

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗИНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Динаміка психоемоційного стану підлітків, що пережили втрату, у процесі застосування технік когнітивно-поведінкової та тілесно-орієнтованої терапії»

Студента (ки) 2 курсу групи ЗПС-61 другого
(магістерського) рівня вищої освіти освітньо-
професійної програми «Психологія» за
спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ
Остафійчук Анастасія Валеріївна
(прізвище та ініціали)

Керівник кандидат психологічних наук доцент ЗВО
Російчук Тетяна Анатоліївна
(посада, вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Чотирьохрівнева шкала оцінювання

Кількість балів: _____

Члени комісії _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

м. Харків – 2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ВТРАТУ	6
1.1. Визначення психоемоційного стану	6
1.2. Психоемоційні наслідки втрати у підлітків.	8
1.3. Інтегративні моделі поєднання КПТ та тілесно-орієнтованих технік: теоретичні засади та практичні аспекти	11
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I	14
РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ	15
2.1. Мета, завдання та гіпотеза дослідження	15
2.2. Методики, використані у дослідженні	16
2.3. Опис психологічної програми втручання: застосування КПТ і тілесно-орієнтованих технік.	21
2.4. Етичні аспекти дослідження	23
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II	26
РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ, ПОВЕДІНКОВИХ ПРОЯВІВ І ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ У ПРОЦЕСІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ	27
3.1. Початковий психоемоційний стан учасників дослідження	27
3.2. Встановлення відмінностей у рівнях тривоги, депресії та психоемоційних станів до і після програми.	31
3.3. Обговорення результатів у контексті сучасних підходів до психологічної допомоги підліткам, які пережили втрату	43
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III	46
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	51
АНОТАЦІЇ	57
ДОДАТКИ	59

ВСТУП

Дослідження динаміки психоемоційного стану підлітків, які пережили втрату, під час впровадження інтегрованих технік когнітивно-поведінкової та тілесно-орієнтованої терапії є **актуальним** з кількох важливих причин. Перш за все, ця тема залишається недостатньо освітленою в науковому просторі, особливо коли йдеться саме про підлітків, які постраждали від психологічної травматизації в умовах війни: хоча глобальні студії підкреслюють потенціал злиття когнітивних стратегій із тілесними практиками, в українському контексті таких емпіричних даних бракує, що створює підґрунтя для дослідження.

По-друге, інтегративний підхід діє системно, охоплюючи одразу три взаємопов'язані шари психіки – мислення, емоції та тіло. Когнітивно-поведінкові техніки допомагають перебудувувати деструктивні думкові патерни, тоді як тілесно-орієнтовані методи звільняють соматичну пам'ять травми, знімаючи напругу, яку свідомість не завжди здатна артикулювати. Така синергія прискорює відновлення, роблячи терапевтичну роботу стійкішою та глибшою.

Також дослідження має певну соціальну вагу, адже допомога підліткам, які втратили близьких чи домівку, не лише повертає їм внутрішній спокій і здатність радіти життю, але й запобігає трансгенераційній передачі травми. Здорові психологічно підлітки стають основою стабільного суспільства, зменшуючи ризик хронічних розладів, залежностей чи соціальної дезадаптації в майбутньому. Таким чином, кожне таке дослідження – це інвестиція в мирне та резильєнтне завтра.

Об'єкт: психоемоційна сфера підлітків, які пережили втрату близьких через війну.

Предмет дослідження: динаміка психоемоційного стану підлітків у процесі застосування інтегрованих технік когнітивно-поведінкової та тілесно-орієнтованої терапії.

Мета дослідження: проаналізувати динаміку психоемоційного стану підлітків, які пережили втрату, у процесі психологічної підтримки з використанням інтегрованих когнітивно-поведінкових та тілесно-орієнтованих технік.

Гіпотеза: поєднання когнітивно-поведінкових технік і тілесно-орієнтованих методів, сприятиме покращенню психоемоційного стану підлітків, які пережили втрату, зокрема проявиться у зменшенні тривожності, підвищенні настрою та покращенню загального самопочуття.

Завдання дослідження:

1. Вивчити наслідки втрати для психоемоційного стану підлітків у контексті війни та особливості їхнього реагування.
2. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння втрати в підлітковому віці та її впливу на емоційний стан.
3. Розглянути потенціал когнітивно-поведінкової та тілесно-орієнтованої терапії в роботі з підлітками, які пережили втрату.
4. Провести аналіз результатів дослідження психоемоційного стану підлітків до та після застосування програми психологічної підтримки.
5. Визначити динаміку змін психоемоційного стану учасників дослідження та проаналізувати ефективність застосованих технік.
6. Розглянути ефективність короткострокового застосування програми для досягнення позитивних змін у психоемоційному стані підлітків.
7. Сформулювати практичні рекомендації для фахівців щодо впровадження програми в освітніх та реабілітаційних закладах.

Для реалізації дослідження було використано наступні **методи дослідження:** Шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), Тест тривожності Спілбергера (STAI), Методика “САН” (самопочуття – активність – настрої) та психологічне спостереження, що здійснювалося у процесі та після застосування технік когнітивно-поведінкової та тілесно-орієнтованої терапії, під час проведення занять, вільної діяльності та міжособистісного спілкування підлітків у групі.

Для обробки отриманих результатів були використані такі **методи статистичної обробки даних:** Аналіз надійності даних (коефіцієнт Альфа Кронбаха), описові статистики (середні та середні квадратичні відхилення),

порівняльний аналіз результатів до та після психологічного втручання (t-критерій Стьюдента для залежних вибірок).

Вибірка дослідження складається з підлітків віком від 12 до 16 років, які пережили втрату близької людини внаслідок війни. Кількість учасників – 90 осіб, які були розподілені на три експериментальні групи:

1. Група А (30 осіб) – тільки когнітивно-поведінкові техніки
2. Група Б (30 осіб) – тільки тілесно-орієнтовані
3. Група В (30 осіб) – інтегрований підхід (КПТ + тілесно-орієнтовані техніки)

Робота проводилась на базі реабілітаційних проєктів для дітей та підлітків, які постраждали внаслідок війни. Участь у дослідженні була добровільною, з дотриманням всіх етичних норм та отриманням інформованої згоди як від підлітків, так і від їхніх батьків або законних представників.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що існує гостра потреба в ефективних методах психологічної допомоги, які можуть бути швидко впроваджені в умовах обмежених ресурсів для роботи з великою кількістю травмованих підлітків.

Дане дослідження дає змогу науково обґрунтувати ефективність комплексного психологічного втручання, заснованого на поєднанні когнітивно-поведінкових і тілесно-орієнтованих технік, у роботі з підлітками, які пережили втрату. Дослідження спирається на практичний досвід, накопичений у межах реабілітаційних проєктів, що реалізуються з 2022 року, в яких зазначені підходи вже успішно застосовуються для психологічної підтримки дітей та підлітків, які зазнали травматичних подій унаслідок війни.

Застосування тілесно-орієнтованих технік сприяє швидшому зниженню рівня соматичної напруги. Зниження тілесного напруження, створює сприятливі умови для подальшої психологічної роботи на когнітивному та психоемоційному рівнях. Отримані результати вказують на потенційну ефективність інтегрованого підходу, однак це потребує подальшого системного наукового дослідження.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ВТРАТУ

1.1. Визначення психоемоційного стану

Психоемоційний стан — це узагальнена характеристика внутрішнього самопочуття людини, яка відображає взаємодію її емоційних переживань, фізіологічних реакцій та психічних процесів у конкретний момент життя. Він охоплює емоційні прояви, особливості мислення, поведінкові відповіді та тілесні відчуття, що разом формують спосіб, у який людина переживає ситуацію та реагує на зовнішні чи внутрішні впливи.

Психоемоційний стан підлітка — це складне й динамічне явище, яке відображає його внутрішній досвід у конкретний момент часу. Він формується через взаємодію кількох основних складових: емоційного забарвлення (наприклад, відчуття радості, суму, тривоги); когнітивного компоненту — того, як підліток осмислює події, що з ним відбуваються; поведенкових реакцій, які виражаються у зовнішніх діях (наприклад, замкненість, підвищена активність, агресивність); фізіологічних проявів — змін у сні, апетиті, рівні енергії тощо.

Ці елементи тісно пов'язані між собою та разом формують цілісне уявлення про те, як підліток відчувається загалом, як він може реагувати на стрес або як приймає підтримку з боку оточення. Важливо зазначити, що, згідно досліджень, психоемоційний стан не є стабільною характеристикою. Він змінюється під впливом зовнішніх обставин, життєвого досвіду, доступних ресурсів і ступеня підтримки з боку дорослих.

Одним із найпотужніших чинників, що впливають на психоемоційний стан людини, є досвід втрати. Це може бути смерть близької людини, розлучення батьків, втрата дому, друзів або звичного середовища. Такі події часто мають характер психотравмувальних і можуть викликати глибокі емоційні зрушення.

Дослідники відзначають, що процес переживання втрати у підлітків зазвичай проходить кілька етапів. На початковому етапі можливі шок і заперечення, згодом можуть з'являтися страх, тривожність, злість, а також почуття провини або безпорадності. У подальшому — емоційне виснаження й поступове відновлення. Однак цей процес не завжди є таким послідовним. Різні реакції можуть повертатися повторно, особливо у важливі для особи дати, під час спогадів чи певних змін у житті.

Часто підліткам складно, а то й не можливо, вербалізувати свої почуття. Їхній стан може проявлятися у поведінці (наприклад, дратівливість, апатія, агресія), також у фізичних симптомах (болі в животі, головний біль, безсоння чи труднощі з засинанням), а також у труднощах у навчанні, та порушеннях уваги.

Наукові праці українських психологів, які працюють з дітьми та підлітками, що зазнали втрати в умовах війни, підтверджують ці спостереження. Зокрема, дослідження Г. М. Даниленко (2023) [4] підкреслює те, що більше ніж половина українських дітей та підлітків, які були змушені покинути домівку або втратили близьких, мають підвищену тривожність, труднощі зі сном, проблеми з адаптацією до нових умов і труднощі з адаптацією до навчального процесу.

Варто також наголосити, що реакція на втрату має цілком індивідуальний характер. Вона залежить і від віку, і від особистісних рис, а також від рівня підтримки з боку дорослих і соціального середовища. Деякі з підлітків за певних умов може переживати втрату глибше і довше, інші — швидше адаптуватися.

Психоемоційний стан підлітка можна розглядати як своєрідний “барометр”, що дозволяє визначити, наскільки він справляється з труднощами. У деяких випадках емоційні чи поведінкові зміни можуть свідчити про потребу в професійній психологічній підтримці. Наприклад це може бути виражена агресія, емоційні сплески, аутоагресивні дії можуть вказувати на потребу в індивідуальній чи груповій психотерапії; соматичні симптоми (наприклад, біль у животі або головний біль), а також порушення сну потребують уваги як психолога, так і педіатра; пригнічений настрій, втрата інтересу до навчання чи спілкування —

сигнал до використання психологічних методів, спрямованих на відновлення емоційної рівноваги та мотивації.

Для повноцінного розуміння психоемоційного стану доцільно використовувати комплексний підхід, який зможе поєднати: розмови - для з'ясування думок і почуттів; спостереження - у природному середовищі (вдома, у школі, під час ігор або занять); аналіз соматичних симптомів - через опитування батьків або стандартизовані інструменти; урахування контексту - вікових, особистісних і соціальних особливостей особи.

У процесі дослідження або психологічної підтримки доцільно застосовувати валідні та адаптовані до українського контексту методики: шкали для оцінки тривожності, депресивних проявів, поведінкових труднощів тощо. Важливо також опрацьовувати інформацію від вчителів та батьків, які часто першими помічають зміни в самопочутті та нехарактерну поведінку підлітка.

Отже, психоемоційний стан є інтегративною характеристикою, що охоплює когнітивні, емоційні, поведінкові й також тілесні прояви. Особливої уваги до психоемоційного стану потребують підлітки, які зазнали втрати. Для ефективної допомоги важливо враховувати контекст пережитого досвіду й обирати відповідні терапевтичні стратегії - зокрема, методи когнітивно-поведінкової та тілесно-орієнтованої терапії, які довели свою ефективність у подоланні психологічних наслідків травматичних подій, а також зважати на індивідуальні особливості.

1.2. Психоемоційні наслідки втрати у підлітків.

Досвід втрати є для підлітків дуже сильним психотравмуючим чинником, який впливає на всі рівні їхнього психічного функціонування - емоційний, когнітивний, поведінковий і тілесний. Особливо вразливими до таких переживань є діти молодшого шкільного віку та, власне, підлітки, адже саме в ці вікові періоди формуються базові уявлення про безпеку, стабільність, прив'язаність, смерть, а також власну ідентичність. Втрата близької людини, дому, звичного та знайомого

середовища, а також соціальних зв'язків може істотно вплинути, чи навіть змінити спосіб, у який особа сприймає себе і світ.

На відміну від дорослих, підлітки не завжди можуть вербалізувати чи повною мірою усвідомити свої почуття. Через це психоемоційні наслідки втрати часто проявляються опосередковано: у порушеннях сну, зміні поведінки, втраті чи навпаки посиленні апетиту, труднощах у навчанні, соціальній ізоляції, появі тривоги або агресії. Такі реакції не є патологією — вони свідчать про внутрішню боротьбу підлітка з сильним емоційним болем, який він поки що не здатен повноцінно осмислити чи виразити.

Психоемоційна реакція підлітка на втрату залежить від декількох чинників: типу втрати, характеру стосунків із тим, кого втрачено, попереднього досвіду втрат, рівня емоційної зрілості, а також наявності соціальної та психологічної підтримки. Загалом, підлітки можуть переживати втрату за подібною до дорослих динамікою, хоча й з певними віковими особливостями. Виділяють кілька основних етапів горювання, таких як: шок і заперечення - підліток може поводитись так, ніби нічого не сталося, уникати розмов або змінювати тему; злість і пошук винного - може проявлятися у формі агресії або роздратування; відчуття провини – підлітки часто схильні брати на себе відповідальність за події, що сталися; смуток, туга, ізоляція - поступове усвідомлення втрати часто супроводжується зниженим настроєм і відчуттям самотності; прийняття і адаптація - за наявності підтримки підліток починає поступово інтегрувати втрату у своє життя, адаптуючись до нової реальності.

У дослідженнях, зокрема в роботі Kozłowska, K., Scher, S., & Helgeland, H. (2020)[28], зазначається, що емоційні реакції можуть бути різними, це може бути і глибока апатія і тривожність, чи навіть депресивність або регресія. У підлітковому віці горювання може супроводжуватися екзистенційними роздумами, втратами сенсу, запитаннями про життя, смерть і майбутнє, що підвищує ризик розвитку ризикованої або саморуйнівної поведінки.

Після втрати поведінка підлітка також може суттєво змінитися. Найпоширенішими проявами є: регресія — повернення до поведінки, характерної для молодшого віку (наприклад, смоктання пальця, нетримання сечі вночі, боязнь залишатись наодинці); емоційна нестабільність — підвищена збудливість, дратівливість, імпульсивні реакції. соціальна замкнутість або, навпаки, демонстративна поведінка; труднощі в навчанні — зниження успішності, втрата інтересу до навчального процесу, порушення уваги та пам'яті. Ці зміни - своєрідна форма невербального вираження внутрішнього емоційного напруження.

Переживання втрати також позначається на когнітивних процесах, бувають наступні прояви: знижується концентрація уваги, пам'ять, здатність до навчання; з'являються нав'язливі думки про подію втрати; можуть виникати зміни у світогляді: втрата базового відчуття безпеки, віри в доброзичливість світу, зростання недовіри до дорослих; також часто у підлітків — екзистенційна дезорієнтація, внутрішні конфлікти щодо власної цінності, життєвого шляху, сенсу існування.

Емоційний біль, який підліток не може проговорити, часто проявляється через тіло. Серед характерних соматичних симптомів: порушення сну (кошмари, часті пробудження, труднощі з засинанням); зниження чи посилення апетиту; скарги на головний біль, біль в животі, млявість, слабкість; загальне зниження тону й фізичної активності.

Як зауважено в праці «Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents: A Stress-System Approach to Assessment and Treatment» (K. Kozłowska, S. Scher, H. Helgeland, 2020) [28], такі симптоми зазвичай не мають органічного підґрунтя й є тілесним відображенням психологічного дистресу.

Деякі дослідження також вказують на зв'язок між тривалими депресивно-тривожними станами й послабленням імунної системи, що робить підлітків, які проживають цей досвід, вразливішими до інфекційних захворювань.

Попри потенційну глибину переживань, не всі наслідки втрати є руйнівними або незворотними. Багато підлітків, за умов своєчасної підтримки, демонструють

здатність до адаптації та психологічного зростання після травматичних подій. Вирішальними є: емоційна підтримка з боку значущих дорослих; можливість вільно говорити про втрату без осуду або уникання теми; залучення до щоденних справ, гри, навчання, творчості — як способу повернення відчуття контролю над життям; психологічне втручання — використання психотерапевтичних підходів, зокрема когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), тілесно-орієнтованих технік, арт-терапії тощо.

Таким чином, переживання втрати є серйозним викликом для психічного здоров'я підлітка, що потребує уважного, емпатійного та цілісного підходу. Розуміння проявів і механізмів цих наслідків дозволяє фахівцям своєчасно виявляти ризики, підтримувати підлітків в процесі адаптації та запобігати розвитку ускладнень у майбутньому.

1.3. Інтегративні моделі поєднання КПТ та тілесно-орієнтованих технік: теоретичні засади та практичні аспекти

Розвиток інтегративних моделей, що поєднують когнітивно-поведінкові та тілесно-орієнтовані підходи, представляє собою природну еволюцію психотерапевтичної практики у відповідь на зростаюче розуміння складності та багатовимірності людського досвіду. Теоретичні засади таких моделей ґрунтуються на сучасних наукових знаннях про взаємозв'язок між мозком, тілом та психікою, що підтверджується дослідженнями в галузях нейронауки, психофізіології та психології розвитку [3].

Фундаментальним принципом інтегративних моделей є визнання того, що психологічні проблеми, зокрема тривожні стани, мають множинні рівні прояву та потребують багаторівневих втручань. Когнітивний рівень включає думки, переконання та схеми мислення; емоційний рівень охоплює почуття та афективні стани; поведінковий рівень стосується дій та реакцій; соматичний рівень включає тілесні відчуття, фізіологічні процеси та рухові патерни [14]. Ефективна терапія

повинна адресувати всі ці рівні одночасно або послідовно для досягнення сталих змін.

Одним із ключових теоретичних концептів, що обґрунтовують інтеграцію КПТ та тілесно-орієнтованих підходів, є модель трьох рівнів обробки інформації в мозку, запропонована Ден Сігелом. Ця модель включає стовбур мозку, відповідальний за виживання та базові функції; лімбічну систему, що обробляє емоції та міжособистісні зв'язки; та неокортекс, що забезпечує когнітивні функції та рефлексію. Травма та тривога можуть порушувати інтеграцію між цими рівнями, тому терапевтичні втручання повинні працювати з усіма трьома рівнями [7].

Полівагальна теорія Стівена Поргеса надає нейрофізіологічне обґрунтування для інтеграції соматичних підходів у когнітивно-поведінкову терапію. Згідно з цією теорією, автономна нервова система має три еволюційно різні підсистеми, що по-різному реагують на загрозу та безпеку. Розуміння цих систем дозволяє терапевтам працювати безпосередньо з нервовою регуляцією через дихання, рух, голос та інші соматичні втручання, одночасно використовуючи когнітивні техніки для роботи з вищими кортикальними функціями [13].

Практичні аспекти інтеграції КПТ та тілесно-орієнтованих технік у роботі з тривожними станами підлітків вимагають ретельного планування та адаптації методів до особливостей розвитку цієї вікової групи. Підлітки часто більш відкриті до тілесних практик, ніж дорослі, оскільки їхнє тіло є джерелом активних змін та досліджень. Водночас вони можуть бути більш самосвідомими щодо свого тіла, що потребує особливої чутливості з боку терапевта [41].

Травма-інформований підхід є основоположним принципом інтегративних моделей роботи з підлітками, які пережили втрату. Цей підхід наголошує на важливості створення безпечного терапевтичного контакту, а також врахування можливого впливу травми на всі інші аспекти функціонування та уникнення ретравматизації [9].

Оцінка ефективності інтегративних моделей вимагає використання множинних показників, що відображають різні рівні функціонування. Когнітивні

зміни можуть оцінюватися через анкети тривожних думок та дисфункціональних переконань; емоційні зміни - через шкали тривоги та депресії; поведінкові зміни - через спостереження за функціональністю в повсякденному житті; соматичні зміни - через показники фізіологічної активації та тілесної усвідомленості [16].

Однією з ключових переваг поєднання когнітивно-поведінкових і тілесно-орієнтованих підходів є можливість розвивати в підлітків навички узгодження тілесних сигналів із ментальними процесами. Коли фізіологічна активація знижується завдяки дихальним чи руховим технікам, стає доступнішою когнітивна робота — аналіз думок, оцінка доказів, пошук альтернативних інтерпретацій. Такий комплексний вплив допомагає зменшити інтенсивність автоматичних реакцій і поступово формує здатність переходити від імпульсивних відповідей до більш усвідомленого самоконтролю. Це особливо актуально для підлітків, у яких емоційна регуляція ще тільки формується, а реакції тіла нерідко домінують над раціональною обробкою інформації.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ І

1. Психоемоційний стан підлітків після втрати зазвичай включає підвищену тривожність, сум, почуття провини та страх самотності. Підлітки можуть ставати більш замкненими, дратівливими, відчувати труднощі з концентрацією, зниження мотивації до навчання, а також мати порушення сну і соматичні скарги.

2. Аналіз наукових джерел показує, що втрата близької людини є сильним стресовим чинником, який впливає на емоційний, когнітивний та поведінковий розвиток підлітка. Реакції на втрату різняться залежно від віку, рівня емоційної зрілості та підтримки з боку дорослих.

3. Як відзначають сучасні дослідники емоційний біль, який підліток часто не може висловити словами, може проявитись через тіло. Це можуть бути головний біль, біль у животі, зміни апетиту, порушення сну, втома або загальна млявість. Такі симптоми зазвичай не мають органічного підґрунтя і є відображенням психологічного напруження.

4. Теоретичні дані свідчать про доцільність використання інтегративного підходу при наданні психологічної підтримки підліткам, які пережили втрату. Поєднання когнітивно-поведінкових та тілесно-орієнтованих методик дозволяє одночасно працювати з мисленням, емоціями та фізичними проявами стресу, сприяючи відновленню емоційної рівноваги та підвищенню стійкості.

5. Когнітивно-поведінкова терапія допомагає коригувати неадаптивні переконання та формувати нові стратегії поведінки, а тілесно-орієнтовані методики дозволяють зменшити фізіологічні прояви напруження та інтегрувати емоційний досвід втрати.

6. Таким чином, комплексне застосування інтегративного підходу є ефективним і обґрунтованим способом підтримки підлітків після пережитої втрати, оскільки враховує різні рівні психоемоційного реагування і сприяє адаптації та формуванню психологічної стійкості.

РОЗДІЛ II

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ

2.1. Мета, завдання та гіпотеза дослідження

Емпіричне дослідження динаміки психоемоційного стану підлітків, які зазнали втрати внаслідок воєнних подій, має прикладний характер і спрямоване на перевірку ефективності комплексних підходів до психологічної підтримки цієї вразливої групи [4; 7; 16; 18]. Актуальність теми обумовлена масштабним впливом війни на психічне здоров'я підлітків в Україні, що проявляється у підвищеній тривожності, пригніченості, емоційній нестабільності та труднощах адаптації після пережитої втрати [4; 7; 16; 18]. Сучасні виклики вимагають створення науково обґрунтованих програм допомоги, які поєднують роботу з когнітивними, емоційними та тілесними проявами травматичного досвіду [4; 7; 16; 18].

Мета дослідження полягає у встановленні ефективності інтегрованого підходу, що поєднує когнітивно-біхевіоральну терапію та тілесно-орієнтовані техніки, у зниженні рівня тривожності, депресивних проявів та покращенні психоемоційного стану підлітків, які пережили травматичний досвід втрати внаслідок воєнних дій [5; 6; 14; 15; 25]. Досягнення цієї мети передбачає комплексний аналіз змін у психологічних показниках учасників дослідження після проходження різних варіантів психологічних інтервенцій [5; 6; 14; 15; 25].

Для реалізації поставленої мети дослідження було сформульовано наступні завдання: по-перше, здійснити теоретичний аналіз наукових джерел щодо психоемоційного стану підлітків, особливостей його прояву в умовах травматичного досвіду втрати, а також сучасних підходів до психологічної корекції психоемоційного стану [8; 17; 21; 26]; по-друге, сформувати три експериментальні групи підлітків, які пережили втрату через війну, та забезпечити їхню репрезентативність за основними соціально-демографічними характеристиками;

по-третє, підібрати валідний діагностичний інструментарій для оцінки рівня тривожності, депресії та психоемоційних станів учасників дослідження на етапі первинної діагностики[27].

Конкретизуючи основну гіпотезу, можна сформулювати наступні часткові припущення. Очікується, що у групі, яка проходить програму когнітивно-біхевіоральної терапії, відбудуться позитивні зміни переважно у когнітивній сфері, що може відобразитися на зниженні особистісної тривожності та частково на покращенні загального самопочуття [5; 25]. У групі, учасники якої отримують тілесно-орієнтовану терапію, передбачається більш виражене покращення показників за методикою оцінки самопочуття, активності та настрою, а також можливе зниження ситуативної тривожності завдяки роботі з тілесними проявами напруги[1; 14; 21]. Натомість у групі з інтегрованим підходом очікується найбільш комплексна позитивна динаміка за всіма досліджуваними показниками, включаючи зниження як ситуативної, так і особистісної тривожності, зменшення депресивних проявів, а також покращення загального психоемоційного стану[2; 3; 6; 13; 23].

2.2. Методики, використані у дослідженні

У процесі дослідження динаміки психоемоційного стану підлітків, які пережили втрату, застосовано сукупність теоретичних та емпіричних методів, що дозволили комплексно дослідити особливості емоційного реагування, рівень тривожності, депресивних проявів та загального самопочуття підлітків [4; 6; 16; 18; 19; 24; 35]. Використання поєднання кількісних і якісних підходів забезпечило цілісне розуміння внутрішнього світу підлітка, що зазнав травматичного досвіду, і дало змогу не лише фіксувати показники, а й простежити їхню динаміку впродовж психологічного втручання[28; 31; 44].

Першою групою виступили теоретичні методи, мета яких полягала у формуванні концептуальних засад дослідження та обґрунтуванні вибору

емпіричних інструментів. Було проведено систематичний аналіз і узагальнення наукових джерел з психології розвитку, дитячої травми, проблематики горювання, а також робіт, присвячених когнітивно-поведінковій терапії (КПТ) та тілесно-орієнтованим підходам [2; 3; 5; 36; 39]. Такий аналіз дозволив виокремити ключові концепції та емпіричні результати, що описують механізми впливу втрати на емоційний стан підлітка. Зокрема, розглядалися теоретичні моделі, які пояснюють процес адаптації до втрати, етапи горювання та особливості реагування у підлітковому віці [2; 14; 15; 31]. На підставі цього було визначено, що для оцінки змін у психоемоційному стані доцільно використовувати валідовані стандартизовані інструменти, що дозволяють вимірювати як ситуативні, так і стійкі особистісні характеристики [42; 44]. Теоретичне підґрунтя також допомогло обґрунтувати інтеграцію когнітивно-поведінкових і тілесно-орієнтованих технік як найбільш перспективного напрямку роботи з підлітками, що пережили втрату, оскільки цей підхід охоплює когнітивний, емоційний і тілесний рівні функціонування [1; 14; 28; 31].

Друга група включала емпіричні методи, які забезпечили кількісну й якісну оцінку психоемоційних змін у досліджуваній вибірці. Основними психодіагностичними інструментами стали шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), тест тривожності Спілбергера (STAI), методика «САН» (самопочуття – активність – настрій), а також психологічне спостереження [28; 31]. Усі обрані методики пройшли адаптацію для українських вибірок, відзначаються високими показниками надійності й придатні для роботи з підлітками віком від 12 років [42;44]. Їхнє поєднання дозволяє охопити як емоційний, так і поведінковий аспекти функціонування особистості, забезпечуючи міжметодову валідацію результатів [31;36].

Методика HADS, хоча с початку створена для дорослих, показала високу достовірність і серед підлітків віком від 12 до 17 років (White et al., 1999) [42]. Ця шкала застосовувалася для кількісної оцінки рівня тривожності та депресивних симптомів і складається з двох субшкал по сім тверджень, що вимірюють

інтенсивність тривожності (HADS-A) та депресії (HADS-D). Особливістю HADS є відсутність пунктів, пов'язаних із соматичними проявами, що зменшує ризик спотворення результатів через вікові або фізіологічні особливості підлітків. Оцінювання здійснюється за чотирибальною шкалою, а результати інтерпретуються як нормальні, субклінічні або клінічно значущі. Методика дозволяє не лише зафіксувати наявність емоційних порушень, а й виявити тенденції до їх зниження чи посилення після психологічного втручання. Порівняння результатів до і після програми дало змогу простежити динаміку змін психоемоційного стану, що є ключовим показником ефективності втручання[44].

Тест Спілбергера використовувався для оцінки двох форм тривожності — реактивної (ситуативної) та особистісної. Ця методика забезпечує глибше розуміння природи тривожних переживань, дозволяючи розрізнити тимчасові емоційні реакції на ситуацію та стійкі особистісні риси. У контексті роботи з підлітками, які пережили втрату, такий розподіл має важливе значення, адже часто саме ситуативна тривога є реакцією на травматичний досвід, тоді як особистісна тривожність формується поступово як спосіб реагування на стрес. Опитувальник складається з 40 тверджень, що мають шкалу від 1 до 4 балів. Підрахунок сумарних балів для кожної шкали дозволяє отримати інтегральні показники, які можна порівняти до і після інтервенції[42; 44]. Зниження рівнів як ситуативної, так і особистісної тривожності свідчить про позитивний вплив програми на емоційний стан підлітків і розвиток навичок емоційної регуляції[2;5;25].

Методика «САН» (самопочуття – активність – настрій) застосовувалася для комплексної оцінки поточного психоемоційного стану. Вона дозволяє оперативно вимірювати три взаємопов'язані компоненти: фізичне самопочуття, рівень енергетичної активності та емоційний фон. Ця методика ґрунтується на принципі семантичного диференціала, де респондент оцінює своє самопочуття за шкалою від 1 до 7 між полярними характеристиками, наприклад «бадьорий – втомлений», «радісний – сумний»[3; 31]. Такі показники забезпечують цінну інформацію про короткострокові зміни у психоемоційному тонусі, що особливо важливо при

відстеженні ефектів від тілесно-орієнтованих і когнітивно-поведінкових вправ. Підвищення середніх балів за шкалами самопочуття, активності та настрою після проходження програми вважається індикатором покращення загального емоційного стану та відновлення життєвої енергії[28; 31].

Додатково використовувалося психологічне спостереження, яке здійснювалося під час групових занять, неформальної взаємодії та вільної діяльності підлітків [6; 7; 8; 9; 19]. Для проведення структурованого спостереження було розроблено операціоналізацію трьох ключових критеріїв, релевантних меті дослідження: емоційної регуляції, поведінки у фруструючих ситуаціях та соціальної взаємодії. Кожен критерій включав конкретні поведінкові індикатори, які фіксувалися під час занять [6; 8; 14; 31]. Спостереження дозволяло фіксувати невербальні реакції, зміни у поведінці, рівень залученості у взаємодію, прояви емоційної регуляції та соціальної адаптації. Цей метод забезпечував глибинне розуміння контексту поведінки кожного учасника, доповнюючи результати стандартизованих тестів[28; 31; 36].

За допомогою спостереження виявлялися зміни у невербальній поведінці — зниження соматичної напруги, покращення контактності, підвищення рівня активності, частота усмішок, спонтанність рухів. Отримані спостереження документувалися у спеціально розроблених бланках (див.Додаток А), що дозволяло відстежувати індивідуальну динаміку протягом усього періоду роботи.

Для обробки отриманих даних застосовувалися методи математичної статистики, що забезпечують об'єктивність висновків. Надійність використаних методик оцінювалася за визначенням коефіцієнта Альфа Кронбаха. Для кожного показника розраховували середні арифметичні значення, стандартні відхилення та коефіцієнти варіації. Зміни результатів психологічного втручання аналізувалися за допомогою t-критерію Стьюдента для залежних вибірок [42]. Динаміка показників додатково відображалася графічно, що дозволяло наочно демонструвати ефекти втручання та якісно інтерпретувати отримані результати з урахуванням індивідуальних особливостей учасників [31; 36; 44].

Вибірка дослідження сформована з 90 підлітків віком від 12 до 16 років, які пережили втрату близької людини внаслідок війни. Учасники були розподілені на три експериментальні групи: перша група працювала лише з інтервенціями КПТ; друга працювала виключно з тілесними підходами; третя мала інтегровану програму, що поєднувала когнітивно-поведінкові та тілесно-орієнтовані техніки. Такий розподіл забезпечив можливість порівняння ефективності різних моделей втручання. Робота проводилася на базі реабілітаційних програм від благодійних фондів, які надають психологічну допомогу дітям та підліткам, постраждалим від воєнних дій. Участь у дослідженні була добровільною, із дотриманням етичних принципів, передбачених міжнародними стандартами досліджень з дітьми та підлітками[18; 19].

Поєднання кількісних і якісних методів дало змогу досягти високої надійності та комплексності результатів [36; 44]. Кількісні методи дозволили виявити статистично значущі зміни показників тривожності, депресивності та емоційного самопочуття, тоді як спостереження надали контекст для інтерпретації отриманих даних. Такий підхід забезпечив цілісне розуміння психоемоційної динаміки підлітків, поєднуючи емпіричні докази та живе спостереження внутрішніх процесів. У результаті використання зазначених методик стало можливим не лише описати зміни, а й глибше зрозуміти механізми їх виникнення — від зниження тілесної напруги до трансформації когнітивних установок і поведінкових реакцій[2; 3; 28; 31].

Отже, обраний комплекс методик дав змогу всебічно дослідити ефективність когнітивно-поведінкових і тілесно-орієнтованих технік у роботі з підлітками, які пережили втрату. Високий рівень стандартизації, адаптація інструментів до українських реалій та поєднання кількісних і якісних методів дозволили отримати достовірні результати, що мають не лише наукове, а й практичне значення для розробки програм психологічної підтримки дітей та підлітків, які зазнали травматичних подій[6; 8; 9; 12].

2.3. Опис психологічної програми втручання: застосування КПТ і тілесно-орієнтованих технік.

Програма психологічного втручання була розроблена як 10-денний інтенсивний курс, спрямований на корекцію психоемоційного стану підлітків, які пережили втрату близьких унаслідок війни [9; 29; 33]. В першій групі були застосовані лише когнітивно-поведінкові техніки; в другій групі лише тілесно-орієнтовані; в третій поєднання інтегрованих когнітивно-поведінкових (КПТ) та тілесно-орієнтованих технік, що дозволило комплексно впливати на когнітивну, емоційну та соматичну сфери функціонування учасників [1; 2; 28; 31].

Когнітивно-поведінковий компонент передбачав: навчання усвідомленню та ідентифікації емоцій (щоденник емоцій, візуальні шкали емоцій «Feeling Wheel») [2; 14]; роботу з автоматичними негативними думками та їхньою корекцію шляхом когнітивної реструктуризації (виявлення НАД, перевірка достовірності, когнітивна реструктуризація) [2; 28; 36]; формування адаптивних стратегій мислення та поведінки в стресових ситуаціях (вправи на усвідомлене спостереження за думками та емоціями) [5; 32]; психоедукацію щодо природи тривожності та депресії [5; 25]; навчання базовим навичкам саморегуляції [1; 28]; соціальна підтримка та групова динаміка (Кейс стаді, активне слухання) [6; 7; 16; 35].

Тілесно-орієнтований компонент включав: дихальні та релаксаційні вправи для зниження соматичної напруги [3; 28]; вправи на балансування та відчуття тіла в просторі [3; 31]; рухові вправи та ігрові практики для підвищення рівня енергії та емоційного тону [1; 2]; керовану візуалізацію для стабілізації психоемоційного стану та формування відчуття безпеки [2; 28].

Програма проводилась у груповому форматі (8–10 учасників), що дозволяло забезпечити індивідуальний підхід та сприяти формуванню атмосфери довіри. Тривалість однієї сесії становила 90 хвилин, що дозволило поєднувати когнітивну та тілесну роботу без надмірного навантаження. Кожна сесія включала:

1. Підготовчий тілесний блок (15 хв.) – вправи на зниження напруги та налаштування на групову роботу.

2. Когнітивно-поведінковий блок (40 хв.) – психоедукація, робота з думками та поведінкою, групова дискусія.

3. Тілесна практика середньої частини сесії (25 хв.) – релаксаційні та рухові вправи, медитація або прогресивна релаксація.

4. Заключний інтеграційний блок (10 хв.) – підведення підсумків, рефлексія, рекомендації щодо самостійного використання технік.

Зміст програми був поступовим: початкові дні – створення безпечного середовища, ознайомлення з принципами роботи, встановлення правил конфіденційності[6; 14]; середні дні – активна робота з когнітивними схемами, емоційною регуляцією та тілесними вправами[1; 5; 28; 40]; завершальні дні – консолідація навичок, формування індивідуальних планів підтримки психоемоційного стану, символічне завершення курсу [2; 31; 36; 38].

Програма також передбачала адаптацію завдань під індивідуальні особливості учасників, що забезпечувало ефективність втручання для кожного підлітка [1; 2; 28]. Такий інтегрований підхід дозволив максимально ефективно опрацювати когнітивні, емоційні та тілесні прояви тривожності та депресії в умовах короткострокового курсу.

Структура 10-денного курсу інтегрованого втручання:

День	Зміст роботи	Методи та техніки
1	Ознайомлення, встановлення правил групи, створення безпечного середовища, первинне тестування психоемоційного стану	Психоедукація, групова бесіда, стандартизовані тести (HADS, STAI, САН)
2	Введення когнітивних вправ для роботи з емоціями	Прогресивна релаксація, дихальні вправи
3	Тілесна практика для зниження напруги, розвиток усвідомленості тіла	Когнітивні вправи, групове обговорення

4	Когнітивна реструктуризація негативних думок, робота з травматичними спогадами	Когнітивні вправи, групова дискусія
5	Інтеграція тілесних і когнітивних практик, розвиток навичок саморегуляції	Когнітивні вправи, групова дискусія
6	Поглиблення когнітивних стратегій, робота з емоційною саморегуляцією	Тілесні вправи, прогресивна релаксація
7	Робота з тілесними проявами стресу, зниження соматичної напруги	Когнітивні вправи, вправи на усвідомленість, групове обговорення
8	Консолідація навичок, повторення когнітивних стратегій	Рухові вправи, керована візуалізація, самоспостереження
9	Підготовка індивідуальних планів підтримки, відпрацювання стратегій самопідтримки	Індивідуальна робота, групова підтримка, планування подальших дій
10	Підготовка індивідуальних планів підтримки, відпрацювання стратегій самопідтримки	Повторне тестування (HADS, STAI, САН), підведення підсумків, заключна тілесна практика

Десятиденний курс інтегрує когнітивно-біхевіоральні та тілесно-орієнтовані методики, що дозволяє комплексно опрацювати емоційні, когнітивні та тілесні прояви стресу у підлітків, які пережили втрату. Перший день включає створення безпечного середовища та первинне тестування психоемоційного стану учасників. Наступні сесії поступово розвивають навички саморегуляції, роботу з емоціями та когнітивні стратегії, а завершальні дні підсумовують результати та закріплюють досягнуті зміни. Цей підхід посприяв покращенню психоемоційного стану, зниженню тривожності, а також нарощуванню внутрішніх ресурсів для майбутньої адаптації[44].

2.4. Етичні аспекти дослідження

Етична складова дослідження має ключове значення при роботі з підлітками, які пережили втрату близької людини внаслідок війни. Близької людини внаслідок війни [9; 18]. У цій вразливій групі дотримання етичних принципів є умовою безпеки, поваги до прав і запобігання ретравматизації [6; 37; 43]. Етичні засади ґрунтувалися на міжнародних стандартах досліджень з неповнолітніми та на принципах травмоінформованого підходу, який передбачає чутливість до досвіду травми [9; 16].

Ключовим принципом була інформована згода. Учасники отримували зрозумілу інформацію про мету, процедури, можливі ризики й переваги [11]. Оскільки підлітки були віком 12–16 років, згода на участь надавалася як ними самими, так і їхніми батьками. Інформаційні зустрічі проводилися у доступній формі, наголошувалося на добровільності участі та праві відмовитися у будь-який момент без наслідків. Після обдумування (не менше трьох днів) підписувалася письмова згода [11].

Важливою етичною вимогою була конфіденційність. Усі дані зберігалися у зашифрованому вигляді, без імен учасників, а доступ до матеріалів мали лише дослідники [3; 6]. Інформація могла бути розповсюджена лише у випадку прямої загрози життю чи фізичному здоров'ю підлітка.

Щоб запобігти ретравматизації, усі психологи пройшли підготовку з травмоінформованого підходу, володіли техніками стабілізації й розпізнавання травматичних реакцій. Під час сесій постійно відстежувався емоційний стан учасників, а за потреби надавалася індивідуальна підтримка [32; 36; 6]. Для дотримання справедливості учасників розподіляли між трьома науково обґрунтованими програмами. Це забезпечувало рівний доступ до психологічної допомоги. Після завершення роботи всі підлітки могли отримати додаткову підтримку, а ті, хто мав менші зміни, — продовження терапії [6; 34; 16].

Прозорість дослідження передбачала інформування учасників і батьків про загальні результати. За бажанням кожен міг отримати індивідуальну консультацію [13]. Дослідники несли професійну відповідальність: усі психологи мали

відповідну освіту, досвід роботи з підлітками, підготовку з КПТ і тілесно-орієнтованих методів, а також регулярно проходили супервізії [12].

Особливу увагу приділяли культурній чутливості: враховували релігійні, культурні та соціальні особливості підлітків. За потреби методики адаптували до індивідуальних переконань, уникаючи нав'язування універсальних схем горювання [18].

Під час групових занять створювалася безпечна атмосфера, заснована на конфіденційності, взаємній повазі та відсутності тиску. Учасники самі визначали, наскільки готові ділитися власним досвідом [14].

Отримані результати використовувалися лише у наукових та освітніх цілях. При публікації застосовувалася деперсоналізація даних, що унеможливило ідентифікацію учасників [3].

Отже, дотримання принципів інформованої згоди, добровільності, конфіденційності, запобігання ретравматизації, справедливості та професійної компетентності забезпечило реальний захист прав і благополуччя підлітків та підвищило наукову й етичну якість дослідження [6; 9; 11; 12; 13; 16; 18].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

1. Методологічна структура дослідження забезпечує комплексний і системний підхід до вивчення психоемоційного стану підлітків, які пережили втрату, через поєднання когнітивно-поведінкових та тілесно-орієнтованих технік.

2. Чітке формулювання мети, завдань та гіпотези дозволяє зосередитися на оцінці ефективності інтегративної програми психологічної підтримки та визначенні її впливу на різні аспекти психоемоційного стану.

3. Використані методики дослідження забезпечують систематичну та об'єктивну оцінку стану підлітків на різних етапах програми, а їх комбіноване застосування підвищує надійність та відтворюваність результатів у майбутніх емпіричних дослідженнях.

4. Опис психологічної програми втручання демонструє логічну та послідовну структуру, збалансованість між когнітивно-поведінковими та тілесними вправами, а також адаптованість до вікових та психологічних особливостей підлітків.

5. Дотримання етичних принципів, таких як добровільність участі, конфіденційність та психологічний комфорт, забезпечує безпеку учасників і підвищує достовірність даних.

6. Таким чином, розділ II закладає теоретично та методологічно обґрунтовану основу для подальшого емпіричного дослідження динаміки психоемоційного стану підлітків, яке буде представлено в наступному розділі.

РОЗДІЛ III

**АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ,
ПОВЕДІНКОВИХ ПРОЯВІВ І ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ У ПРОЦЕСІ
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ**

3.1. Початковий психоемоційний стан учасників дослідження

Аналіз початкових показників за Госпітальною шкалою тривоги та депресії виявив, що ці показники відповідають субклінічно вираженому рівню тривожності, що знаходиться на межі між нормою та клінічно значущими проявами. Важливо відзначити, що всі три групи демонстрували приблизно однакові вихідні рівні тривоги, що свідчить про успішність процедури рандомізації та порівнянність груп за цим важливим параметром.

Таблиця 3.1

Описові статистики для шкал Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), методики діагностики тривожності Ч.Д. Спілбергера, та методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) (1 група)

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	до	після	до	після
Тривога	8.23	8.12	3.60	3.94
Депресія	5.58	5.84	3.59	3.51
Ситуативна тривожність	44.2	42.9	6.48	7.30
Особистісна тривожність	47.2	46.6	8.46	8.99
Самопочуття	45.3	48.1	11.2	11.4
Активність	49.7	49.7	8.71	10.3
Настрій	51.04	51.02	11.9	12.6

Аналіз початкових показників учасників першої групи виявив помірний рівень тривожності та субклінічно виражені депресивні прояви. Показники ситуативної та особистісної тривожності перебувають трохи нижче середніх значень по всій вибірці, що може свідчити про певну емоційну стриманість або тенденцію до внутрішнього контролю переживань. Водночас показники самопочуття, активності та настрою залишаються достатньо високими, що дозволяє говорити про збережений ресурс адаптації та потенціал для подальшої психоемоційної стабілізації.

Таблиця 3.2

Описові статистики для шкал Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), методики діагностики тривожності Ч.Д. Спілбергера, та методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) (2 група)

Вимір	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	до	після	до	після
Тривога	7.56	7.69	3.74	4.28
Депресія	6.09	5.24	3.31	3.88
Ситуативна тривожність	42.5	39.2	7.18	8.00
Особистісна тривожність	44.0	43.2	9.36	8.44
Самопочуття	51.0	52.5	12.5	10.6
Активність	50.2	52.5	12.0	8.98
Настрій	54.0	56.7	14.0	10.3

Учасники другої групи продемонстрували найвищий рівень тривожності серед трьох груп, але при цьому показники депресії залишалися на нижчому, субклінічному рівні. Рівні самопочуття, активності та настрою були найвищими

серед усіх груп, що свідчить про наявність компенсаторної мобілізації ресурсів та активну поведінкову залученість у щоденну діяльність. Така конфігурація показників вказує на те, що, попри внутрішню тривожну активацію, учасники здатні ефективно функціонувати та зберігати емоційний баланс на базовому рівні.

Таблиця 3.3

Описові статистики для шкал Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), методики діагностики тривожності Ч.Д. Спілбергера, та методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) (3 група)

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	до	після	до	після
Тривога	8.87	5.82	4.57	3.83
Депресія	4.84	3.53	2.71	3.51
Ситуативна тривожність	42.3	35.9	9.26	10.1
Особистісна тривожність	44.2	36.6	9.52	11.1
Самопочуття	51.3	55.6	9.45	10.4
Активність	51.2	53.7	7.79	8.06
Настрій	55.4	60.4	12.1	12.5

Початкові показники третьої групи характеризуються помірно підвищеним рівнем тривожності та субклінічними проявами депресії. Ситуативна та особистісна тривожність перебувають на рівні, який свідчить про поєднання стабільної схильності до тривожності та реактивної емоційної чутливості. Показники самопочуття, активності та настрою розташовані в середньому діапазоні, що свідчить про наявність базового ресурсу адаптації, хоча потенціал для мобілізації додаткових ресурсів обмежений.

Інтегрований аналіз початкових показників дозволяє сформувавши комплексне уявлення про психологічний стан підлітків на момент початку дослідження. Характерною особливістю вибірки було поєднання помірно підвищеної тривожності з відносно збереженим загальним функціональним станом та настроєм. Така картина є типовою для підлітків, які пережили травматичний досвід, але знаходяться у відносно стабільній життєвій ситуації на момент звернення за психологічною допомогою. Відсутність значущих відмінностей між групами за більшістю початкових показників підтверджує коректність формування експериментальних груп та створює необхідні методологічні передумови для порівняльного аналізу ефективності різних підходів до психологічної інтервенції.

Окремої уваги заслуговує аналіз співвідношення між різними показниками тривожності у кожній групі. У першій групі спостерігалось помірне підвищення як ситуативної, так і особистісної тривожності при відносно невисоких показниках за Госпітальною шкалою тривоги, що може вказувати на переважно психологічний, а не клінічний характер тривожних проявів. У другій групі співвідношення показників було подібним, хоча рівень особистісної тривожності був дещо нижчим порівняно з першою групою. Третя група демонструвала найвищі показники за Госпітальною шкалою тривоги при помірних значеннях за методикою Спілбергера, що може свідчити про більш виражені соматичні прояви тривожності у цих учасників.

Початкові показники за методикою САН надали важливу інформацію про ресурсний потенціал учасників дослідження. Попри наявність підвищеної тривожності, більшість підлітків зберігали достатній рівень активності та відносно позитивний настрій, що є сприятливою прогностичною ознакою для психотерапевтичної роботи. Дещо нижчі показники самопочуття вказують на наявність психосоматичного компоненту в структурі тривожних проявів, що обґрунтовує доцільність включення тілесно-орієнтованих технік у програми психологічної допомоги. Такі вихідні дані свідчать про те, що учасники дослідження знаходяться у стані, коли психологічна інтервенція може бути

найбільш ефективною, оскільки наявні ресурси для активної участі у терапевтичному процесі.

3.2. Встановлення відмінностей у рівнях тривоги, депресії та психоемоційних станів до і після програми.

Перед тим, як приступати безпосередньо до аналізу отриманих даних, ми здійснили аналіз надійності задля оцінки узгодженості зібраних даних.

Вибірка склалась з трьох груп: 1 (30 осіб), 2 (30 особи), 3 (30 осіб).

Таблиця 3.4

Аналіз надійності для шкал Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), методики діагностики тривожності Ч.Д. Спілбергера, та методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій)

Шкала	Альфа Кронбаха		
	1 група	2 група	3 група
Тривога	0,617	0,489	0,808
Депресія	0,685	0,555	0,523
Ситуативна тривожність	0,839	0,833	0,448
Особистісна тривожність	0,863	0,86	0,641
Самопочуття	0,873	0,886	0,884
Активність	0,781	0,873	0,733
Настрій	0,921	0,949	0,939

Для 1 групи було отримано високий рівень надійності даних за шкалами Ситуативна та Особистісна тривожність, Самопочуття та Настрій, достатній – для

шкали Активність, та дещо нижчий за достатній – для шкал Тривога та Депресія (HADS).

Для 2 групи було отримано нижчий за достатній рівень надійності за шкалами Тривога та Депресія (HADS) і високий рівень надійності для решти шкал.

Для 3 групи було отримано високий рівень надійності для шкал Тривога, Самопочуття та Настрій, достатній – для шкали Активність та нижчий за достатній рівень надійності за шкалами Депресія, Ситуативна та Особистісна тривожність.

Основним завданням дослідження було з'ясувати, як змінилися рівні тривоги, депресії та психоемоційних станів після проведення тренінгу в кожній із груп, з метою порівняння ефективності різних терапевтичних методів. Зміни було проаналізовано за допомогою t-критерію Стьюдента для парних вибірок.

Середні та середні квадратичні відхилення в групах до та після тренінгу вказані в таблицях 3.1, 3.2 та 3.3.

Таблиця 3.5

Тест для парних вибірок (t-критерій Стьюдента) за шкалами Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та методики діагностики тривожності Ч.Д. Спілбергера, при порівнянні до та після тренінгу (1 група)

Шкала	Статистика	Ст. св.	p	Різниця середніх	Величина ефекту (d Коена)
Тривога	0,43	29,0	0,56	-0,11	0,08
Депресія	1,13	29,0	0,12	0,26	0,21
Ситуативна тривожність	1,7	29,0	0,09	-1,3	0,31
Особистісна тривожність	1,01	29,0	0,34	-0,6	0,18

Середні в кожній з груп представлено на рис. 3.1 Діаграми середніх для шкал Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) (1 група)

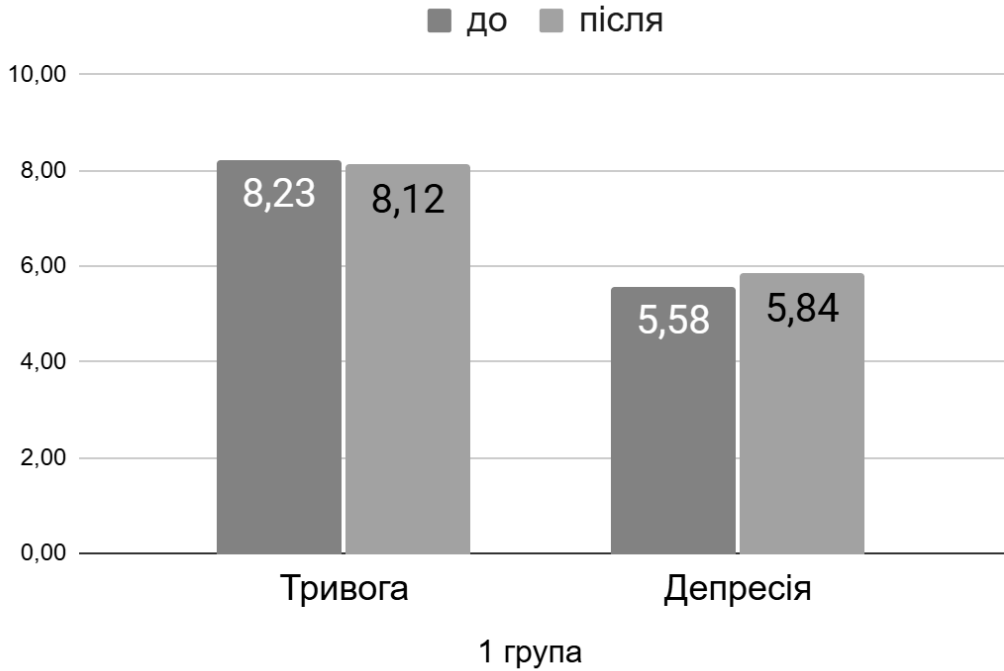


Рис. 3.1 Діаграми середніх для шкал Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) (1 група)

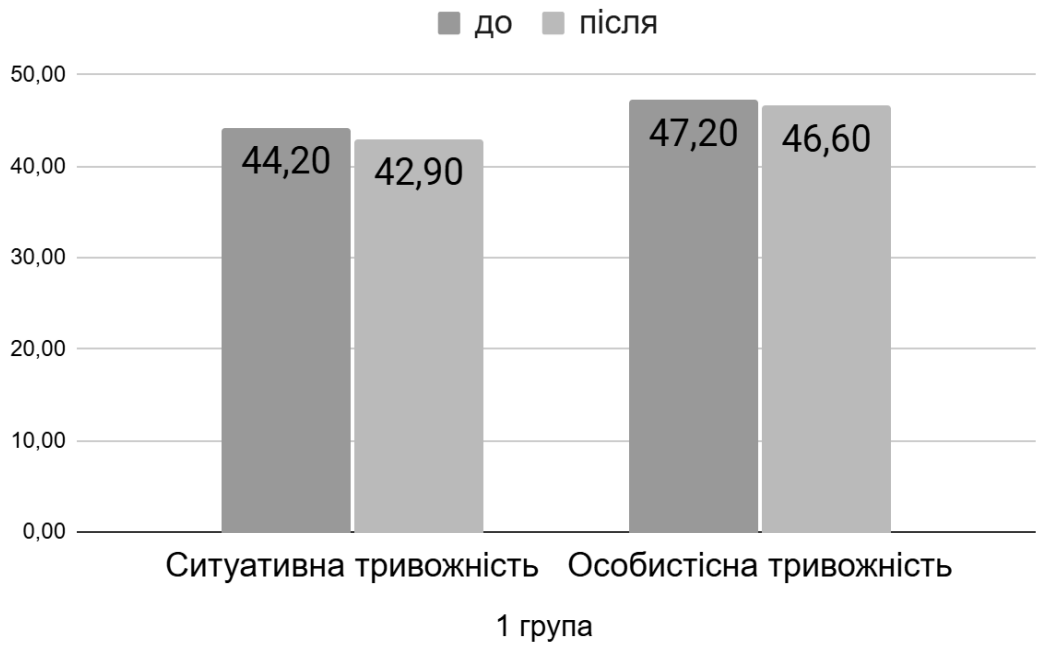


Рис. 3.2 Діаграми середніх для шкал методики діагностики тривожності Ч.Д. Спілбергера, (1 група)

Серед шкал методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) для 1 групи досліджуваних було встановлено відмінність у вимірах до та після тренінгу за

шкалою Самопочуття ($t(29) = 2,14$; $p = 0,03$). Встановлено слабкий ефект даного зв'язку (d Коена = 0,39).

Таблиця 3.6

Тест для парних вибірок (t-критерій Стьюдента) за шкалами методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) при порівнянні до та після тренінгу (1 група)

Шкала	Статистика	Ст. св.	p	Різниця середніх	Величина ефекту (d Коена)
Самопочуття	2,14	29,0	0,03	2,8	0,39
Активність	0,91	29,0	0,79	0	0,17
Настрій	0,72	29,0	0,82	-0,02	0,13

Як бачимо з діаграм середніх, після проведеного тренінгу досліджувані першої групи мають в середньому 48,1 б. за шкалою Самопочуття, що достовірно вище за 45,3 б. до тренінгу.

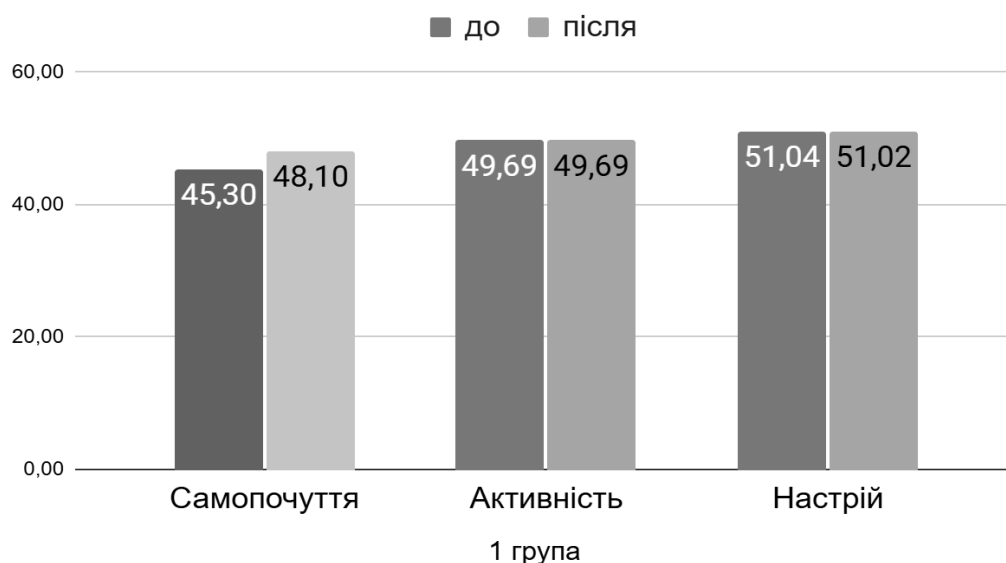


Рис. 3.3 Діаграма середніх показників за шкалами методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) для 1-ї групи.

Після проведення програми, у межах якої використовувалися виключно техніки когнітивно-поведінкової терапії, спостерігається покращення показників самопочуття. Водночас зміни рівнів тривоги та депресії не досягли вираженої статистичної значущості. Це свідчить, що застосування лише когнітивно-поведінкових інтервенцій у роботі з підлітками, які мають травматичний досвід, чинить радше помірний вплив на їхній емоційний стан. Ймовірно, це пов'язано з обмеженими можливостями підлітків до усвідомленої когнітивної регуляції під час сильних емоційних переживань, а також із відсутністю тілесно орієнтованої складової, яка могла б сприяти розвантаженню залишкової соматичної напруги. Попри це, участь у тренінгу позитивно вплинула на загальне самопочуття, що підтверджує ефективність структурованої когнітивної роботи та психоедукації у стабілізації базового рівня функціонування учасників.

Аналіз динаміки показників за шкалами Госпітальної шкали тривоги й депресії (HADS) та за методикою діагностики тривожності Ч. Д. Спілбергера і показав статистично значущі відмінності за шкалою «Депресія» ($t(29) = 1,82$; $p = 0,04$). Визначено слабкий ефект цього зв'язку (коефіцієнт d Коена = 0,33).

Таблиця 3.7

Тест для парних вибірок (t-критерій Стьюдента) за шкалами Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та методики діагностики тривожності Ч.Д. Спілбергера, при порівнянні до та після тренінгу (2 група)

Шкала	Статистика	Ст. св.	p	Різниця середніх	Величина ефекту (d Коена)
Тривога	1,06	29,0	0,44	0,13	0,19
Депресія	1,82	29,0	0,04	-0,85	0,33
Ситуативна тривожність	2,01	29,0	0,1	-3,3	0,37
Особистісна тривожність	1,18	29,0	0,17	-0,8	0,22

З діаграм середніх бачимо, що після проведеного тренінгу досліджувані другої групи мають в середньому 5,24 б. за шкалою Депресії, що достовірно менше за 6,09 б. до тренінгу.

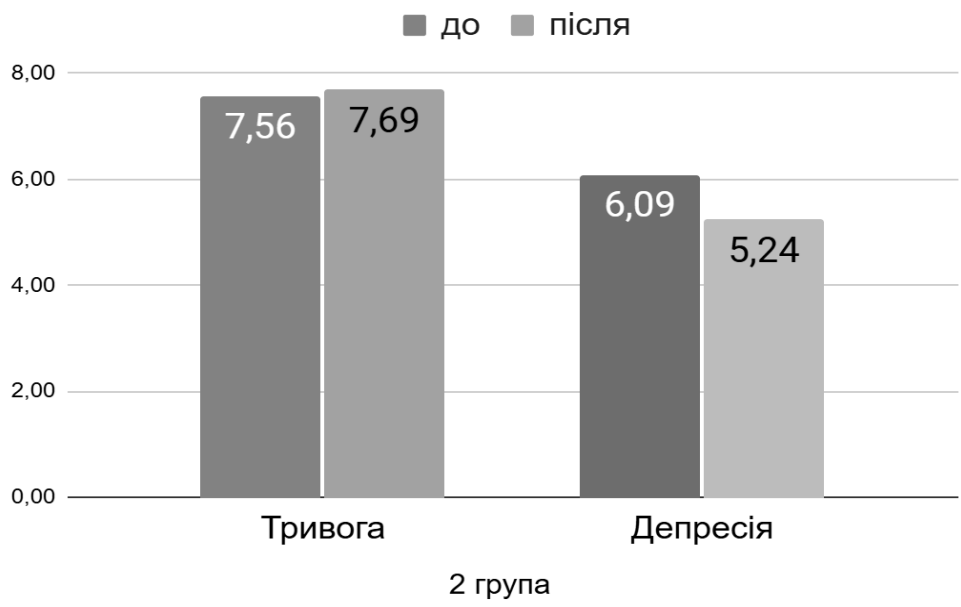


Рис.3.4 Діаграми середніх для шкал Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) (2 група)

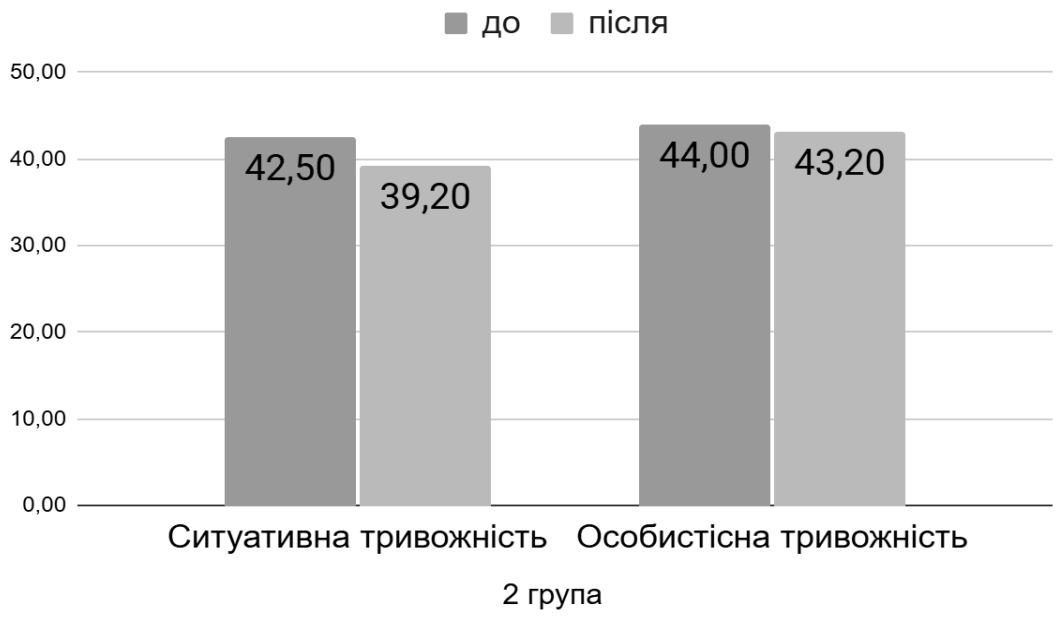


Рис.3.5 Діаграми середніх для шкал методики діагностики тривожності Ч.Д. Спілбергера, (2 група)

Досліджуючи відмінності у вимірах до та після тренінгу за шкалами методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) для 2 групи, було встановлено відмінність за шкалами Активність ($t(29) = 2,12$; $p = 0,02$) та Настрій ($t(29) = 2,31$; $p = 0,01$). Встановлено слабкі ефекти.

Таблиця 3.8

Тест для парних вибірок (t-критерій Стюдента) за шкалами методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) при порівнянні до та після тренінгу (2 група)

Шкала	Статистика	Ст. св.	p	Різниця середніх	Величина ефекту (d Коена)
Самопочуття	0,95	29,0	0,39	1,5	0,17
Активність	2,12	29,0	0,02	2,3	0,39
Настрій	2,31	29,0	0,01	2,7	0,42

Як бачимо з діаграм середніх, після проведеного тренінгу у досліджуваних групи 2 отримано в середньому вищі показники як Активністю, так і за Настроєм. За результатами аналізу показників за методикою САН у другій групі спостерігається позитивна динаміка за всіма шкалами. Зокрема, статистично значущі зміни зафіксовано за шкалами активності ($t(29) = 2,12$; $p = 0,02$; $d = 0,39$) та настрою ($t(29) = 2,31$; $p = 0,01$; $d = 0,42$), що свідчить про покращення загального психоемоційного стану після застосування тілесно-орієнтованих технік. Водночас показник самопочуття продемонстрував позитивну, але статистично незначущу тенденцію ($t(29) = 0,95$; $p = 0,39$; $d = 0,17$).

Проведений аналіз результатів другої групи показав позитивну динаміку за всіма шкалами методики САН. Після застосування тілесно-орієнтованих технік учасники демонстрували підвищення рівня активності, покращення самопочуття та більш стабільний емоційний фон.

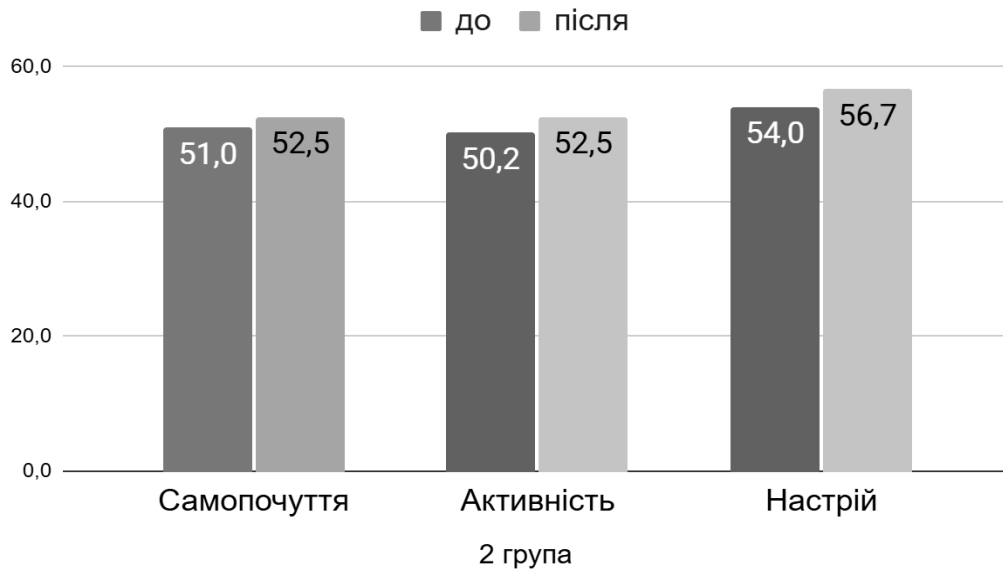


Рис. 3.6 Діаграма середніх показників за шкалами методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) для 2-ї групи.

Така тенденція узгоджується з теоретичними положеннями тілесно-орієнтованого підходу, відповідно до яких робота з тілесними відчуттями сприяє зниженню соматичної напруги, відновленню енергетичного балансу та підвищенню здатності до саморегуляції емоційних станів. Отримані результати дають підстави вважати, що включення тілесних практик у програму психологічної підтримки підлітків із травматичним досвідом може підсилювати ефективність психокорекційного процесу, сприяючи відновленню внутрішнього ресурсу та формуванню стійкіших адаптивних реакцій.

Для третьої групи середні та середні квадратичні відхилення в групах до та після тренінгу вказані в таблиці 3.3. Порівнюючи виміри до та після тренінгу за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) для 3 групи, було встановлено відмінність як за шкалою Тривоги ($t(29) = 2,42$; $p = 0,04$), так і за шкалою Депресії ($t(29) = 1,98$; $p = 0,02$).

Поміж шкал методики діагностики тривожності Ч.Д. Спілбергера, також було встановлено відмінність як за шкалою Ситуативної ($t(29) = 3,18$; $p < 0,01$), так і Особистісної тривожності ($t(29) = 3,46$; $p < 0,01$). Встановлено сильні ефекти зв'язку.

Тест для парних вибірок (t-критерій Стьюдента) за шкалами Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та методики діагностики тривожності Ч.Д. Спілбергера, при порівнянні до та після тренінгу (3 група)

Шкала	Статистика	Ст. св.	p	Різниця середніх	Величина ефекту (d Коена)
Тривога	2,42	29,0	0,04	-3,05	0,44
Депресія	1,98	29,0	0,02	-1,31	0,36
Ситуативна тривожність	3,18	29,0	<0,01	-6,4	0,58
Особистісна тривожність	3,46	29,0	<0,01	-7,6	0,63

Після проведеного тренінгу у досліджуваних групи 3 отримано достовірно нижчі рівні за шкалами Тривоги та Депресії.

У досліджуваних групи 3 отримано після тренінгу також достовірно нижчі рівні за шкалами Ситуативної та Особистісної тривожності.

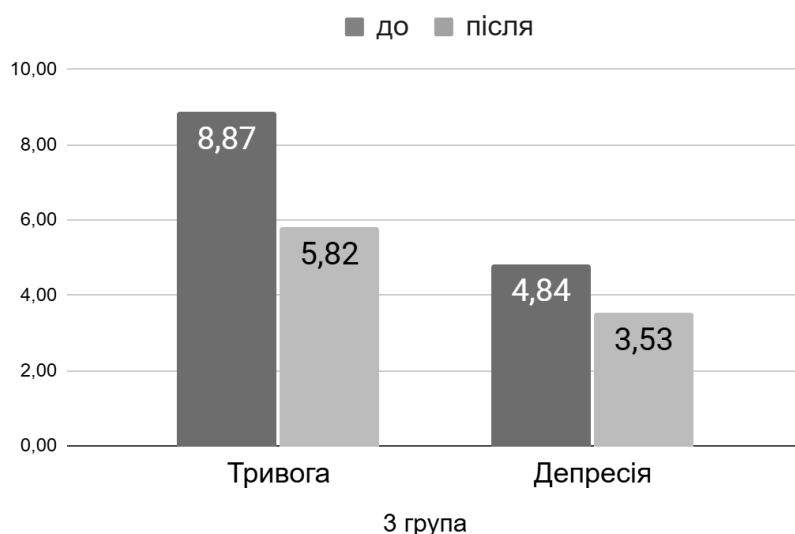


Рис. 3.7 Діаграми середніх для шкал Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) (3 група)

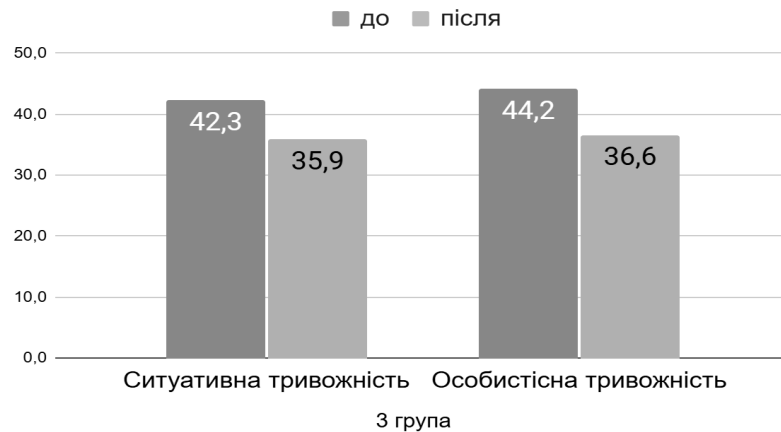


Рис. 3.8 Діаграми середніх для шкал методики діагностики тривожності Ч.Д. Спілбергера, (3 група)

Порівнюючи виміри до та після тренінгу за шкалами методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) для 3 групи, було встановлено відмінність за кожною зі шкал: Самопочуття ($t(29) = 2,98$; $p < 0,01$), Активність ($t(29) = 2,41$; $p = 0,01$) та Настрій ($t(29) = 2,81$; $p < 0,01$). Для шкали Активність встановлено слабкий ефект (d Коена = 0,44), Для Самопочуття та Настрій – сильні (d Коена = 0,54 та 0,51 відповідно).

Таблиця 3.10

Тест для парних вибірок (t-критерій Стьюдента) за шкалами методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) при порівнянні до та після тренінгу (3 група)

Шкала	Статистика	Ст. св.	p	Різниця середніх	Величина ефекту (d Коена)
Самопочуття	2,98	29,0	<0,01	4,3	0,54
Активність	2,41	29,0	0,01	2,5	0,44
Настрій	2,81	29,0	<0,01	5	0,51

Як бачимо з діаграм середніх, досліджувані групи 3 після проведеного тренінгу мають вищі рівні за кожною зі шкал методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій). Це може свідчити про зростання загального рівня енергійності та внутрішньої врівноваженості учасників після проходження тренінгу. Вони проявляють більшу активність, емоційну стабільність і позитивніше ставлення до навколишнього середовища. Також це підтверджується спостереженням. Такі зміни вказують на поступове відновлення ресурсного стану та здатності до ефективної саморегуляції.

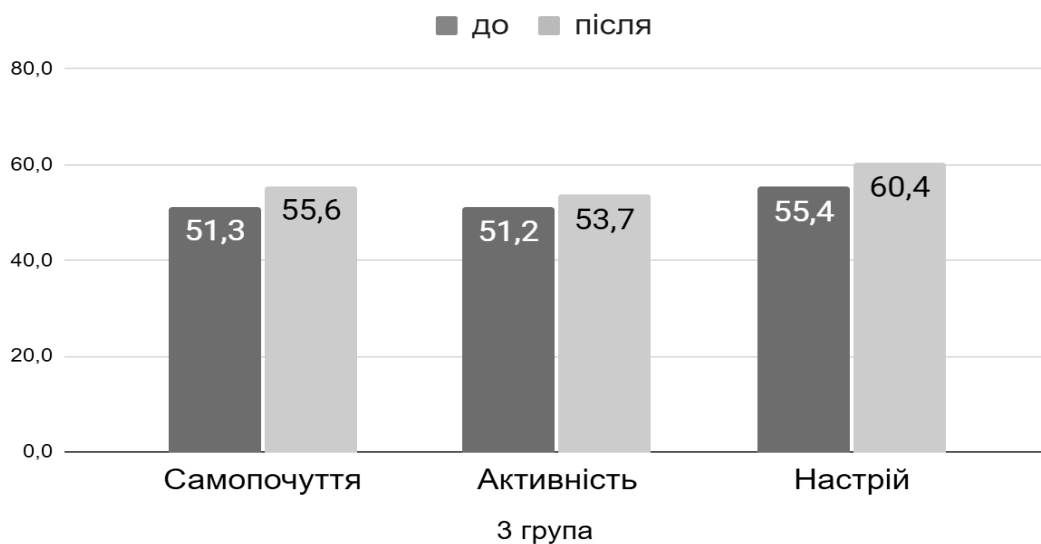


Рис. 3.9 Діаграма середніх показників за шкалами методики САН (Самопочуття, Активність, Настрій) (3 група)

Отримані результати свідчать про статистично значущі позитивні зміни психоемоційного стану підлітків після участі в комплексній програмі, що поєднувала когнітивно-поведінкові та тілесно-орієнтовані техніки. Зниження рівнів тривожності та депресії за шкалами HADS, а також стабілізація ситуативної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера, свідчить про комплексне покращення психоемоційного благополуччя учасників. Додатково показники САН відображають підвищення самопочуття, активності та настрою, що підтверджує ефективність багаторівневого підходу, здатного впливати одночасно на

когнітивний, емоційний і тілесний рівні функціонування підлітків, які пережили втрату чи інші травматичні події.

Таблиця 3.11

Порівняння результатів спостереження за трьома ключовими критеріями на трьох групах підлітків після програми.

Критерій спостереження	Група з застосуванням технік КПТ	Група з застосуванням тілесно-орієнтованих технік	Інтегративна методика (КПТ + тілесно-орієнтовані техніки)
Емоційна регуляція	Середній/помірний рівень розвитку самозаспокоєння, часті помірні емоційні коливання	Покращення здатності до самозаспокоєння, спостерігається зниження емоційної напруги	Висока здатність до саморегуляції, стабільна емоційна поведінка
Поведінка у фруструючих ситуаціях	Часткове подолання труднощів, іноді прояви уникання	Зменшення уникання, більш активні спроби подолати завдання	Значне покращення поведінки: активне подолання складних ситуацій, мінімум уникання
Соціальна взаємодія	Помірна участь у групі, потребує стимулу	Підвищена включеність у взаємодію з однолітками	Стабільна активна участь у групових вправах, висока соціальна включеність

Аналіз механізмів дії методик показав, що когнітивно-поведінкова терапія ефективно працює з дисфункціональними переконаннями та мисленнєвими стратегіями, проте її ізольоване застосування обмежене у підлітків із травматичним досвідом через високий тілесний компонент тривожності та недостатньо розвинені когнітивні рефлексивні навички. Тілесно-орієнтовані практики, навпаки, значно знижують фізіологічну активацію, відновлюють контакт із тілесними відчуттями та покращують емоційний тонус, проте не забезпечують глибокої когнітивної

реструктуризації. Інтегрований підхід реалізує синергетичний ефект: тілесні практики створюють оптимальні умови для когнітивної роботи, що дозволяє одночасно опрацьовувати стійкі когнітивні та емоційні патерни, включно з особистісною тривожністю, забезпечуючи більш стабільні та глибокі зміни.

Результати дослідження демонструють узгодженість з міжнародними даними, зокрема з роботою *Mind–body intervention for post-traumatic stress disorder in adolescents: a systematic review and network meta-analysis* (Zhang Bianjiang et al., 2025) [44] яка продемонструвала високу ефективність травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (TF-CBT) у зниженні симптомів ПТСР у підлітків. Як і в нашому дослідженні, ці результати підтверджують, що багаторівневі втручання, що поєднують когнітивний та тілесний компоненти, забезпечують більш значущі й стійкі зміни психоемоційного стану підлітків із травматичним досвідом, підкреслюючи доцільність інтегрованих програм у психологічній підтримці даної категорії клієнтів.

3.3. Обговорення результатів у контексті сучасних підходів до психологічної допомоги підліткам, які пережили втрату

Результати проведеного дослідження формують емпіричну основу для розробки практичних рекомендацій щодо покращення психоемоційного стану підлітків у контексті діяльності освітніх закладів, психологічних центрів та реабілітаційних програм. Впровадження інтегрованого підходу, який поєднує методи когнітивно-поведінкової терапії та тілесно-орієнтовані практики, потребує належної організації, підготовки фахівців та адаптації програм до конкретних умов. При плануванні варто враховувати як загальні принципи ефективних психологічних інтервенцій, так і специфіку цільової аудиторії — підлітків, які мають досвід втрати або стресових подій, пов'язаних із війною.

Організаційні рекомендації включають визначення оптимальної структури та тривалості програм. Ефективним є формат тримісячної програми з двома заняттями

на тиждень тривалістю близько 90 хвилин, що дозволяє забезпечити достатній вплив без перевантаження учасників. Заняття доцільно проводити у малих групах (8–10 осіб), що сприяє довірчій атмосфері, активній взаємодії та груповій підтримці. Групова форма дозволяє підліткам відчувати спільність досвіду, усвідомлювати, що інші ровесники стикаються з подібними труднощами, а також обмінюватися ефективними стратегіями подолання стресу.

Приміщення для занять має бути пристосоване для когнітивної та тілесної роботи: достатній простір (приблизно 3 м² на учасника), килимки для вправ на підлозі, можливість регулювання освітлення та температури, а також забезпечення конфіденційності. Для тілесно-орієнтованих вправ рекомендується наявність фонові музики або записів керованих медитацій.

Підготовка фахівців є ключовим аспектом успішної реалізації програми. Спеціалісти повинні мати базову освіту у сфері клінічної чи консультативної психології та спеціалізацію з когнітивно-поведінкової терапії та тілесно-орієнтованих методів. Необхідним є знайомство з принципами травмоінформованого підходу, оскільки робота з підлітками, які пережили втрату, потребує уваги до тригерів і створення безпечного середовища. Рекомендується постійна та регулярна супервізія (не менш ніж один раз на два тижні) протягом повного першого року впровадження програми.

Для фахівців, які мають спеціалізацію лише в одному напрямі, можлива командна робота, де один психолог відповідає за когнітивний блок, а інший — за тілесні практики. Успіх такого формату залежить від регулярної координації дій. Найбільш ефективним є варіант, коли один спеціаліст володіє обома підходами, що дозволяє гнучко поєднувати техніки та адаптувати їх до потреб групи. Оптимальний рівень підготовки включає не менше 200 годин теоретичного навчання та приблизно 100 годин практики під супервізією.

Адаптація програми до різних умов реалізації: у школах — факультативи або позаурочні заняття з підтримкою адміністрації та педагогів, що сприяє мотивації та моніторингу психоемоційного стану учнів; у психологічних центрах — більш

інтенсивний формат із можливістю індивідуального консультування між груповими сесіями; у реабілітаційних закладах — як складова комплексної програми разом із медичною чи соціальною підтримкою.

Для молодших підлітків доцільно адаптувати програму через збільшення частки ігрових та рухових елементів і скорочення тривалості окремих вправ. Для старших підлітків можна поглиблювати когнітивну роботу, досліджувати смислові питання та розвивати навички саморегуляції для подальшого самостійного використання. У змішаних групах доцільно пропонувати завдання різного рівня складності, щоб кожен учасник працював на оптимальному для себе рівні.

Структура сесії може включати: вступну тілесну практику (15 хвилин) для налаштування і зниження напруження; основну когнітивну частину (45 хвилин) — психоедукація, обговорення досвіду та вправи з когнітивної саморегуляції; проміжну тілесну практику (20 хвилин) — релаксаційні, дихальні або рухові вправи; завершальну частину (10 хвилин) — підведення підсумків і інтеграція досвіду.

На початковому етапі заняття спрямовані на формування безпечної групової атмосфери, встановлення правил взаємоповаги та ознайомлення з основами когнітивно-поведінкових і тілесних практик. Середні сесії концентруються на розвитку навичок саморегуляції та поступовій роботі з травматичним досвідом. Завершальні сесії присвячені консолідації отриманих знань, розробці індивідуальних стратегій підтримки психоемоційного стану та символічному завершенню програми, що позначає перехід підлітків до нового етапу з новими ресурсами для подолання труднощів.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III

1. Проведене емпіричне дослідження показало, що на початковому етапі підлітки, які пережили втрату через війну, мали підвищений рівень тривожності, ознаки емоційної напруги, втому та нестійких настроїв. Порівняння психоемоційного стану підлітків до та після участі у програмі виявило позитивні зміни. У першій групі, де використовувалися когнітивно-поведінкові техніки, було зафіксовано помірну позитивну динаміку окремих показників. Рівень тривоги за HADS знизився (було 8,23, стало 8,12), тоді як показник депресії за HADS продемонстрував незначне підвищення (було 5,58, стало 5,84). Ситуативна тривожність за Спілбергером зменшилася (було 44,20, стало 42,90), а особистісна тривожність також знизилася (було 47,20, стало 46,60). За шкалами САН було відзначено статистично достовірне покращення самопочуття (було 45,3, стало 48,1), тоді як активність залишилася незмінною (було 49,69, стало 49,69), а настроїв практично не змінився (було 51,04, стало 51,02). Загалом у першій групі покращення стосувалися передусім суб'єктивного самопочуття, тоді як зміни за іншими параметрами були мінімальними.

2. У другій групі, де застосовувалися тілесно-орієнтовані техніки, результати показали більш значущу позитивну динаміку. Показник тривоги за HADS залишився майже на тому ж рівні (було 7,56, стало 7,69), проте рівень депресії за HADS зменшився (було 6,09, стало 5,24). Ситуативна тривожність знизилася (було 42,50, стало 39,30), а особистісна тривожність також продемонструвала зменшення (було 44,00, стало 43,20). За шкалами САН спостерігалось покращення самопочуття (було 51,0, стало 52,5), зростання активності (було 50,2, стало 52,5) та підвищення настрою (було 54,0, стало 56,7). Отримані результати відображають ефективність тілесних технік у зниженні емоційного напруження та підвищенні енергетичного потенціалу підлітків.

3. Найбільш виражені покращення були зафіксовані у третій групі, де застосовувалося комплексне втручання, що поєднувало когнітивно-поведінкові та тілесно-орієнтовані методи. Рівень тривоги за HADS суттєво знизився (було 8,87,

стало 5,82), а рівень депресії також зменшився (було 4,84, стало 3,53). Ситуативна тривожність за Спілбергером показала значне зниження (було 42,3, стало 35,9), а особистісна тривожність також зменшилася (було 44,2, стало 36,6). За шкалами САН спостерігалось суттєве покращення самопочуття (було 51,3, стало 55,6), підвищення активності (було 51,2, стало 53,7) та зростання настрою (було 55,4, стало 60,4). Зміни у третій групі підтверджують високу ефективність комплексного підходу, який забезпечив найбільш повне відновлення психоемоційного стану та загального психофізіологічного благополуччя підлітків. Таким чином, комплексне втручання забезпечило достовірне покращення психоемоційного стану підлітків за всіма параметрами – зниження тривожності та депресії, підвищення самопочуття, активності та настрою.

4. Аналіз коефіцієнтів альфа-Кронбаха показав, що частина застосованих методик продемонструвала хорошу внутрішню узгодженість, а отже — достатню надійність отриманих даних. Найвищі показники спостерігалися за шкалами Ситуативної та Особистісної тривожності, а також за компонентами Самопочуття, Активності та Настрою, що підтверджує їхню психометричну стійкість у всіх трьох групах. Разом із тим деякі субшкали, зокрема Тривога та Депресія за HADS, продемонстрували нижчі значення внутрішньої узгодженості. Це може вказувати на певні обмеження цих інструментів у межах конкретної вибірки та потребу більш виваженого трактування отриманих результатів. Тому в подальших дослідницьких роботах варто розглянути використання додаткових методик для вимірювання тривожних і депресивних симптомів у дітей та підлітків. Це допоможе підвищити точність оцінювання та забезпечити більш надійні психометричні показники в наступних вибірках.

5. Отже, усі групи продемонстрували позитивну динаміку психоемоційного стану, проте найбільш виражені зміни були у третій групі, де застосовано інтегрований підхід. Поєднання когнітивно-поведінкових та тілесно-орієнтованих методик забезпечує одночасний вплив на когнітивний, емоційний і фізіологічний рівні, сприяючи стабільному підвищенню психоемоційного

благополуччя підлітків. Результати дослідження підтверджують доцільність впровадження системних, хоча й короткострокових, програм психологічної підтримки для дітей та підлітків, які пережили втрату, у закладах освіти, соціальної сфери та реабілітації. Інтегрований підхід, який поєднує когнітивно-поведінкові та тілесно-орієнтовані техніки, виявився найбільш результативним. Він дозволяє охопити ширший спектр емоційних і поведінкових змін та забезпечує більш помітне зниження тривожності, ніж короткострокові окремі втручання. Такий підхід допомагає підліткам формувати стресостійкість, внутрішню стабільність і відчуття контролю над власними емоціями.

6. Взявши за основу отримані дані були розроблені практичні рекомендації для фахівців, які працюють у реабілітаційних та соціальних закладах, а також в закладах освіти. Впровадження інтегрованих програм психологічної підтримки може стати ефективним короткостроковим інструментом для покращення психоемоційного стану та якості життя дітей та підлітків у посттравматичний період.

7. Загалом результати дослідження підтверджують, що поєднання когнітивно-поведінкових і тілесно-орієнтованих методик є ефективним засобом психологічної підтримки підлітків після пережитої втрати і можуть бути рекомендовані до практичного застосування.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Вивчення психоемоційних наслідків втрати для підлітків у контексті війни дало змогу виявити основні прояви психологічного дистресу, які включають підвищену тривожність, емоційну нестабільність, втомлюваність та ознаки депресивного стану. Дослідження підтвердило, що реакція підлітків на травматичний досвід є багатовимірною і проявляється одночасно на когнітивному, емоційному, поведінковому та фізіологічному рівнях. Отримані дані підкреслюють критичну важливість своєчасної і системної психологічної підтримки, яка здатна зменшити негативні наслідки пережитої втрати та сприяти відновленню психоемоційної рівноваги.

2. Аналіз наукової літератури та сучасних концепцій роботи з підлітками, які пережили втрату, дозволив оцінити багатовимірність психоемоційного стану та підтвердити необхідність комплексного підходу. Було встановлено, що для розуміння наслідків втрати у підлітків важливо враховувати не лише когнітивні та емоційні аспекти, а й поведінкові реакції та соматичні прояви стресу. Теоретичні моделі свідчать, що лише цілісна робота, яка інтегрує різні рівні функціонування підлітка, може забезпечити стійкі та глибокі зміни у психоемоційному стані.

3. Дослідження потенціалу когнітивно-поведінкової терапії та тілесно-орієнтованих практик у роботі з підлітками, які пережили втрату, показало, що ці методики можуть ефективно впливати на різні рівні психоемоційного функціонування та доповнювати одна одну. Поєднання когнітивних технік, спрямованих на зміну негативних переконань та емоційних реакцій, із тілесними практиками, що допомагають знімати напруження та відновлювати ресурсний стан, дозволяє досягати більш стійких і глибоких змін у самопочутті та поведінкових проявах підлітків.

4. Проведення емпіричного етапу дослідження на вибірці підлітків дозволило системно оцінити початковий стан та зміну їхніх психоемоційних параметрів після психологічного втручання. На початковому етапі більшість

учасників демонстрували підвищений рівень тривожності, низький рівень настрою та ознаки емоційного перевантаження. Після проходження програми спостерігалася позитивна динаміка психоемоційного стану, що свідчить про ефективність організованої психологічної підтримки та потенціал втручання для відновлення ресурсного стану підлітків.

5. Аналіз результатів показав, що найбільш виражені позитивні зміни спостерігалися у групах, де застосовувався інтегрований підхід із поєднанням когнітивно-поведінкових та тілесно-орієнтованих технік. Підлітки демонстрували зниження тривожності, покращення настрою, підвищення активності та загального самопочуття. Водночас групи, де використовувалися лише окремі методики, теж показали позитивну тенденцію, але ефект був менш вираженим. Це підтверджує, що комплексне втручання забезпечує більш системну і стійку підтримку психоемоційного стану.

6. Дослідження показало, що навіть короткострокові, але структуровані програми психологічної підтримки можуть забезпечувати клінічно значущі зміни у психоемоційному стані підлітків. Навіть протягом обмеженого часу спостерігалось покращення ключових параметрів емоційного благополуччя, що свідчить про ефективність таких втручань у реабілітаційних та освітніх практиках

7. На основі отриманих даних розроблено рекомендації для психологів, педагогів та фахівців реабілітаційних закладів щодо впровадження інтегрованих програм підтримки. Їхнє застосування сприяє розвитку адаптаційних ресурсів підлітків, зміцненню емоційної стабільності та особистісного розвитку, а також дозволяє формувати у підлітків навички саморегуляції та стресостійкості. Реалізація цих рекомендацій забезпечує підвищення ефективності роботи з дітьми та підлітками, які пережили втрату, та сприяє покращенню якості їхнього життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Белова О. В. Розширення тілесних компетенцій психолога-консультанта // Простір арттерапії: творчість як задзеркалля реальності : матеріали XVII Міжнар. міждисциплінар. наук.-практ. конф. Київ, 2020. С. 122–125. URL: <https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/art-conf-20.pdf> (дата звернення: 08.11.2025).
2. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому / пер. з англ. А. Цвира. Київ : Vivat, 2022. 624 с. ISBN 978-966982-892-7.
3. Гопкало Ю. Застосування тілесно-орієнтованої психотерапії як одного з методів у роботі з дітьми та сім'ями, що пережили травмуючі події // Психологія та соціальна робота. 2020. № 1 (51). DOI: [https://doi.org/10.18524/2707-0409.2020.1\(51\).225374](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2020.1(51).225374) (дата звернення: 08.11.2025).
4. Даниленко Г. М., Страшок Л. А., Сидоренко Т. П., Ісакова М. Ю., Завеля Е. М. Особливості психологічного стану внутрішньо переміщених дітей шкільного віку та підлітків в умовах війни // Сучасна педіатрія. Україна. 2023. № 4 (132). С. 51–55. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/items/87e8ada9-9bb4-4d3f-929e-b895105efbda> (дата звернення: 10.11.2025).
5. Дерев'янка С. П. Когнітивно-поведінкова терапія : навч.-метод. рек. Чернігів : НУЧК ім. Т. Г. Шевченка, 2023. 60 с. URL: <https://epub.chnpu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/9108/1/Когнітивно-поведінкова%20терапія.pdf> (дата звернення: 08.11.2025).
6. Дьякова Г. І. Психологічна допомога дітям у період війни: сучасні підходи та методики. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка, 2022. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/733352/2/Довідник_Психол._допомога_2022%20%28ISBN%29.pdf (дата звернення: 08.11.2025).
7. Зливков В., Лукомська С., Євдокимова Н., Ліпінська С. Діти і війна : монографія. Київ ; Ніжин : Лисенко М. М., 2023. 221 с. URL: https://opac.kpi.ua/estorage/i/Dity_i_viina_2022_VL_Zlyvkov.pdf (дата звернення: 08.11.2025).

8. Кахнич Д. Соціально-психологічна підтримка дітей, постраждалих від воєнних дій. Львів : Укр. катол. ун-т, 2025. URL: <https://er.ucu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/dfd9abf5-1428-45a3-922e-91c3b4adfd29/content> (дата звернення: 08.11.2025).
9. Самсонова В. С. Психологічний супровід дітей, травмованих війною. Кривий Ріг : Криворізь. держ. пед. ун-т, 2023. URL: <http://elibrary.kdpu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/7117> (дата звернення: 08.11.2025).
10. Станішевська Б. Фізіологічні концепції емоцій // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. ст. / за ред. Т. М. Титаренко. Київ, 2015. С. 48–56. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/9833/1/Психологічна%20допомога%20особистості.pdf> (дата звернення: 08.11.2025).
11. Столярчук О. А. Навчання та психоемоційний стан українських підлітків в умовах війни в Україні // Наук. вісн. Ужгород. нац. ун-ту. Серія: Психологія. 2022. № 1. С. 115–120. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy> (дата звернення: 08.11.2025).
12. Тафінцева С., Мотозюк Л. Психологічна підтримка дітей в умовах воєнного стану: роль психолога у зменшенні психологічної травматизації // Europejskie Studia Humanistyczne: Państwo i Społeczeństwo. 2024. № 4. С. 89–101. DOI: <https://doi.org/10.38014/ehs-ss.2024.4.06>.
13. Терещук А. Д. Основні аспекти психологічної допомоги постраждалим внаслідок воєнної травматизації // Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2019. Т. IX, вип. 12. С. 278–287. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v9/i12/28.pdf> (дата звернення: 08.11.2025).
14. Хлівна О. М., Магдисюк Л. І. Психологія тілесності : навч.-метод. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 192 с. URL:

https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/20892/1/psy_tilesnosti.pdf

звернення: 08.11.2025).

15. Шебанова В. І. Тілесно-орієнтовані техніки та прийоми подолання кризових станів. Херсон : Вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 253–279. URL: <https://ekhsuir.kspu.edu/handle/123456789/16101> (дата звернення: 08.11.2025).

16. Barenbaum J., Ruchkin V., Schwab-Stone M. The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2004. Vol. 45, № 1. P. 41–62. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.0021-9630.2003.00304.x> (дата звернення: 08.11.2025).

17. Cherland E. Review of The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation by Stephen W. Porges. New York : W. W. Norton & Company, 2011. 416 p. // Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2012. Vol. 21, № 4. P. 313–314. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3490536> (дата звернення: 08.11.2025).

18. Children Affected by Armed Conflict: Theory, Method, and Practice / ed. by M. Denov, B. Akesson. New York : Columbia University Press, 2017. 368 p. ISBN 978-0231174732. URL: <https://cup.columbia.edu/book/children-affected-by-armed-conflict/9780231174732> (дата звернення: 08.11.2025).

19. Dyregrov A. Supporting Traumatized Children and Teenagers: A Guide to Providing Understanding and Help. London : Jessica Kingsley Publishers, 2010. URL: <https://www.scribd.com/document/894158759/Supporting-Traumatized-Children-and-Teenagers-A-Guide-to-Providing-Understanding-and-Help-1st-Edition-Atle-Dyregrov-instant-download> (дата звернення: 08.11.2025).

20. Dyregrov A. Supporting Traumatized Children and Teenagers: A Guide to Providing Understanding and Help. London : Jessica Kingsley Publishers, 2011. 244 p. ISBN 9780857003911.

21. Field T. Touch for socioemotional and physical well-being: A review // Developmental Review. 2010. Vol. 30, № 4. P. 367–383. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dr.2011.01.001> (дата звернення: 08.11.2025).

22. Garbarino J., Haslam R. H. A. Lost boys: Why our sons turn violent and how we can save them // Paediatrics & Child Health. 2005. Vol. 10, № 8. P. 447–450. DOI: <https://doi.org/10.1093/pch/10.8.447> (дата звернення: 08.11.2025).
23. Green B. L. (ed.) Trauma Interventions in War and Peace: Prevention, Practice, and Policy. New York : Springer, 2003. ISBN 9780306477249.
24. Greenwald R. Child Trauma Handbook: A Guide for Helping Trauma-Exposed Children and Adolescents. 1st ed. New York : Routledge, 2017. 356 p. ISBN 9781138933927.
25. Harris S. Cognitive Behavioural Therapy: Basics and Beyond (2nd ed.) by Judith S. Beck // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2012. Vol. 41, № 1. P. 124–125. DOI: <https://doi.org/10.1017/S135246581200094> (дата звернення: 08.11.2025).
26. Hunt N. C. Memory, War and Trauma. Cambridge : Cambridge University Press, 2012. ISBN 9780511845017. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511845017> (дата звернення: 08.11.2025).
27. Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery / eds. T. Tanielian, L. H. Jaycox. Santa Monica : RAND Corporation, 2008. URL: <https://www.rand.org/pubs/monographs/MG720.html> (дата звернення: 08.11.2025).
28. Kozłowska K., Scher S., Helgeland H. Functional somatic symptoms in children and adolescents: A stress-system approach to assessment and treatment. Cham : Palgrave Macmillan, 2020. P. 69–95. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-46184-3> (дата звернення: 08.11.2025).
29. Kumar K. (ed.) Articulating Childhood Trauma: In the Context of War, Sexual Abuse and Disability. 1st ed. London : Routledge India, 2024. 212 p. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781032710600> (дата звернення: 08.11.2025).
30. Lobb M. S. The Aesthetic of Otherness: meeting at the boundary in a desensitized world // Proceedings. Gestalt Therapy Book Series. Siracusa : Istituto di Gestalt HCC Italy srl, 2018.

31. Minton K., Ogden P., Pain C. Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. New York : W. W. Norton & Company, 2006. 384 p. ISBN 9780393075854. DOI: <https://doi.org/10.1080/03069880903166509> (дата звернення: 08.11.2025).
32. Nicholson C., Irwin M., Dwivedi K. N. (eds.) Children and Adolescents in Trauma. London : Jessica Kingsley Publishers, 2022. 320 p. ISBN 9781843104377.
33. Nir Y. The Lost Childhood. Tucson, AZ : Schaffner Press, 2006. 322 p. ISBN 978-0-9710598-6-3.
34. Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents / eds. M. Hodes, S. Gau. London : Academic Press (Elsevier), 2016. 308 p. ISBN 978-0-12-804394-3. URL: <https://iacapap.org/Resources/Persistent/29fecf41525b3298b77adf0523c080696174849d/Positive-Mental-Health-Fighting-Stigma-Promoting-Resiliency-for-Children-Adolescents-Monograph-2016.pdf> (дата звернення: 08.11.2025).
35. Rosen G. L. The Psychological Impact of War Trauma on Civilians. 1st ed. London : Bloomsbury Publishing, 2003. 344 p. (Psychological Dimensions to War and Peace). ISBN 978-0-275-97202-8.
36. Steele W., Malchiodi C. A. Trauma-Informed Practices With Children and Adolescents. London : Routledge, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203829493> (дата звернення: 08.11.2025).
37. Steinberg A., Pynoos R., Briggs E. C., Fairbank J. та ін. The National Child Traumatic Stress Network Core Data Set: Emerging Findings, Future Directions, and Implications for Theory, Research, Practice, and Policy // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2014. Vol. 6, № S1. P. S50–S57. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0037798> (дата звернення: 08.11.2025).
38. Sugar M. (ed.) Trauma and Adolescence. Monograph Series of the Society for Adolescent Psychiatry ; vol. 1. 1st ed. New Orleans : Intl Universities Pr Inc, 1999. 322 p. ISBN 978-0823666263.

39. Szajnborg N. M. War Trauma: Lessons from Israel. 1st ed. London : Routledge, 2025. 132 p. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781003618690> ISBN 978-1-003-61869-0. (дата звернення: 08.11.2025).
40. Ullmann E., Hilweg W. (eds.) Childhood and Trauma: Separation, Abuse, War. 1st ed. London : Routledge, 1999. 250 p. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780429461637> ISBN 978-0-429-46163-7. (дата звернення: 08.11.2025).
41. Voss P., Thomas M. E., Cisneros-Franco J. M., de Villers-Sidani É. Dynamic Brains and the Changing Rules of Neuroplasticity: Implications for Learning and Recovery // *Frontiers in Psychology*. 2017. Vol. 8. P. 1657. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01657> (дата звернення: 08.11.2025).
42. White D. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents / D. White, C. Leach, R. Sims, M. Atkinson, D. Cottrell. *The British Journal of Psychiatry*. 1999. P. 74–79. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.26> (дата звернення: 08.11.2025).
43. Wells K. Children’s Experiences of Sexual Violence, Psychological Trauma, Death, and Injury in War // *Conflict, Violence and Peace*. 2017. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-287-038-4_1 (дата звернення: 08.11.2025).
44. Zhang B., Jianchun Z., Shi X., Yang J. Mind–body intervention for post-traumatic stress disorder in adolescents: a systematic review and network meta-analysis // *BMC Psychiatry*. 2025. Vol. 25. P. 178. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06620-x> (дата звернення: 08.11.2025).

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню динаміки психоемоційного стану підлітків, які пережили втрату близьких через війну, у процесі застосування технік когнітивно-поведінкової та тілесно-орієнтованої терапії. Обсяг роботи становить 60 сторінок, робота містить 11 таблиць, 9 рисунків та один додаток А. Перелік посилань включає 44 джерела.

Дослідження присвячене аналізу динаміки психоемоційного стану підлітків, які пережили втрату у воєнних умовах, у процесі застосування інтегрованого підходу, що поєднує когнітивно-поведінкову терапію та тілесно-орієнтовані техніки. Вивчено зміни рівнів тривожності, депресії, самопочуття, активності та настрою до та після участі у короткостроковій програмі психологічної підтримки.

Емпіричні дані, отримані за участю 90 підлітків, продемонстрували статистично значущі позитивні зміни у психоемоційному стані, особливо у випадку інтегрованого підходу, де синергетичне поєднання когнітивних і тілесних методів забезпечує комплексний вплив на когнітивний, емоційний і соматичний рівні функціонування. Результати обґрунтовують ефективність багаторівневих інтервенцій та можуть бути використані для розробки практичних рекомендацій у системах освіти та реабілітації.

Ключові слова: психоемоційний стан, підлітки, втрата, когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтовані техніки, інтегрована програма, тривожність, депресія.

Abstract

The qualification work is devoted to the study of the dynamics of the psycho-emotional state of adolescents who have experienced the loss of close relatives due to war, in the context of applying cognitive-behavioral and body-oriented therapy

techniques. The work comprises 60 pages, including 11 tables, 9 figures and appendix A. The reference list contains 44 sources.

The study analyzed changes in the psycho-emotional state of adolescents exposed to war-related loss through the application of an integrated approach combining cognitive-behavioral therapy (CBT) and body-oriented techniques. Changes in anxiety, depression, well-being, activity, and mood levels were examined before and after participation in a short-term psychological support program.

Empirical data collected from 90 adolescents demonstrated statistically significant positive changes in psycho-emotional functioning, particularly in the case of the integrated approach, where the synergistic combination of cognitive and body-based methods provides a comprehensive effect on cognitive, emotional, and somatic levels of functioning. The findings support the effectiveness of multilevel interventions and can inform the development of practical recommendations for educational and rehabilitation settings.

Keywords: psycho-emotional state, adolescents, loss, cognitive-behavioral therapy, body-oriented techniques, integrated program, anxiety, depression.