

Міністерство освіти і науки України
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра соціальної реабілітації та соціальної педагогіки

На правах рукопису

Камінська Анастасія Ярославівна
«Особливості соціально-психологічної реабілітації дітей, які
постраждали внаслідок війни»(на прикладі благодійної організації
«Центр Милосердя» у м. Дрогобич)»

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня
магістра соціальної роботи

Науковий керівник :
доктор політичних наук, професор
Семигіна Тетяна Валеріївна

Дустити до захисту в ДЕК
Кафедра соціальної реабілітації
та соціальної педагогіки
Завідувач кафедри соціальної реабілітації
та соціальної педагогіки
доктор психологічних наук, професор
_____ О.В. Чуйко
(підпис)

Київ - 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СОЦІАЛЬНИХ НАУКАХ.....	6
1.1 Поняття соціально - психологічної реабілітації дітей, її завдання та принципи.....	6
1.2 Соціально - психологічна реабілітація як відповідь на травматичний досвід дитини.....	11
1.3 Специфіка соціально-психологічної реабілітації дітей, які постраждали внаслідок війни.....	17
РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК РОСІЙСЬКО- УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ.....	24
2.1 Організація емпіричного дослідження.....	24
2.2 Характеристика стану дітей, які постраждали внаслідок російсько- української війни	29
РОЗДІЛ III ФОРМИ ТА МЕТОДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ.....	34
3.1 Програма соціально-психологічної реабілітації дітей, які постраждали внаслідок війни.....	34
3.2 Особливості впровадження програми соціально–психологічної реабілітації дітей, що постраждали від військового російсько-української війни	40

3.3 Аналіз результатів апробації програми соціально-психологічної реабілітації дітей, що постраждали внаслідок російсько-української війни.....	41
ВИСНОВКИ.....	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55
ДОДАТКИ.....	6

ВСТУП

Проблеми соціально-психологічної реабілітації дітей вимагають уважного вивчення та постійного оновлення знань і досвіду. Розуміння важливості впливу соціокультурного середовища в процесі подолання психологічної травми у дітей у зоні збройного конфлікту є необхідною умовою успішної реабілітації.

Соціально-психологічна реабілітація, тобто відновлення здатності до життєдіяльності в соціальному середовищі, відноситься до найбільш важливих аспектів взаємодії соціального працівника, соціального реабілітолога та дитини. Успішність здійснення соціальної реабілітації залежить від дотримання соціальним працівником низки принципів соціально-психологічної реабілітації, також розуміння рівнів реабілітації (медико- соціальний, професійно-трудова, соціально- рольовий, соціально- психологічний та ін.), кожен з яких повинен включати в себе певний набір методів роботи.

Питання соціально-психологічної реабілітації вивчали численні дослідники, в тому числі й вітчизняні (Г.Бойко, І.Галецька, Н.Пророк, Т.Титаренко, С.Томчук, О.Чуйко, Ю.Удовенко та ін.). Проте вторгнення Росії в Україну в лютому 2022 року зумовило появу нових соціальних і психологічних проблем, сформувало нагальні запити на ефективні методи соціально-психологічної реабілітації, зокрема, для дітей, які стали свідками військових дітей, перебувають у ситуації вимушеного переселення, потребують кризового втручання.

Мета роботи: на основі вивчення сутності соціально-психологічної реабілітації дітей теоретично обґрунтувати й експериментально перевірити програму соціально-психологічної реабілітації дітей, які постраждали внаслідок російсько-української війни.

Для досягнення мети були поставлені наступні завдання:

- 1) охарактеризувати зміст і принципи соціально-психологічної реабілітації;
- 2) з'ясувати специфіку соціально-психологічної реабілітації дітей, які мають травматичний досвід;
- 3) проаналізувати травматичний досвід дітей, які постраждали внаслідок російсько-української війни;
- 4) розробити та апробувати в благодійній організації « Центр Милосердя» у м. Дрогобич програму соціально-психологічної реабілітації дітей, які постраждали внаслідок російсько-української війни.

Об'єкт дослідження: соціально-психологічна реабілітація дітей.

Предмет дослідження: особливості соціально-психологічної реабілітації дітей, які постраждали внаслідок війн.

Для досягнення мети та завдань дослідження використані наступні методи: *теоретичні:* методи та аналізу, узагальнення та синтезу для побудови теоретичної моделі дослідження; *емпіричні:* метод включеного спостереження, тест на виявлення гострого стресового розладу (Методика PCL-5), опитувальник по симптомах посттравматичного стресового розладу (Переклад Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії) та проєктивні методики діагностики особистості – «Дім – дерево – людина», «Супергерой»; *корекційні:* арт-терапевтичні, рольові ігри.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СОЦІАЛЬНИХ НАУКАХ

Проблеми соціально-психологічної реабілітації дітей вимагають уважного вивчення та постійного оновлення знань і досвіду. Розуміння важливості впливу соціокультурного середовища в процесі психологічної травми у дітей у зоні збройного конфлікту є необхідною умовою успішної реабілітації. Практичне значення полягає у визначенні особливостей соціально-психологічної реабілітації дітей у зоні збройного конфлікту, використанні результатів у подальшій роботі з цією категорією клієнтів соціальної роботи, у диференційному аналізі методів роботи з цією категорією соціальної роботи у світі. Результати дослідження також можуть бути використані як допоміжний матеріал для освітніх ініціатив, орієнтованих на студентів ЗВО.

1.1. Поняття соціально - психологічної реабілітації дітей, її завдання та принципи

У науковій літературі визначається, що соціально-психологічна реабілітація є процесом, спрямованим на відновлення функцій організму дитини, на соціальну адаптацію та інтеграцію в суспільство. Це процес засвоєння дитиною системи знань, норм і цінностей, характерних даному суспільству або соціальної групи. Основна проблема дітей, що потребують соціальної реабілітації, полягає у порушенні контактів з іншими людьми, навколишнім середовищем, культурними цінностями.

Соціальна реабілітація дітей спрямована на вирішення завдань формування основ соціальної поведінки, загального розвитку, прищеплення трудових навичок, самообслуговування та адаптації в суспільстві [5].

Соціальна реабілітація також спрямована на формування середовища, що сприяє розвитку дитини і виконує реабілітаційну функцію щодо дітей, які пережили екстремальні, надзвичайні ситуації та психотравмуючі події; дітям із прогнозованою та наявною інвалідністю; дітям у яких виявлено психічні порушення та девіантну поведінку.

Соціально-психологічна реабілітація не означає повернення дитини до минулого. Це швидше про наснаження на керування власним життям, самореалізації в різноманітних його можливостях, готовності до трансформації, переосмислення цінностей, опанування страхів та побоювань, психологічну готовність до змін.

Завданням соціальної реабілітації вважають ефективну організацію реабілітаційного процесу дитини (групи); визначення етапів і послідовності надання психологічної допомоги дитині чи цільовій групі відповідно до специфіки їхнього травматичного досвіду; добір оптимальних для дитини (групи) психологічних реабілітаційних заходів; організація та здійснення супервізійних заходів надавачам психологічних послуг.

Завданнями соціальної реабілітації також вважають заходи, щодо пропаганди здорового способу життя, зміцненню психічного здоров'я і підвищенню добробуту дітей; формування мотивації на особистісне зростання та досягнення добробуту; здійсненню втручання/терапії для відновлення цілісного та якісного функціонування психічних функцій, психічних процесів і психологічних індивідуально-особистісних показників; максимізації функцій організму та відновлення сил; забезпечення незалежного способу життя і працездатності у дітей з інвалідністю; зміні

довкілля, домашнього і робочого простору й особистісного сприймання дитиною цього простору для забезпечення безперешкодної і повноправної її участі в житті сім'ї, суспільства та професійній реалізації; психологічну допомогу членам сім'ї, щоб адаптувати їх до умов співжиття і взаємодії з особою з особливими потребами [2].

Соціальна реабілітація спирається на ряд принципів:

1. партнерство - дитину включають в процес різними способами і методами;
2. різноплановість зусиль - спрямованість реабілітаційного процесу на різні сфери життєдіяльності;
3. єдність психосоціальних і інших методів впливу;
4. ступінчастість - створення «переходів» від одного реабілітаційного заходу до іншого.

В соціальній реабілітації переважають психолого-педагогічні і діагностико-корекційні програми, що виявляють і виправляють дефекти психіки, пізнавальної сфери та особистісні особливості неповнолітніх, а також відновлення соціального статусу дитини в системі міжособистісних відносин, переорієнтацію референтних орієнтацій соціальних установок. Процес реабілітації може проводитися з використанням різних технологій і соціальних практик, якими повинні володіти фахівці, що надають допомогу і підтримку дітям, підліткам. Організація соціально-реабілітаційних послуг передбачає поетапне їх надання, має відмінності, пов'язані з пристосуванням кожного тимчасового етапу життя дитини до умов реальної дійсності.

Можна запропонувати наступний алгоритм надання соціально-реабілітаційних послуг:

1. Визначення чітко вираженої кінцевої мети, до якої необхідно підготувати дитину.

2. Поділ кінцевої мети на найближчу, середню і далеку.
3. Складання плану реабілітації дитини в конкретній організації.
4. Реалізація плану реабілітації дитини в організації.
5. Зняття дитини з обліку при його адаптації до самостійного життя.

Соціальна реабілітація дітей проявляється у вигляді комплексної, індивідуалізованої, або спеціалізованої корекційної допомоги, соціальної інтеграції, максимальної реабілітації, що можливо за певних умов. Відтак, необхідним є забезпечення соціально-психологічної реабілітації; надання комплексної соціально-правової, медико-соціальної, корекційно-педагогічної, соціально-психологічної допомоги та підтримки.

Соціальна реабілітація дітей базується на ряді принципів: заходи відновлення організму охоплюють всі його функції; реабілітаційні заходи починають проводити відразу після постановки діагнозу; при реабілітації використовуються останні наукові досягнення та інноваційні технології; всебічна доступність. Соціальна реабілітація включає адекватне кожній дитині навчання, що дозволяє прищепити соціальні навички. Успішне вирішення завдань соціальної реабілітації дозволяє: прищепити дитині необхідні фізичні і трудові навички; допомогти сформувати адекватну модель поведінки в соціумі; виробити навички самообслуговування, побутової орієнтації.

Соціально-реабілітаційна робота, як і будь-який інший вид діяльності, має свої характеристики. Найважливішою такою характеристикою є цілеспрямованість. Цілеспрямованість соціально-реабілітаційної діяльності проявляється в тому, що процес соціальної реабілітації будується з урахуванням чітко окресленої мети. Соціальна реабілітація пронизує, по суті, всі аспекти роботи, спрямовані на відновлення індивідуально-особистісного статусу, відновлення, розвиток і формування здібностей і якостей, що

дозволяють дитині успішно виконувати різні соціальні ролі, мати можливість бути реально включеними в різні сфери соціальних відносин і життєдіяльність. Змістовний сенс соціально- психологічної реабілітації полягає, перш за все, у відновленні оптимального функціонування психологічних механізмів, що забезпечують соціальну діяльність і соціальну інтеграцію [58].

Формування середовища соціально-психологічної реабілітації передбачає організацію альтернативного дозвілля, освоєння соціально - побутових навичок, придбання соціально- правових знань, розвитку навичок соціальної компетенції, і тим самим вибудовування реабілітаційного простору для успішної соціально-психологічної реабілітації дітей і їх особистісного зростання. У спортивних, театральних, художньо-прикладних та інших спеціалізованих гуртках та секціях потрібно розширювати діяльність за рахунок включення в неї дискусійних, тренінгових, загальноосвітніх занять. Вся діяльність з надання реабілітаційних послуг відбувається в єдиному середовищі, яке є структурованим, психологічно комфортним і насиченим мотиваціями до особистісного зростання.

Говорячи про реабілітаційне дозвілля, маються на увазі заходи щодо соціально-психологічної реабілітації, неодмінними атрибутами яких є психологічно комфортне середовище, значуща діяльність, значущі відносини з дорослими. До значимої діяльності відносяться і клубна діяльність, і активні заняття спортом, танцями, туризмом, і заняття музикою, театром, рукоділлям або живописом, а також активність - краєзнавчі походи, різноманітні гуртки.

В процесі реабілітації використовуються методи групової та індивідуальної роботи бесіди, інтерв'ю, спостереження, тренінги, акції, навіювання, опитування, переконання, анкетування, розвиток побутових

навичок, терапія працею, рухом, середовищем, арт терапія, драма терапія тощо.[15].

Варто розглядати також соціокультурні методи соціально-психологічної реабілітації: терапія мистецтвом і творчим самовиразом, музикотерапія, терапія літературою, терапія кіномистецтвом, арт-терапія живописом, терапія мистецтвом театру, терапія цирковим мистецтвом.

Соціально-психологічна реабілітація та її успішність зокрема, але не виключно, залежить від характеристик середовища та дитини. Чим складніше нове середовище (до прикладу, більше соціальних зв'язків, багатоскладова спільна діяльність, вища соціальна неоднорідність), чим більше воно змінюється, тим цей процес є важчим для дитини.

1.2 Соціально-психологічна реабілітація як відповідь на травматичний досвід дитини

Психологічне самопочуття дітей та молоді є першочерговим світовим питанням охорони здоров'я [20]. Дітям, котрі пережили психологічну травму, досить важко зрозуміти, що сталося з ними. Це пов'язано, насамперед, з їх віковими особливостями, їм не вистачає соціальної, фізіологічної та психологічної зрілості. Дитина, не усвідомлює, що з нею відбувається, але в її пам'яті відбиваються її почуття, та події навколо (вибухи, гучні звуки та вібрація, людські вигуки, панічні настрої тощо).

Рівень стресу може виявитися надто великим, щоб дитина могла самостійно з ним справитися, через що збільшується її вразливість. З часом пережитий стрес та може стати причиною багатьох розладів особистості, оскільки в організмі не залишиться ресурсів для його подолання. Часте повторення травмуючих ситуацій спричиняє емоційне збудження, що може набути застійної стабільної форми. З точки зору Фрейда, визначальним

фактором у результаті і наслідках травми є не її інтенсивність, а готовність або неготовність організму, що виявляється в його потенціалі. Зокрема, пошкодження не завжди проявляються в чистому вигляді, як хворобливий спогад чи переживання. стати таким «збудник» і викликає різні симптоми (фобії, obsесивно-компульсивний розлад, заїкання тощо) [15].

У таких випадках вноормування травматичної не послаблює емоційне збудження, а навпаки, діяльність внутрішніх органів та систем. Виникають розлади нормального функціонування серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, розладу імунної системи, системи згортання крові. Проблема вивчення, діагностики та корекції негативних психологічних наслідків, що виникають в результаті впливу стресогенних факторів, джерелами яких є різні травматичні події (аварії, катастрофи, військові дії, насильство), відноситься до числа найбільш актуальних [4].

Травматичний досвід виникає у зв'язку із деформуючими чинниками різного ступеня вираженості (від легких, швидко минучих, до тяжких і затяжних), які виникають у особистості у відповідь на зміни звичного способу життя. Це можливо при переїзді на інше місце проживання, зміну соціальних ролей (перехід до іншої школи, госпіталізація, міграція), зміни типу чи структури внутрішньо сімейних взаємовідносин (втрата рідних чи близьких, розлука, розлучення батьків, поява вітчима). Всі події такого роду вимагають від дитини психологічного напруження і без необхідної підготовки до можливих змін можуть легко перетворюватися у психогенні фактори, які і призводять до розвитку психопатологічних реакцій дезадаптації, які тісно пов'язані по часу виникнення і по змісту переживань із психотравмівною ситуацією. У клініці дезадаптаційних переживань раннього віку домінують порушення апетиту, розлади функцій окремих органів і систем.

Пізніше до цього типу реагування приєднуються емоційні розлади: знижений настрій, фобії, депресій та інші. Також спостерігаються розлади поведінки, а саме – агресивні та асоціальні вчинки; патологічний страх розлуки (фобії), стан тривоги і неспокою, а також змішані типи дезадаптації [22].

Відмова сприймати реально існуючі негативні події, спричиняються саме внаслідок заперечення, що в подальшому викликає деформацію сприйняття, яка підриває власну Я-концепцію. Крайньою формою заперечення є не лише деформація особистості, але і поява психопатології. Аналізуючи праці Ф. Перлза, також можна виділити захисні механізми, які, на думку дослідника, викликають труднощі у відокремленні своєї особистості та її змішування з іншими. Ф. Перлз вважав, що викривлення особистості може виникати через невміння особистості утримувати рівновагу між собою та світом.

Т.С. Яценко вважає, що завдання усіх захистів можна розглядати як прагнення, з одного боку, задовольнити, не змінюючи, дитячі бажання власного «Я», з протилежного – забезпечити захист «Я» в його ідеалізованих поняттях[13]. Тобто, психічний захист має не лише позитивну функцію (вирішення конфлікту між свідомим та несвідомим, зниження емоційної напруги та ін.), але і негативну – може призводити до стійких викривлень особистості. Актуальним для розуміння причин появи деформованості є розуміння А. Маслоу дефіцитарної любові. Вчений вважає, що така любов є егоїстичною, для себе, а виникає вона для того, щоб компенсувати недоліки захисту, поваги, самосприйняття, що у свою чергу призводить до викривлень самої особистості. У феноменологічному підході до особистості К. Роджера [29] для кожного індивіда виявляється реальним те, що існує у межах його внутрішньої системи координат (або його суб'єктивного світу), складає базу

для його суб'єктивного сприйняття, переживання і визначає його поведінку. Тобто, реагування на ті чи інші події залежить від внутрішніх установок особистості. Таким чином, внутрішні установки, що обмежують сприйняття, викривляють його, призводять до його суб'єктивності, обумовлюють появу особистісних деформацій. Вплив установок на індивіда також представлений в роботах А Адлера[16]. Так, А. Адлер виділяє чотири типи особистості за характером установок, пов'язаних зі стилями життя. За ним переважання того чи іншого типу обумовлює особливості сприйняття, реакції взаємодії з оточуючими, схильності та інтереси, типи поведінки. Тобто переважання того чи іншого типу призводить до деформаційного сприйняття особистості. Переважання того чи іншого типу як чиннику утворення особистісної деформованості можна зустріти і у Е. Фромма. Розглядаючи індивідуальні риси, як чинники деформації Дж. Фрейденберг виділяє: емпатію, гуманізм, захоплюваність, ідеалізованість, інтровертивність, фанатичність; В.І. Ковальчук – низький рівень самооцінки та зовнішній локус контролю; Т.І. Ронгинська до таких якостей відносить: сумлінність, хворобливу акуратність, прагнення у будь-якій справі добитися зразкового порядку, чутливість, вразливість, схильність сприймати чужий біль, що граничить з патологією, із саморуйнуванням [2]. До таких рис також належить педантичність, гіпервідповідальність, схильність до зверх контролю (тобто постійне перебування в позиції «Я – дорослий», «Я – контролюючий Батько»).

У трансактному аналізі Е.Берна до деформацій особистості призводить саме порушення, переважання чи пропуск того чи іншого стану. Розглянемо детально як це впливає на появу викривлень особи [8]: – зупинка у стані «Дитина»: залежність, безпомічність, емоційна неврівноваженість, нерозуміння себе, відсутність навичок прийняття рішення, навичок

підключення, при цьому чуттєвість, зацикленість на власних потребах та задоволеннях, потреба в підключенні; – пропуск стану «Дитина» і

«Дорослий», тобто відразу формується стан «Батько»: бажання допомагати за рахунок нівелювання власних потреб, пригнічення чутливості, місіонерська позиція, постійне страждання, залежність (від інших та їх думки), відсутність довіри, відмова собі у щасті; – пропуск стану «Дитина», формування стану «Дорослий»: перфекціонізм, синдром «відмінника», відсутність радості та довіри, пригнічення чутливості, надмірний раціоналізм, професія «гарна людина», активність, переважання власних інтересів над чужими, зацикленість на собі, самокритичність, відсутність емоційної та чуттєвої свободи, відчуття значимості отримується за рахунок досягнень; – пропуск стану «Дорослий», тобто перехід від «Дитини» до стану «Батько»: життя заради сім'ї, оточуючих, власні інтереси мають другорядне значення, залежність, контроль, вимогливість до себе та оточуючих, неприйняття себе, особистісна незадоволеність, значимість за рахунок користі.

Гіпертрофованість будь-якої психологічної особливості чи риси може спричинити деформацію особистості. Звідси виникає важливість розпізнавання не лише власне рис, що можуть бути причиною цієї деформації, але й внутрішні причини їх розвитку [49].

В залежності від переважаючих проявів, деформація особистості внаслідок психотравмуючих подій може визначатися як:

- Короткочасна депресивна реакція – транзиторний стан легкої депресії, що триває не більше тридцяти днів;
- Пролонгована депресивна реакція – легкий депресивний стан як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років.

- Змішана тривожна і депресивна реакція – спостерігається як тривожна, так і депресивна симптоматика, які за інтенсивністю не перевищують змішаний тривожний і депресивний розлад або інші змішані тривожні розлади.

- З переважанням порушення інших емоцій – симптоматика має різноманітну структуру афекту, спостерігаються тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів.

Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу або інших змішаних тривожних розладів, але не можуть використовуватися при діагностиці специфічних тривожних або депресивних розладів. Ця умова важлива і для реакцій дитячого віку, де додатково наявна така регресивна поведінка, як повернення до смоктання великого пальця або енурез.

- З переважанням порушення поведінки – розлад торкається переважно соціального поводження, наприклад, агресивні або дисоціальні його форми в структурі реакції горя у підлітковому віці.

- Змішаний розлад емоцій і поведінки – визначальними є як емоційні прояви, так і порушення соціального поводження.

- Інші специфічні переважаючі симптоми. Симптоми не перевищують за тривалістю 6 місяців з моменту припинення дії стресу або його наслідків, за винятком затяжних депресивних реакцій [37].

Наслідками можуть бути: депресивний настрій, тривожність, нездатність справитися з проблемою, скласти план виходу з ситуації тощо.

Можливе зниження продуктивності у побутових справах. Часом дитина може бути схильною до драматичної поведінки та епізодичної агресії, проте такі випадки трапляються доволі рідко. У підлітків можуть проявлятися розлади поведінки (агресивна або дисоціальна поведінка, тощо)[9].

Почуття безпеки є однією з найважливіших умов успішності соціально-психологічної реабілітації.

Програма реабілітації має передбачати лікувальні та психологічні заходи, спрямовані на попередження розвитку патологічних процесів та ПТСР, що, в свою чергу призводять до деформації особистості, професійних та соціальних зв'язків, девіантної поведінки, суїцидальної поведінки тощо.

1.3. Специфіка соціально-психологічної реабілітації дітей, які постраждали внаслідок війни

Почіток повномасштабної війни в Україні викликав багато емоцій, зокрема гнів, страх, тривогу та розгубленість як у дорослих, так і у дітей.

Значний емоційний стрес, пов'язаний зі страхом смерті, втратою житла, порушенням звичного способу життя, соціально-економічної невизначеністю, може негативно вплинути на психічний стан сімей з дітьми. Зокрема, травматичні обставини створюють для дітей нестабільне, небезпечне та несприятливе середовище, яке вважають перешкодою для гармонійного психологічного розвитку. Навіть коли сім'я переїжджає, дорослі не можуть приділяти достатньо уваги батьківству, потребам та рішенням своєї дитини. Сім'ї втрачають багато психосоціальної підтримки через втрату власного житла, місця роботи, стабільного джерела доходу, найближчого оточення (родичі, друзі, сусіди). Батьки, які переживають сильний стрес і кризу ідентичності, не завжди можуть виконувати свої звичні сімейні ролі та обов'язки через брак сил. На додачу діти та дорослі проживають вторинну траматизацію через необхідність пристосування до нового середовища. Тобто, відбувається накладання кількох травм: небезпека життю та здоров'ю вдома (початкова травма) додається до необхідності

приспосовуватися та взаємодіяти з чужим, незнайомим середовищем (вторинна травматизація)[14].

Ознаки, що вказують на проживання дитиною травматичного досвіду:

- дитина переживає травму (неодноразово говорить про подію, кошмари, травматичні ігри та малюнки, підвищується рівень стресу при контакті з предметами нагадування);

- посилене збудження (утруднена концентрація, порушення сну, раптові реакції);

- зміна поведінки (агресивна поведінка, дратівливість, панічна атака, суворість, суворий темперамент);

- тривога від залишення чи одержимість вихователем та вчителем (стресова реакція, якщо дитина одна в кімнаті);

- розробка нових не травматичних страхів (монстри, тварини, темні фігури);

- посилення фізичних скарг (головний біль, біль у животі);

- втрата апетиту [56].

Соціально- психологічна допомога дітям, які постраждали внаслідок військових дій включає в себе групові заняття та індивідуальну терапію[8].

Групові заняття, тренінги – спрямовані на усунення неврозів з порушенням труднощів у міжособистісному спілкуванні та взаємодії з соціумом. Це спільна діяльність, яка активізує подолання неконструктивної фіксації на хворобливому стані, розширює коло інтересів і сферу контактів, розвиває комунікативні навички.

Індивідуальна програма терапії – спрямована на відновлення деформованої психіки дитини і використовує роботу з образами в стані крайнього розслаблення із застосуванням апарату імпульсної терапії. Робота

з мислеобразами в стані релаксації дозволяє відключати зовнішню реальність і призупиняти, за рахунок цього, збудження центральної нервової системи.

У цей період відновлюються енерговитрати, оптимізуються процеси центральної нейрорегуляції, забезпечується самовідновлення. Можливість самостійної подальшої роботи за даною програмою замінює негативні відбитки минулого у свідомості людини.

Реабілітаційні заходи спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного, психологічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство.

До фундаментальних принципів роботи з психологічною травмою дітей, які постраждали внаслідок війни відносять:

- принцип нормалізації;
- принцип партнерства і підвищення гідності особистості;
- індивідуальний підхід.

У сучасній терапевтичній практиці основний наголос роблять на тому, що нормальний індивід зіткнувся з ненормальним випадком. Так, щоб нейтралізувати наслідки травми, необхідно головним чином робити ставку на мобілізацію механізмів подолання.

Знання біологічного та психологічного аспектів і соціальної динаміки дозволяє дивитися на травму в широкому контексті та знаходити пояснення наявним симптомам і засобам для їх корекції в різних сферах життя.

Усі методи, які ефективно використовувалися і використовуються для корекції наслідків травматичного досвіду, можна поділити на чотири категорії.

1. Освіта. Ця категорія включає обговорення інформації про стан дитини. Освітній процес дозволяє встановити двосторонній обмін. Це допомагає дитині усвідомити те, що її переживання й труднощі,

«нормальні» в ситуації, що склалася, і це дає їй можливість сподіватися, що фахівець може зрозуміти страждання і забезпечити необхідну підтримку та лікування.

2. Друга група методів лежить в області холістичного (цілісного) ставлення до здоров'я. Фахівці в області формування здорового способу життя справедливо відзначають, що фізична активність, правильне харчування, духовність і розвинене відчуття гумору вносять великий вклад в одужання.

3. Третя категорія включає методи, які збільшують соціальну підтримку і соціальну інтеграцію. Сюди можна віднести родинну і групову терапію. Крім того, це розвиток мережі самопомоги, створення громадських організацій і участь в їх діяльності.

4. До четвертої категорії відноситься терапія. Це робота з реакцією втрати, фобіями, бесіди, рольові ігри, гештальт- терапія тощо.

Вищезгадані методи можна об'єднати одним поняттям «Соціально-психологічна реабілітація» адже термін «психологічна реабілітація» (від латинського *rehabilitatio* – відновлення) найвлучніше пояснює процес та результати фахового надання допомоги в процесі соціально-психологічної реабілітації.

Надзвичайно важливо допомогти дитині відреагувати на травматичний досвід, який вона пережила, за допомогою обговорення, повторного проживання обставин травми у безпечному терапевтичному середовищі. Завдяки цьому відновлюється контроль над раніше некерованими реакціями.

Основне завдання фахівця – допомогти особистості усвідомити можливість трансформації його кризового стану, побачити нові перспективи і можливості повернення до нормального життя. Перш за все консультант інформує дитину про необхідність дотримання психологічної гігієни,

пропонує змінити його установку по відношенню до інших людей: навчає відокремлювати особистість від поведінки.

У результаті дитина повинна прийти до розуміння того, що відбувається і до усвідомлення завершення кризи, побороти свій страх перед майбутнім. Таким чином, психотерапевт допомагає клієнтові трансформувати, змінити свій стан, навчитися не бути жертвою.

Модель соціальної реабілітації включає такі етапи:

1. Встановлення ефективної взаємодії фахівця та дитини.
2. Робота над розвитком дитиною механізмів саморегуляції.
3. Катарсичний етап (повторне переживання).
4. Обговорення різноманітних форм поведінки, приготування до можливих життєвих ситуацій.
5. Вивчення альтернативних способів поведінки за допомогою гри.
6. Окреслення життєвих перспектив.

Сюди також можна віднести:

- створення відчуття щастя у дитини, почуття безпеки, і соціальної єдності;
- створення сприятливого середовища у школі для дитини і залучення співпраці громади[6].

Діти, що постраждали від війни чи інших неадекватних умов та змушені мігрувати, щоб звикнути до свого нового місця, зобов'язані мати необхідні умови для інтеграції в нове середовище.

Соціально-психологічна реабілітація та її успішність зокрема, але не виключно, залежить від характеристик середовища та дитини. Чим складніше нове середовище (до прикладу, більше соціальних зв'язків, багатоскладова спільна діяльність, вища соціальна неоднорідність), чим більше воно

змінюється, тим різноманітною, комплексною повинна бути програма соціально-психологічної реабілітації.

Висновки до Розділу I

Соціальна реабілітація дітей - процес, спрямований на відновлення функцій організму дитини, на соціальну адаптацію та інтеграцію в суспільство.

Завданням соціальної реабілітації є ефективна організація реабілітаційного процесу дитини (групи); визначення етапів і послідовності надання психологічної допомоги дитині чи цільовій групі відповідно до специфіки їхнього травматичного досвіду; добір оптимальних для дитини (групи) психологічних реабілітаційних заходів; організація та здійснення супервізійних заходів надавачам психологічних послуг.

Травматичні обставини створюють для дітей нестабільне, небезпечне та несприятливе середовище, що є перешкодою для гармонійного психологічного розвитку.

Необхідними умовами для здійснення соціально-психологічної реабілітації є наявність індивідуальних ресурсів, здатності людини до ефективного та доцільного їх застосування в конкретній ситуації, формування стратегії взаємодії, накопичення та аналізу пережитого досвіду.

Соціальна реабілітація дітей проявляється у вигляді комплексної, індивідуалізованої, або спеціалізованої корекційної допомоги, соціальної інтеграції, максимальної реабілітації, що можливо за певних умов. Відтак, необхідним є забезпечення соціальної взаємодії; надання комплексної соціально-правової, медико-соціальної, корекційно-педагогічної, психологічної допомоги та підтримки.

Психологічна допомога дітям, що постраждали під час перебування в зоні військового конфлікту включає в себе групові заняття та індивідуальну терапію. Групові заняття, тренінги – спрямовані на усунення неврозів з порушенням труднощів у міжособистісному та міжгруповому спілкуванні.

Соціально-психологічна реабілітація та її успішність зокрема, але не виключно, залежить від характеристик середовища та дитини. Чим складніше нове середовище (до прикладу, більше соціальних зв'язків, багатоскладова спільна діяльність, вища соціальна неоднорідність), чим більше воно змінюється, тим різноманітною, комплексною повинна бути програма соціально-психологічної реабілітації.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ

2.1 Організація емпіричного дослідження

За даними Офісу Президента України станом на 16 травня близько 230 дітей загинуло, отримали поранення понад 420 дітей. Водночас неможливо сказати, скільки ще дітей стали свідками насильства, або зазнавали фізичного або психологічного насильства. Проте щоденні звіти про масові факти насильства щодо дітей та дорослих свідчать про необхідність в детальному дослідженні травми та способів її подолання.

Емпіричне дослідження особливостей соціально-психологічної реабілітації дітей проводилося як складова частина програми соціально-психологічної реабілітації дітей, що пережили травматичний досвід війни.

Метою емпіричного дослідження є вивчення досвіду дітей, що пережили травматичний досвід війни, та апробація програми соціально-психологічної реабілітації на базі БО «Центр Милосердя» .

Завданнями емпіричного дослідження були:

1. Визначити особливості соціально-психологічного стану дітей, що пережили травмувальний досвід війни.
2. Розробити програму соціально – психологічної реабілітації для дітей, які постраждали внаслідок російсько-української війни.
3. Апробувати на базі БО «Центр Милосердя» програму соціально-психологічної реабілітації дітей, які постраждали внаслідок російсько-української війни; виявити вплив різних методів, включених до програми, на психологічний стан дітей.

Програму дослідження було складено на основі опрацьованого

теоретичного матеріалу, в тому числі - досліджень проблеми соціально - психологічної реабілітації українськими психологами та соціальними працівниками. А також на основі консультацій та рекомендацій працівників центру та волонтерів благодійних організацій, що попередньо працювали з дітьми що пережили травматичний досвід війни.

Протягом даного періоду в програмі взяли участь 46 дітей віком від 6 до 16 років. Усі діти пережили травматичний життєвий досвід під час перебування у зоні військових дій або в процесі евакуації.

Було проведено поділ дітей по вікових групах (від 6 до 12 років та від 12 до 18) – нестача фахівців не дозволяла більш суттєвого розгрупування. Більша частина дітей відвідувала ігрову кімнату разом з батьками.

Головним завданням на початку спілкування з дитиною було встановити та підтримувати турботливі, довірливі стосунки з дитиною, заохотити дитину «розкритися», відновити самоповагу, знову навчитися довіряти собі та іншим людям.

Оскільки багато дітей на початкових етапах знайомства не йшли на контакт, були мовчазними, замкнутими –збір інформації відбувався лише після того, як була завойована увага дитини.

Розуміючи, що в дітей часто немає психологічного резерву для озвучення своїх почуттів, було використано проєктивні методики для психологічної діагностики.

Усіх досліджуваних було проінформовано про проведення емпіричного дослідження та отримано згоду на обробку та використання даних.

З метою захисту особистої інформації, усі імена досліджуваних змінено.

Для всебічного охоплення та розуміння проблеми було також проведено дві консультації з медичними працівниками, щоб з'ясувати безпечність проведення емпіричного дослідження з дітьми, що пережили травматичний досвід.

Програма емпіричного дослідження особливостей соціально – психологічної реабілітації у Благодійній організації «Центр милосердя» тривала чотири тижні, по 4 години на тиждень. Загалом було проведено 16 занять.

Емпіричне дослідження особливостей соціально-психологічної реабілітації дітей, що пережили травматичний досвід війни проводилося у п'ять етапів:

Перший етап – ознайомчий. Передбачає попереднє ознайомлення з особистими справами дитини, вивчення випадку, консультацію з психологами БФ Карітас Україна стосовно принципів та особливостей праці з дітьми, що пережили травматичний досвід війни.

Другий етап – діагностичний. Під час другого етапу було проведено психодіагностичні дослідження, аналіз результатів психодіагностичного дослідження та складання плану взаємодії відповідно до характеру та ступеню травми. Для проведення психодіагностичного дослідження було застосовано проєктивні методики «Дім-дерево-людина», «Країна моєї мрії» та «Мій супергерой».

Для комплексної оцінки було використано вторинний аналіз даних на основі результатів діагностичних тестів (Опитувальник по симптомах постратматичного стресового розладу)

Крім цього, для спостереження за динамікою психоемоційного стану дітей було застосовано так звану «Шкалу настрою» із зображеннями емоджі-смайлів, що виражають різноманітні емоції. Кожного заняття діти

самостійно відзначали свій настрій до та після терапії.¹

Третій етап – реабілітаційний. Під час третього етапу було проведено поділ дітей на вікові підгрупи (6-12 та 13 -18), кожна з яких окремо отримувала соціально- психологічну допомогу а також для того, щоб дослідити та підтвердити ефективність застосування методик арт-терапії у процесі соціально–психологічної реабілітації.

Методом соціально – психологічної реабілітації для обох підгруп була арт – терапія у таких різноманітних формах як казкотерапія, терапія з пластичними матеріалами (пластилін), та арт – терапія. Також для повноти реалізації творчого потенціалу дітей співробітниками БО «Центр Милосердя » та волонтерами було організовано ігрову кімнату, стіни якої розписувалися учнями місцевої художньої школи та декількома активними учасниками програми.

Крім роботи у підгрупах, по три години тричі на тиждень досліджувані збиралися для проведення групових занять, що проводились у співпраці з працівниками центру.

Під час групових занять досліджувані брали участь у чотирьох видах діяльності. У першій діяльності було застосовано різновид казкотерапії - досліджувані показували та інтерпретували некультурні міфи, оповідання та легенди, в тому числі й творчість зарубіжної та української культур. Доведено, що це чинить значний вплив на процес реабілітації особистості до нового середовища, оскільки ці історії виражають багатство меншини, стимулюють відчуття єдності у соціальній групі, та укріплюють позитивне сприйняття нового середовища.

Метою другого виду діяльності було охоплення історії вимушеного переселення дітей - їхнім завданням було вибрати або уявити героя,

¹ Див Додаток А

розповісти історію цього персонажа, намалювати його і спробувати «приміряти» його роль на собі, розказати, від чого саме цей супергерой їх врятує. У даному процесі творчості діти малювали своє минуле та майбутнє. За допомогою даної методики соціально - психологічної реабілітації, досліджувані мали змогу проявити наявні та приховані (або ж складні для самостійного інтерпретування) почуття, розповісти за допомогою ігрового методу про позитивний або негативний життєвий досвід.

Наступні види діяльності полягали у відвідуванні дітьми уроків плавання (що забезпечувало фізичну, психологічну та соціальну реабілітацію, а також соціальну адаптацію та інтеграцію).

Четвертий етап - повторний діагностичний. По закінченню дослідження було повторно проведено проєктивні тести діагностики. Для повторної комплексної оцінки було використано вторинний аналіз даних на основі результатів діагностичних тестів (тест на виявлення критеріїв гострого стресового розладу(Методика PCL-5 для дітей 12-17 років), Опитувальник по симптомах посттравматичного стресового розладу, проведених психологами Центру.

П'ятий – етап обробки і аналізу результатів.

Окрім власне програми емпіричного дослідження, з дітьми – біженцями проводилася робота, спрямована на інтеграцію до культурного середовища – уроки української мови для дітей та батьків (це також передбачало єднання дитини з членами сім'ї під час процесу реабілітації, що зменшувало відчуття стресу та тривожності), поточну оцінку потреб та заходи, спрямовані на їх вирішення, а також поступове включення дітей у процес дистанційного навчання в школах.

Також з діти знаходилися під медичним супроводом британської

організації UK-MED, що працювали як мобільні групи з наданням безоплатної медичної допомоги та ліків вимушено переселеним особам. Завдяки організованості БО «Центр Милосердя» та підтримці британських колег двох дітей з інвалідністю було вивезено за кордон для подальшої реабілітації.

2.2 Характеристика стану дітей, які постраждали внаслідок російсько-української війни

Загальна вибірка складає 46 дітей, що отримували допомогу в центрі для проведення емпіричного дослідження особливостей соціальної реабілітації дітей, що постраждали від військового конфлікту. З них 20 дівчат та 26 хлопців.

У чотирьох дітей спостерігалися ознаки гострого стресового розладу. Спостереження за даними дітьми проводилося особливо ретельно, у співпраці з психологами та соціальними працівниками.

Віковий діапазон вибірки від 6 до 14 років.

Досліджувана група була розділена на дві підгрупи по 13 дітей: група А(діти віком від шести до 12 років) та група Б (діти віком від 13 до 18 років).

Характеристика вибірки групи А(6-12 років).

Група А складалася з дванадцяти досліджуваних чоловічої статі та десяти досліджуваних жіночої статі віком від шести до дванадцяти років

Дев'ятеро учасників групи А пережили травматичний досвід. Тринадцятеро пережили складну евакуацію. З них шестеро народилися в Луганській області, тобто проживали у значній близькості з зоною проведення військових дій. П'ятеро пережили досвід розлучення з одним або двома батьками. У п'ятьох дітей пошкоджене або зруйноване

житло Двоє досліджуваних дітей виявляють ознаки гострого стресового розладу. Розглянемо детальніше ці два випадки:

Випадок : дитина №1 групи А із ознаками ПТСР –Дарина (Вік: 8,5; стать: жіноча).

Травматичні життєві події та обставини травми: Дарина разом з батьками та молодшим братом проживали в Ірпені. Коли розпочалися обстріли, сім'я ховалася у сусідському підвалі. Після кількох днів у підвалі, провівши два дні в дорозі, родина дісталася Львова, де отримали первинну допомогу та переїхали у Дрогобич. Перший тиждень діти проживали у школі, потім їм надали місце в гуртожитку. Дівчинка переживає за батька та дядька у ТРО.

Ознаки гострого стресового розладу проявляються у надмірній замкнутості, напруженості, частих нічних жахіттях, появою ніктофобії - боязні темряви. Також спостерігаються часті розлади травлення, головний біль, запаморочення.

Випадок : Дитина № 2 групи А з ознаками ПТСР – Вадим (Вік: 11, 5 р; стать: чоловіча)

Травматичні життєві події та обставини травми: дитина походить з малозабезпеченої багатодітної сім'ї на Харківщині. Звідси дефіцит уваги та обов'язки, що не відповідають віку дитини. Близький дитині дядько загинув під час обстрілу, дитина бачила його смерть на відео у соціальних мережах.

Ознаки гострого стресового розладу проявляються у замкнутості, потайливості, розладах сну, агресивності, схильності до куріння.

Ці досліджувані брали участь у процесі реабілітації та отримували додаткову психологічну допомогу від локальної Психологічної служби на

базі БФ Карітас.

Характеристика учасників групи Б (13-18 років):

Підгрупа Б складалася з двадцяти чотирьох дітей, дванадцятьох дівчаток та дванадцятьох хлопців. Двоє дітей перебували близько в момент бомбардування. Одна дитина пережила розлуку з батьками. Одна дитина пережила смерть одного з батьків. Двоє дітей – хлопчик 13 років та дівчинка 12.5 років виявляли ознаки посттравматичного стресового розладу. З огляду на цей факт, спостереження за ними було також особливо ретельним.

Випадок: Дитина №1 групи Б із ознаками ПТСР – Маша (Вік: 12. 5 р; стать жіноча).

Травматичні життєві події та обставини травми: Дівчина разом з батьками провела місяць у підвалі власного будинку на Миколаївщині. Внаслідок довгого перебування в холодному підвалі довго хворіла. Коли родина намагалася виїхати з селища, на декількох блокпостах російські військові проводили перевірки батьків та торкалися її матері та дитини проти її волі, погрожували насильством. Родина відкупилася майже усіма грошима, які у них були, щоб захистити дитину.

Ознаки гострого стресового розладу проявляються в надмірному страху та недовірі до осіб чоловічої статі, загальній недовірливості, бунтарській поведінці. У реакціях на психологічні подразники проявляються агресія, злість, бажання закріпити за собою роль лідера - бунтаря.

Випадок: дитина №2 групи Б із ознаками ПТСР - Олег (Вік: 13 р; стать: чоловіча)

Травматичні життєві події та обставини травми: сім'я проживала на

Київщині. У квартиру поверхом нижче влучив російський снаряд. Родина отримала незначні травми. Разом з бабусею та мамою хлопчик виїхав евакуаційним потягом до Львова. Батько Олега загинув на Харківщині через декілька днів після того, як родина дісталася до Дрогобича.

Ознаки гострого стресового розладу в досліджуваного спостерігаються проблеми з відчуттям безпеки, переживання через шрами на обличчі, розлади сну, гостра реакція на різкі звуки.

Ці досліджувані брали участь у процесі реабілітації і також отримували додаткову психологічну допомогу від працівників БО «Центр Милосердя» у межах загальної програми соціально - психологічної реабілітації.

Для кожної дитини було розроблено індивідуальну карту, в яку вносились результати спостереження, результати психодіагностичних тестів та проєктивних методів діагностики, щоденна шкала настрою, тощо.

Висновки до Розділу 2

В результаті проведеного емпіричного дослідження на виявлення особливостей соціально - психологічної реабілітації дітей, що пережили травматичний досвід війни було досліджено особливості соціально-психологічної реабілітації дітей, що пережили травматичний досвід війни; підтверджено ефективність застосування методів арт – терапії у процесі соціально – психологічної реабілітації.

Дітям, що пережили травматичні події важко усвідомити свої емоції та почуття. Це пов'язано насамперед з їхніми віковими особливостями: їм не вистачає соціальної, фізіологічної та психологічної зрілості. Дитина не в змозі повністю усвідомити сенс того, що відбувається – вона просто

запам'ятовує ситуацію, свої переживання цієї миті. Її сприйняття дійсності стає хаотичним, безладним, заплутаним, руйнується «структура світу» в якому дитина живе.

Розуміючи, що в дітей часто немає психологічного резерву для озвучення своїх почуттів, було використано проєктивні методики для психологічної діагностики.

В результаті проведеного емпіричного дослідження на виявлення особливостей соціально - психологічної реабілітації дітей, що пережили травматичний досвід війни було досягнуто наступне:

- досліджено особливості соціально- психологічної реабілітації дітей, що пережили травматичний досвід війни;
- досліджено та підтверджено ефективність застосування методик арт – терапії у процесі соціально – психологічної реабілітації.

РОЗДІЛ III. ФОРМИ ТА МЕТОДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ

3.1 Програма соціально-психологічної реабілітації дітей, які постраждали внаслідок війни

Благодійна організація «Центр милосердя» - це недержавна неприбуткова організація, яка працює з 1999 року в місті Дрогобич.

До початку повномасштабного вторгнення БО «Центр Милосердя» надавали соціальну допомогу незахищеним верствам населення, в тому числі дітям (наприклад, дитяча група позашкільного дозвілля «Сонечко» та дитячі групи з вивчення мови «Вчимо англійську разом» для дітей 2-8 класів, організація дозвілєвих заходів, консультативні послуги, організація благодійної допомоги та ін.

У місто Дрогобич прибуло близько семи тисяч вимушено переселених людей, з них близько двох тисяч – діти. Це жителі здебільшого Київської, Луганської, Донецької, Запорізької та Миколаївської областей.

До процесу поселення у місті Дрогобич було залучено 3 гуртожитки, 5 шкіл та місцеві хостели.

БО «Центр Милосердя» взяла опіку над сім'ями з дітьми, що проживали у двох гуртожитках (близько 140 сімей з дітьми).

У зв'язку з початком повномасштабної війни організація спрямувала свої зусилля у двох напрямках:

1. Організація для сімей з дітьми сприятливих побутових умов:
 - пошук житла або покращення тимчасового житла (закуплено дві пральні машини, щоб була змога випрати речі, пральний порошок; збір коштів та закупівля волонтерами бойлера для подачі гарячої води в душову кімнату);
 - забезпечення продуктами гігієни, одягом;

- забезпечення безкоштовного харчування (організація повністю оплачувала постачання обіду та вечері для жителів двох тимчасово переобладнаних гуртожитків – близько 350 людей, в тому числі діти)

- організація правової допомоги, налагодження комунікації між працівниками місцевих служб та переселенцями.

2. Надання соціально-психологічної допомоги дітям:

- створення ігрових та тренінгових кімнат у гуртожитках, де діти тимчасово проживають (ремонт, закупівля або волонтерська допомога іграшок, настільних ігор);

- встановлення довірливих стосунків та оцінка потреб, спроможностей/ресурсів дітей, що пережили досвід війни (індивідуальна бесіда; тест на виявлення гострого стресового розладу (Методика PCL-5 для дітей 12-17 років), а також проєктивні методики діагностування особистості - «Дім - дерево – людина»)

- розробка плану реабілітації з урахуванням індивідуального досвіду дитини;

- заняття з фахівцями Центру милосердя та волонтерами двічі на тиждень (арт- терапія, казкотерапія – казки на листівках, «Мій герой» - створення свого супергероя, «Моя країна»).

Розроблена нами програма соціально-психологічної реабілітації дітей, що пережили травматичний досвід війни, тривала 4 тижні. Протягом цього часу для реалізації якісного процесу соціально-психологічної реабілітації окрім психодіагностичних методик та процедур було використано індивідуальні та групові форми та окремі методи соціальної реабілітації. З досліджуваними працювали в індивідуальній формі - у процесі діагностики, використанні індивідуальної бесіди, та в груповій формі - під час дослідження вправ на ефективність методів арт -терапії та вправ на розвиток мислення та логіки у процесі реабілітації дітей.

Учасники отримували комплексну допомогу на базі Благодійної організації «Центр Милосердя», що включала в себе : психотерапевтичну та матеріальну допомогу дітям та їхнім родинам, допомогу в процесі соціалізації та включенні в місцеву громаду, полегшення процесу інтеграції дитини у шкільне середовище.

Для створення програми комплексної соціально – психологічної реабілітації було застосовано методи психодіагностики та заходи соціально - психологічної реабілітації. Розглянемо їх детальніше. Для визначення критеріїв стресу у дітей було використано діагностичні критерії гострого стресового розладу (за DSM-IV-TR код 308.3).

Діагноз гострого стресового розладу ставиться за таких обставин:

А. Дитина пережила травматичну подію де були наявні такі критерії:

1. Дитина була свідком або зіштовхнулася з певними подіями або обставинами, за яких існувала пряма загроза життю та здоров'ю дитини або інших людей;

2. Проживаючи цю подію дитина відчувала безпорадність, неконтрольований страх, жах .

В. Під час або після травматичної події проявлялися три (або більше) дисоціативні симптоми:

1. Суб'єктивні відчуття заціпеніння, відчуженості або відсутності емоційної чутливості;

2. Затуманеність сприйняття навколишнього середовища;

3. Дезорієнтація;

4. Деперсоналізація;

5. Вибіркова амнезія (складнощі з запам'ятовуванням важливих деталей травматичної події).

С. Повторне переживання травматичної події у повторюваних образах, думках, снах, спогадах, стрес від спогадів про травмуючу подію.

Д. Очевидне уникнення нагадувань про травму (наприклад, думок, почуттів, розмов, дій, місць, людей), які викликають травматичні спогади.

Е. Явні симптоми підвищеної тривоги або сексуального збудження (наприклад, труднощі зі сном, роздратованість, труднощі з концентрацією уваги, безсоння, надмірна тривога тощо).

Ф. Порушення у соціальній, професійній чи іншій важливій функціональній сфері або погіршення спроможності особистості вирішувати проблеми, що виникають (пошук допомоги, піклування про сім'ю тощо).

Г. Порушення триває протягом, як мінімум, від двох днів до чотирьох тижнів і відбувається протягом чотирьох тижнів після травматичної події

Н. Порушення не виникло внаслідок зловживання наркотиками, ліками чи медичного стану людини і не є загостренням раніше існуючого розладу.[5]

Діагноз посттравматичного стресового розладу визначають за такими критеріями :

В емоційній сфері: поява страхів як першої реакції на пережитий стрес.

Ці страхи спричинені потребою уникнути повторного переживання загрозової події.

На когнітивному рівні: погіршення концентрації уваги: діти стають неуважними; порушення пам'яті: діти все забувають, їм важко згадувати минуле, особливо інформацію травматичного чи стресового характеру; втрата уже сформованих когнітивних навичок; порушення сприйняття навколишнього середовища: сприйняття стає хаотичним, уривчастим, вирізняється плутаниною.

На поведінковому рівні ПТСР у дітей виявляється у: різких змінах поведінки. Наприклад, діти не хочуть розлучатися з батьками навіть ненадовго, можуть у прямому сенсі слова чіплятися за батьків і потребують постійної їхньої присутності, фізичного контакту; регресія в поведінці.

Поведінка травмованих дітей часто характеризується ворожістю і конфліктністю стосовно інших.

Бесіда

Бесіда є допоміжним, але значимим інструментом в процесі дослідження. Спостереження за досліджуваними у ході бесіди та аналіз змісту додали значного розуміння особливостей соціально – психологічної реабілітації. Проведення діагностичних інтерв'ю дозволяє дітям розповісти про те, що з ними сталося в травматичній обстановці, зрозуміти емоції, пов'язані з важким моментом у їхньому житті, поглянути на події з нового ракурсу та відновити цілісну картину, переосмислити свій досвід у травматичній ситуації та як це впливає на їхню майбутню поведінку, діяльність та здоров'я.

Часом під час співбесіди дитина може показувати невпевненість, занепокоєння, захисні відповіді – протести, агресія тощо. Все це має велике діагностичне значення. Необхідно враховувати багато з цих характеристик, як-от: паузи, побічні асоціації, відхилення в розмові, нерозуміння проблеми, ознаки «шоку» в деяких питаннях тощо.

Вміння правильно тлумачити такі ознаки, як: паузи, побічні асоціації, відхилення від розмови, різка реакція на певні питання або нерозуміння мають велику діагностичну цінність.

Проективна методика діагностики особистості «Дім – дерево – людина»

Зміст методики полягає в аналізі результатів художньої діяльності обстежуваного. Дитині пропонується зобразити дім, дерево та людину.

Аналізуючи результати, звертається увагу на розміри елементів, розміщення на сторінці, підбір кольорів, м'якість / різкість ліній, різноманіття елементів, тощо.

Застосування у процесі соціально психологічної реабілітації арт - терапії та вправ та ігор на розвиток мисленнєвих процесів.

Про психічне життя, особливості людини можна судити також опосередковано – по продуктах її діяльності, тобто по таких матеріалах, як малюнки, письмові твори (вірші, проза), технічні вироби, тематичні альбоми, колекції і т.д. Коли вивчають творчу діяльність людини, дуже важливо аналізувати не лише продукт, але й прослідкувати сам процес створення цього продукту, з'ясувати як були отримані певні результати. Окрім змістовної сторони цих продуктів діяльності (тематика, сюжет, зміст), деяке значення для пізнання особи має й їхнє оформлення, зокрема стиль письмового мовлення, манера малювання і т. ін. Все це дозволяє розкрити не лише особливості творчої діяльності, інтересів і здібностей піддослідного, але й отримати додаткові дані про його ставлення до тих чи інших явищ оточуючого середовища.

Під час групових занять досліджувані брали участь у п'яти видах діяльності. У першій діяльності було застосовано різновид казкотерапії - досліджувані показували та інтерпретували некультурні міфи, оповідання та легенди, в тому числі й творчість зарубіжної та української культур. Доведено, що це чинить значний вплив на процес реабілітації особистості до нового середовища, оскільки ці історії виражають багатство меншини, стимулюють відчуття єдності у соціальній групі, та укріплюють позитивне сприйняття нового середовища.

Метою другого виду діяльності було охоплення історії вимушеного переселення дітей - їхнім завданням було вибрати персонажа, якого вони зустріли за життя і розповісти історію цього персонажа, намалювати його. У

даному процесі творчості діти малювали своє минуле та майбутнє. За допомогою даного методу соціально - психологічної реабілітації, досліджувані мали змогу проявити наявні та приховані (або ж складні для самостійного інтерпретування) почуття, розповісти за допомогою ігрового методу про позитивний або негативний життєвий досвід.

У третьому виді діяльності завданням досліджуваних було принести міфи, історії та казки, які безпосередньо відображають культуру і традиції їх сімей. Ця діяльність зміцнює діалог між сім'єю та видозмінює у позитивне русло спогади щодо їх минулого і дозволяє їм запам'ятати хороші спогади про свою культуру.

Наступні діяльності полягали у відвідуванні дітьми уроків плавання (що забезпечувало фізичну, психологічну та соціальну реабілітацію, а також соціальну адаптацію та інтеграцію).

3.2 Особливості впровадження програми соціально–психологічної реабілітації дітей, що постраждали від військового російсько-української війни

Під час соціальних або військових конфліктів діти особливо вразливі до проблем психічного здоров'я. З 2014 року війна завдає руйнівного впливу на населення країни, маючи безліч негативних факторів, які впливають на психологічне здоров'я. Значне навантаження на систему охорони здоров'я створює перешкоди в наданні вчасної та кваліфікованої допомоги. Це також стосується якості освіти - у східних та південних регіонах країни діти не мають доступу до навчального процесу.

Мабуть, найважливіші для розвитку та добробуту дитини, сімейні та соціальні структури були пошкоджені, а молодші діти віком до восьми років вирости не знаючи нічого, крім війни. Діти, що пережили травматичний досвід війни часто стикаються із втратою членів сім'ї. Нерідко вони беруть на себе обов'язки дорослих і доглядають своїх маленьких братів та сестер.

Метою емпіричного дослідження було дослідити особливості соціально-психологічної реабілітації дітей, що пережили травмуючий досвід війни.

В результаті дослідження було виявлено високий позитивний ефект програми реабілітації у двадцяти п'яти з сорока шести досліджуваних та частковий позитивний ефект у одного з досліджуваних.

Позитивний ефект програми підтверджується результатами тестів психодіагностики та проєкційних методик, аналізом шкали емоційного самопочуття індивідуально у кожної дитини, спостереження за поведінкою досліджуваних у процесі взаємодії з соціумом під час діяльності, що передбачає інтеграцію в локальне культурне середовище. Отримано позитивні відгуки членів родин досліджуваних, зазначено покращення психоемоційного стану, зменшення фізіологічних проявів психологічної травми, зниження рівня агресії та покращення навичок соціальної взаємодії.

Варто зазначити, що дане емпіричне дослідження необхідно розглядати у контексті травматичної ситуації, під час якої досліджувані отримали травму.

Війна на Сході України тривала 8 років і у свідомості людей відбивається як тривале, постійне явище. Можна зробити висновок, що, в певному сенсі, війна є нормою. Як наслідок, діти виростають в середовищі підвищеної тривожності та напруженості, агресії, низької самооцінки, де поняття соціальної взаємодії є деформованим. Через низький рівень освіти, або її відсутність наявні високі показники вчинення кримінальних злочинів. Мінімальний спектр можливостей соціального та культурного дозвілля не сприяє повноцінному розвитку особистості. Можна зробити висновок, що певні навички соціальної взаємодії атрофуються при відсутності можливостей для їх розвитку.

3.3 Аналіз результатів апробації програми соціально-психологічної реабілітації дітей, що постраждали внаслідок російсько-української війни

У ході емпіричного дослідження особливостей соціально-психологічної реабілітації дітей, що пережили травматичний досвід війни, було проведено два етапи діагностики стану досліджуваних: до та після етапу соціально-психологічної реабілітації.

Комплекс методів діагностики включає: метод спостереження, індивідуальну бесіду, тест на виявлення гострого стресового розладу, тест на виявлення ПТСР, а також проєктивні методики діагностування особистості: «Дім - дерево – людина»

Додатково, для виявлення ознак стресу було використано шкалу виявлення показників стресу або ПТСР у дітей, яка містить такі фактори: почуття агресії, тривога; підвищене почуття страху, несподіване відчуття страху, якого раніше не було; порушення або втрата апетиту, сну, гіперактивність або, навпаки, її зниження; погіршення імунітету, загострення хронічних захворювань; часті травми; часті конфлікти з оточуючими, невдоволення тощо.

Окремі дані досліджуваних дітей було згруповано у таблицьки відповідно до поділу груп для аналізу результатів до та після етапу реабілітації.

Діти відчувають труднощі з осмисленням травматичної події та усвідомленням власних почуттів перше за все, через вікові особливості, адже не досягають зрілості на соціальному, психологічному та фізіологічному рівнях. Оскільки дитина не усвідомлює травматичну ситуацію, що відбулася - в пам'яті відбиваються її переживання, епізодичні спогади, що деформують сприйняття дійсності, створюють хаос в уявній «структурі світу».

Основні потреби дітей, які було виявлено:

- потреба безпечного та комфортного середовища;
- відновлення фізіологічного комфорту – нормального

температурного режиму, задоволення гігієнічних потреб, потреби у воді, їжі і сні тощо

- підтримання постійного контакту з батьками/рідними;
- медичний супровід;

Психологічні потреби:

- поділитися сильними почуттями (страху, провини, гніву) й отримати допомогу в їх подоланні;
- одержати підтримку під час пригадування чи оповіді про болісний досвід;
- одержати підтримку для відновлення почуття власної цінності та самоповаги;
- можливість обговорити власну безпеку та плани на майбутнє;
- виявити симптоми психологічної травми та отримати допомогу в їх подоланні;
- відновити довіру до людей та надії на подальше життя.

Комплексна оцінка психоемоційного стану досліджуваних містила також спостереження за досліджуваними в процесі проведення індивідуальної бесіди та під час групових взаємодій. Було виявлено схильність досліджуваних орієнтуватися на думку інших (вивчення та копіювання реакцій на позитивні та негативні події у працівників центру, схильність орієнтуватися на поведінку неформального лідера групи), що може пояснюватися:

а) відчуттям розгубленості у новому середовищі, страхом зробити щось неправильно, небажанням відкриватися, а відтак – необхідність копіювати поведінку інших, щоб уникнути втручання психолога та соціального працівника;

б) ознакою низької самооцінки, слабкістю навичок до самоаналізу та аналізу подій, бажанням створити позитивне або негативне уявлення про

себе.

Таблиця 2. 1.

Характеристика соціально – психологічного стану дітей Групи А, категорія 6 - 12 років до етапу реабілітації.

Психо– діагностичне дослідження	Ім'я	Дарина	Вадим	Катерина	Дмитро
	Стать	Ж	Ч	Ж	Ч
	Вік	8.5р	8 р	9,5	6,5
Ознаки Гострого стресового розладу		Наявні замкнутість, напруженість, розлади сну, ніктофобія, розлади травлення	Наявні замкнутість, розлади сну, енурез	Не спостерігають ся	Не спостерігают ься
Проективна методика «Дім-дерево- людина»		Ознаки пережитої психологічної травми: зображення дерева без коріння, похмурої погоди, нечітке зображення	Ознаки пережитої псих.травми - детальний образ будинку, багато птахів та дуплю на дереві, зображення	Ознаки тривожності, напруженості -покинутого будинку без дверей та сходів, відсутність листя на дереві, непропорційн	Ознаки тривожності , надмірно великий будинок, щільно оточений деревами та кущами, масивний дах, сама

	людини на малюнку.	людини в нижньому куті аркуша.	і частини тіла.	людина невелика, нечітка.
--	--------------------	--------------------------------	-----------------	---------------------------

Таблиця. 2.2.

Характеристика соціально – психологічного стану дітей Групи Б, категорія 13-18 років до етапу реабілітації.

Психо– діагностичне дослідження	Ім'я	Маша	Олег	Марія	Амалія
	Стать	Ж	Ч	Ж	Ж
	Вік	13.5 р	13 р	16 р	13 р
Ознаки Гострого стресового розладу	Наявні	Наявні	Не спостерігаються	Не спостерігаються	
Проективний тест «Дім-дерево - людина»	Ознаки пережитої псих.травми: зображення дерева з малою кількістю гілок,мало листя, декілька квіток, будинок без	Ознаки пережитої псих.травми: зображення людини невелике, внизу аркуша, акцент на сірі кольори, у будинку голі вікна,	Незначні ознаки пережитої психологічної травми:мала кількість листя на деревах, проте, багато квітів, будинок з	Незначні ознаки: широкий будинок(інтерпретація дитини - щоб у всіх була власна кімната, багато хмар на небі, людина чітко розмальована.	

	комина.	маленьки й дах.	якого йде дим, зображення тварин навколо.	
--	---------	--------------------	---	--

Після проведення етапу соціально-психологічної реабілітації було повторно досліджено обидві групи аналогічними методами діагностики.

Протягом реабілітаційного етапу емпіричного дослідження стан дітей суттєво покращився. Сформувався дитячий колектив, утворилися нові зв'язки, покращилися навички взаємодії у групі та індивідуально. Відсутність такого постійного травматичного фактору впливу, як війна у житті дитини, суттєво зменшує рівень тривожності та покращує процеси соціально – психологічної реабілітації індивіда.

Таблиця 2.1.

Комплексна характеристика соціально - психологічного стану дітей групи А, категорія 6-12 років після етапу реабілітації.

Психо- діагностичне дослідження	Ім'я	Дарина	Вадим	Катерина	Дмитро
	Стать	Ж	Ч	Ж	Ч
	Вік	8.5р	8 р	9,5	6,5
Ознаки Гострого стресового розладу	Спостерігаю ться позитивні зміни: вибір	Спостерігаю ться позитивні зміни:	Спостерігаю ться позитивні зміни: вибір	Спостерігаю ться позитивні зміни: вибір	Спостерігаю ться позитивні зміни: вибір

	світлих тонів, багато листя, людина наближена до центру, двері пропорційні будинку. Частково можна відстежити тривожність (елементи травми на малюнку) та невпевненість у собі.	зображення людини пропорційне, більш усміхнене, кількість зеленого кольору на малюнку.	світлих тонів, деталізоване зображення усіх елементів.	світлих тонів, деталізоване зображення усіх елементів.
--	---	--	--	--

Таблиця 2.2.

Комплексна характеристика соціально - психологічного стану дітей групи Б, категорія 13-18 років після етапу реабілітації.

Психодіагностичне дослідження	Ім'я	Маша	Олег	Марія	Амалія
	Стать	Ж	Ч	Ж	Ж
	Вік	13.5 р	13 р	16 р	13 р
Ознаки Гострого стресового розладу	Спостерігаються позитивні зміни: вибір світлих тонів, деталізоване зображення усіх елементів.	Спостерігаються позитивні зміни: зображення людини пропорційне, більш усміхнене.	Спостерігаються позитивні зміни: вибір світлих тонів, багато листя, людина наближена до центру, двері пропорційні будинку.	Спостерігаються позитивні зміни: вибір світлих тонів, позитивне інтерпретування малюнку дитиною.	

Аналіз даних показує покращення психоемоційного стану дітей, розвиток навичок міжособистісної взаємодії, зменшення напруги, підвищення самооцінки, зменшення або зникнення проявів фізіологічних реакцій на стрес, фрустрації, покращення навичок самоконтролю, збільшення позитивних емоцій, зацікавленість до процесу навчання, укріплення дружніх зв'язків у групі. Про позитивні зміни свідчать записи індивідуальних бесід та групових занять, тестів та методик діагностики, аналіз продуктів творчої діяльності.

У кількох випадках процес соціально – психологічної реабілітації дав дещо менші результати, ніж очікувалося (наприклад щодо рівня тривожності). Це пояснюється тим, що не всі травматичні фактори зникли після переїзду дитини у Львівську область. Явища насильства, особливо у сім'ї, вживання алкоголю батьками, бідність, перешкоди в отриманні житла – усе це може уповільнити процес реабілітації. Існує ризик повторної травматизації дитини. Тому важливо відслідковувати наявність цих факторів та занотовувати їх особливості у процесі діагностики, а також робити заходи щодо їх вирішення.

Немає принципової відмінності між впливом вправ на досліджуваних чоловічої статі та жіночої. Встановлено, що діти однаково отримують задоволення від діяльності.

Аналіз динамічних змін показників емоційної сфери у шкалі настрою показав зростання позитивних емоцій протягом часу проведення емпіричного дослідження. Суттєве покращення настрою в групі було виявлене після проведення соціокультурних методик соціально – психологічної реабілітації особистості.

Найсуттєвіший показник позитивних емоцій збігався з часом фізичної активності дітей у басейні. Встановлено, що гімнастика та водна терапія відіграють значну роль в процесі соціально-психологічної реабілітації. Також

вони подовжують та посилюють ефект від арт – терапії та терапії за допомогою вправ та ігор на розвиток мисленевих процесів.

Особливості перебігу процесу соціально-психологічної реабілітації у дітей з посттравматичним стресовим розладом.

Діти з ПТСР є більш вразливими до будь-яких подразників навколишнього середовища. Тому під час проведення етапів емпіричного дослідження особливостей соціально-психологічної реабілітації, психологи та соціальні працівники особливо уважно слідкували за їх реакцією. Показники психодіагностичних тестів та проєктивних методик показують позитивну динаміку перебігу процесу соціально – психологічної реабілітації. Із чотирьох досліджуваних дітей з діагностованим ПТСР суттєво зменшилися негативні прояви травми. Зменшилися прояви фізіологічних реакцій, покращилася якість сну. Аналіз результатів творчої діяльності показує суттєву перемену у виборі кольору, формах, різкості штрихів та ін., що свідчить про покращення психоемоційного стану.

Результати вторинного аналізу даних діагностичних тестів (оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності, критерії розвитку ПТСР) та проєкційних методик показують значне покращення психоемоційного стану досліджуваних у віковій категорії 6 – 10 років.

У процесі соціально - психологічної реабілітації логічна гра або задача стає середовищем, де дитина має змогу отримати контроль над ситуацією, чітко розуміти правила і слідувати ним, абстрагується від емоційних переживань. А здобувши перемогу - покращує самооцінку, отримує розуміння «реального результату» .

Можна зробити висновок, що результати учасників відображають широкий спектр психологічних, психічних, соціальних проблем, який є наслідком психологічної травми, завданою обставинами війни. Психодіагностичні тести та методики показують високий рівень

тривожності та низької самооцінки, стан оніміння, або навпаки, надмірна активність, як реакція на травму, глибоке переживання травматичних подій – бойових дій, втрату близьких, розлуку з близькими, потребу в спілкуванні та соціокультурному розвитку; розгубленість у новому середовищі, потребу в захищеності. Дітям, у яких несподівано змінилися дім, регіон, друзі, родина, мова, звичаї – тобто, вони пережили значний шок, - властиві бажання утекти, сховатися, формування між собою закритих груп, фізіологічні прояви стресу (кусання нігтів, внутрішньої сторони щік, губ; проблеми роботи шлунково – кишкового тракту та видільної системи, больові синдроми, порушення сну тощо).

Отож, в результаті проведеного емпіричного дослідження на виявлення особливостей соціально - психологічної реабілітації дітей, що пережили травматичний досвід війни було досягнуто наступне:

1. досліджено особливості соціально- психологічної реабілітації дітей, що пережили травматичний досвід війни;
2. досліджено та підтверджено ефективність застосування методик арт – терапії у процесі соціально – психологічної реабілітації.

Висновки до розділу III

Проаналізувавши ефективність реабілітаційних заходів, ми простежуємо їх позитивний вплив на особистість. Перевагою даної програми є рівносторонній підхід до процесу реабілітації: застосування арт –терапевтичних методик, драма-терапії, казкотерапії, фізіотерапії, залучення дітей до соціокультурного середовища.

До позитивних стимулів соціальної реабілітації дітей, що пережили травматичний досвід війни також відносяться заходи, що спрямовані на інтеграцію індивіда в суспільство.

Створення комфортного середовища для дитини, яка пережила травматичну подію, є однією із найважливіших вимог у підході до її реабілітації.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дає підстави для твердження, що соціально-психологічну реабілітацію слід розглядати як процес, спрямований на відновлення функцій організму дитини, на соціальну адаптацію та інтеграцію в суспільство. Науковці характеризують таку реабілітацію як процес засвоєння дитиною системи знань, норм і цінностей, притаманних певному суспільству або соціальній групі.

Програма реабілітації має передбачати лікувальні та психологічні заходи, спрямовані на попередження розвитку патологічних процесів та ПТСР, що призводять до порушення соціальних зв'язків, професійної та особистісної дезінтеграції, алкоголізму, наркоманії, суїцидів. Почуття безпеки є однією з найважливіших умов успішної соціально-психологічної реабілітації.

У науковій літературі визначено низку принципів соціально-психологічної реабілітації, зокрема: (1) партнерство - дитину включають в процес різними способами і методами; (2) різноплановість зусиль - спрямованість реабілітаційного процесу на різні сфери життєдіяльності; (3) єдність психосоціальних і інших методів впливу; (4) ступінчастість - створення «переходів» від одного реабілітаційного заходу до іншого.

Соціально-психологічна реабілітація дітей, які пережили травматичні події, має виходити з того що таким дітям досить важко зрозуміти, що сталося з ними. Науковці пов'язують це, насамперед, з їхніми віковими особливостями, тим, що дітям не вистачає соціальної, фізіологічної та психологічної зрілості.

У дітей, які постраждали внаслідок військових дій, травматичний досвід зумовлений деформуючими чинниками різного ступеня вираженості (від легких і тих, що швидко минають, до тяжких і затяжних), які виникають у особистості у відповідь на зміни звичного способу життя.

Дослідження, проведене на базі центру «Милосердя» (м. Дрогобич Львівської області), виявило, що тим дітям, які зазнали негативного впливу російсько-української війни, характерно: проблеми з відчуттям безпеки, замкнутість, напруженість, часті нічні жахіття, розлади сну, агресивність, потреба в присутності дорослого, гостра реакція на різкі звуки тощо.

Розроблення та апробація на базі центру «Милосердя» програми для дітей, які зазнали негативного впливу російсько-української війни, виходило з теоретичного розуміння особливостей соціально-психологічної реабілітації, уявлення про те, що процес соціально-психологічної реабілітації дітей, що постраждали внаслідок військового конфлікту, є багатоскладовим. Програма враховувала необхідність докладання зусиль, спрямованих на задоволення базових потреб дитини, забезпечення їй комфортного середовища, діагностику та зменшення рівня стресу та стресових розладів, активну інтеграцію в суспільство, сприяння в адаптації дитини до мовного та культурного середовища, подолання бар'єрів спілкування та взаємодії.

Під час емпіричного дослідження підтверджено позитивний вплив арт-терапії, казкотерапії та фізичної активності на процес соціально-психологічної реабілітації дітей. Було виявлено, що вони сприяють формуванню позитивної самооцінки у дітей, дають можливість отримати контроль над ситуацією, чітко розуміти правила і слідувати ним, абстрагуватися від емоційних переживань; покращення психоемоційного стану дітей, розвиток навичок міжособистісної взаємодії, зменшення напруги, підвищення самооцінки, зменшення або зникнення проявів фізіологічних реакцій на стрес, фрустрації, покращення навичок самоконтролю, збільшення позитивних емоцій, зацікавленість до процесу навчання, укріплення дружніх зв'язків у групі. Про позитивні зміни свідчать записи індивідуальних бесід та групових занять, тестів та методик діагностики, аналіз продуктів творчої діяльності.

Результати дослідження можуть бути використані у подальшій роботі з даною категорією клієнтів соціальної роботи; як допоміжні матеріали при плануванні проєктів та у практичній діяльності організацій, що працюють з дітьми, в тому числі постраждалими внаслідок військового конфлікту; при диференційному аналізі методів роботи з цією категорією соціальної роботи у світі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонова-Турченко О.Г., Ващенко І.В. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Київ, 1998. 289 с.
2. Лукашевич М. П., Мигович І.І. Теорія і методи соціальної роботи: навч. посібник. Київ: МАУП, 2003. 168 с.
3. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник. Полтава : АСМІ, 2010. 240 с.
4. Галецька І. Самоефективність у структурі соціально-психологічної адаптації. *Вісник Львівського університету. Сер. «Філософські науки»*. 2003. Вип. 5. С. 433–442.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
6. Гріньова О.М., Терещенко Л.А. Дитяча психодіагностика: навчально-методичний посібник. Вінниця: Нілан-ЛТД, 2015. 227 с.
7. Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: довідник вихователя дошкільного навчального закладу /За ред. Н. В. Пророк. Слов'янськ, 2015. 84 с.
8. Кириленко Т.С. Пошук гармонії. Емоційні переживання та стани особистості. Київ: КНУ. 2004. 100с.
9. Буряк О.О., Гіневський М.І., Катеруша Г.Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом». Харків, 2015.
10. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник /OBSE. Т, 1. Київ, 2018. 208 с
11. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти / Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с

12. Юзва Л.Л. Рефлексивні методики в емпіричних соціологічних дослідженнях. Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2014. 55 с.
13. Коробіцина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи. Одеса: Астиропринт, 2005. 64 с.
14. Удовенко Ю. М. Специфіка соціально-психологічної допомоги дітям, які зазнали впливу несприятливих умов соціалізації. *Правничий вісник Університету КРОК*. 2012. Вип. 12. С. 135-142.
15. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. О. В. Тімченка. Київ: ТОВ «Август Трейд» , 2007. 502 с
16. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків. Львів: Вид-во Українського Католицького Університету, 2014. 112 с.
17. Соціально-психологічна підтримка клієнтів програм замісної підтримуючої терапії: методичні рекомендації / Семигіна Т., Дворяк С., Карачевський А. та ін. Київ : Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я, 2008. 76 с.
18. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна, І.Павленко, Є.Овсяннікова [та ін.]. Київ: Наш формат, 2017. 1068 с.
19. Яценко Т.С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання: Навч. посіб. Київ.: Вища школа.
20. Соціально – психологічна реабілітація дітей, вилучених із ситуацій торгівлі людьми / Посібник ОБСЕ, 2007. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/e/5/75907.pdf>.
21. Томчук С. М. Психологічна допомога школярам, що пережили травмуючі ситуації. URL: [https:// trostianets-](https://trostianets-)

22. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. Пер. с нем. М., Прогресс, 1995.
23. Анциферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях, переосмысление и преобразование ситуаций и психологическая защита. *Психологический журнал*. 1994. Т.15. №1.
24. Балл Г. А. Понятие адаптации и ее значение для психологии личности. *Вопросы психологии*. 1989. №1. С. 92–100
25. Василюк Ф.Е. Типология переживаний различных критических ситуаций. *Психологический журнал*. 1995. № 5.
26. Василюк Ф.Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций. *Психологический журнал*. 1995. № 3.
27. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. Москва, 1994.
28. Водопьянова Н.С. Психодиагностика стресса. СПб: Питер, 2009. 336с.
29. Ключникова Л. В. Взаимосвязь социально-психологической адаптации переселенцев и межгруппового восприятия в новых социальных условиях – Москва, 2002. С. 233–249.
30. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях . *Психологический журнал*. 2002. Т. 22. № 1. С. 16–24.
31. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Москва: Изд-во Эксмо, 2005.
32. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб: Питер, 2011. 352 с
33. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. Москва: Международная педагогическая академия, 1994. С. 675-680.

34. Роджерс К. Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы. Москва, 1999.
35. Трубицина Л.В. Процесс травмы. Москва: Смысл; ЧеРо, 2005. 218с.
36. Фрейд З. Психоанализ. Религия. Культура. Москва: Ренессанс, 1991. 296 с
37. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14(4), pp. 245–58.
38. Geltman, P. L., Grant-Knight, W., Mehta, S. D., Lloyd-Travaglini, C., Lustig, S., Landgraf, J. M., & Wise, P. H. (2005). The «lost boys of Sudan» : Functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors resettled in the United States. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, vol. 159(6), pp. 585- 591.
39. Ager, A., &Strang, A. (2008). Understanding integration: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 166-191.
40. American Psychological Association (2000). Guidelines on Trauma Competencies for Education and Training. URL: Retrievedfrom:<http://www.apa.org/ed/resources/trauma-competencies-training.pdf>
41. Arnot, M., N Pinson, H. (2005). The education of asylum-seeker and refugee children. *MCT*, 20(1), 29-33.
42. Athey, J.L., & Ahearn, F.L. (1991). The mental health of refugee children: An Overview. In J.L. Athey & F.L. Ahearn (Eds.), *RefugeeChildren: Theory, ResearchAndServices*, inside (pp.1-19). Baltimore: John Hopkins University Press.
43. Aronowitz, M. (1984). The social and emotional adjustment of immigrant children: A review of the literature. *International Migration Review*, 18(2), 237-257. 126
44. Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence and Abuse*, 6(3), 195–216.

45. Antony M.M., Orsillo S.M., Roemer L. Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety. – Kluwer Academic Publishers New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow. – 2001.
46. APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
47. Freeing your Child from Anxiety, Powerful Practical Solutions to Overcome Your Children's Fears, Worries- Chanskky, T.E., Broadway Books, 2004.
48. Paat, Y. F. (2013). Working with immigrant children and their families: An application of Bronfenbrenner's ecological systems theory. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 23(8), 954-966
49. Phillips, J. (2015). *Asylum seekers and refugees: what are the facts?*. Canberra: Department of Parliamentary Services, Parliament of Australia.
50. Pinson, H., & Arnot, M. (2007). Sociology of education and the wasteland of refugee education research. *British Journal of Sociology of Education*, (28)3, 399-407, DOI: 10.1080/01425690701253612
51. Poureslami, I., Nimmon, L., Ng, K., Cho, S., Foster, S., & Hertzman, C. (2013). Bridging immigrants and refugees with early childhood development services: Partnership research in the development of an effective service model. *Early Child Development and Care*, 183(12), 1924- 1942.
52. Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53(2), 109-120.
53. Reid, K., Littlefield, L., & Wingenfeld, S. (2003). Early intervention for preschool- aged children with behavioral and relationship problems and their families. *Australian Journal of Psychology*, 7(1), 1-15.
54. Report of the United Nations High Commissioner for Refugees, (2011). *Statistical Yearbook 2001*. United Nations: New York.

55. Report of the United Nations High Commissioner for Refugees, (2012). Statistical Yearbook 2002. United Nations : New York.
56. Rousseau, C., Drapeau, A., & Corin, E. (1996). School performance and emotional problems in refugee children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 239-251.
57. Rousseau, C., Singh, A., Lacroix, L., Measham, T., & Jellinek, M. S. (2004). Creative expression workshops for immigrant and refugee children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(2), 235-238.
58. Weiss, D.S. (2007). The Impact of Event Scale: Revised. In: Wilson, J.P., Tang, C.Sk. (eds) Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD. International and Cultural Psychology Series. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1_10
59. Assessing psychological trauma and PTSD: a practitioner's handbook (ch 15). N.Y: Guildford, 1995.

ДОДАТОК А

Щоденна шкала емодзі для спостереження за динамікою емоційного стану ДИТИНИ

1. Перед початком та по закінченню реабілітаційної діяльності дитина самостійно визначає смайл, який відповідає її настрою.
2. Психолог або соціальний працівник переносить результат у карту спостереження за дитиною.



ДОДАТОК Б

Малюнок «Дім-дерево - людина»
Дмитро, 8

до початку програми
років



ДОДАТОК В

Малюнок «Дім-дерево - людина» після закінчення програми
Дмитро, 8 років



Малюнок

«Моя

країна»

Тетяна, 12 років

