

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА
ШЕВЧЕНКА**

**Факультет психології
Кафедра психодіагностики та клінічної психології**

**ДИПЛОМНА РОБОТА:
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РІВНЯ ГІПЕРЗБУДЖЕННЯ ДІТЕЙ, ЯКІ
ПРОЙШЛИ ЧЕРЕЗ ВИМУШЕНУ РЕЛОКАЦІЮ
на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр»
з напрямку 053 «Психологія»**

студентки окр «магістр»

Ярцевої Надії Володимирівни

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент

Васьківська Світлана Василівна

Допустити до захисту в ДЕК
Кафедра психодіагностики та клінічної психології
протокол No _____ від _____ завідувач кафедри:
доктор психологічних наук, професор Крупельницька Л.Ф.

(підпис)

КИЇВ – 2022

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| ВСТУП | 3 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ГІПЕРЗБУДЖЕННЯ ДІТЕЙ В ПСИХОЛОГІЇ | 6 |
| 1.1. Гіперзбудження як психологічна проблема. Негативні психологічні та психічні наслідки вимушеної релокації..... | 6 |
| 1.2. Особливості гіперзбудження дітей молодшого шкільного віку..... | 14 |
| 1.3. Проблема впливу вимушеної релокації під час війни на дітей молодшого шкільного віку..... | 17 |
| Висновки до розділу..... | 21 |
| РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ГІПЕРЗБУДЖЕННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ | 23 |
| 2.1. Операціоналізація базових понять дослідження..... | 23 |
| 2.2. Загальний опис організації дослідження гіперзбудження дитини та характеристика вибірки..... | 26 |
| 2.3. Основні методи дослідження гіперзбудження дитини..... | 27 |
| Висновки до розділу..... | 35 |
| РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ГІПЕРЗБУДЛИВОСТІ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ ПРОЙШЛИ ЧЕРЕЗ ВИМУШЕНУ РЕЛОКАЦІЮ | 37 |
| 3.1 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження..... | 37 |
| 3.1.1 Рівень гіперзбудження у дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном..... | 37 |
| 3.1.2. Рівень гіперзбудження у дітей, які пройшли через вимушену релокацію в межах території України..... | 43 |
| 3.1.3. Рівень гіперзбудження у дітей, які не проходили через релокацію..... | 45 |
| 3.2 Порівняльний аналіз рівня гіперзбудження дітей різних груп..... | 46 |
| 3.3 Практичні рекомендації щодо стабілізації рівня гіперзбудження у дітей після вимушеної релокації..... | 52 |

| | |
|--|-----------|
| Висновки до розділу..... | 58 |
| ВИСНОВКИ..... | 60 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 63 |
| ДОДАТКИ..... | 68 |

ВСТУП

Діти - це майбутнє нації, яке необхідно оберігати, особливо у найважчі часи. Вплив війни на дитячу психіку є надзвичайно вагомим і всебічним, та може призвести до багатьох негативних наслідків. Серед потенційних наслідків можна виокремити реакцію на стрес, підвищений ризик певних психічних розладів, страждання через вимушену розлуку з батьками та страх за особисту безпеку та безпеку сім'ї. Війна в Україні змусила більше мільйона дітей виїхати за кордон, багато з них опинилися не тільки далеко від дому, але й від власних батьків. Вплив вимушеної релокації на цих дітей може стати причиною серйозних наслідків, а тому вимагає близького дослідження, що обумовлює актуальність теми.

Дослідження проблеми впливу вимушеної релокації на дітей в останні роки було направлене на дослідження негативних наслідків вимушеної міграції для дітей, включаючи проблеми з психічним здоров'ям, порушення навчання, проблеми з фізичним здоров'ям і розлуку з опікунами. ("The Impact of Forced Migration on Children: A Review of the Literature" by J.K. Todres and S.F. Esposito (2017).) Також було досліджено негативний вплив вимушеної міграції на психічне здоров'я дітей, включаючи ризик розвитку таких проблем психічного здоров'я, як тривога, депресія та посттравматичний стресовий розлад. ("The Impact of Forced Migration on Children's Mental Health: A Systematic Review" by T.L. Hwang et al. (2016).)

Психологічні проблеми та посттравматичний стресовий розлад, який супроводжує різкі зміни в укладі життя дитини, є відносно розповсюдженою важким ускладненням, з яким можуть зіткнутися діти та їх сім'ї під час війни. Саме тому у центрі уваги дослідження є рівень гіперзбудливості дітей, як один з кластерів симптомів ПТСР.

Метою дослідження є виявлення впливу вимушеної релокації на рівень гіперзбудливості дітей молодшого шкільного віку.

Завдання дослідження:

1. З'ясувати, яким чином вимушена релокація впливає на дітей молодшого шкільного віку.
2. Виявити відмінності у рівні гіперзбудливості дітей молодшого шкільного віку, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном чи на території України,
3. Провести порівняльний аналіз рівня гіперзбудливості дітей різних груп з дітьми, які залишилися вдома в Україні.
4. Розробити практичні рекомендації щодо стабілізації рівня гіперзбудливості у дітей при вимушеній релокації.

Об'єкт дослідження - гіперзбудження як психологічне явище.

Предметом дослідження є порівняльний аналіз рівня гіперзбудливості дітей молодшого шкільного віку, які пройшли через вимушену релокацію.

До вибірки належать діти молодшого шкільного віку (6-9 років), які у свою чергу розбиті на три групи:

1. які не проходили через вимушену релокацію (9 дітей),
2. які пройшли через вимушену релокацію в межах території України (4 дітей),
3. які пройшли через вимушену релокацію за кордоном (3 дітей).

У роботі використані наступні **методи дослідження**: шкала оцінки впливу травматичної події (опитувальник IES-R), проєктивна методика (вулкан), тест руки, математична статистика (коефіцієнт Манна-Уїтні).

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що вперше проводиться порівняльний аналіз рівня гіперзбудливості дітей, які пройшли через вимушену релокацію, та тих, хто залишився вдома під час війни. Це відкриває унікальну можливість розробки стратегії зменшення впливу негативних наслідків збройних конфліктів на дітей.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження дозволяють визначити, яка група дітей найбільше постраждала від негативного впливу реалій воєнного часу та розробити практичні

рекомендації щодо стабілізації рівня гіперзбудження дітей молодшого шкільного віку.

Структура роботи: дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ГІПЕРЗБУДЖЕННЯ ДІТЕЙ В ПСИХОЛОГІЇ

1.1 Гіперзбудження як психологічна проблема. Негативні психологічні та психічні наслідки вимушеної релокації.

Гіперзбудження - це стан підвищеного фізіологічного та психологічного збудження, який може виникнути у відповідь на стрес або травму. Це симптом посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який пов'язаний з такими проблемами психічного здоров'я як тривожні синдроми та дефіцит уваги з гіперактивністю (СДУГ)[5].

Існує безліч підходів до визначення та розуміння гіперзбудження, і різні автори та дослідники запропонували різні визначення та рамки для розуміння цього поняття. Ось кілька прикладів:

Згідно з DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів, п'яте видання), підвищене збудження є ключовим симптомом посттравматичного стресового розладу (ПТСР). У цьому контексті гіперзбудження означає перебільшену фізичну та емоційну реакцію на тригери, пов'язані з травматичною подією.

У своїй теорії тривоги та паніки психолог Девід Барлоу визначає гіперзбудження як стан підвищеного фізіологічного збудження у відповідь на уявну загрозу. Це може включати такі фізичні симптоми, як прискорене серцебиття, прискорене дихання та м'язова напруга [3].

У своїй роботі над тристоронньою моделлю тривоги та депресії психологи Річард Макнеллі та Девід М. Кларк припускають, що підвищене збудження є одним із трьох окремих компонентів тривоги разом із когнітивним уникненням і негативним ефектом [25].

Психолог Пітер Ленг розробив схему розуміння гіперзбудження в контексті фобічних і панічних розладів, у якій він припускає, що

гіперзбудження є продуктом взаємодії між вродженою схильністю людини до тривоги та стресовими факторами навколишнього середовища [22].

Психолог Една Фоа та її колеги запропонували модель гіперзбудження в контексті посттравматичних стресових розладів, яка зосереджена на ролі неадаптивних стратегій подолання в підтримці симптомів гіперзбудження [34].

Як випливає з назви, гіперзбудження - це аномально підвищений стан тривоги, який виникає щоразу, коли людина думає про травматичну подію. Навіть якщо загрози більше немає, тіло відреагує так, ніби вона є.

У науковій літературі гіперзбудження часто характеризується такими симптомами, як труднощі з засипанням або збереженням сну, дратівливість, труднощі зосередження, підвищена настороженість і перебільшена реакція страху. Ці симптоми можуть супроводжуватися фізіологічними змінами, такими як прискорене серцебиття, підвищення артеріального тиску та підвищення рівня гормонів стресу, наприклад кортизолу. Вважається, що підвищене збудження виникає, коли неврологічні шляхи до осі гіпоталамус-гіпофіз-надниркові залози (НРА), яка регулює реакцію на стрес, стають надмірно чутливими. При зіткненні з певними сенсорними подразниками вісь НРА буде надмірно реагувати, викликаючи секрецію надмірної кількості адреналіну, який, у свою чергу, стимулює центри страху в мозку [9].

Як і з усіма симптомами посттравматичного стресового розладу, гіперзбудженням може бути важко впоратися. Це включає не лише керування основною тривогою, але й ефективне вирішення проблем зі сном, нападів паніки, імпульсивної поведінки, самоушкодження, гніву та зловживання психоактивними речовинами.

Деякі з найнебезпечніших симптомів гіперзбудження включають:

Панічні атаки: це епізоди сильного страху або тривоги, які можуть викликати такі фізичні симптоми, як прискорене серцебиття, задишка та біль у грудях.

Імпульсивна поведінка: підвищене збудження може призвести до імпульсивної або необачної поведінки, яка може поставити людину під загрозу нещасних випадків або травм.

Суїцидальні думки: підвищене збудження також може призвести до почуття безнадії та думок про самогубство. Якщо у вас виникають суїцидальні думки, важливо негайно звернутися за допомогою.

Зловживання психоактивними речовинами: деякі люди можуть вдаватися до алкоголю чи наркотиків, щоб впоратися з підвищеним збудженням, що може призвести до залежності та подальших ускладнень [25].

Гіперзбудження може мати значний вплив на повсякденне функціонування та якість життя людини, і його часто лікують за допомогою комбінації методів лікування, таких як когнітивно-поведінкова терапія, медикаменти та техніки релаксації.

Важливо відзначити, що підвищене збудження є лише одним з аспектів складних психологічних і фізіологічних реакцій, які можуть виникнути у відповідь на травматичні події або інші стресори, і воно часто супроводжується іншими симптомами, такими як уникнення, заціпеніння та негативні зміни в думках і настрій. При цьому гіперзбудження може зберігатися довго після того, як травма пройшла, залишаючи людину гіперреакційною на все, що нагадує про подію (включно з видами, запахами, звуками або навіть конкретними словами музичних фрагментів).

Гіперзбудження часто вважається одним із найбільш критичних симптомів ПТСР, оскільки воно може значно порушити повсякденне функціонування та якість життя людини. Це також може бути передвісником інших проблем фізичного та психічного здоров'я, таких як серцево-судинні захворювання, зловживання психоактивними речовинами та депресія.

Вважається, що гіперзбудження є природною реакцією на травму, яка допомагає захистити людину від майбутньої небезпеки. Однак у випадку посттравматичного стресового розладу підвищене збудження стає хронічним і може зберігатися довго після закінчення травматичної події, що ускладнює для людини відчуття безпеки та повернення до стану нормального функціонування.

Існує ряд факторів, які можуть сприяти розвитку гіперзбудження, зокрема:

Вплив травми: підвищене збудження часто є реакцією на травму, таку як стихійне лихо, автомобільна аварія або насильницький злочин. Тяжкість і тривалість травми можуть вплинути на розвиток і тяжкість гіперзбудження.

Зміни у функції мозку: підвищене збудження може бути пов'язане зі змінами у функції мозку, які відбуваються в результаті впливу травми. Ці зміни можуть включати зміни в системі реакції мозку на стрес, системі винагороди та системі реакції на страх, що може призвести до надмірної реакції на стрес та інші подразники.

Генетичні фактори. На підвищене збудження також можуть впливати генетичні фактори, такі як успадкована схильність людини до стресу та її здатність регулювати емоції та поведінку.

Життєві стресові фактори: підвищене збудження може посилюватися наявністю інших стресових факторів у житті людини, таких як фінансові проблеми чи проблеми у відносинах.

Наявність симптомів підвищеного збудження може гальмувати природні когнітивні процеси, внаслідок чого раніше нескладні дії, такі як читання, розмова та перегляд телевізора, через процес сенсibiliзації страху (див. розділ: нейробиологія ПТСР та гіперзбудження), раптово вимагають узгоджених зусиль та вибіркової уваги. У такий спосіб когнітивна дисрегуляція призводить до відсутності належної взаємодії з навколишнім середовищем, що часто призводить до дезадаптивних моделей соціального функціонування, які широко відзначаються як основні прояви посттравматичного стресового розладу. Це може включати, але не обмежуватися міжособистісним насильством, соціальною тривогою та уникненням, подружніми/сімейними розладами та професійними порушеннями.

Дослідження гіперзбудження розвивалися з часом, оскільки вчені та клініцисти намагалися зрозуміти його причини, наслідки та можливі методи лікування [12].

Ранні дослідження підвищеного збудження були зосереджені на фізіологічних змінах, які відбуваються у відповідь на стрес, включаючи збільшення частоти серцевих скорочень, артеріального тиску та рівня

гормонів стресу, таких як кортизол. Ці дослідження допомогли встановити зв'язок між стресом і фізіологічним збудженням і заклали основу для розробки таких методів лікування, як техніки релаксації та фармакологічні втручання.

Однією з ключових ранніх теорій гіперзбудження була реакція “бийся або тікай”, яку запропонував Волтер Кеннон у 1920-х роках. Згідно з цією теорією, реакція організму на стрес викликається сприйняттям загрози і характеризується підвищеним фізіологічним збудженням і змінами в поведінці, які мають на меті допомогти людині протистояти загрози або уникнути її.

Підвищене збудження є важким симптомом посттравматичного стресового розладу, який може кардинально змінити життя людини. Реакція “бийся або тікай” постійно ввімкнена, що означає життя у стані постійної напруги.

Це може призвести до постійного почуття підозри та паніки. Дуже швидко можуть виникнути параноя та дратівливість, а також неможливість заснути.

На додаток до вивчення фізіологічних змін, які відбуваються у відповідь на стрес, ранні дослідження підвищеного збудження також вивчали психологічні та поведінкові наслідки стресу. Наприклад, дослідження показали, що стрес може впливати на такі когнітивні процеси, як пам'ять і увага, а також може призвести до змін у поведінці, таких як агресія чи уникнення.

У міру розвитку галузі психології та нейронаук дослідники почали більше зосереджуватися на психологічних і когнітивних аспектах гіперзбудження. Наприклад, дослідження показали, що підвищене збудження пов'язане з труднощами в регуляції емоцій і уваги, а також підвищеним ризиком таких проблем психічного здоров'я, як тривога та депресія.

На додаток до цих психологічних і когнітивних ефектів, дослідження також припустили, що хронічне підвищене збудження може бути пов'язане зі змінами в структурі та функції мозку. Наприклад, дослідження показали, що люди з такими станами, як посттравматичний

стресовий розлад, який характеризується підвищеним збудженням, мають зміни в областях мозку, залучених до регуляції емоцій і обробки стресу.

Гіперзбудження пов'язують із труднощами в регуляції емоцій, коли люди в стані гіперзбудження часто відчувають інтенсивні або неадекватні емоційні реакції. Наприклад, дослідження, опубліковане в *Journal of Abnormal Psychology*, виявило, що люди з посттравматичним стресовим розладом, станом, що характеризується підвищеним збудженням, мали труднощі з регулюванням своїх емоцій у відповідь на емоційно провокаційні стимули (Ehlers та ін., 1998).

Гіперзбудження також було пов'язане з труднощами з увагою, такими як проблеми з фокусом і концентрацією. Наприклад, дослідження, опубліковане в *Journal of Clinical Psychology*, виявило, що люди з тривожними розладами, які часто характеризуються підвищеним збудженням, мали дефіцит контролю уваги (Eysenck et al., 2007).

Підвищене збудження пов'язане з проблемами з пам'яттю, включаючи труднощі пригадування конкретних подій і порушення консолідації пам'яті. Наприклад, дослідження, опубліковане в *Journal of Traumatic Stress*, показало, що люди з посттравматичним стресовим розладом, (станом, який характеризується підвищеним збудженням), мали дефіцит консолідації та відновлення пам'яті.

Підвищене збудження є ключовим для розуміння посттравматичного стресового розладу не тільки як конструкції в монолітній діагностиці, але й через його потенціал бути ключовим предиктором інших кластерів симптомів посттравматичного стресового розладу.

Одне з перших досліджень, у яких було висунуто потенційно прогностичний зв'язок між підвищеним збудженням та іншим кластером симптомів посттравматичного стресового розладу, було проведено Флеком, Літцем, Хсі, Калупеком і Кіном (2000). Результати їхнього дослідження 1168 ветеранів театру у В'єтнамі, які шукали або користувалися послугами, виявили стійкий зв'язок між кластером підвищеного збудження та наявністю емоційного заціпеніння, або Критерію С, у діагностиці ПТСР. Через три роки Weems та його колеги (2003) далі досліджували роль підвищеного збудження в прогнозуванні

емоційного заціпеніння у дітей та підлітків з історією міжособистісної травми. Вони виявили, що симптоми підвищеного збудження передбачають емоційне заціпеніння (оцінка 2 або більше за CAPS) як під час одночасної початкової оцінки, так і під час однорічного спостереження, при цьому гіперзбудження пов'язане з пізнішим емоційним заціпенінням, тоді як емоційне заціпеніння не передвіщає пізнішого гіперзбудження (Weems та ін., 2003).

Їх висновки підтверджують припущення, що емоційне заціпеніння може бути результатом виснаження або виснаження когнітивних і емоційних ресурсів через тривалий стан гіперзбудження (Weems et al., 2003). У їхніх результатах також було зазначено, що підвищене збудження є сильним провісником інших симптомів ПТСР на додаток до емоційного заціпеніння, хоча це не було розширено в рамках статті (Weems та ін., 2003).

Нещодавні дослідження також зосереджені на потенційних довгострокових наслідках підвищеного збудження на функції та структуру мозку. Наприклад, дослідження показали, що хронічне гіперзбудження може бути пов'язане зі змінами в областях мозку, які беруть участь у регуляції емоцій і переробці стресу.

Загалом дослідження підвищеного збудження значно розширилися за останні кілька десятиліть і продовжують бути активною сферою досліджень у сферах психології, нейронауки та медицини.

Дослідження, опубліковане в журналі *Neuropsychopharmacology* у 2020 році, використовувало функціональну магнітно-резонансну томографію (фМРТ) для дослідження нейронної основи гіперзбудження в осіб з ПТСР. Дослідження показало, що гіперзбудження в цих осіб було пов'язане з підвищеною активністю в мигдалині, області мозку, яка бере участь у обробці емоцій, і зниженням активності в префронтальній корі, області, яка бере участь у регуляції емоцій (Liu et al., 2020).

Дослідження, опубліковане в *Journal of Affective Disorders* у 2021 році, вивчало роль підвищеного збудження в депресії. Дослідження показало, що підвищене збудження значною мірою пов'язане з тяжкістю

депресії, і що спрямоване на гіперзбудження може бути ефективною стратегією лікування для людей з депресією (Fales та ін., 2021).

Були проведені численні дослідження щодо лікування підвищеного збудження, і різноманітні підходи виявилися ефективними. Ось кілька прикладів методів лікування, які були вивчені та показали свою ефективність у зменшенні симптомів гіперзбудження:

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): КПТ – це форма терапії, яка допомагає людям визначити та змінити негативні моделі мислення та поведінку. У ряді досліджень було показано, що вона ефективна у зменшенні симптомів гіперзбудження.

Експозиційна терапія: експозиційна терапія – це тип терапії, який передбачає поступове піддавання людини впливу речей, які викликають її гіперзбудження. Це може допомогти людині навчитися справлятися з проблемами та поступово знижувати рівень збудження у відповідь на ці тригери. Низка досліджень показала, що експозиційна терапія ефективна для зменшення симптомів гіперзбудження [18].

Десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (EMDR): EMDR – це форма терапії, яка передбачає використання рухів очей для обробки та вирішення тривожних спогадів і переживань. Низка досліджень показала, що EMDR є ефективним у зменшенні симптомів гіперзбудження в осіб, які пережили травму [22].

Ліки: у деяких випадках ліки можуть використовуватися для полегшення симптомів гіперзбудження. Це можуть бути ліки від тривоги чи депресії або ліки, спеціально розроблені для регулювання рівня збудження. Ряд досліджень виявив, що певні ліки ефективні для зменшення симптомів гіперзбудження.

Це лише кілька прикладів нещодавніх досліджень підвищеного збудження. Оскільки сфера психології та нейронауки продовжує розвиватися, цілком ймовірно, що ми побачимо більше досліджень у цій галузі, які можуть допомогти поглибити наше розуміння механізмів, що лежать в основі гіперзбудження, і найефективніших способів його лікування.

1.2 Особливості гіперзбудливості дітей молодшого шкільного віку

Дослідження постійно демонструють негативний вплив гіперзбудження на функціонування дітей. Діти з підвищеним збудженням можуть відчувати труднощі зі сном, дратівливість, агресію та труднощі з увагою. Ці симптоми можуть мати негативний вплив на соціальне, емоційне та академічне функціонування дітей [37].

Гіперзбудження може бути більш небезпечним саме для дітей молодшого шкільного віку, оскільки вони все ще розвивають свої навички емоційної регуляції, і їм може бути важче керувати своїми емоціями, коли вони перебувають у стані гіперзбудження. Це може призвести до поведінки, з якою опікунам буде важко керувати, і може завдати шкоди дитині чи іншим. До того ж, хронічне гіперзбудження може мати негативний вплив на фізичний, емоційний і когнітивний розвиток дитини. Це може заважати їхній здатності формувати прихильності, вивчати нові навички та будувати здорові стосунки. Потрібно зауважити, що діти, які перебувають у стані гіперзбудження, можуть частіше вдаватися до ризикованої або імпульсивної поведінки, що може призвести до негативних наслідків, таких як нещасні випадки чи травми. Хронічне або сильне гіперзбудження може заважати розвитку дитини, як емоційному, так і фізичному. Це може порушити їхній сон, режим харчування та загальне функціонування, що може мати довгострокові наслідки [23].

Дослідження підвищеного збудження у дітей проводили різні вчені та клініцисти, включаючи психологів, нейробіологів і педіатрів.

Брюс Мак'юен - нейроендокринолог, який провів численні дослідження впливу стресу на мозок і поведінку. Його дослідження включали дослідження підвищеного збудження у дітей, особливо в контексті травми та лиха. Мак'юен провів дослідження про вплив несприятливих переживань у дитинстві, таких як жорстоке поводження, нехтування та сімейні дисфункції, на розвиток мозку та психічне здоров'я. Його дослідження показали, що вплив цих переживань може призвести до змін у структурі та функціях мозку, а також до підвищеного ризику

проблем із психічним здоров'ям, таких як тривога, депресія та гіперзбудження [25].

Чарльз Зіана - психіатр і дослідник, який вивчав психологічні та когнітивні ефекти підвищеного збудження у дітей. Однією з ключових сфер досліджень Ч. Зіана було вивчення негараздів у ранньому віці та їхнього впливу на розвиток дитячого мозку та довгострокове психічне здоров'я. Він провів численні дослідження, вивчаючи вплив стресу в ранньому віці, включно з жорстоким поведженням і зневагою, на когнітивний і емоційний розвиток дітей.

У дослідженні, опублікованому в журналі *Pediatrics* у 2013 році, Ч. Зіана та його колеги виявили, що діти, які зазнали жорстокого поведження або зневаги в перші три роки життя, мали нижчі показники когнітивного та мовного розвитку порівняно з дітьми, які не зазнали цих труднощів. Дослідники також виявили, що діти, які зазнали ранніх труднощів, мали вищий рівень гіперзбудження, що вимірюється фізіологічними параметрами, такими як частота серцевих скорочень і рівень кортизолу [35].

Інші дослідження, проведені Ч. Зіаною та його колегами, вивчали вплив втручань, спрямованих на зменшення підвищеного збудження у дітей, які зазнали життєвих труднощів. У дослідженні, опублікованому в журналі *JAMA Pediatrics* у 2016 році, дослідники виявили, що втручання, відоме як Денверська модель раннього старту, яке зосереджено на підтримці розвитку маленьких дітей та їхніх опікунів, було пов'язане з покращенням когнітивного та мовного розвитку дітей, які зазнали насильства або зневаги [24].

Рейчел Єгуда є видатною дослідницею у галузі травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу. У своєму дослідженні про зв'язок між підвищеним збудженням і посттравматичним стресовим розладом у дітей Єгуда та її колеги досліджували взаємозв'язок між гіперзбудженням і розвитком посттравматичного стресового розладу у дітей, які пережили травму.

Дослідження Єгуди показало, що діти, які пережили травму та мали високий рівень гіперзбудження, мали більше шансів на розвиток ПТСР,

ніж діти, які пережили травму, але не мали високого рівня гіперзбудження. Це свідчить про те, що підвищене збудження може відігравати певну роль у розвитку ПТСР у дітей [17].

Ван дер Колк - психіатр і дослідник, який зробив значний внесок у наше розуміння впливу травми на мозок і тіло, в тому числі у дітей. У своїй роботі він вивчав роль гіперзбудження в розвитку та підтримці посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей.

Причини гіперзбудження у дітей різні і можуть включати вплив травматичних подій, таких як фізичне або сексуальне насильство, стихійні лиха або спостереження за насильством. Діти, які пережили травму, можуть мати труднощі з регуляцією своїх емоцій і можуть проявляти гіперзбудження як механізм подолання. Гіперзбудження також може бути спричинене іншими психологічними проблемами, такими як тривожні розлади або СДУГ [26].

Було проведено низку досліджень щодо діагностики підвищеного збудження у дітей, зосереджених на виявленні надійних і дійсних інструментів і методів оцінки гіперзбудження в цій популяції.

Одне дослідження показало, що показники самооцінки, такі як Індекс реакції дитини на посттравматичний стресовий розлад (CPTSD-RI), можуть бути корисними для оцінки гіперзбудження у дітей. CPTSD-RI - це анкета для самооцінки, яка пропонує дітям оцінити тяжкість симптомів посттравматичних стресових розладів, включаючи гіперзбудження [28].

Інше дослідження показало, що показники, отримані від батьків, такі як контрольний список поведінки дитини (CBCL), також можуть бути корисними для оцінки гіперзбудження у дітей. CBCL - це стандартизований опитувальник, у якому батьків просять оцінити поведінку та емоційне функціонування своєї дитини.

Спостережні заходи, такі як шкала ПТСР для дітей і підлітків (CAPS-CA), також можуть бути корисними для оцінки гіперзбудження у дітей. CAPS-CA - це структуроване інтерв'ю, у якому дітей і підлітків просять описати їхній досвід і реакцію на травматичну подію, а також дозволяє клініцисту оцінити тяжкість їхніх симптомів ПТСР, включаючи гіперзбудження.

Лікування гіперзбудження у дітей зазвичай включає поєднання терапії та медикаментів [7]. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) виявилася ефективною, допомагаючи дітям навчитися керувати своїми емоціями та регулювати рівень збудження. Ліки, такі як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) і стимулятори, також можуть призначатися, щоб допомогти дітям впоратися зі своїми симптомами [5].

Загалом гіперзбудження є серйозною психологічною проблемою, яка може мати значний негативний вплив на функціонування дітей. Батькам і опікунам важливо знати про ознаки гіперзбудження у дітей і звертатися за допомогою, якщо вони підозрюють, що їхня дитина бореться з цією проблемою. Завдяки належній підтримці та лікуванню діти можуть навчитися контролювати рівень свого збудження та вести здорове, повноцінне життя.

1.3 Проблема впливу вимушеної релокації під час війни на дітей молодшого шкільного віку.

Вимушена релокація через війну може бути травматичним досвідом для дітей і може призвести до розвитку психологічних проблем, таких як гіперзбудження.

Вимушена релокація може бути особливо важкою для дітей і підлітків, оскільки вона часто передбачає залишення знайомих місць, стосунків і способу життя. Це може порушити системи соціальної підтримки та призвести до відчуття ізоляції та відриву від спільноти. Іншою причиною, по якій саме діти можуть відчувати найбільше стресу при вимушеній релокації, це відсутність будь-якого контролю над складеною ситуацією чи власним життям. Діти часто мають слабкий контроль над своїм життям і залежать від волі своїх опікунів і рішень, які приймаються за них. Ця відсутність контролю може бути особливо важкою під час вимушеного переселення, оскільки дитина може почуватися безсилою змінити ситуацію. До того ж, діти все ще розвиваються і можуть не мати таких навичок саморегуляції, як дорослі.

Це може ускладнити для них адаптацію та подолання стресу вимушеного переселення [10].

Діти та підлітки також можуть відчувати негативний вплив на свій соціальний, емоційний і когнітивний розвиток через втрату звичної соціальної підтримки, порушення шкільного та іншого розпорядку життя, а також через травматичні події.

Діти та підлітки також можуть відчувати стрес і тривогу щодо майбутнього та невідомого, а також відчувати безсилля та втрачати контроль над своїм життям. Ці психологічні наслідки можуть бути посилені іншими факторами, такими як фінансові труднощі, культурні відмінності та відсутність доступу до ресурсів і підтримки в новому місці [11].

Дослідження показали, що вимушена релокація, пов'язана з війною, може мати негативний вплив на психічне здоров'я та благополуччя дітей. У дослідженні сирійських дітей-біженців, які були переселені до Йорданії через війну в Сирії, Карадемас (2016) виявив, що діти демонстрували високий рівень гіперзбудження, а також інші симптоми ПТСР, такі як уникання та повторне переживання. Так само Ел-Сарай (2013) виявив, що палестинські діти, які були релоковані через ізраїльсько-палестинський конфлікт, демонстрували високий рівень гіперзбудження, а також симптоми тривоги та депресії [16].

Негативний вплив вимушеної релокації, пов'язаної з війною, на психічне здоров'я дітей може бути тривалим. Дослідження боснійських дітей, які були релоковані через боснійську війну, виявило, що діти демонстрували високий рівень гіперзбудження та інших симптомів посттравматичного стресового розладу протягом семи років після закінчення війни [1].

Дослідження, опубліковане в *Journal of Child Psychology and Psychiatry* у 2003 році, вивчало зв'язок між переїздом і тривогою у дітей. Дослідження показало, що діти, які зазнали багаторазових переїздів, мали вищий рівень тривоги, ніж ті, хто зазнав менше переїздів, і що вплив переселення на тривогу був опосередкований сприйманим стресом переїзду та доступністю соціальної підтримки [29].

Релокація, викликана війною, може мати серйозні наслідки для окремих людей і громад. Це може призвести до розриву соціальних зв'язків, втрати доступу до ресурсів і послуг, а також до зростання рівня бідності та вразливості. Це також може призвести до психологічного стресу, такого як відчуття втрати, горя та травми [13].

Вимушена релокація через війну може вплинути на окремих людей і громади будь-якого віку та походження, хоча вона може мати особливо важкі наслідки для вразливих груп, таких як діти, люди похилого віку та люди з обмеженими можливостями.

Загалом вимушена релокація, спричинена війною, є складним і часто руйнівним досвідом, який може мати серйозні наслідки для окремих людей і громад. Важливо, щоб уряди та гуманітарні організації надавали підтримку та допомогу особам і громадам, які постраждали від релокації через війну, щоб пом'якшити негативний вплив цього досвіду [30].

Вимушене переселення або необхідність покинути дім і переїхати на нове місце може мати значні психологічні наслідки для людини.

Люди можуть відчувати втрату та сум за життям, яке вони залишили позаду, а також за стосунками та зв'язками, які їм довелося розірвати. Вони також можуть відчувати почуття невизначеності, страху та тривоги щодо майбутнього та невідомого.

Вимушене переселення також може порушити системи соціальної підтримки та спричинити відчуття ізоляції та відчуженості людини від спільноти. Це може призвести до відчуття безсилля та втрати контролю над своїм життям [20].

Ці психологічні наслідки можуть бути особливо гострими для людей, які змушені залишити свої домівки проти власної волі та, можливо, не мали вибору в цьому питанні. Вони також можуть посилюватися іншими факторами, такими як фінансові труднощі, культурні відмінності та відсутність доступу до ресурсів і підтримки в новому місці.

Існує значна кількість досліджень щодо психологічних наслідків вимушеного переселення. Деякі загальні теми, які виникли в цій літературі, включають:

Горе та втрата: вимушена релокація часто передбачає залишення знайомих місць, стосунків і способів життя, що може призвести до почуття горя та втрати.

Порушення соціальної підтримки: вимушене переселення може порушити системи соціальної підтримки та призвести до відчуття ізоляції та відриву від спільноти.

Стрес і занепокоєння: вимушена релокація може бути стресовим і тривожним досвідом, особливо якщо вона супроводжується іншими життєвими стресами, такими як фінансові труднощі чи культурні відмінності.

Втрата контролю: вимушене переселення може призвести до відчуття безсилля та втрати контролю над своїм життям.

Культурні відмінності: релокація також може передбачати пристосування до нових культурних норм і очікувань, що може бути складним і може призвести до почуття культурного дисонансу.

Стійкість: незважаючи на потенційні негативні психологічні наслідки вимушеного переселення, деякі особи та спільноти здатні з часом адаптуватися та розвинути стійкість.

Дослідження показали, що вимушене переселення може призвести до низки проблем психічного здоров'я, включаючи депресію, тривогу, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші форми психологічного дистресу [21].

Вимушене переселення за кордон може бути важчим для дітей, ніж вимушене переселення всередині країни з ряду причин [2].

Діти, які змушені переїхати в чужу країну, можуть пережити культурний шок, тобто дезорієнтацію та труднощі з адаптацією до нової культури. Це може бути особливо складним для дітей, які недостатньо дорослі, щоб повністю зрозуміти або сформулювати свої почуття щодо переїзду [6].

Діти, які змушені переїхати за кордон, можуть втратити мережу соціальної підтримки, зокрема друзів, родичів і членів громади. Це може бути особливо важким для дітей, які вже переживають стрес і травму від вимушеного переїзду [14].

Діти, які змушені переїхати в іншу країну, можуть зіткнутися з мовними бар'єрами, через які їм буде важко спілкуватися та створювати нові соціальні зв'язки. Це може бути особливо складно для дітей молодшого віку, які ще вчаться говорити і, можливо, ще не розвинули сильні мовні навички [4].

Висновки до розділу

У першому розділі проаналізовано існуючі теорії та погляди на рівень гіперзбудження як психологічної проблеми. Також, проведено огляд наявних наукових джерел на тему дослідження, виявлено відкриті питання, які потребують подальшої роботи над пошуком відповідей. Особлива увага була приділена проблемі гіперзбудження саме у дітей молодшого шкільного віку. Також, проблема гіперзбудження була розглянена у розрізі вимушеною релокації через війну.

Для підведення підсумків теоретичного розділу можна виокремити наступні тези:

1. Гіперзбудження - це стан підвищеного фізіологічного та психологічного збудження, який може виникнути у відповідь на стрес або травму.
2. Гіперзбудження часто характеризується такими симптомами, як труднощі з засинанням або збереженням сну, дратівливість, труднощі зосередження, підвищена настороженість і перебільшена реакція страху. Ці симптоми можуть супроводжуватися фізіологічними змінами, такими як прискорене серцебиття, підвищення артеріального тиску та підвищення рівня гормонів стресу, наприклад кортизолу.
3. Дослідження постійно демонструють негативний вплив гіперзбудження на функціонування дітей. Діти з підвищеним збудженням можуть відчувати труднощі зі сном, дратівливість, агресію та труднощі з увагою. Ці симптоми можуть мати негативний вплив на соціальне, емоційне та академічне функціонування дітей.

4. Завдяки належній підтримці та лікуванню діти можуть навчитися контролювати рівень свого збудження та вести здорове, повноцінне життя.
5. Вимушена релокація через війну може бути травматичним досвідом для дітей і може призвести до розвитку психологічних проблем, таких як гіперзбудження. Це може порушити системи соціальної підтримки та призвести до відчуття ізоляції та відриву від спільноти. Діти та підлітки також можуть відчувати негативний вплив на свій соціальний, емоційний і когнітивний розвиток через втрату звичної соціальної підтримки, порушення шкільного та іншого розпорядку життя, а також через травматичні події.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Операціоналізація базових понять дослідження.

Релокація

Релокація - це процес переміщення фізичної локації людини або організації з одного місця в інше. Зазвичай релокація відбувається внаслідок зміни умов праці, пошуку нових можливостей або зміни життєвої ситуації. Для людини релокація може означати переїзд в інший місто, країну або регіон.

Вимушена релокація означає процес переміщення людей на нове місце проти їх волі. Це може відбуватися з різних причин, наприклад політичних, економічних або соціальних факторів. Загалом примусове переселення може бути дуже руйнівним і травматичним для тих, хто постраждав, і може мати довготривалий негативний вплив на їхнє життя та благополуччя.

Вимушена релокація, викликана війною, стосується процесу переміщення людей на нове місце проти їх волі через збройний конфлікт. Вимушене переселення, спричинене війною, може мати значні наслідки для постраждалих. Наприклад:

- порушення їх життя,
- втрата майна,
- травма,
- збій соціальних мереж,
- збій систем підтримки,
- ускладнення людям повернення додому,
- ускладнення відновлення життя після закінчення конфлікту.

Існують різні типи примусового переселення, які можуть мати місце під час війни, включаючи примусове переміщення та примусову евакуацію. Примусове переміщення означає переміщення людей зі своїх домівок через військовий конфлікт або переслідування, і воно може бути тимчасовим або постійним. Вимушена евакуація означає переміщення людей із зони через безпосередню загрозу, таку як військовий напад.

Гіперзбудження

Гіперзбудження - це стан перебування в стані підвищеного фізичного або емоційного збудження. Він характеризується підвищеним рівнем пильності, нервозності або тривоги і може супроводжуватися такими фізичними симптомами, як прискорене серцебиття, пітливість або труднощі зі сном.

У деяких випадках підвищене збудження може бути хронічним і постійним, спричиняючи значний дистрес і порушення повсякденного функціонування.

У людей із підвищеним збудженням система реакції організму на стрес може бути надмірно активною, що призводить до таких симптомів, як труднощі зі сном, дратівливість і труднощі з концентрацією.

Однією з основних причин підвищеного збудження у дітей є травматичні події, такі як фізичне або сексуальне насильство, стихійні лиха або свідки насильства. Діти, які пережили травму, можуть мати труднощі з регуляцією своїх емоцій і можуть проявляти гіперзбудження як механізм подолання.

Підвищене збудження може заважати повсякденній діяльності та мати негативний вплив на загальне фізичне та психічне здоров'я, якщо його не лікувати.

Діти молодшого шкільного віку

Діти молодшого шкільного віку - це діти, які навчаються в початкових класах школи, зазвичай від 6 до 11 років. У цей період у дітей починається формування їх шкільної освіти, вони вчаться читати, писати і читати. Це важливий період у розвитку дитини, і батьки і вчителі повинні старатися надавати їм кращі умови для навчання.

Діти молодшого шкільного віку стикаються з різними психологічними труднощами, пов'язаними зі змінами, які проходять у них в цей період. Наприклад, вони можуть відчувати себе втомленими або розбудованими із-за збільшення навантаження на навчальний заклад, або можуть відчувати страх перед новими ситуаціями та змінами. Також у них може виникнути труднощі з управлінням емоціями і виявленням своїх

потреб і потреб. Родителі та вчителі можуть допомогти ребенку впоратися з цими труднощами, надаючи йому підтримку та повагу, і допомагаючи йому розвивати навички саморегуляції.

Війна та її вплив

Війна може мати значні психологічні наслідки для окремих людей і громад. Досвід війни може включати вплив травми, такої як свідок або переживання насильства, поранення або втрати. Це може призвести до розвитку психологічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривога та зловживання психоактивними речовинами.

Війна також може мати соціальні та культурні наслідки, такі як розлад спільнот і сімей, що призводить до соціальної ізоляції та втрати систем підтримки. Це також може створити труднощі для людей з точки зору доступу до психіатричної допомоги та інших ресурсів.

Психологічний вплив війни може бути різним залежно від індивідуальних особливостей і досвіду, а також від тривалості та інтенсивності конфлікту.

Війна може мати глибокий і тривалий вплив на дітей, як фізично, так і емоційно.

Один із способів, за допомогою якого війна може вплинути на дітей, – піддати їх насильству та травмам. Діти, які стали свідками або зазнали насильства під час війни, можуть страждати від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або інших психічних розладів. Вони також можуть бути більш схильні до насильства самі, оскільки, можливо, навчилися використовувати насильство як засіб виживання чи захисту.

Ще один спосіб, за допомогою якого війна може вплинути на дітей, – це порушити їхній доступ до основних потреб, таких як їжа, житло та освіта. Діти, які ростуть у районах, уражених війною, можуть не мати доступу до належного харчування, чистої води чи медичного обслуговування, що може вплинути на їхній фізичний і когнітивний розвиток. Вони також можуть втратити освіту через закриття шкіл або

потребу покинути свої домівки, що призведе до довгострокових негативних наслідків для їхніх майбутніх перспектив.

Нарешті, війна також може мати соціальний та емоційний вплив на дітей, порушуючи системи підтримки сім'ї та громади. Діти можуть втратити батьків, братів і сестер чи інших близьких через насильство війни або можуть бути розлучені зі своїми сім'ями та громадами через переміщення. Це може призвести до почуття ізоляції та втрати, а також може мати довгостроковий вплив на їхній соціальний та емоційний розвиток [42].

Загалом, війна може суттєво порушити та негативно вплинути на життя дітей різними способами.

2.2. Загальний опис організації дослідження гіперзбудливості дитини та характеристика вибірки

В дослідженні було піднято наступні проблеми:

1. Психологічна роль гіперзбудження у дітей молодшого шкільного віку.
2. Роль вимушеної релокації в підвищенні рівня гіперзбудження дітей молодшого шкільного віку.
3. Відмінність у рівні гіперзбудження дітей, які виїжджали за кордон, у порівнянні з дітьми, які проходили через релокацію в межах рідної країни.

Етапи емпіричного дослідження:

1 етап - визначення методів дослідження та вибірки для участі в дослідженні.

2 етап - власне, проведення емпіричного дослідження та діагностики з виявлення рівня гіперзбудження у дітей.

3 етап - аналіз отриманих результатів дослідження.

4 етап - розробка практичних методичних рекомендацій щодо допомоги дітям молодшого шкільного віку, які проходять через вимушену релокацію та стикнулися з проблемою підвищеного рівня гіперзбудження.

З метою проведення діагностики використовувалися наступні методики:

- шкала оцінки впливу травматичної події (опитувальник IES-R),
- проективна методика (вулкан),
- тест руки,
- математична статистика (коефіцієнт Манна-Уїтні).

Перші три методики було застосовано з метою виявлення підвищеного рівня гіперзбудження у дітей. Методики застосовувалися перехресно, оскільки неможливо зробити ґрунтовні висновки, спираючись на результати тільки одного тесту. Методи математичної статистики дозволяли порівняти результати у різних групах вибірки.

Характеристика вибірки:

Базою емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення рівня гіперзбудження у дітей молодшого шкільного віку, стала школа І-ІІІ ступенів № 225, Оболонського району м. Києва. Вибірка дослідження представлена учнями 3 класу у кількості 16 дітей віком від 8 до 9 років. Стать дітей не мала визначного значення при дослідженні.

Загалом у дослідженні взяли участь 3 дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном, тимчасово переміщених всередині країни - 9, дітей, які не покидали дому - 4.

2.3 Основні методи дослідження

При проведенні емпіричного дослідження було застосовано наступні методи.

Шкала оцінки впливу травматичної події (опитувальник IES-R)

Шкала оцінки впливу подій (IES-R) - широко використовуваний опитувальник для самооцінки, розроблений для оцінки тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у осіб, які пережили травматичну подію. Анкета складається з 22 пунктів, які оцінюють три кластери симптомів: вторгнення, уникнення та гіперзбудження.

Дослідження показали, що IES-R є надійним і дійсним вимірюванням симптомів ПТСР у різних групах населення, включаючи дорослих і дітей . Було виявлено, що IES-R має хорошу надійність тестування-повторного тестування та внутрішню послідовність, з альфа-коефіцієнтами Кронбаха в діапазоні від 0,86 до 0,92.

Також виявилось, що IES-R має добру прогностичну валідність, причому вищі бали в опитувальнику асоціюються з більшою тяжкістю симптомів ПТСР. Крім того, дослідження показали, що IES-R чутливий до змін тяжкості симптомів з часом і може використовуватися для моніторингу ефективності лікування ПТСР.

Для IES-R є кілька обмежень. Анкета ґрунтується на самооцінці, яка може бути піддана упередженням, таким як соціальна бажаність або упередженість пам'яті. Крім того, IES-R не оцінює всі аспекти ПТСР, такі як дисоціація та негативні зміни в когнітивних функціях і настрої, що може бути важливим для розуміння повного спектру симптомів ПТСР у людини [34].

Загалом, IES-R є широко використовуваним і надійним вимірюванням симптомів ПТСР у осіб, які пережили травматичну подію. Це важливий інструмент для оцінки тяжкості симптомів ПТСР і моніторингу прогресу лікування в осіб з ПТСР.

IES-R включає 6 пунктів, які оцінюють симптоми підвищеного збудження в осіб, які пережили травматичну подію. Ці елементи включають:

1. “Я відчував(-ла) постійне роздратування і гнів.”
2. “Я був(-ла) весь час напружений(-на) і сильно здригався(-лася), якщо щось раптово лякало мене.”

3. “Мені було важко заснути.”
4. “Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.”
5. “Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося за останні 9 місяців.”
6. “Я був(-ла) постійно насторожі і весь час чекав(-ла), що трапиться щось погане.”

Особи, які відчують симптоми гіперзбудження після травматичної події, можуть отримати вищі бали за цими пунктами в опитувальнику IES-R. Більш високі показники за елементами підвищеного збудження можуть вказувати на більшу тяжкість симптомів ПТСР і можуть використовуватися для діагностики ПТСР в осіб, які пережили травматичну подію.

Хоча IES-R є широко використовуваним і добре перевіреним вимірюванням симптомів посттравматичного стресового розладу, він зазнав певної критики. Одна проблема, яка була піднята, полягає в тому, що шкала може недостатньо охопити весь спектр симптомів ПТСР, особливо в осіб, які пережили складну або тривалу травму. Деякі дослідники також висловлюють занепокоєння щодо потенціалу упередженості шкали, особливо в культурних або лінгвістичних групах, для яких шкала, можливо, не була спеціально розроблена або підтверджена.

Інші критики IES-R включають його залежність від самооцінки, яка може мати упередження або неточності, а також відсутність чітких вказівок щодо інтерпретації балів за шкалою. Незважаючи на цю критику, IES-R залишається широко використовуваним показником симптомів ПТСР і вважається цінним інструментом для оцінки тяжкості ПТСР в осіб, які пережили травматичні події.

Важливо зазначити, що IES-R є лише одним із інструментів, який використовується для оцінки тяжкості симптомів ПТСР, і не призначений для використання як єдиного діагностичного критерію ПТСР.

Проективна методика “вулкан”

Техніка “Вулкан” - це проекційна вправа, що використовується в психологічній діагностиці та терапії, яка полягає в тому, що людина малює зображення вулкана, щоб відобразити свій внутрішній емоційний стан. Це візуальний і конкретний спосіб для людей виразити та визначити свої емоції [15].

Наступні елементи терапевт може враховувати при інтерпретації дитячого малюнка за цією технікою:

Розмір і форма вулкана: ці елементи можуть вказувати на почуття влади, контролю або вразливості дитини.

Наявність або відсутність лави: лава може символізувати сильні емоції, такі як гнів або страх.

Присутність або відсутність тварин або людей: ці елементи можуть символізувати стосунки дитини з іншими та те, як вона бачить себе по відношенню до інших.

Загальний настрій або тон малюнка: щасливий або позитивний вулкан може вказувати на те, що дитина позитивно ставиться до свого оточення та стосунків, тоді як більш темний або негативний вулкан може вказувати на негативні почуття чи досвід.

Рівень деталізації малюнка: дуже деталізований малюнок може свідчити про те, що дитина зосереджена та залучена, тоді як більш спрощений або неповний малюнок може свідчити про те, що дитина відчувається приголомшеною або відключеною.

Існує обмежена кількість досліджень щодо використання техніки вулкана в психології. Проте кілька досліджень вивчали ефективність візуальних і художніх технік у терапії та виявили, що вони корисні для людей, які мають труднощі з вираженням своїх емоцій або яким важко визначити свій емоційний стан.

Одне дослідження показало, що використання художніх методів, таких як малювання та живопис, у терапії може бути корисним для людей

із розладами, пов'язаними з травмою, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (Lloyd et al., 2007).

Інше дослідження показало, що використання візуальних і художніх методів у терапії може бути ефективним для людей з депресією (MacLachlan та ін., 2010). Дослідження показало, що мистецькі методи, такі як малювання та колаж, можуть допомогти людям краще зрозуміти та виразити свої емоції та можуть бути корисним доповненням до традиційних методів терапії.

Техніка “Вулкан” також може застосовуватися для оцінки рівня гіперзбудження, або підвищеного фізіологічного та емоційного збудження у людини. Техніка “Вулкан” може бути використана, щоб допомогти визначити модель гіперзбудження та відстежувати прогрес у лікуванні. Її також можна використовувати як інструмент для кращого розуміння рівня власного збудження та керування ним. Однак важливо зазначити, що методика “Вулкан” не є формальним діагностичним інструментом і повинна використовуватися разом з іншими методами оцінки.

Існує обмежена кількість досліджень щодо ефективності проєктивної методики вулкана як самостійного лікування психічних розладів. Однак деякі дослідження показали, що це може бути корисним як частина більш широкого підходу до лікування, особливо для осіб, які пережили травму або мають труднощі з висловленням своїх думок і почуттів традиційними засобами.

Важливо зазначити, що вулканопроєктивна техніка не є заміною науково обґрунтованому лікуванню психічних розладів, такому як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) або медикаменти.

Тест руки

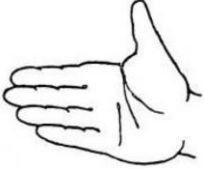
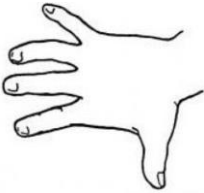



Тест руки - це проєктивна техніка, яка передбачає надання людині серії карток із зображеннями рук і прохання описати емоції та поведінку, зображені на малюнках. Ця техніка базується на ідеї, що люди проєктуватимуть власні думки та почуття на зображення рук, що може дати розуміння їхніх несвідомих думок і почуттів.

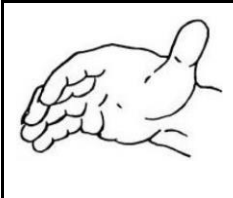
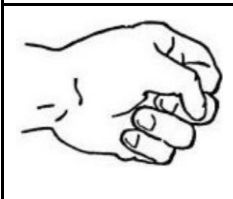
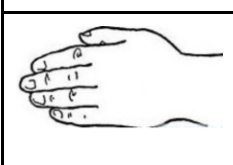
Для проведення тесту руки терапевту необхідний набір карток із зображеннями рук у різних положеннях і виразах. Терапевт представить кожну картку людині та попросить описати, що відчуває чи робить рука на зображенні. Відповіді людини можуть дати розуміння її думок, почуттів і поведінки [3].

Протокол проведення тесту руки з необхідними малюнками рук, які показуються досліджуваним зазначено у Таблиці 1.

Таблиця 1

Протокол проведення тесту руки

| ПІБ | Вік | Стать | | |
|---|--------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| Зображення | Час першої реакції | Відповіді досліджуваного | Результати категоризації | Уточнення |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

Після отримання відповідей, вони інтерпретуються та розподіляються відповідно до 14 категорій:

1. Агресія (Agg)
2. Директивність (Dir)
3. Афектація (Aff)
4. Комунікація (Com)
5. Залежність (Dep)
6. Страх (F)
7. Ексібіціонізм (Ex)
8. Каліцтво (Crip)
9. Опис (Des)
10. Напруга (Ten)
11. Активні безособистісні відповіді (Act)
12. Пасивні безособистісні відповіді (Pas)
13. Галюцинації (Bas)
14. Відмова від відповіді (Fail)

Після отримання та інтерпретації відповідей можна використати формули та вирахувати наступне: схильність до агресивної поведінки, рівень особистісної дезадаптації, тенденцію уникнення реальності, присутність психопатології. Оскільки, схильність до агресії є одним з критеріїв гіперзбудження, у дослідженні буде братися за основу саме ця формула: $I = (Agg + Dir) - (Aff + Com + Dep)$

Важливо, щоб терапевт залишався нейтральним і не засуджував під час тесту рук і уникав керувати відповідями людини. Терапевт повинен заохочувати індивіда вільно висловлювати свої думки та почуття і не повинен інтерпретувати відповіді індивіда до кінця тесту.

Після завершення тесту рук терапевт може переглянути відповіді людини та використати їх для визначення діагнозу та плану лікування. Важливо зазначити, що тест рук є лише одним із інструментів, який можна використовувати в процесі діагностики, і не повинен використовуватися як єдина основа для постановки психологічного діагнозу.

Існує обмежена кількість досліджень щодо використання тесту рук як інструменту психологічної діагностики. Деякі дослідження виявили, що тест рук може бути корисним для оцінки особистісних рис, таких як агресія та імпульсивність, у дітей та підлітків, які є симптомами гіперзбудження (Blasco, Martínez-Taboas, & Sáenz, 2002; Gómez-Fraguela, Blasco, & Martínez-Taboas, 2004).

Коефіцієнт Манна-Уїтні

Критерій Манна–Уїтні U , також відомий як критерій суми рангів Вілкоксона, є непараметричним статистичним тестом, який використовується для порівняння середніх двох незалежних груп. Його часто використовують, коли дані розподілені неправильно або коли розміри вибірки невеликі.

U -тест Манна–Уїтні працює шляхом ранжування цінностей у двох групах і порівняння рангів цінностей із кожної групи. Він обчислює тестову статистику, відому як U -статистика, яка відображає різницю між рангами значень з двох груп. Потім U -статистика використовується для визначення ймовірності (p -значення) того, що різниця між рангами двох груп могла виникнути випадково [33].

Щоб провести U -тест Манна-Уїтні, слід виконати наступні кроки:

1. Визначити нульову та альтернативну гіпотези. Нульова гіпотеза полягає в тому, що між двома групами немає різниці, тоді як альтернативна гіпотеза полягає в тому, що різниця між двома групами є.

2. Зібрати і впорядкувати дані. Дані повинні бути зібрані з двох незалежних груп, і кожна особа в групах повинна вимірюватися за однією безперервною або порядковою змінною.
3. Обчислити статистику U . Статистика U обчислюється шляхом ранжування значень у двох групах і порівняння рангів значень із кожної групи.
4. Визначити p -значення. P -значення розраховується за допомогою U -статистики та використовується для визначення ймовірності того, що різниця між рангами двох груп могла виникнути випадково.
5. Інтерпретувати результати. Якщо p -значення менше попередньо визначеного рівня значущості (зазвичай 0,05), тоді нульову гіпотезу можна відхилити, і можна зробити висновок про наявність значної різниці між двома групами. Якщо p -значення перевищує рівень значущості, то нульову гіпотезу не можна відхилити, і не можна зробити висновок, що між двома групами існує значна різниця.

Загалом U -тест Манна–Уїтні є корисним статистичним інструментом для порівняння середніх двох незалежних груп. Це особливо корисно, коли дані не розподіляються нормально або коли розміри вибірки невеликі, як у цьому дослідженні.

Висновки до розділу

У другому розділі було зроблено детальний огляд методик та методів, які використані у емпіричному дослідженні. Описано детальний плані проведення та аналізу самого емпіричного дослідження.

Представлено опис вибірки, яка складалася з 17 учнів молодших класів школи № 225, Оболонського району м. Києва. Було виділено три групи дітей, які порівнюються протягом проведення аналізу. А саме:

- діти, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном,
- діти, які пройшли через вимушену релокацію у межах рідної країни,
- діти, які не проходили через вимушену релокацію.

У цьому розділі також були розглядені більш детально важливі визначення, які далі використовуються у ході дослідження.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ГІПЕРЗБУДЖЕННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ ПРОЙШЛИ ЧЕРЕЗ ВИМУШЕНУ РЕЛОКАЦІЮ

3.1 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

3.1.1 Рівень гіперзбудження у дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном

До вибірки дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном належать 3 дітей. Першим тестом було проведено шкалу оцінки впливу подій (IES-R). Дітям пропонувалося відповісти на 6 питань виключно щодо критерію гіперзбудження. Результати тестування дітей молодшого шкільного віку по цій шкалі представлені у Таблиці 2.

Таблиця 2

Результати оцінювання по шкалі оцінки впливу травматичної події (опитувальник IES-R)

| номер дитини | сума балів | інтерпретація | чи проходив через релокацію? |
|--------------|------------|---------------|------------------------------|
| 1 | 10 | підвищений | виїжджала в межах України |
| 2 | 10 | підвищений | виїжджала в межах України |
| 3 | 9 | середній | виїжджала за кордон |
| 4 | 5 | середній | виїжджала в межах України |
| 5 | 5 | середній | виїжджала в межах України |
| 6 | 0 | нульовий | виїжджав в межах України |
| 7 | 1 | середній | не виїжджав |
| 8 | 6 | середній | не виїжджав |
| 9 | 13 | підвищений | виїжджала в межах України |
| 10 | 4 | середній | виїжджала в межах України |

| | | | |
|----|----|------------|--------------------------|
| 11 | 7 | середній | не виїжджала |
| 12 | 2 | середній | не виїжджала |
| 13 | 9 | середній | виїжджав в межах України |
| 14 | 7 | середній | виїжджав в межах України |
| 15 | 22 | високий | виїжджала за кордон |
| 17 | 16 | підвищений | виїжджав за кордон |

В оригінальному варіанті методу автор не робив виокремлення на різні рівні переживань досліджуваних. Тому було запропоновано наступний розподіл:

1 - 9 - середній рівень гіперзбудження

10 - 19 - підвищений рівень гіперзбудження

20 - 30 - високий рівень гіперзбудження

Аналізуючи результати за шкалою оцінки впливу подій, найвищі показники рівня гіперзбудження (22 та 16 з максимальних 30) саме у дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном. Середнє значення рівня гіперзбудження у групі 15.7.

Наступним діти молодших класів проходили тест руки. У центрі уваги дослідження був рівень схильності до агресії, як один из показників гіперзбудження. Цей показник вичислявся за формулою $I = (Agg + Dir) - (Aff + Com + Dep)$. Результати діагностики за цим критерієм подано у Таблиці 3.

Таблиця 3

Аналіз результатів теста руки

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|--|
| номер дитини/ категорія відповіді | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| Агресія | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 7 | 6 | 4 | 4 | - | 3 | 4 | 2 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--|
| (Agg) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Директивність (Dir) | 2 | | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | - | 3 | 2 | 1 | |
| Афектація (Aff) | | 2 | 2 | 1 | | | 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 4 | - | 2 | 1 | 3 | |
| Комунікація (Com) | 1 | 6 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | - | 1 | 1 | 5 | |
| Залежність (Dep) | | 1 | | | 3 | | 1 | | | | 1 | | - | | 3 | | |
| (Agg + Dir) | 3 | 1 | 6 | 3 | 6 | 3 | 5 | 7 | 10 | 8 | 6 | 5 | - | 6 | 6 | 3 | |
| (Aff + Com + Dep) | 1 | 9 | 3 | 4 | 4 | 2 | 6 | 7 | 4 | 4 | 6 | 5 | - | 3 | 5 | 8 | |
| (Agg+Dir)- (Aff+Com+Dep) | 2 | -8 | 3 | -1 | 2 | 1 | -1 | 0 | 6 | 4 | 0 | 0 | - | 3 | 1 | -5 | |
| | В М У | В М У | ВЗ М К | В М У | В М У | В М У | Н Н В | Н Н В | В М У | В М У | Н Н В | Н Н В | В М У | В М У | ВЗ М К | ВЗ М К | |

По результатам діагностики 66.7% дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном мають показник І вищий за 1, тобто є схильними до проявів відкритої агресії. Однак, показник не є сильно вищим за 1, тому немає підстав говорити про дуже високу ймовірність активних проявів агресії від цих дітей. До того ж, у 33.3% виявлена схильність до агресії є сильно низькою з показником -5. Тобто, навіть у особливо значимих ситуаціях ця дитина найбільш ймовірно не буде проявляти активних проявів агресії. Середній показник в групі за тестом руки є -0.33.

Останнім методом діагностики, який було використано, залишився проективний метод “вулкан”. Оскільки, саме агресія є одним з критеріїв наявності проблеми з гіперзбудженням, увага приділяється саме лаві, її

кольору та кількості. Детальний розбір надається у Таблиці 4. У кожного учасника групі дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном, вулкан є бурхливим, з великою кількістю лави, що свідчить про високий рівень агресії та фрустрації.

Таблиця 4

Аналіз малюнків за проективною методикою “Вулкан”

| номер дитини | лава | загальний тон малюнка | коментарії дитини | чи проходив через релокацію? |
|--------------|--|--|--|------------------------------|
| 1 | вулкан весь в яскраво-червоній лаві | дуже яскравий, помітно наявність агресії | діючий вулкан, який треба погасити водою | виїжджала в межах України |
| 2 | вулкан чорний, з яскраво виділеною червоною лавою | мрачний, однак спокійний та природний | вулкан прокинувся, але це не проблема, йому не потрібна допомога | виїжджала в межах України |
| 3 | лава червона, вивергається на землю | вулкан є позитивним персонажем, те, що з ним відбувається, це результат атаки на нього | вивергаючий, заспокоїться, коли перестануть руйнувати землю | виїжджала за кордон |
| 4 | лава червона, вивергається, але її небагато, вона не | позитивний, світлий | дівчинка вважає вулкан великим та красивим, а як йому | виїжджала в межах України |

| | | | | |
|---|---|--|--|------------------------------|
| | знищує землю навколо | | ДОПОМОГТИ не знає | |
| 5 | дуже багато яскраво- червоної лави | загальний тон є агресивним та експресивним | діючий вулкан, йому допоможе, якщо його погасить | виїжджала в межах України |
| 6 | вулкан діючий, лава яскраво- червона | мінімалістичний , відсторонений | - | виїжджав в межах України |
| 7 | лава червоно- жовта, її багато | схоже на вибух | купальний вулкан, пояснення щодо допомоги як з підручника географії | не виїжджав |
| 8 | кольори не використову ються, однак лава присутня, вона виходить з вулкану | мрачний | вулкан бурхливий, його потрібно заспокоїти | не виїжджав |

| | | | | |
|----|---|--|---|---------------------------|
| 9 | кольори не використовуються, однак лава присутня, вона виходить з вулкану | малюнок чорно-білий | бурхливий, потрібно його загасити | виїжджала в межах України |
| 10 | не зважаючи на коментар, лава дуже виділяється на малюнку | малюнок чорно-білий | спокійний, непотрібно чіпати вулкан | виїжджала в межах України |
| 11 | навіть без кольорів видно, наскільки багато лави, вона бурхлива | емоції дитини видно навіть на чорно-білому малюнку | палаючий, потрібно загасити | не виїжджала |
| 12 | лава відсутня | малюнок чорно-білий, спокійний | спокійний, його не треба трогати | не виїжджала |
| 13 | - | - | - | виїжджав в межах України |
| 14 | лави немає | вулкан, ніби, спить | тихий, йому потрібно дати спокій | виїжджав в межах України |
| 15 | лава присутня, її багато | бурхливий | великий і палаючий, його необхідно заспокоїти | виїжджала за кордон |

| | | | | |
|----|----------------------------------|-----------------------------|---|--------------------|
| 16 | лави багато, вона бурхлива | дуже бурхливий та різкий | вулкан великий і бурхливий, високо піднімається , а заспокоїтис я може лише сам | виїжджав за кордон |
|----|----------------------------------|-----------------------------|---|--------------------|

Отже, група дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном, показують найвищий рівень гіперзбудження. Також, проєктивна методика “вулкан” продемонструвала внутрішню агресію та нерегульовані емоції, які доводиться переживати дітям з цієї групи. Однак, показник схильності до проявів відкритої агресії тут є досить низьким, а значить, проживати свою агресію вони схильні всередині, не переходячи до активних дій.

3.1.2. Рівень гіперзбудження у дітей, які пройшли через вимушену релокацію в межах території України

До вибірки дітей, які пройшли через вимушену релокацію в межах території України належать 9 дітей. Згідно зі шкалою оцінки впливу подій (IES-R), з них 33.3% мають підвищений рівень гіперзбудження, 11.1% в межах нульового рівня гіперзбудження, інші ж показали середній рівень гіперзбудження. Варто зауважити, що хлопчик, який продемонстрував нульовий рівень гіперзбудження з Донецьку, та це вже друга вимушена релокація в його житті. Середнє значення рівня гіперзбудження у групі 7.

Тест руки надав досить неоднозначні результати, оскільки дитина з найвищим та з найнижчим показником схильності до активних проявів агресії обидві належать саме до групи дітей, які пройшли через вимушену релокацію в межах рідної країни. Однак, 67% все ж мають показник

ймовірності відкритих проявів агресії вище за 1, що свідчить про наявність схильності до гіперзбудження у дітей молодшого шкільного віку після вимушеної релокації в межах України. Середній показник по групі 1.12.

Щодо методики вулкану, 88.9% дітей, які пройшли через вимушену релокацію в межах України, намалювали бурхливий та діючий вулкан з великою кількістю лави. Отже, переважна більшість дітей з цієї групи теж відчують агресію та надто інтенсивні емоції. А рівень гіперзбудження коливається в цій групі від середнього до підвищеного.

Існує кілька потенційних причин, чому діти, яких переселили в рідну країну через війну, можуть мати нижчий рівень гіперзбудження (симптом посттравматичного стресового розладу, який включає підвищене збудження або тривогу) порівняно з дітьми, які переїхали за кордон.

Одна з причин може полягати в тому, що діти, переміщені в межах своєї рідної країни, можуть мати міцніші зв'язки з громадою, культурою та мережами підтримки, що може забезпечити відчуття стабільності та безпеки. Навпаки, діти, переміщені за кордон, можуть почуватися більш ізольованими та відключеними від своїх звичних систем підтримки, що може підвищити їхній рівень стресу та тривоги.

Іншою причиною може бути те, що діти, переміщені в межах своєї рідної країни, можуть зазнавати меншої кількості незнайомих або стресових подразників порівняно з дітьми, які переміщені за кордон. Наприклад, діти, переміщені в межах своєї рідної країни, можуть все ще розмовляти тією самою мовою та бути знайомими з місцевою культурою, тоді як дітям, переміщеним за кордон, може знадобитися вивчити нову мову та адаптуватися до зовсім іншої культури, що може бути надзвичайно складним. і стресовий.

Нарешті, також можливо, що діти, переміщені за кордон, можуть бути більш уразливими до додаткових травм або жорстокого поводження через відсутність знайомства з оточенням і обмежену мережу підтримки.

Ця додаткова травма може сприяти підвищенню рівня збудження та інших симптомів ПТСР [40].

3.1.3. Рівень гіперзбудження у дітей, які не проходили через релокацію

До вибірки дітей, які пройшли не проходили через вимушену релокацію та знаходилися в межах рідного міста з 24 лютого належать 4 дітей. Загальний рівень гіперзбудження у цій групі досить невисокий, у жодної дитини, згідно зі шкалою оцінки впливу подій (IES-R), жоден з дітей не продемонстрував вище середнього рівень гіперзбудження. Середнє значення рівня гіперзбудження у групі 4.

Діагностика за тестом руки показала, що найнижчий середній показник схильності до активних проявів агресії саме у групі, яка не проходила через вимушену релокацію. Лише один учасник цієї групи має показник $I=1$, і жодного, хто має показник I більше за 1. Тобто можна стверджувати, що діти молодшого шкільного віку, які не покидали рідного дому під час війни, мають дуже низьку ймовірність до відкритої агресивної поведінки. Середній показник по групі -1.

Лише один представник групи дітей молодшого шкільного віку, які не проходили через вимушену релокацію, намалював спокійний вулкан, який є сплячим та не вивергає лаву. Тобто, усі інші учасники групи демонструють схильність до нерегульованих емоцій, фрустрації та агресії.

Отже, саме група дітей, які залишалися у рідному місці з моменту початку війни, показала найнижчий рівень гіперзбудження та схильності до активних проявів агресії.

Можливо, діти, які залишилися в зоні бойових дій і пережили травму війни, можуть мати нижчий рівень гіперзбудження, ніж діти, які були примусово переселені в іншу країну з ряду причин. Вони можуть включати відмінності в тяжкості та тривалості пережитої травми, а також індивідуальні відмінності в навичках подолання та стійкості.

Наприклад, діти, які були вимушено переселені, могли зазнати додаткових стресів і травм, таких як розлука зі знайомими людьми та середовищем, втрата систем підтримки та порушення розпорядку дня, що могло сприяти підвищенню рівня збудження. Навпаки, діти, які залишилися в зоні бойових дій, могли мати більше можливостей обробити й осмислити свій досвід, розвинути навички подолання та мережі соціальної підтримки, що могло б допомогти зменшити гіперзбудження.

3.2 Порівняльний аналіз рівня гіперзбудження дітей різних груп.

Порівняльний аналіз - це спосіб оцінки та порівняння двох або більше груп, як правило, з метою виявлення схожості та відмінностей між ними. У випадку порівняння рівня гіперзбудження у дітей з різних груп практичним значенням є розуміння того, яким чином вимушена релокація впливає на цей показник. Порівняльний аналіз можна використовувати для перевірки гіпотез про зв'язок між змінними.

При перевірці статистичних гіпотез нульова гіпотеза - це твердження про те, що між досліджуваними змінними немає різниці чи зв'язку. У контексті оцінки впливу вимушеної релокації на рівень гіперзбудження нульовою гіпотезою буде те, що примусове переміщення не впливає на гіперзбудження.

Нульова гіпотеза зазвичай перевіряється проти альтернативної гіпотези, яка є протилежністю нульовій гіпотезі. У цьому випадку альтернативною гіпотезою буде те, що вимушена релокація справді впливає на гіперзбудження.

Щоб перевірити нульову гіпотезу, необхідно зібрати дані з двох груп: одна група, яка зазнала вимушеного переселення, та інша група, яка не пережила цього. Потім мають бути використані статистичні методи, щоб визначити ймовірність того, що спостережувані відмінності між двома групами могли виникнути випадково, або чи відмінності є статистично значущими і, отже, ймовірно, пов'язані з ефектом примусового переміщення на гіперзбудження.

Якщо нульову гіпотезу відхилено, це означає, що спостережувані відмінності між двома групами є статистично значущими і, отже,

ймовірно, пов'язані з впливом примусового переміщення на гіперзбудження. Якщо нульову гіпотезу не відхилено, це означає, що спостережувані відмінності між двома групами не є статистично значущими і, отже, ймовірно, пов'язані з випадковою випадковістю.

У цьому дослідженні для перевірки гіпотези про наявність значущого зв'язку між вимушеною релокацією та підвищеним рівнем гіперзбудження використовується U-тест Манна–Уїтні, оскільки вибірка є досить невеликою за розміром. Порівняльний аналіз буде проводитися у декілька етапів, для яких виділено наступні нульові та альтернативні гіпотези:

1. H₀: рівень гіперзбудження не відрізняється у дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном, в порівнянні з дітьми, які не проходили через вимушену релокацію.
H₁: рівень гіперзбудження є вищим у дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном, в порівнянні з дітьми, які не проходили через вимушену релокацію.
2. H₀: рівень гіперзбудження не відрізняється у дітей, які пройшли через вимушену релокацію в межах України, в порівнянні з дітьми, які не проходили через вимушену релокацію.
H₁: рівень гіперзбудження є вищим у дітей, які пройшли через вимушену релокацію в межах України, в порівнянні з дітьми, які не проходили через вимушену релокацію.
3. H₀: рівень гіперзбудження не відрізняється у дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном, в порівнянні з дітьми, які пройшли через вимушену релокацію в межах України.
H₁: рівень гіперзбудження є вищим у дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном, в порівнянні з дітьми, які пройшли через вимушену релокацію в межах України.

| $n_A \backslash n_B$ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | |
|----------------------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 0 | 0 |
| 2 | — | — | — | — | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 3 | — | — | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 7 | 7 | 8 | 9 | 9 | 10 | 11 | 11 |
| 4 | — | — | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 18 |
| 5 | — | 0 | 1 | 2 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 | 11 | 12 | 13 | 15 | 16 | 18 | 19 | 20 | 22 | 23 | 25 | 25 |
| 6 | — | 0 | 2 | 3 | 5 | 7 | 8 | 10 | 12 | 14 | 16 | 17 | 19 | 21 | 23 | 25 | 26 | 28 | 30 | 32 | 32 |
| 7 | — | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 11 | 13 | 15 | 17 | 19 | 21 | 24 | 26 | 28 | 30 | 33 | 35 | 37 | 39 | 39 |
| 8 | — | 1 | 3 | 5 | 8 | 10 | 13 | 15 | 18 | 20 | 23 | 26 | 28 | 31 | 33 | 36 | 39 | 41 | 44 | 47 | 47 |
| 9 | — | 1 | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 | 18 | 21 | 24 | 27 | 30 | 33 | 36 | 39 | 42 | 45 | 48 | 51 | 54 | 54 |
| 10 | — | 1 | 4 | 7 | 11 | 14 | 17 | 20 | 24 | 27 | 31 | 34 | 37 | 41 | 44 | 48 | 51 | 55 | 58 | 62 | 62 |
| 11 | — | 1 | 5 | 8 | 12 | 16 | 19 | 23 | 27 | 31 | 34 | 38 | 42 | 46 | 50 | 54 | 57 | 61 | 65 | 69 | 69 |
| 12 | — | 2 | 5 | 9 | 13 | 17 | 21 | 26 | 30 | 34 | 38 | 42 | 47 | 51 | 55 | 60 | 64 | 68 | 72 | 77 | 77 |
| 13 | — | 2 | 6 | 10 | 15 | 19 | 24 | 28 | 33 | 37 | 42 | 47 | 51 | 56 | 61 | 65 | 70 | 75 | 80 | 84 | 84 |
| 14 | — | 2 | 7 | 11 | 16 | 21 | 26 | 31 | 36 | 41 | 46 | 51 | 56 | 61 | 66 | 71 | 77 | 82 | 87 | 92 | 92 |
| 15 | — | 3 | 7 | 12 | 18 | 23 | 28 | 33 | 39 | 44 | 50 | 55 | 61 | 66 | 72 | 77 | 83 | 88 | 94 | 100 | 100 |
| 16 | — | 3 | 8 | 14 | 19 | 25 | 30 | 36 | 42 | 48 | 54 | 60 | 65 | 71 | 77 | 83 | 89 | 95 | 101 | 107 | 107 |
| 17 | — | 3 | 9 | 15 | 20 | 26 | 33 | 39 | 45 | 51 | 57 | 64 | 70 | 77 | 83 | 89 | 96 | 102 | 109 | 115 | 115 |
| 18 | — | 4 | 9 | 16 | 22 | 28 | 35 | 41 | 48 | 55 | 61 | 68 | 75 | 82 | 88 | 95 | 102 | 109 | 116 | 123 | 123 |
| 19 | 0 | 4 | 10 | 17 | 23 | 30 | 37 | 44 | 51 | 58 | 65 | 72 | 80 | 87 | 94 | 101 | 109 | 116 | 123 | 130 | 130 |
| 20 | 0 | 4 | 11 | 18 | 25 | 32 | 39 | 47 | 54 | 62 | 69 | 77 | 84 | 92 | 100 | 107 | 115 | 123 | 130 | 138 | 138 |

Рис 1 Критичні значення Манна–Уїтні U ДЛЯ $\alpha = 0,05$ **Перший етап.**

Для перевірки рівня гіперзбудження використовуватимуться результати шкали оцінки впливу травматичної події (опитувальник IES-R).

$n_1=3$ (діти, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном)

$n_2=4$ (діти, які не проходили через вимушену релокацію)

Таблиця 5

Результати порівняння рівня гіперзбудження дітей, які виїжджали за кордон, з дітьми, які залишилися в рідному місті

| | Показник рівня гіперзбудження | Ранг | Показник рівня гіперзбудження | Ранг |
|---------------|-------------------------------|------|-------------------------------|------|
| | 22 | 7 | 7 | 4 |
| | 16 | 6 | 6 | 3 |
| | 9 | 5 | 2 | 2 |
| | | | 1 | 1 |
| загальна сума | | 18 | | 10 |

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_x \cdot (n_x + 1)}{2} - T_x$$

$U = 3 \cdot 4 + (3 \cdot 4) / 2 - 18 = 0$. При критерії значущості = 1.

Отже, при $p=0,05$ нульова гіпотеза відхиляється, гіпотеза 1 приймається, рівень гіперзбудження в першій групі вищий (дітей, які проходили через вимушену релокацію за кордоном).

Другий етап.

$n_1=9$ (діти, які пройшли через вимушену релокацію в межах України)

$n_2=4$ (діти, які не проходили через вимушену релокацію)

Таблиця 6

Результати порівняння рівня гіперзбудження дітей, які виїжджали в межах України, з дітьми, які залишилися в рідному місті

| | Показник рівня гіперзбудження | Ранг | Показник рівня гіперзбудження | Ранг |
|---------------|-------------------------------|------|-------------------------------|------|
| | 13 | 11 | 7 | 8.5 |
| | 10 | 10.5 | 6 | 7 |
| | 10 | 10.5 | 2 | 3 |
| | 9 | 9 | 1 | 2 |
| | 7 | 8.5 | | |
| | 5 | 5.5 | | |
| | 5 | 5.5 | | |
| | 4 | 4 | | |
| | 0 | 1 | | |
| Загальна сума | | 65.5 | | 20.5 |

$$U = 9 \cdot 4 + (9 \cdot 10) / 2 - 65.5 = 15.5$$

Критерій значущості при $p=0.05 = 6$, отже, приймаємо нульову гіпотезу, а значить, група 1 не відрізняється від групи 2 по рівню гіперзбудження.

Третій етап можна пропустити, оскільки в другому етапі доведено, що по рівню гіперзбудження діти молодших класів, які пройшли через вимушену релокацію в межах України, не відрізняються від групи дітей, які залишалися в рідному місті весь час. При цьому в першому етапі доведено, що рівень гіперзбудження у дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном, вищий, ніж у дітей, які не проходили через вимушену релокацію взагалі. Отже, очевидно, що рівень гіперзбудження у них вище і у порівнянні з дітьми, які були переселені в межах України.

Також представлено діаграму, яка репрезентує результати порівняння рівня гіперзбудження у дітей молодшого шкільного віку за результатами опитувальника IES-R (Діаграма 1).

Порівняння рівня гіперзбудження за IES-R

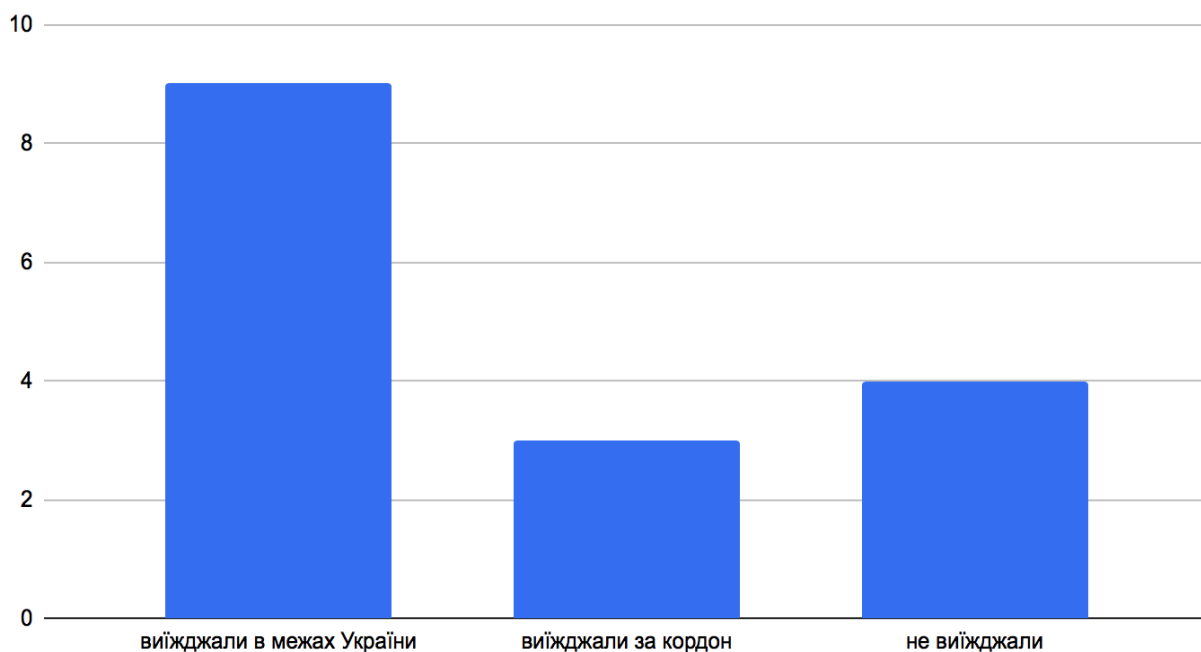


Рис 2 Порівняння рівня гіперзбудження трьох груп дітей зі опитувальником IES-R

Наступна діаграма репрезентує результати порівняння схильності до відкритої агресії у дітей молодшого шкільного віку за результатами теста руки (Діаграма 2). Як ми можемо побачити, найвищий рівень середньої схильності до відкритої агресії демонструє група дітей молодшого віку, які проходили через вимушену релокацію в межах України, доки найнижчий рівень зафіксовано в дітей, які не виїжджали з рідного міста.

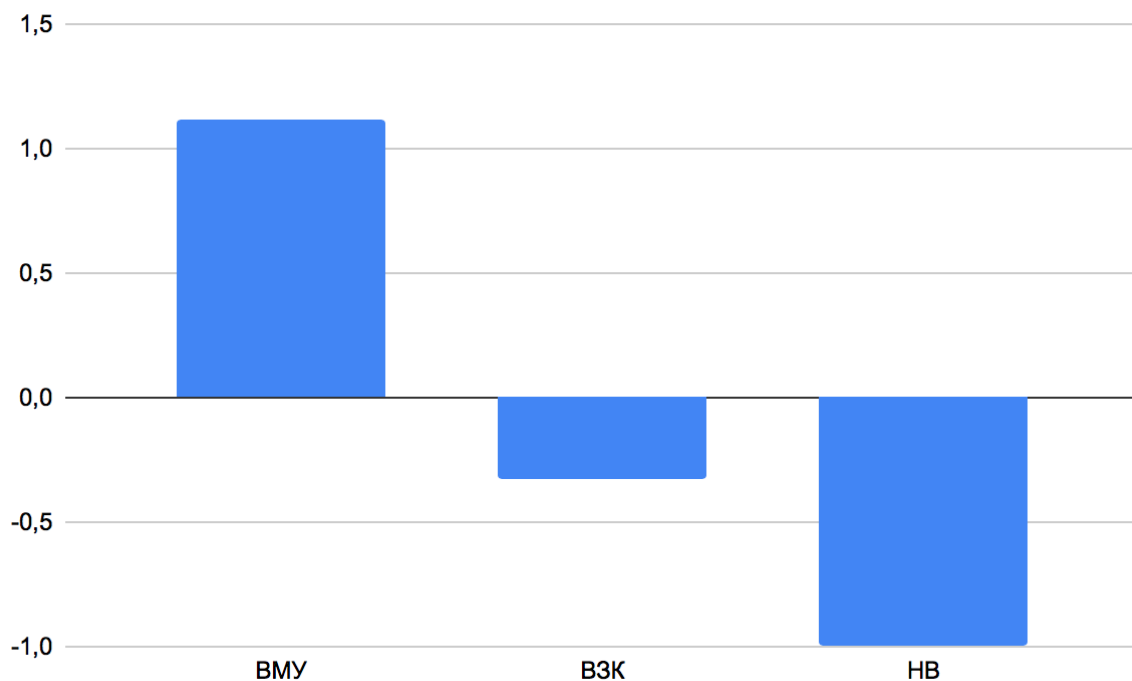


Рис 3 Порівняння схильності до відкритої агресії у дітей молодшого шкільного віку за результатами теста руки

3.3 Практичні рекомендації щодо стабілізації рівня гіперзбудження у дітей після вимушеної релокації

Після проведення емпіричного дослідження, було виявлено серйозну проблему з підвищеним рівнем гіперзбудливості у дітей молодшого шкільного віку. Як було показано, цей вік є надзвичайно важливим для формування їх шкільної освіти та навичок саморегуляції. Тому необхідно дбати про стабілізацію рівня гіперзбудливості при його підвищенні. Після проведення теоретичної та практичної частини дослідження було підготовлено та запропоновано наступні рекомендації щодо регуляції рівня гіперзбудливості у дітей молодшого шкільного віку.

Існує кілька критеріїв, за якими можна оцінити рівень гіперзбудження у дітей:

1. Частота та інтенсивність симптомів: це стосується того, як часто дитина відчуває занепокоєння або нервозність, наскільки легко вона лякається та наскільки гострою є її реакція.
2. Вплив на повсякденне функціонування: підвищене збудження може перешкоджати здатності дитини зосереджуватися, спати та займатися нормальною діяльністю.
3. Тривалість симптомів: [ронічне гіперзбудження може мати тривалий негативний вплив на самопочуття дитини.
4. Супутні симптоми: підвищене збудження може супроводжуватися іншими симптомами, такими як труднощі зі сном, дратівливістю та фізичними симптомами, такими як болі в животі або головні болі.
5. Лікування підвищеного збудження у дітей може включати терапію, яка допомагає дитині керувати своїми емоціями та поведінкою, а також методи розслаблення тіла та розуму, такі як глибоке дихання або прогресуюче розслаблення м'язів.

Після оцінювання рівня гіперзбудження конкретної дитини можна переходити до пропонованих технік регуляції:

Етап 1. Формування відчуття рутини та передбачуваності: діти можуть відчувати себе більш безпечними, коли знають, чого чекати щодня. Встановлення послідовного розпорядку може допомогти створити відчуття структури та стабільності. Для досягнення цього можна встановити передбачуваний розпорядок дня, який включає послідовний час прийому їжі, час сну та діяльність.

Етап 2. Заохочення методів релаксації: дітей з підвищеним рівнем гіперзбудливості важливо навчати таким технікам релаксації, як глибоке дихання, прогресивне розслаблення м'язів або візуалізація, які можуть допомогти зменшити відчуття стресу та тривоги.

Етап 3. Надання можливості для фізичної активності: заняття фізичною активністю можуть бути чудовим способом зменшити

гіперзбудження та сприяти розслабленню. Необхідно дітей брати участь у заходах, які їм подобаються, наприклад, займатися спортом або іграми на свіжому повітрі.

Етап 4. Заохочення здорових механізмів подолання: важливо допомогти дітям визначити здорові способи подолання своїх емоцій, наприклад, говорити про свої почуття, малювати чи писати, або займатися хобі чи діяльністю, яка їм подобається.

Етап 5. Заохочення дитини висловлювати свої почуття: важливо дати дитині можливість висловити свої почуття з приводу переїзду. Це може бути через розмову, малювання чи письмо.

Етап 6. Допомога дитині налагоджувати зв'язки: важливо заохочувати дитину налагоджувати зв'язки з іншими людьми в новому середовищі, чи то вступаючи в клуби чи спортивні команди, чи просто заводячи друзів у школі. Побудова стосунків з іншими може допомогти дитині відчувати більше зв'язку та підтримки.

Етап 7. Надання підтримки та заспокоєння з боку батьків чи опікунів: важливо бути поруч з дитиною та надавати підтримку та заспокоєння в цей перехідний період. Необхідно переконатися, що дитина знає, що батьки чи опікуни поруч з нею і що вони роблять все можливе, щоб допомогти їй почуватися комфортно та безпечно в новому середовищі.

Також було розроблено пам'ятку батькам чи опікунам дітей, які стикнулися з симптомами гіперзбудження. Роль батьків у зниженні рівня гіперзбудження у дітей є важливою, оскільки гіперзбудження може заважати повсякденній діяльності дитини та мати негативний вплив на її фізичне та психічне здоров'я. Хронічне підвищене збудження може призвести до таких проблем, як труднощі з концентрацією уваги, труднощі зі сном і фізичні симптоми, такі як болі в животі або головні болі. Підтримка батьків та опікунів може покращити загальне самопочуття та

функціонування дитини та допомогти їй розвинути навички, необхідні для боротьби зі стресом та іншими проблемами в майбутньому. Ми пропонуємо впроваджувати підтримку дітям наступними методами:

1. В першу чергу необхідно зберігати спокій самим. Необхідно зберігати спокійну та заспокійливу поведінку, оскільки це може допомогти дитині почуватися більш безпечною та менш схвильованою.
2. При можливості, потрібно визначити тригер підвищеного рівня гіперзбудження. Для цього треба спробувати визначити, що може бути причиною гіперзбудження дитини. Це може бути щось у навколишньому середовищі, певна діяльність або конкретний стресор.
3. Якщо можливо, необхідно зняти тригер або змінити ситуацію, щоб зменшити збудження дитини. Наприклад, якщо дитина надмірно збуджена гучними звуками, ви можете спробувати переїхати в тихіше місце.
4. Також можливо допомогти дитині регулювати своє збудження. Існує ряд прийомів, які можуть допомогти дитині зменшити рівень гіперзбудження, наприклад, глибоке дихання, поступове розслаблення м'язів і сенсорна інтеграція.
5. Якщо симптоми гіперзбудження у дитини важкі або постійні необхідно звернутися за допомогою до психіатра, наприклад, до дитячого психолога або психіатра. Вони можуть оцінити потреби дитини та порекомендувати відповідні варіанти лікування.

Mindfulness - це психічний стан, який досягається шляхом зосередження свідомості на поточному моменті, визнання та прийняття своїх почуттів, думок і відчуттів без осуду.

Техніки Mindfulness показали свою ефективність у зниженні рівня гіперзбудження у дітей.

Одне дослідження, опубліковане в *Journal of Child and Family Studies*, виявило, що програма втручання, заснована на усвідомленості, була ефективною для зменшення гіперзбудження та покращення загального психічного здоров'я дітей і підлітків.

Інше дослідження, опубліковане в *Journal of School Psychology*, показало, що програма усвідомленості під назвою “Спокійні класи” була ефективною для зменшення гіперзбудження та покращення загального самопочуття учнів початкової школи.

Інші дослідження також показали, що втручання, пов'язані з усвідомленістю, можуть бути ефективними для зменшення гіперзбудження та покращення загального функціонування дітей і підлітків.

Дослідження показали, що втручання, засновані на Mindfulness, можуть бути ефективними для регулювання рівня гіперзбудження у дітей. Втручання на основі Mindfulness можуть допомогти дітям регулювати свої емоції та поведінку, а також покращити їхню увагу та концентрацію. Ці навички можуть бути особливо корисними в управлінні викликами травми та стресу, такими як керування нав'язливими думками та спогадами, зниження реактивності на тригери та регулювання фізіологічного збудження.

Крім того, втручання, засновані на Mindfulness, можуть допомогти дітям розвинути самосвідомість і навички саморегуляції, що може покращити їхню здатність справлятися зі стресом і покращити загальне психічне здоров'я та благополуччя.

Тому було запропоновано наступні техніки Mindfulness, які є ефективними для регуляції рівня гіперзбудження у дітей молодшого шкільного віку..

1. **Сканування тіла:** Сканування тіла передбачає зручне лежання або сидіння та зосередження уваги на кожній частині тіла по черзі, помічаючи будь-які відчуття чи почуття, що виникають. Це може допомогти підвищити усвідомлення поточного моменту та зменшити фізичну напругу.

2. **Усвідомлення дихання:** усвідомлення дихання передбачає зосередження на диханні, коли воно входить і виходить з тіла, без спроб будь-яким чином його змінити. Це може допомогти підвищити усвідомлення поточного моменту та зменшити фізичну напругу.
3. **Усвідомлений рух:** усвідомлений рух передбачає зосередження на відчуттях у тілі під час руху, як-от відчуття ваших ніг на землі або відчуття повітря на вашій шкірі. Це може допомогти підвищити усвідомлення поточного моменту та зменшити фізичну напругу.
4. **Сидяча медитація:** сидяча медитація передбачає пошук зручного положення сидіння та зосередження на диханні або мантрі протягом певного періоду часу. Це може допомогти підвищити усвідомлення поточного моменту та зменшити фізичну напругу.
5. **Медитація про любов і доброту:** медитація про любов і доброту передбачає мовчки повторення фраз любові та співчуття до себе та інших. Це може допомогти збільшити почуття доброти та співчуття, що, у свою чергу, може зменшити стрес і знизити рівень збудження.

Незважаючи на те, що методи уважності показали свою ефективність у зниженні рівня гіперзбудження у дітей і покращенні загального самопочуття, важливо зазначити, що ці методи можуть не підходити для всіх дітей і працювати не для всіх. Деякі критики висловлюють занепокоєння з приводу відсутності емпіричних доказів, що підтверджують ефективність втручань усвідомленості у дітей, а також потенційної шкоди, якщо цим методам не навчає кваліфікований фахівець.

Важливо також зазначити, що методи усвідомленості не слід використовувати як самостійне лікування гіперзбудження чи інших психічних розладів. Їх слід використовувати в поєднанні з іншими доказовими методами лікування, такими як терапія або медикаменти, залежно від обставин.

Отже, при зниженні рівня гіперзбудження у дітей молодшого шкільного віку надзвичайно важливими є підтримка звичної рутини та отримання навичок саморегуляції. Розвиваючи навички саморегуляції, діти можуть навчитися визначати та керувати власними рівнями

збудження та реагувати на ситуації більш контрольованим і відповідним чином. Це може допомогти їм відчути більший контроль над своїми емоціями та поведінкою, а також ефективніше справлятися зі стресом та іншими проблемами.

Висновки до розділу

Третій розділ був присвячений проведенню порівняльного аналізу рівня гіперзбудливості у дітей молодшого шкільного віку, оскільки у теоретичній частині вже було показано, що вплив вимушеної релокації через війну на рівень гіперзбудливості дітей існує. Для проведення емпіричного дослідження були порівняні три групи дітей: ті, які були вимушені релокуватися за кордон, ті, які виїжджали у межах України, та ті, які залишалися у рідному місті з 24 лютого.

Отримані наступні результати:

1. Найвищий рівень гіперзбудження продемонстрували діти молодшого шкільного віку, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном.
2. Рівень гіперзбудження дітей, які пройшли через вимушену релокацію в межах України, не відрізняється від рівня гіперзбудження дітей, які залишалися в рідному місті весь час. Це доведено критерієм Манні-Уінті.
3. 86,7% усіх дітей показали проблему з агресією, фрустрацією та емоціями під час проходження проєктивного тесту “Вулкан”.
4. Найнижчий рівень схильності до активних проявів агресії продемонстрували діти молодшого шкільного віку, які не проходили через вимушену релокацію.

Також були розроблені практичні рекомендації щодо стабілізації рівня гіперзбудливості у дітей при вимушеній релокації. Серед запропонованих методів регуляції:

- формування відчуття рутини та передбачуваності,

- заохочення методів релаксації,
- надання можливості для фізичної активності,
- заохочення здорових механізмів подолання, заохочення дитини висловлювати свої почуття,
- допомога дитині налагоджувати зв'язки,
- надання підтримки та заспокоєння з боку батьків чи опікунів.

До того ж, було розроблено пам'ятку батькам чи опікунам дітей, які стикнулися з симптомами гіперзбудження та запропоновано конкретні техніки Mindfulness для регуляції гіперзбудження дитини.

Звісно, наявна необхідність у наступних дослідженнях на цю тему, з метою виявити найбільш ефективні методи регуляції та техніки, які показують найвищий результат у регуляції рівня гіперзбудження у дітей молодшого шкільного віку. В наступних дослідженнях пропонується перевіряти ефективність методів регуляції наступними шляхами:

Показники самозвіту: використання анкети для самооцінки або щоденник, щоб оцінити власну сприйняту ефективність техніки подолання.

Спостереження за поведінкою: спостереження за змінами у поведінці після використання техніки подолання.

Фізіологічні вимірювання: використання таких фізіологічних показників, як частота серцевих скорочень або артеріальний тиск, щоб оцінити ефективність техніки подолання.

Клінічні результати: оцінювання ефективності методики подолання, дивлячись на клінічні результати, такі як покращення симптомів або функціонування.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження були проаналізовані теоретичні підходи до рівня гіперзбудження як психологічної проблеми. Також, проведено огляд наявних наукових джерел на тему дослідження, виявлено відкриті питання, які потребують подальшої роботи над пошуком відповідей. Особлива увага була приділена проблемі гіперзбудження саме у дітей молодшого шкільного віку. Також, проблема гіперзбудження була розглянена у розрізі вимушеною релокації через війну.

Гіперзбудження - це термін, який використовується для опису стану підвищеного збудження, пильності та реактивності, який може бути спричинений різними факторами, включаючи вплив травматичних подій, таких як війна. Діти, які пережили війну чи інші типи травм, можуть частіше відчувати гіперзбудження та інші проблеми з психічним здоров'ям, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Дослідження показали, що діти, які пережили війну та інші типи травм, мають підвищений ризик різноманітних негативних наслідків, включаючи проблеми з фізичним і психічним здоров'ям, затримку розвитку, соціальні та емоційні труднощі. Ефективні заходи та підтримка можуть допомогти зменшити ці ризики та покращити результати для дітей, які постраждали від війни та інших типів травм.

Емпіричне дослідження складається з чотирьох етапів, а саме, етап визначення методів дослідження та вибірки для участі в дослідженні, етап проведення емпіричного дослідження та діагностики з виявлення рівня гіперзбудження у дітей, етап аналізу отриманих результатів дослідження, етап розробки практичних методичних рекомендацій щодо допомоги дітям молодшого шкільного віку, які проходять через вимушену релокацію та стикнулися з проблемою підвищеного рівня гіперзбудження.

З метою проведення діагностики використовувалися наступні методики:

- шкала оцінки впливу травматичної події (опитувальник IES-R),
- проективна методика (вулкан),

- тест руки,
- математична статистика (коефіцієнт Манна-Уїтні).

Вибіркою для дослідження були школярі молодших класів школи І-ІІІ ступенів № 225, Оболонського району м. Києва. Вибірка дослідження представлена учнями 3 класу у кількості 16 дітей віком від 8 до 9 років. Стать дітей не мала визначного значення при дослідженні.

Загалом у дослідженні взяли участь 3 дітей, які пройшли через вимушену релокацію за кордоном, тимчасово переміщених всередині країни - 9, дітей, які не покидали дому - 4.

Остаточні висновки:

1. Вимушена релокація суттєво впливає на стан дитини. Індикатором травматичних переживань є підвищення рівня гіперзбудження у дітей та агресії, як одного з її симптомів.
2. Діагностична частина дослідження продемонструвала, що найвищий рівень гіперзбудження фіксується у групі дітей, які проходили через вимушену релокацію за кордоном.
3. Рівень гіперзбудження дітей, які пройшли через вимушену релокацію в межах України, не відрізняється від рівня гіперзбудження дітей, які залишалися в рідному місті весь час. Це підтверджує критерій Манна-Уїтні під час порівняння показників рівня гіперзбудження у досліджуваних групах респондентів з контрольною групою.
4. 86,7% усіх дітей продемонстрували підвищення рівня агресивності, проблеми фрустрації та регуляції емоцій.
5. Найнижчий рівень схильності до активних проявів агресії показали діти молодшого шкільного віку, які не проходили через вимушену релокацію.
6. Розроблені практичні рекомендації щодо стабілізації рівня гіперзбудливості у дітей при вимушеній релокації. До того ж, було розроблено пам'ятку батькам чи опікунам дітей, які стикнулися з

симптомами гіперзбудження та запропоновано конкретні техніки Mindfulness для регуляції гіперзбудження дитини.

Практичне значення результатів дослідження у тому, що досліджень на тему підвищеного рівня гіперзбудження у дітей молодшого шкільного віку досить мало. А як було доведено у теоретичній частині, цей показник є одним з найбільш значимих при діагностуванні ПТСР і часто з'являється раніше за інші. Це дослідження показало, наскільки важливо продовжувати роботу в напрямку даної теми заради психологічного та психічного здоров'я дітей у надзвичайно важливому для їх розвитку віці.

Також, запропоновані практичні рекомендації потребують наступних досліджень щодо їх впровадження та використання на практиці. До сфери потенційних наступних досліджень можна віднести і дослідження впливу вимушеної релокації на інші психологічні розлади, такі як депресія та тривога. Далі можна піти у порівняльний аналіз ефективності різних терапевтичних втручань, таких як терапія, орієнтована на травму, у зменшенні психологічних наслідків примусового переселення дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агер, А., Стренг, А. (2005). Діти і війна: захист прав дітей у збройному конфлікті. Лондон, Великобританія: видавництво Jessica Kingsley.
2. Бейлі Р. Л. та Фонагі П. (2003). Вплив війни на дітей: Огляд результатів досліджень і наслідків для практики. Психічне здоров'я дітей та підлітків, 8(2), 73-87
3. Бласко, П., Мартинез-Табу, А., і Саенз, Д. (2002). Перевірка тесту рук в іспанському зразку. Особистість та індивідуальні відмінності, 33(5), 759-769
4. Блек Р. та Портер М. (2005). Діти в конфлікті: огляд психологічного та соціального впливу війни на дітей. У Р. Блека та М. Портера (Ред.), Діти в конфлікті: вступ до психологічних та соціальних служб (стор. 1-18). Лондон, Великобританія: видавництво Jessica Kingsley.
5. Браянт, Р. А., Саквіль, Т., Данг, С. Т., Молдс, М., і Гатрі, Р. (2011). Лікування гострого стресового розладу: оцінка когнітивної поведінкової терапії та підтримуючих методів консультування. Американський журнал психіатрії, 168 (11), 1150-1157
6. Брієр, Дж., і Рунц, М. (1989). Багатовимірні кореляти психологічного та фізичного жорстокого поведіння в дитинстві серед студенток. Жорстоке поведіння з дітьми та нехтування ними, 13(2), 191-203.
7. Везерс, Ф. В., Літц, Б. Т., Герман, Д. С., Хаска, Дж. А., і Кін, Т. М. (1993). Контрольний список посттравматичних стресових розладів (PCL): надійність, валідність і діагностична корисність. У Т. М. Кіні, М. Дж. Фрідмані Д. А. Фoa (ред.), Ефективне лікування посттравматичних стресових розладів: практичні рекомендації Міжнародного товариства досліджень травматичного стресу (стор. 139-152). Нью-Йорк, Нью-Йорк: Guilford Press.
8. Везерс, Ф. В., Літц, Б. Т., Герман, Д. С., Хаска, Дж. А., і Кін, Т. М. (1993). Контрольний список посттравматичних стресових розладів (PCL): надійність, валідність і діагностична корисність. Доповідь, представлена на щорічній конференції Міжнародного товариства вивчення травматичного стресу, Сан-Антоніо, Техас

9. Вестон, К. С. (2014). Посттравматичний стресовий розлад: теоретична модель підтипу гіперзбудження. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 37
10. Вільямс, К. С. (2018). Вплив вимушеної міграції на фізичне здоров'я дітей: систематичний огляд. *Педіатрія*, 142(3)
11. Вілсон, П. Р., Гіалло, Л. С., і Николсон, Д. Л. (2015). Психологічний вплив вимушеної міграції на дітей та підлітків. *Огляд клінічної дитячої та сімейної психології*, 18(1), 1-25
12. Гевара, Дж., і Бенка, Р. М. (2016). Гіперзбудження при розладах сну: огляд. *Огляди медицини сну*, 26, 1-12.
13. Гіалло, Л. С., Николсон, Д. Л., і Вілсон, П. Р. (2018). Психологічні наслідки вимушеної міграції: мета-аналіз. *Огляд клінічної психології*, 57, 73-83
14. Голд, К. М. (2001). Психологічний вплив війни на дітей. *Медичний журнал Нової Англії*, 344(12), 901-902
15. Джонс, Дж. Б., і Фернем, А. (2018). Тест вулкана і темна тріада: порівняльне дослідження. *Особистість та індивідуальні відмінності*, 124, 221-226
16. Ель-Сарадж, М., Даббус, М., Акель, С., і Гандур, Л. (2013). Психічне здоров'я та психосоціальні потреби палестинських дітей і підлітків, переміщених через конфлікт у секторі Газа. *Дитяча та підліткова психіатрія та психічне здоров'я*, 7(1), 33
17. Студа, Р., Леду, Дж. (2007). Варіації відповіді після травми: трансляційний нейронауковий підхід до розуміння ПТСР. *Нейрон*, 56 (2), 19-32.
18. Золнер, Л. А., Фіни, Н. С., Біттінгер, Д. Н. та ін. (2011). Навчання експозиційній терапії посттравматичних стресових розладів, орієнтованій на травму: важливі клінічні уроки для початківців експозиційних терапевтів. *Психологічна травма*, 3 (3), 300-308
19. Кайзер, К., і Блац, С. (2005). Порівняння потужності критеріїв суми рангів Вілкоксона та t тестів для малих вибірок. *Психологічні методи*, 10(1), 27-37

- 20.Калаяджян, А., Маранс, С., і Віноград Г. (2007). Шкільна програма для боснійських біженців із посттравматичним стресовим розладом, спричиненим війною. Журнал консалтингу та клінічної психології, 75(4), 566-573
- 21.Кнапш, М., Сігал, Дж. (2013). Діти і війна: психологічні, соціальні та історичні перспективи. Нью-Йорк, Нью-Йорк: Oxford University Press.
- 22.Ланкастер, С. Л., Тітерз, Д. Б., Грос, Д. Ф., і Бек, С. Е. (2016). Посттравматичний стресовий розлад: Огляд оцінки та лікування на основі доказів. Журнал клінічної медицини, 5 (11)
- 23.Лантос, Дж. (2006). Невидимі діти: переоцінка впливу війни на дітей. У J. Lantos (Ред.), Найкращі інтереси дитини: найменш шкідлива альтернатива (стор. 67-87). Оксфорд, Великобританія: Oxford University Press.
- 24.Ллойд К. Дж., Галвін К. та Ллойд К. (2007). Арт-терапія та посттравматичний стресовий розлад: огляд літератури. Журнал психології здоров'я, 12 (5), 675-684
- 25.Мак'юен, Б. С. (1998). Захисна та пошкоджуюча дія медіаторів стресу. New England Journal of Medicine, 338(3), 171-179.
- 26.Масаглі, М. Д., Каспі, М. Г., і Пелед, Г. Х. (2015). Вимушена міграція та психічне здоров'я дітей та підлітків: якісне дослідження. Соціальні науки та медицина, 146, 85-92
- 27.Нотер У.М., Роледер Н, Аббруззес Е., Вернер А., Елерт У. (2006). Хронічний стрес і реактивність осі НРА: мета-аналіз. Психоневроендокринологія, 31 (9), 993-1002.
- 28.Перрі, Б. Д., Поллард, Р., Блейклі, Т., Бейкер, В., і Віджиланте, Д. (1995). Дитяча травма, нейробиологія адаптації та “залежний від використання” розвиток мозку: як стани стають рисами. Журнал дитячого психічного здоров'я, 16 (4), 271-291
- 29.Стіл, А. Дж., Чей, М., і Силове, К. (2014). Вимушена міграція та психічне здоров'я: систематичний огляд. The Lancet, 384 (9960), 1685-1701

- 30.Тодрес Д.К, Еспозіто С.Ф. “Вплив вимушеної міграції на дітей: огляд літератури”, 2017
- 31.Фернем, А., Ченг, Т. (2017). Випробування вулканом: міра агресивності та конкурентоспроможності. Особистість та індивідуальні відмінності, 112, 19-24
- 32.Фернем, А., Ченг, Т. (2016). Тест руки: міра агресії. Особистість та індивідуальні відмінності, 99, 75-80
- 33.Філд, А. (2013). Виявлення статистики за допомогою статистики IBM SPSS (4-е видання). Таузенд Оукс, Каліфорнія: Sage
- 34.Фоа, Е. Б., Ріггс, Д. С., Данку, К. В., і Ротбаум, Б. О. (1993). Надійність та валідність короткого інструменту для оцінки посттравматичного стресового розладу. Журнал травматичного стресу, 6 (4), 459-473
- 35.Форд Дж. Д., Річардсон Л., Гавацці С. М. та Олександр Д. А. (1999). Вплив травми на дітей і підлітків. Психіатрія: міжособистісні та біологічні процеси, 62(4), 344-360
- 36.Хаддад, Е. М. та ін. (2016). Вимушена міграція та освіта: систематичний огляд. Журнал досліджень біженців, 29(3), 356-375
- 37.Хала, С. К., Кірмаєр, Л. Дж. (2006). Психологічний вплив війни на дітей: огляд. Журнал Американської академії дитячої та підліткової психіатрії, 45(1), 14-20
- 38.Харкнесс, Дж. Г. (2017). Діти та вимушена міграція: систематичний огляд літератури. Огляд служб для дітей та молоді, 76, 152-160
- 39.Хван, Т. Л. (2016). Вплив вимушеної міграції на психічне здоров'я дітей: систематичний огляд. Дитяча та підліткова психіатрія та психічне здоров'я, 10(1), 1-15
- 40.Хоппер, Е. А., Лідделл, С., і Стіл, К. Д. (2017). Психічне здоров'я дітей та підлітків в умовах вимушеної міграції: систематичний огляд. Огляд клінічної психології, 57, 58-71
- 41.Хоппер, Е. А., Лідделл, С. (2013). Вимушена міграція та психічне здоров'я: огляд. Психіатрія, психологія та право, 20(6), 706-726
- 42.Шуйт, Т., і Баартман, Л. (Ред.). (2009). Діти на війні: психологічний погляд. Нью-Йорк, Нью-Йорк: Springer Science+Business Media.

Додаток А

Бланки опитувальників, які були застосовані.

Завдання 1.

Інструкція: Пропонується ряд тверджень. Уважно прочитай кожне з них і вкажи, в якій мірі ти погоджуєшся або не погоджуєшся з даним твердженням. Дай тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверни увагу, що питання стосуються твого самопочуття лише за **останній тиждень**.

Таблиця А

Опитувальник IES-R на критерій гіперзбудження (для дитини)

| Твердження | Ніколи | Рідко | Інколи | Часто |
|--|--------|-------|--------|-------|
| 1. Я відчував(-ла) постійне роздратування і гнів. | | | | |
| 2. Я був(-ла) весь час напружений(-на) і сильно здригався(-лася), якщо щось раптово лякало мене. | | | | |
| 3. Мені було важко заснути. | | | | |
| 4. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь. | | | | |
| 5. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося за останні 9 місяців. | | | | |
| 6. Я був(-ла) постійно насторожі і весь час чекав(-ла), що трапиться щось погане. | | | | |

Завдання 2.

Уважно розглянь запропоноване зображення і скажи, що, на твою думку, робить ця рука?

Як ти думаєш, що робить людина, якій належить ця рука? На що здатна людина з такою рукою? Назви всі варіанти, які можеш собі уявити.



|

|

Уважно розглянь запропоноване зображення і скажи, що, на твою думку, робить ця рука?

Як ти думаєш, що робить людина, якій належить ця рука? На що здатна людина з такою рукою? Назви всі варіанти, які можеш собі уявити.



||

Уважно розглянь запропоноване зображення і скажи, що, на твою думку, робить ця рука?

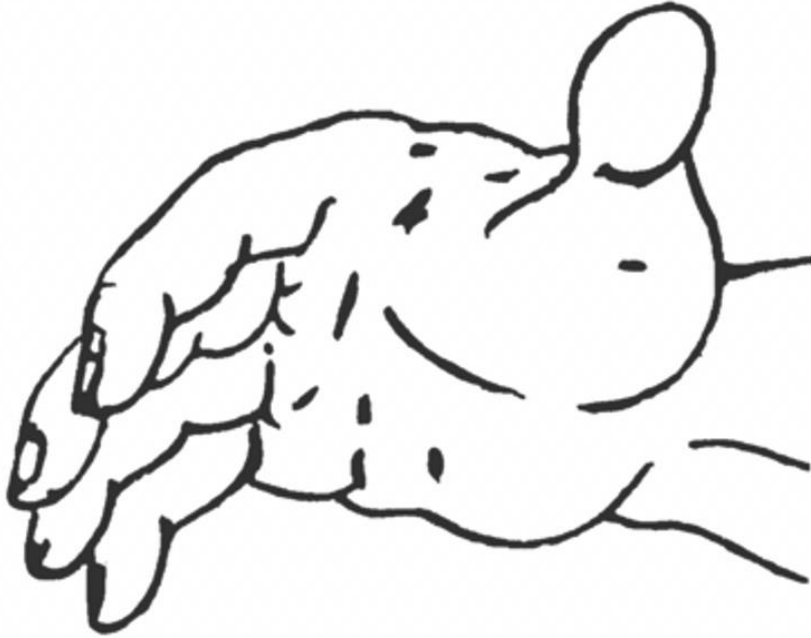
Як ти думаєш, що робить людина, якій належить ця рука? На що здатна людина з такою рукою? Назви всі варіанти, які можеш собі уявити.



III

Уважно розглянь запропоноване зображення і скажи, що, на твою думку, робить ця рука?

Як ти думаєш, що робить людина, якій належить ця рука? На що здатна людина з такою рукою? Назви всі варіанти, які можеш собі уявити.



IV

Уважно розглянь запропоноване зображення і скажи, що, на твою думку, робить ця рука?

Як ти думаєш, що робить людина, якій належить ця рука? На що здатна людина з такою рукою? Назви всі варіанти, які можеш собі уявити.



V

Уважно розглянь запропоноване зображення і скажи, що, на твою думку, робить ця рука?

Як ти думаєш, що робить людина, якій належить ця рука? На що здатна людина з такою рукою? Назви всі варіанти, які можеш собі уявити.



VI

Уважно розглянь запропоноване зображення і скажи, що, на твою думку, робить ця рука?

Як ти думаєш, що робить людина, якій належить ця рука? На що здатна людина з такою рукою? Назви всі варіанти, які можеш собі уявити.



VII

Уважно розглянь запропоноване зображення і скажи, що, на твою думку, робить ця рука?

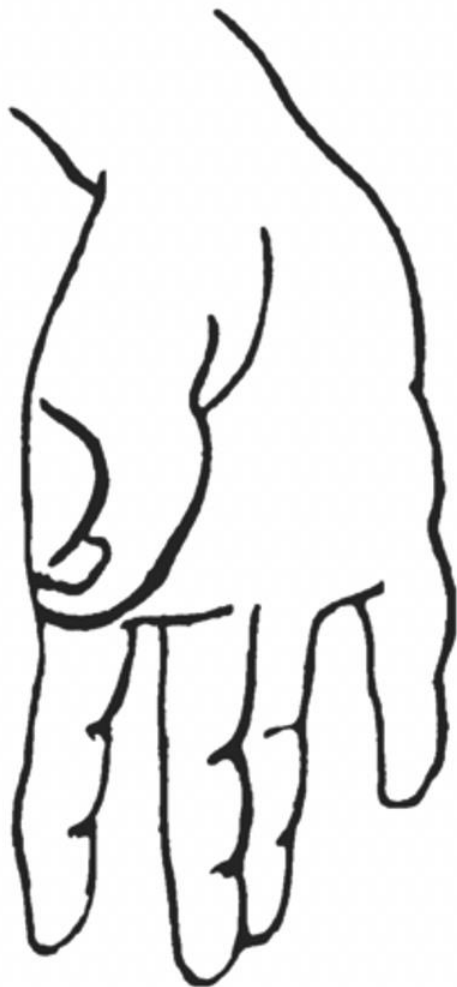
Як ти думаєш, що робить людина, якій належить ця рука? На що здатна людина з такою рукою? Назви всі варіанти, які можеш собі уявити.



VIII

Уважно розглянь запропоноване зображення і скажи, що, на твою думку, робить ця рука?

Як ти думаєш, що робить людина, якій належить ця рука? На що здатна людина з такою рукою? Назви всі варіанти, які можеш собі уявити.



IX

Завдання 3.

На наступному аркуші паперу намалюй кольоровими олівцями вулкан. Він може бути будь-якого розміру, кольорового забарвлення.

Після цього дай відповіді на наступні запитання:

Який це вулкан?

Як допомогти вулкану?
