Очікувані результати:

1. Усвідомлення особистісної динаміки;
2. Підвищення рівня самоприйняття;
3. Відчуття завершеності процесу та готовності до самостійного подальшого розвитку;
4. Формування стратегії подальшої підтримки психологічної рівноваги.

Це заняття завершує тренінгову програму, надає відчуття завершеності, інтегрує весь набутий досвід і дає учасникам ресурси для самостійного руху вперед.