МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІОЛОГІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

КАФЕДРА ФІЛОСОФІЇ, ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Кваліфікаційна робота магістра

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ПРОФІЛАКТИКИ МІКРОТРАВМ ДИТИНСТВА В СІМ'ЯХ ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ

Виконала: магістрантка 2-го курсу,
гр. 8.2314-ср-з
спеціальності 231 «Соціальна робота»
освітньо-професійної програми
«Соціальна робота»
А.М. Однорал

Керівник: доцент кафедри філософії,
публічного управління та соціальної роботи,
доцент, к.психол.н. Бойко Г.В.

Рецензент: професор кафедри філософії,
публічного управління та соціальної роботи,
доцент, д.філос.н. Глазунов В.В.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціології та управління
Кафедра філософії, публічного управління та соціальної роботи
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 231 «Соціальна робота»
Освітньо-професійна програма «Соціальна робота»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи
_____Т.І. Бутченко
«____»_____2025 року

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРАНТЦІ
Однорал Альбіні Миколаївні
(прізвище, ім'я, по-батькові)

1. Тема роботи Соціальна робота з профілактики мікротравм дитинства в сім'ях, які перебувають у складних життєвих обставинах

керівник роботи Бойко Ганна Валентинівна, к.психол.н., доцент,
(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)
затверджені наказом ЗНУ від «19» березня 2025 року № 417-с

2. Строк подання студентом роботи 4 грудня 2025 року

3. Вихідні дані до роботи Журавель Т. В. Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності. У кн.: Соціальна педагогіка: навч. посіб. / за заг. ред. О. В. Безпалько; авт. кол. О. В. Безпалько, І. Д. Звєрєва, Т. Г. Веретенко та ін. Київ: Академвидав, 2013. 312 с.; Ващенко І. В., Іваненко Б. Б. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. *Проблеми сучасної психології*. 2018. Вип. 40. С. 33–49. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. Київ: Вид. дім «Персонал», 2018. 160 с.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) 1. Проаналізувати історію дослідження соціальної роботи з сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах. 2. Уточнити поняття «мікротравми дитинства», «сім'ї, що опинились в складних життєвих обставинах» «соціальна робота» «профілактика». 3. Визначити методи дослідження соціальної роботи з сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах. 4. Охарактеризувати правові та нормативні засади соціальної роботи з сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах в Україні. 5. Систематизувати форми і методи соціальної роботи з профілактики мікротравм у дитинстві 6. Охарактеризувати взаємодію соціальних служб, освітніх закладів та громадських організацій у профілактиці. 7. Проаналізувати зарубіжний

досвід дослідження профілактики мікротравм. 8. Розробити методику дослідження та обгрунтувати організацію дослідження. 9. Проаналізувати результати вивчення сімей, що перебувають у СЖО. 10. Оцінити ефективність наявних соціальних практик профілактики та розробити рекомендації по їх розвитку

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
3 таблиці, 3 рисунки

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Бойко Г.В., доцент кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	06.06.2025	06.06.2025
Розділ 2	Бойко Г.В., доцент кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	11.08.2025	11.08.2025
Розділ 3	Бойко Г.В., доцент кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	22.09.2025	22.09.2025

7. Дата видачі завдання 28 квітня 2025 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми кваліфікаційної роботи	Лютий – березень 2025	*виконано*
2.	Бібліографічний пошук	Квітень 2025	*виконано*
3.	Розробка основних положень роботи	Травень – червень 2025	*виконано*
4.	І розділ	Червень– липень 2025	*виконано*
5.	ІІ розділ	Серпень – вересень 2025	*виконано*
6.	ІІІ розділ	Вересень – жовтень 2025	*виконано*
7.	Систематизація висновків	Листопад – грудень 2025	*виконано*
8.	Нормоконтроль	Листопад – грудень 2025	*виконано*

Студент _____ А.М. Однорал ____

Керівник роботи _____ Г.В. Бойко_____

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.О. Широбокова_____

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота складається з 117 сторінок, 72 позицій у списку літератури, 7 додатків

МІКРОТРАВМИ ДИТИНСТВА, СІМ'Ї ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ, СОЦІАЛЬНА РОБОТА, ПРОФІЛАКТИКА

Мета дослідження: є вивчення проблеми мікротравм дитинства, розробка і апробація ефективної системи соціальної роботи з профілактики мікротравм, яка включає практичні методи виявлення, запобігання та мінімізації прихованих форм психологічного травмування.

Об'єкт дослідження: є сім'ї з дітьми, що перебувають у складних життєвих обставинах

Предмет дослідження: соціальна робота з профілактики мікротравм дитинства в сім'ях СЖО

Методи дослідження: аналіз, узагальнення, індукція та дедукція, порівняльний аналіз

Гіпотеза: Соціальна робота з сім'ями СЖО, спрямована на профілактику мікротравм дитинства, зменшує ризики прихованих психологічних травм у дітей і підвищує їхнє психоемоційне благополуччя.

Висновки:

1. Психологічні мікротравми дитинства - це неочевидні, але систематично повторювані емоційно болісні впливи, які не мають зовнішніх ознак насильства, проте глибоко порушують внутрішній світ дитини.

2. Сім'ї, які перебувають у складних життєвих обставинах, є найбільш вразливими до формування у дітей мікротравм. До таких родин належать сім'ї, що зіткнулися з економічними труднощами, безробіттям, алкогольною чи наркотичною залежністю, конфліктами, хворобами або соціальною ізоляцією.

3. Профілактика складних життєвих обставин - це динамічна система підтримки, що поєднує соціальні, психологічні та освітні механізми.

SUMMARY

The qualification consists of 123 pages, 72 items in the bibliography, 7 annex.

CHILDHOOD MIKROTRAUMA, FAMILIES IN DIFFICULT LIFE, CIRCUMSTANCES, SOCIAL WORK, PREVENTION

The aim of the research is investigate the problem of childhood microtraumas and to develop and justify effective approaches to social work aimed at their prevention, including practical methods for identifying, addressing, and minimizing hidden forms of psychological trauma.

Research Object: Families with children living in difficult life circumstances.

Research Subject: Social work focused on the prevention of childhood microtraumas in families experiencing adverse life conditions.

Research Methods**:** The study employs analysis, synthesis, induction and deduction, and comparative analysis as primary research methods.

Hypothesis: Effective social work with families in difficult life circumstances reduces the risk of hidden psychological trauma in children and enhances their psycho-emotional well-being.

Conclusions: 1. Childhood microtraumas are subtle, recurring emotional experiences that lack external signs of violence but significantly disrupt the child's inner world and emotional development.

2. Families living in difficult life circumstances are especially vulnerable to the emergence of microtraumas in children. These families often face economic hardship, unemployment, substance abuse, family conflicts, illness, or social isolation.

3.Prevention of childhood microtraumas requires a comprehensive support system that integrates social, psychological, and educational mechanisms. Such an approach ensures risk reduction and promotes the psycho-emotional well-being and resilience of children.

ЗМІСТ

ВСТУП……3
Розділ 1.МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ПРОФІЛАКТИКИ МІКРОТРАВМ ДИТИНСТВА В СІМ'ЯХ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ В СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ……..7
1.1. Історія дослідження соціальної роботи профілактики дитячих мікротравм з сім'ями, які опинилися в складних життєвих обставинах….....7
1.2. Уточнення понять «мікротравми дитинства», «сім'ї, що опинилися у складних життєвих обставинах», «соціальна робота» «профілактика» ……....10
1.3. Методи дослідження соціальної роботи з сім'ями, які перебувають в складних життєвих обставинах……...28
Розділ 2.ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ПРОФІЛАКТИКИ МІКРОТРВМ У СІМ'ЯХ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ В СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ …….…….33
2.1. Правові та нормативні засади соціальної роботи з сім'ями, які перебувають в складних життєвих обставинах Україні…….....33
2.2. Форми і методи соціальної роботи з профілактики мікротравм у дитинстві……...…….37
2.3. Взаємодія соціальних служб, освітніх закладів та громадських організацій у профілактиці……..50
2.4. Зарубіжний досвід дослідження профілактики мікротравм……..55
Розділ 3.ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ МІКРОТРАВМ ДИТИНСТВА В СІМ'ЯХ ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ ……63
3.1. Методика та організація дослідження…….……63
3.2.Аналіз результатів дослідження сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах……..68
3.3. Оцінка ефективності наявних соціальних практик та закордонного досвіду профілактики та рекомендації по їх розвитку…….……...83
ВИСНОВКИ…….……92
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ……...…96
ДОДАТКИ……104

ВСТУП

Актуальність дослідження «Соціальна робота з профілактики мікротравм дитинства в сім'ях, які перебувають у складних життєвих обставинах» обумовлена тим що у сучасних умовах соціально-економічної нестабільності та збройного конфлікту в Україні зростає кількість сімей, які опинилися у складних життєвих обставинах. Діти, що виховуються в таких сім'ях, особливо вразливі до різних форм психологічного впливу, зокрема до мікротравм. Мікротравми не завжди мають очевидний характер, проте їхній кумулятивний ефект може суттєво впливати на психоемоційний стан, самооцінку та соціалізацію дитини.

На відміну від відкритих форм насильства, мікротравми проявляються у вигляді систематичних дрібних принижень, ігнорування потреб, байдужості або емоційної холодності з боку батьків чи інших дорослих. Особливу небезпеку вони становлять у сім'ях СЖО, де накопичення негативних факторів (бідність, безробіття, залежності, психологічна нестабільність батьків) створює ґрунт для повторюваних психоемоційних травм дитини [7, с.39]

Актуальність теми зумовлюється тим, що мікротравми часто залишаються непоміченими для фахівців і суспільства, хоча їхні наслідки проявляються у підлітковому та дорослому віці: у формуванні девіантних форм поведінки, труднощах у міжособистісних стосунках, підвищеній тривожності чи агресивності. Тому дослідження мікротравм дитинства в сім'ях, які перебувають у складних життєвих обставинах є надзвичайно важливим для розробки ефективних стратегій профілактики та соціальної підтримки дітей, а також для підвищення батьківської компетентності у вразливих родинах.

Розробкою даної проблеми займалося багато науковців, представники різних галузей науки. У роботах розкривається значення сім'ї в розвитку дитини та обґрунтовується необхідність соціальнопедагогічної підтримки сім'їз боку держави.

Окремі аспекти соціальної роботи з сім'єю були предметом наукових досліджень українських вчених. Але, незважаючи на це, сьогодні існує потреба у дослідженні, яке б узагальнило, систематизувало існуючі відомості з даної проблеми.

Враховуючи все вищесказане, була обрана тема магістерської роботи: «Соціальна робота з профілактики мікротравм дитинства в сім'ях СЖО».

Об'єктом дослідження є сім'ї з дітьми, що перебувають у складних життєвих обставинах.

Предметом дослідження є методи, форми та практики соціальної роботи, спрямовані на виявлення, запобігання та мінімізацію мікротравм дитинства у сім'ях, що перебувають у складних життєвих обставинах.

Метою дослідження є комплексне вивчення проблеми мікротравм, розробка і апробація ефективної системи соціальної роботи з профілактики мікротравм, яка включає практичні методи виявлення, запобігання та мінімізації прихованих форм психологічного травмування.

Для досягнення мети було сформовано такі *завдання* спрямовані на вивчення та впровадження заходів з профілактики мікротравм дитинства:

- проаналізувати історію дослідження соціальної роботи з сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах;

- уточнити поняття «мікротравми дитинства», «сім'ї, що перебувають у складних життєвих обставинах», «соціальна робота», «профілактика».

- визначити методи дослідження соціальної роботи з сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах;

- охарактеризувати правові та нормативні засади соціальної роботи з сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах в Україїні;

- систематизувати форми і методи соціальної роботи з профілактики мікротравм у дитинстві;

- охарактеризувати взаємодію соціальних служб, освітніх закладів та громадських організацій у профілактиці;

- проаналізувати зарубіжний досвід дослідження профілактики мікротравм;

- розробити методику дослідження та обгрунтувати організацію дослідження;

- проаналізувати результати дослідження сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах;

- оцінити ефективність наявних соціальних практик профілактики та розробити рекомендації по їх розвитку.

Гіпотеза. Соціальна робота з сім'ями СЖО, спрямована на профілактику мікротравм дитинства, та зменшує ризики прихованих психологічних травм у дітей і підвищує їхнє психоемоційне благополуччя.

Наукова новизна полягає в уточненні поняття «мікротравма дитинства» як прихованого соціально-психологічного феномена у сім'ях СЖО, визначенні його впливу на розвиток та соціалізацію дитини, а також у розробці та апробації системи соціальної роботи з профілактики мікротравм, спрямованої на підвищення батьківської компетентності й створення безпечного виховного середовища.

Проблемна ситуація полягає у тому, що, незважаючи на значний вплив мікротравм дитинства на психоемоційний розвиток і соціалізацію дітей із сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, у сучасній соціальній роботі бракує теоретично обґрунтованих і практично перевірених моделей профілактики цих прихованих форм психологічного травмування.

Також варто сказати що, і для соціальних працівників є виклики, так як їхня робота передусім здебільшого орієнтована на випадки відвертого насильства чи занедбання дітей, тоді як «мікротравми» більш невидимі, і тому складні для виявлення. Також враховуючи той факт, що соціальні працівники мають багато сімей під опікою, а людей і ресурсів не вистачає, саме через це важко приділити увагу кожній дитині, і як результат приховані психологічні травми залишаються без уваги і можуть негативно впливати на розвиток та соціалізацію дитини.

Одним із не менш важливим чинником є відсутність взаємодії між школами, медичними закладами та психологами.

Через розрізнену роботу освітніх, медичних і соціальних служб, соціальний працівник змушений самостійно вирішувати складні питання підтримки дітей, і саме відсутність ефективної координації між різними установами призводить до того, що соціальний працівник фактично залишається єдиною опорою для дитини.

*Структура роботи. К*валіфікаційна робота магістра складається зі вступу, трьох розділів , висновків, списку літератури, та додатків.

РОЗДІЛ 1
МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ПРОФІЛАКТИКИ МІКРОТРАВМ ДИТИНСТВА В СІМЯХ ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ

1.1. Історія дослідження соціальної роботи профілактики дитячих мікротравм з сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах

Проблематика підтримки сімей у складних життєвих обставинах пройшла тривалий шлях розвитку — від благодійницьких практик та релігійного піклування до виникнення системних державних механізмів соціальної роботи. Аналіз історії цього процесу дає можливість зрозуміти витоки сучасних підходів до профілактики мікротравм у дитячому середовищі та підвищення ефективності роботи з вразливими родинами.

У ході концептуального аналізу встановлено, що сучасні теоретичні підходи до профілактики ґрунтуються на комплексному розумінні дитинства як періоду інтенсивного соціального та психологічного розвитку у якому будь-який дефіцит емоційної підтримки чи приховані форми насильства здатні призвести до глибоких особистісних деформацій [31, с. 57].

Методологічне осмислення профілактики дитячих мікротравм базується на декількох наукових парадигмах: психоаналітичній, гуманістичній, когнітивно-біхевіоральній, системній і соціально-екологічній. Кожна з них має власне бачення причин виникнення та шляхів попередження мікротравм, що дозволяє соціальним працівникам формувати цілісну міждисциплінарну модель підтримки дитини і сім'ї.

Психоаналітичний підхід, започаткований З. Фройдом та розвинений його послідовниками, зокрема А. Фройд, М. Кляйн, Е. Еріксоном, акцентує увагу на ранньому емоційному досвіді дитини та взаєминах із батьками як чинниках формування несвідомих конфліктів. Згідно з цим підходом, мікротравми дитинства – це не лише окремі болісні події, а насамперед

повторювані ситуації емоційного відчуження, браку безумовного прийняття, неприйняття індивідуальності дитини. Профілактика у межах психоаналітичної парадигми зосереджується на допомозі батькам у усвідомленні власних несвідомих реакцій і проекцій, які можуть спричиняти психологічний тиск на дитину. Соціальні працівники, які орієнтуються на цей підхід, працюють із сім'ями через глибинне консультування, психоедукацію, аналіз батьківсько-дитячої взаємодії, навчають батьків емоційної рефлексії та розвитку емпатійного слухання [40 ,с. 87].

Гуманістичний підхід, розроблений К. Роджерсом, А. Маслоу, В. Франклом, пропонує інше бачення профілактики дитячих мікротравм. Він базується на визнанні унікальності кожної особистості та її прагнення до самоактуалізації. Основою профілактики вважається створення умов безумовного прийняття, любові, підтримки та довіри між дитиною і дорослими. Мікротравми, у межах цього підходу, розглядаються як наслідок порушення базових потреб дитини у безпеці, приналежності, самоповазі. Відповідно, соціальний працівник має допомогти батькам вибудувати стосунки з дитиною на засадах відкритості, діалогу, партнерства, що є профілактичним ресурсом проти накопичення емоційних ушкоджень.

Когнітивно-біхевіоральний підхід розглядає дитячі мікротравми як результат деструктивних моделей сприйняття й поведінки, сформованих у процесі соціалізації. Наприклад, дитина, яка часто чує образливі слова або спостерігає неконструктивну реакцію батьків на свої емоції, поступово засвоює деструктивні установки – «я поганий», «мої почуття не мають значення», «довіряти небезпечно». З позиції цього підходу профілактика спрямована на зміну поведінкових і когнітивних патернів батьків та дітей. Соціальний працівник може використовувати тренінгові методи, вправи з розвитку емоційного інтелекту, навчання конструктивному спілкуванню, методи позитивного підкріплення. Особливо ефективними є сімейні тренінги, спрямовані на відпрацювання нових моделей реагування на конфліктні ситуації.

Системна теорія сім'ї, розроблена М. Боуеном, С. Мінухіним, С. Джексоном, пропонує розглядати мікротравми не як ізольовані прояви, а як симптом порушення взаємодії у сімейній системі. Будь-яка напруга чи емоційна нестабільність одного з членів родини відбивається на дитині. Відповідно, профілактика мікротравм потребує системної корекції сімейних відносин, зміни комунікаційних шаблонів, балансування ролей і кордонів. Соціальні працівники, спираючись на цей підхід, організовують сімейне консультування, фасилітаційні зустрічі, медіацію у конфліктах між батьками, що дозволяє знизити рівень психологічного тиску на дитину [54, с.98].

Соціально-екологічна модель У. Бронфенбреннера є однією з найвпливовіших у сучасній теорії профілактики дитячих мікротравм. Вона розглядає розвиток дитини як результат взаємодії різних рівнів середовища – мікросистеми (сім'я, школа, однолітки), мезосистеми (взаємозв'язки між ними), екзосистеми (соціальні інститути, ЗМІ), макросистеми (культура, традиції, законодавство). Згідно з цією моделлю, профілактика має бути багаторівневою: від підтримки батьків у побудові здорових стосунків до створення соціально-політичних умов, що сприяють добробуту сімей. У межах соціальної роботи це означає необхідність міжвідомчої взаємодії між освітніми, медичними, соціальними та правовими структурами.

Отже, історія дослідження соціальної роботи з профілактики дитячих мікротравм у сім'ях СЖО демонструє еволюцію від благодійницьких та релігійних практик до комплексних державних механізмів. Сучасні підходи базуються на розумінні дитинства як критичного періоду соціального та психологічного розвитку. Методологічно профілактика опирається на кілька наукових парадигм – психоаналітичну, гуманістичну, когнітивно-біхевіоральну, системну та соціально-екологічну – кожна з яких пропонує власні шляхи попередження мікротравм і формує міждисциплінарні стратегії підтримки дітей і сімей.

1.2. Уточнення понять «мікротравми дитинства», «сім'ї, що опинилися у складних життєвих обставинах», «соціальна робота» «профілактика»

Дитячі психологічні травми являють собою емоційні або фізичні ушкодження, що формуються під впливом надмірного стресу чи травматичних життєвих подій. До таких ситуацій належать смерть або втрата близьких, аварії, фізичне чи психологічне насильство, а також досвід життя в умовах воєнних дій. Подібні переживання залишають глибокий слід у свідомості дитини, зумовлюючи порушення емоційного розвитку, труднощі у спілкуванні та у побудові стосунків у зрілому віці. Своєчасна діагностика таких травм і кваліфікована допомога психолога є ключовими передумовами для відновлення психічної рівноваги та гармонійного розвитку особистості.

Сучасна психологічна наука продовжує активно досліджувати природу та механізми формування психологічних травм. Українські дослідники І. М. Кучманич і Р. А. Мороз у своїх роботах аналізували закономірності виникнення психотравматичних процесів у структурі особистості та особливості їх прояву [24, с.148].

Значний внесок у вивчення цього феномена зробили також вітчизняні науковці Т. М. Титаренко [58, с.280], В. Д. Зливков [10, с. 211], З. Г. Кісарчук [21, с.148], Т. М. Дзюба [11, с.118], які розглядають травму не лише як наслідок зовнішніх подій, а й як глибоко особистісний внутрішній досвід.

На думку Л. Заграй, психологічна травма є результатом індивідуального сприйняття та осмислення ситуації, у якій особа втрачає відчуття контролю, безпеки та здатності впливати на події. Дослідниця підкреслює, що травматичний досвід формується не стільки самою подією, скільки її суб'єктивною інтерпретацією – тобто тим, як людина оцінює власну вразливість і неможливість змінити ситуацію. Отже, психічна травма є наслідком життєвих подій, що провокують стійкі негативні емоційні реакції, призводять до дезадаптації та впливають на світосприйняття індивіда.

У психологічному словнику-довіднику поняття «психологічна травма» (psychotrauma, від грец. psyche – «душа» та trauma – «рана», «пошкодження») визначається як комплекс емоційних реакцій, викликаних зовнішніми подразниками, які породжують душевний біль і справляють деструктивний вплив на психіку. У символічному сенсі психотравма розглядається як будь-яке душевне потрясіння, що порушує цілісність внутрішнього світу людини, змінює її поведінку та хід особистісного розвитку. Таким чином, обидва визначення вказують на спільну суть – наявність глибокого емоційного ушкодження, яке впливає на психічне функціонування особистості [16 ,с. 42].

Розглядаючи зміст поняття «психотравмуюча ситуація», необхідно спершу визначити взаємозв'язок між базовим терміном «ситуація» та його розширеним варіантом. Слово «ситуація» (від лат. situs – «положення», «становище») у психологічному контексті означає певну сукупність зовнішніх і внутрішніх умов, у межах яких відбувається діяльність або переживання особистості. Однак не кожна ситуація стає травматичною – психотравмувальною вважається та, що перевищує межі адаптаційних можливостей людини, викликає сильну емоційну напругу, відчуття безсилля та небезпеки.

Отже, психотравмуюча ситуація – це подія або сукупність обставин, які становлять загрозу для життя, фізичної чи психологічної цілісності людини, спричиняють глибокий стрес і вимагають значних внутрішніх ресурсів для подолання наслідків. Такі ситуації часто виходять за межі звичного досвіду, руйнують базове відчуття безпеки та створюють передумови для формування тривалих емоційних порушень, що потребують психологічного втручання та підтримки.

Мікротравма – це специфічне порушення психічної рівноваги, яке виникає внаслідок надмірного впливу зовнішніх негативних подразників чи соціального тиску, що виходить за межі адаптаційного потенціалу людини. У сучасній інтерпретації мікротравматичний досвід описується як гостра емоційна реакція на несподівану подію, що сприймається суб'єктом як

потенційна загроза життю або цілісності, з якою він не в змозі впоратися ні на рівні волі, ні через раціональне осмислення.

Особливої уваги заслуговує мікротравматичний досвід, отриманий у дитячому віці, адже його наслідки можуть проявлятися упродовж усього життя, зумовлюючи розвиток невротичних станів. Серед типових джерел дитячих мікротравм можна виокремити фізичну чи емоційну агресію з боку дорослих, сексуальні посягання, втрату значущих осіб, конфліктні сімейні обставини, зокрема розлучення, а також інші психоемоційно напружені події, що негативно позначаються на становленні психіки дитини. Такі переживання нерідко формують передумови до виникнення стійких тривожних чи депресивних розладів, а також посттравматичних реакцій у пізнішому віці.

У процесі аналізу наслідків мікротравматичних подій необхідно враховувати темперамент дитини, рівень її психологічної резистентності та здатність до внутрішньої регуляції. Наприклад, особи з підвищеною чутливістю до стресових факторів схильні переживати події набагато глибше, ніж ті, хто має урівноважену психіку. Водночас підтримка з боку родини, наявність емоційно безпечного середовища відіграють ключову роль у здатності дитини до відновлення. Наявність позитивних взаємин із близькими значною мірою сприяє зниженню інтенсивності мікротравматичних наслідків і допомагає запобігти формуванню тривалих дезадаптивних моделей поведінки [10, с. 89].

Слід особливо наголосити на значенні дитячого досвіду мікротравм, оскільки він має потенціал суттєво трансформувати емоційне функціонування особистості. На афективному рівні першими ознаками пережитої кризи можуть бути страхи, тривожність та розвиток фобій – зокрема, страх залишатися наодинці, емоційна нестабільність, розлади сну, підвищена підозріливість, схильність до замкненості та емоційного відчуження.

На рівні когнітивної діяльності простежується ослаблення концентрації уваги, труднощі з утриманням інформації в пам’яті, іноді – симптоматика дисоціації, що проявляється у частковій або повній втраті спогадів про певні події. Також можливе гальмування розумового розвитку або тимчасове

зниження інтелектуальної активності. На поведінковому рівні часто спостерігаються ознаки регресу – тобто повернення до дитячих моделей поведінки, як-от смоктання пальця, втрата навичок самообслуговування, посилення агресії, ворожості, опозиційність, ухиляння від соціальної взаємодії, формування конфліктного стилю поведінки.

За відсутності своєчасної фахової допомоги дитяча особистість починає поступово конструюватися навколо болісного досвіду, що накопичується у підсвідомості. Наслідком цього може бути формування характерологічних змін, які проявляються у відчуженні, посиленні тривожності, зниженні рівня довіри до світу, появі ворожого або цинічного ставлення до соціального оточення. З метою самозахисту від психічного болю дитина може виробити девіантні або деструктивні форми поведінки. Водночас існує феномен соматизації переживань, коли захисна реакція психіки набуває форми тілесного «панцира», що блокує емоційне реагування, знижує емпатію та емоційну включеність, формуючи відчуження від власного тіла й емоцій [5].

Кризи мікротравматичного походження – як раптові, так і затяжні – здатні глибоко трансформувати психологічний ландшафт дитини. У разі відсутності відповідної емоційної підтримки та психотерапевтичного втручання вони можуть викликати складні порушення на рівні емоційної саморегуляції, мислення й поведінки. З точки зору сучасної психології, мікротравма визначається як порушення внутрішнього балансу особистості внаслідок надмірного психоемоційного напруження, яке провокує дисфункцію системи самозбереження та адаптації до середовища.

У психологічному контексті мікротравматичний досвід сприймається як наслідок гострої або хронічної події, що викликає глибокий внутрішній конфлікт, розлад емоційної безпеки, порушення інтеграції особистісного «Я», дезорганізацію ціннісної системи та емоційної регуляції. Такий досвід нерідко викликає тривалі дезадаптивні реакції, які утруднюють психосоціальне функціонування особистості на різних етапах її життєвого шляху [19, с. 25].

Окрему категорію становить мікротравма, отримана в ранньому віці, – її суть полягає в глибоко емоційних переживаннях, які залишають слід у внутрішньому світі дитини. Такі впливи, попри свою нематеріальність, можуть суттєво модифікувати структуру особистості, впливати на механізми емоційної регуляції, змінювати хід формування ідентичності, а також ускладнювати соціальну адаптацію. Для повного усвідомлення феномена дитячих мікротравм важливо враховувати, що ці досвіди не є одноразовими епізодами, а виступають частиною ширшого емоційного ландшафту дитинства, який визначає якість подальших міжособистісних зв'язків і рівень психоемоційного добробуту індивіда [36, с. 44].

На зламі XIX і XX століть австрійський психоаналітик З. Фройд уперше ввів у психологічний обіг поняття, яке нині можна тлумачити як мікротравматичний досвід. У своїй праці «Дослідження істерії» він наголошував, що емоційно болісними для особистості можуть стати події, які супроводжуються почуттями провини, страху, сорому або глибоким душевним болем. Водночас, згідно з його підходом, вирішальну роль відіграє не сама подія, а те, як вона інтерпретується людиною: її внутрішнє переживання та емоційне залучення. Саме індивідуальна оцінка ситуації визначає, чи призведе вона до мікротравматичних порушень психіки.

У межах психодинамічного підходу Т. С. Яценко продовжує цю думку, стверджуючи, що глибина мікротравматичного впливу залежить не від повторюваності або інтенсивності подій, а від їх суб'єктивної значущості для особистості. Це означає, що не сама сила стресогенних чинників, а їхній внутрішній сенс для індивіда провокує розвиток емоційного неблагополуччя. Центральною є здатність людини до емоційного реагування, а також те, наскільки вона сприймає подію як небезпечну або деструктивну для власної цілісності. Отже, мікротравматичний досвід формується в результаті внутрішньої оцінки значення події та глибини емоційної відповіді на неї.

Термін, що охоплює явище мікротравм, слід розглядати крізь призму багатогранних психологічних реакцій – емоційних, поведінкових та

когнітивних. Вчені В. Ф. Сигнєвич і Б. Ван дер Колк звертають увагу на те, що такий досвід може змінювати не лише емоційний стан, а й сприйняття себе, інших і навколишнього світу, порушуючи здатність до адаптації. Унаслідок мікротравматичних подій у людини може трансформуватися емоційне забарвлення сприйняття реальності, виникнути труднощі в налагодженні соціальних контактів і знизитися рівень стресостійкості [21, с. 63].

Окрему увагу слід приділити тому різновиду мікротравм, який фокусується виключно на емоційній сфері – так званим емоційним мікротравмам. Цей термін часто вживається як синонім до ширшого поняття мікротравматичного досвіду, коли йдеться про ті переживання, що підривають емоційну стабільність особистості. Такі впливи суттєво знижують здатність до регулювання власних почуттів і ускладнюють збереження внутрішнього емоційного балансу.

Одним із найвпливовіших сучасних підходів до розуміння феномену мікротравм вважається концепція американського дослідника Пітера Левіна. Він пропонує не лише класичне трактування цього явища, а й доповнює його біологічним аспектом. У межах його теорії мікротравма розглядається як руйнація внутрішніх психологічних механізмів самозахисту, які зазвичай запобігають надмірному впливу стресогенних чинників. Коли ці захисні бар’єри порушуються, у людини виникає відчуття гострої загрози, з якою вона не може впоратися самостійно, що призводить до глибоких емоційних збоїв і психофізіологічних дисфункцій [21, с. 75].

Мікротравматичні стани в дитячому віці є результатом взаємодії з подіями, що викликають сильний дистрес і перевантажують адаптаційні ресурси дитини. Такі досвіди можуть призвести до стійких порушень у сфері емоційного реагування, поведінки або соматичного функціонування, впливаючи не лише на дитинство, а й на всі наступні етапи життя. Джерелами таких мікротравм зазвичай виступають насильницькі дії, як фізичного, так і емоційного характеру, соціальна відчуженість, вимушена розлука з батьками,

систематичне цькування (булінг), втрати близьких чи переживання катастрофічних подій.

Такі ранні мікротравматичні впливи мають глибокий резонанс в емоційній сфері дитини. Вони трансформують її сприйняття себе, знижують упевненість, ускладнюють формування стабільних міжособистісних зв'язків і здатність до соціальної інтеграції. У подальшому ці наслідки проявляються у вигляді емоційної нестабільності, складнощів з контролем емоцій, схильності до тривожних і депресивних станів, труднощів у навчальному процесі та девіантних поведінкових патернів. Ба більше, мікротравми можуть мати фізіологічний резонанс, провокуючи ослаблення імунної функції, підвищення ризику соматичних захворювань, зокрема серцево-судинної системи, і хронічного стресового стану.

Діти та підлітки, які зіткнулися з мікротравматичним досвідом, часто мають труднощі з формуванням довірливих стосунків, що створює перешкоди для побудови здорових комунікативних моделей у майбутньому. Вони можуть стикатися з порушеннями сну, нав'язливими страхами, тривожними думками. Мікротравматичні переживання в ранньому віці формують у дитини вразливість до почуття провини, безпорадності та безнадії, що, в свою чергу, негативно впливає на академічну мотивацію, здатність до взаємодії з ровесниками та впевненість у власних силах [38 ,с .40].

Підсумовуючи, можна стверджувати: подолання наслідків мікротравм можливе лише за умови цілісного підходу, що охоплює емоційну підтримку, професійну допомогу, стабільне середовище, розвиток навичок стресостійкості та активну участь батьків. Саме така системна взаємодія дозволяє не лише мінімізувати негативні наслідки пережитого досвіду, а й сприяє формуванню зрілої, впевненої в собі, емоційно врівноваженої особистості.

Термін «складні життєві обставини» є надзвичайно багатогранним і охоплює як внутрішньопсихологічні, так і соціальні аспекти буття людини. У працях Дж. Грінберга, І. Ващенка та В. Рудяка така життєва ситуація інтерпретується як нездатність особи реалізувати свої наміри через об'єктивні

чи суб'єктивні перепони. При цьому виникає суттєве розходження між бажаним («хочу») та можливим («можу»), що провокує внутрішній конфлікт, емоційне напруження і відчуття незадоволеності. Подібна дисгармонія унеможливлює досягнення особистісно значущих цілей, спричиняючи глибокі афективні переживання, які, у разі тривалого впливу, можуть призвести до мікротравм. Як наслідок, особа змінює життєву парадигму - замість орієнтації на успіх формується стратегія уникнення поразок [35, с. 88].

У науковій традиції складні життєві обставини часто розглядаються як критичні ситуації, що характеризуються скупченням нерозв'язаних проблем, відчуттям безвиході, зниженням віри у власні сили й безнадією, визначальним чинником таких станів є дисбаланс між масштабом викликів і наявними ресурсами для їх подолання - матеріальними, психологічними, соціальними.

Водночас, як справедливо зауважує Н. Паніна, те, як саме індивід сприймає події у своєму житті, залежить не стільки від об'єктивної важкості проблем, скільки від його особистісних рис, життєвої позиції, емоційного фону та загального психічного тонусу. Унаслідок цього ситуація, яка ззовні виглядає критичною, для однієї людини може бути цілком доланною, а для іншої – спровокувати глибоку мікротравму навіть за незначного зовнішнього впливу.

Соціальний аспект цього поняття зосереджується на обмеженнях, які заважають людині повною мірою реалізувати свої законні права. Йдеться про уразливість, пов'язану з матеріальним становищем, соціальним статусом, станом здоров'я або віком. Як підкреслюють Ф. Бородкін і М. Овчарова, складні життєві обставини тісно пов'язані з феноменом соціальної ізоляції - коли особа або група осіб через відсутність економічних чи соціальних ресурсів не має доступу до повноцінного способу життя, прийнятого в суспільстві.

В. Рудяк наголошує на тому, що такі обставини актуалізують проблему соціальної незахищеності. Людина, що опинилася в подібному становищі, часто втрачає можливість вільного вибору, стикається з обмеженням купівельної спроможності, доступу до базових прав і механізмів самореалізації.

Крім того, дослідник зазначає, що в повсякденному дискурсі складні обставини життя часто ототожнюються з бідністю, однак насправді вони охоплюють значно ширший спектр чинників. Їх можна умовно поділити на кілька категорій [50 ,с .13]:

Перше – економічні чинники : нестача доходів, втрата роботи, затримка заробітної плати, тривала непрацездатність, зумовлена, наприклад, серйозною хворобою.

Друге – соціальні умови : відсутність житла, перенаселення у помешканні, нестача побутових речей, харчування, сирітство.

Третє – медичні обстеження : наявність інвалідності, тяжкі хронічні захворювання, залежність від психоактивних речовин.

Четверте – соціально-педагогічні проблеми : несприятливе середовище для виховання дітей, освітня ізоляція.

П’яте – соціально-психологічні труднощі : конфлікти в родині, різні види залежностей, психологічне насильство, емоційне вигоряння.

Шосте – непередбачувані життєві події : смерть рідної людини, розлучення батьків, небажана вагітність та інші екзистенційні потрясіння

Отже, складні життєві обставини – це сукупність зовнішніх і внутрішніх факторів, що суттєво порушують звичний хід життя особи, знижують її рівень адаптації до соціального середовища та можуть стати джерелом глибоких мікротравм. У таких умовах важливо не лише діагностувати наявність проблем, а й враховувати суб’єктивну оцінку ситуації самою особою, її психоемоційний стан, доступність підтримки й рівень особистісної стійкості. Саме ці змінні визначають, чи стане складна ситуація каталізатором деструктивних процесів, чи навпаки стимулом до внутрішнього зростання та адаптаційного розвитку.

У зв’язку з посиленням суспільної уваги до проблем попередження соціального сирітства та зростанням рівня дитячої делінквентності в Україні, виникає нагальна потреба в удосконаленні підходів до соціальної підтримки родин, у яких батьки не забезпечують належне виконання своїх батьківських функцій. Актуальним стає створення дієвих технологій соціальної взаємодії,

спрямованих на відновлення функціональності таких сімей та запобігання виникненню в дітей мікротравматичних наслідків, що пов’язані з емоційною нестабільністю та дефіцитом турботи [29, с. 63].

Насамперед, на рівні наукового аналізу та правового регулювання доцільно чітко визначити, які саме типи родин потребують підтримки з боку соціальних служб, а також за яких умов ця допомога має бути активізована. Такий структурований підхід дозволить відмовитися від загального, надто узагальненого підходу, який досі превалює у системі соціальної роботи, й перейти до точкового впровадження методик, орієнтованих на конкретні проблеми конкретних категорій сімей.

У методичній та науковій літературі використовуються декілька ключових понять для позначення родин, що перебувають у складних обставинах. Зокрема, термін «функціонально-неспроможна сім’я» характеризує такі родини, де через низку зовнішніх або внутрішніх причин порушується здатність забезпечувати базові функції, які має виконувати сімейний осередок як соціальний інститут. У таких умовах істотно знижується можливість задовольнити життєво важливі потреби дитини, що створює високі ризики формування у неї мікротравм – наслідків емоційного голоду, нестачі підтримки, деструктивного середовища.

Функціонально-неспроможні сім’ї втрачають здатність забезпечувати економічну, побутову, емоційно – комунікативну, освітню й виховну функції. Це призводить до дефіциту як індивідуального розвитку дитини, так і порушення сімейної цілісності. Проте навіть у подібних обставинах за рахунок внутрішніх ресурсів або за допомогою зовнішніх підтримувальних інституцій (зокрема соціальних служб) можливе часткове або повне компенсування цього функціонального дефіциту [40 с, 76].

Поряд з цим в соціальній сфері активно використовується поняття «сім’я соціального ризику», що позначає родини, які опинилися в ситуації вразливості, але ще здатні частково виконувати свої соціальні функції. Ці сім’ї не є повністю дезадаптованими, однак у них фіксується наявність низки ризик –

факторів, які можуть за певних умов призвести до кризового стану, втрати контролю над ситуацією та формування в дітей деструктивних моделей реагування, що потенційно включає виникнення мікротравм.

До таких сімей належать:

- родини, в яких діти виховуються не біологічними батьками (опікунські, прийомні сім'ї, сім'ї з вітчимом або мачухою, будинки сімейного типу);
- малозабезпечені родини, де обмеженість ресурсів впливає на рівень турботи про дитину;
- багатодітні сім'ї, у яких не завжди можливо забезпечити належну увагу кожній дитині;
- неповні сім'ї, де відсутність одного з батьків ускладнює виконання всіх функцій;
- родини, які виховують дітей з інвалідністю або з особливими освітніми потребами;
- молоді сім'ї, що часто стикаються з браком досвіду, матеріальних засобів та соціальної підтримки.

Надання допомоги таким категоріям не завжди має екстрений характер, однак своєчасне втручання може запобігти деградації сімейної системи та зменшити ризики емоційного неблагополуччя дитини.

Загалом, у контексті профілактики мікротравматичних наслідків у дитячому середовищі надзвичайно важливим є не лише формальне визначення типу сім'ї, а й індивідуальний підхід до оцінки її потреб і потенціалу. Саме адаптивність методів соціальної роботи, чутливість до контексту й своєчасне реагування на сигнали неблагополуччя можуть забезпечити підтримку родини як системи й мінімізувати шкідливі наслідки для психоемоційного розвитку дитини.

Зазначені вище типи родин не завжди мають характер явного неблагополуччя, однак через сукупність соціальних або психологічних обставин вони безперечно належать до зони ризику. Визначення таких сімей як

соціально вразливих, на нашу думку, є більш точним, оскільки йдеться про родини, які ще здатні забезпечувати базовий рівень функціонування, проте мають у своїй структурі чинники, що за певних умов можуть викликати серйозні труднощі – включно з виникненням криз, що вражають як дорослих, так і дітей. У подібних випадках діти особливо вразливі до мікротравматичних впливів, оскільки залишаються без належної емоційної підтримки, стабільності й відчуття безпеки [32 ,с. 86].

Соціальна робота з такими родинами носить превентивний характер і спрямована на недопущення деградації сімейної системи, яка може призвести до деструктивних сценаріїв – включно з втручанням у сімейне середовище, виходом дитини з родини чи розвитком емоційної та поведінкової дезадаптації.

Кризова сім'я – це тип родинної системи, яка зіштовхнулася з сильним впливом зовнішніх або внутрішніх чинників, що порушують стабільне функціонування. Економічні труднощі, соціальна ізоляція, конфліктність, а також неможливість виконувати батьківські обов'язки через психоемоційне виснаження чи інші обставини призводять до розбалансованості виховного процесу. Саме ці порушення, якщо вони не отримують належного реагування, часто стають джерелом мікротравм для дитини, формуючи нестабільність, страхи, відчуття покинутості чи провини.

Ще одним терміном, що характеризує глибший рівень дисфункції, є неблагополучна родина. Її ознакою є повна або часткова втрата здатності виконувати базові соціальні функції, зокрема виховну й емоційно – комунікативну. Згідно з психолого – педагогічними підходами, у таких сім'ях вплив морального клімату на розвиток дитини набуває негативного забарвлення. У подібних родинах часто формуються соціально занедбані діти, які демонструють девіантні форми поведінки як відповідь на постійний психоемоційний тиск або хронічну нестачу позитивної взаємодії з дорослими.

Варто наголосити, що неблагополуччя не завжди є синонімом асоціальності. Родина, яка зовні виглядає «нормальною» і соціалізованою, може бути небезпечною для дитини, якщо в ній присутні приховані джерела

мікротравм: постійна критика, відсутність підтримки, емоційне відчуження, надмірна жорсткість або, навпаки, вседозволеність. У таких родинах діти часто демонструють реакції протесту – у вигляді втеч з дому, залучення до деструктивного середовища, агресії, а також формування залежностей чи схильності до правопорушень [41, с. 57].

Згідно з класифікацією, неблагополучною вважається родина, яка через об'єктивні (хвороби, бідність) або суб'єктивні (асоціальна поведінка, байдужість до дитини) чинники не забезпечує адекватних умов для виховання. До них належать:

– родини, де наявна алкогольна або наркотична залежність;

– сім'ї з високим рівнем міжособистісних конфліктів (між батьками або між батьками й дітьми);

– неповні родини, де відсутня участь одного з батьків у житті дитини;

– формально «успішні» родини, де допущено серйозні помилки у вихованні (емоційна холодність, фізичні покарання, надмірний контроль або вседозволеність).

Рівень неблагополуччя оцінюється не лише через матеріальний аспект, а передусім через ступінь виконання батьками виховної ролі, емоційної підтримки та захисту дитини від джерел мікротравм. Соціальна робота з такими родинами має на меті запобігання вторинному сирітству, тобто ситуаціям, коли дитина змушена залишити біологічну родину через її нездатність забезпечити безпечне середовище.

Із 2006 року в державній практиці соціальної роботи закріплено ще один термін - сім'ї, що перебувають у складних життєвих обставинах. Згідно з офіційним наказом низки міністерств, до такої категорії належать [38 ,с .41]:

– родини, які не можуть самостійно впоратися з викликами через інвалідність, хронічну хворобу, насильство, залежності, тюремне ув'язнення, ВІЛ-статус одного з членів сім'ї, або інші події, що дестабілізують функціонування;

– сім'ї, в яких існує ризик втрати батьківської опіки над дитиною;

– одинокі неповнолітні батьки, які потребують допомоги у догляді за дитиною;

– родини, члени яких раніше перебували або перебувають на повному державному утриманні.

Такі умови, як правило, є хронічними джерелами стресу, що створюють високий ризик формування мікротравм у дітей. Отже, своєчасна соціальна інтервенція, індивідуальна оцінка потреб сім'ї та профілактичні заходи дозволяють не лише стабілізувати внутрішньосімейну ситуацію, а й запобігти негативним наслідкам для психоемоційного розвитку дитини.

Отже, складні життєві обставини поєднують соціальні та психологічні фактори, що знижують здатність родини забезпечувати безпечне виховання дітей і підвищують ризик мікротравм. Соціальна робота за таких умов полягає у превентивному втручанні, підтримці дітей та родин, стабілізації сімейної системи та запобіганні негативним наслідкам для психоемоційного розвитку.

Поняття соціальної профілактики активно розробляється у вітчизняній науковій думці. Так, у працях Т. Журавель та Л. Кальченко наголошується на багатовимірності терміна. Його розглядають через призму синонімічних понять – превенція», «запобігання», «попередження», що мають на меті не лише реагування на вже наявні проблеми, а й попередження їхнього виникнення [34, с. 80].

Згідно з Т. Журавель, профілактика у сфері соціальної роботи – це сукупність дій, спрямованих на запобігання розвитку відхилень у соціальному функціонуванні, освіті, вихованні або поведінці індивіда. Така система включає доступні форми підтримки: медико – психологічну, соціально – педагогічну, емоційну. Водночас, Л. Кальченко запропонувала функціональне розмежування понять: превенція – як випереджувальний вплив з метою недопущення негативних подій, а профілактика – як робота з вже існуючими проблемами задля обмеження їх розвитку, локалізації та запобігання рецидивам.

Проте таке розділення не завжди є релевантним, коли йдеться про складні життєві обставини, зумовлені не лише соціальними, а й емоційними

чинниками, які можуть призводити до мікротравм. Адже запобігання ускладненням потребує не тільки усунення зовнішніх деструктивних факторів, а й посилення адаптивних ресурсів особистості, розвитку емоційної стійкості, здатності приймати підтримку та формувати життєві стратегії.

У цьому контексті позиція В. Лютого видається найбільш практично значущою. Він визначає профілактику як систему дій, спрямованих на виявлення, нейтралізацію або усунення соціальних і психологічних чинників, що можуть провокувати виникнення проблем або посилення їх наслідків. Такий підхід дозволяє враховувати не лише зовнішні умови, а й внутрішні ресурси особи, що особливо актуально у роботі з дітьми, які вже зазнали мікротравматизації внаслідок неблагополучного середовища.

Не менш влучним є тлумачення О. Безпалько, яка наголошує, що профілактика повинна передбачати зусилля, спрямовані на недопущення соціальних криз, підтримку у кризових періодах та уповільнення або повне зняття дії ризиків, які можуть призвести до деструктивних змін у житті людини.

В. Волкова та К. Глушкова також акцентують на профілактичному векторі як складовій соціальної роботи, спрямованій на своєчасне виявлення та блокування негативних соціальних впливів. Метою при цьому є не лише запобігання небажаним наслідкам, а й зниження їхньої інтенсивності та впливу на добробут людини – зокрема шляхом викорінення чинників, що можуть спровокувати мікротравми, порушити психоемоційний баланс і викликати девіації у поведінці [41 ,с. 78].

Аналізуючи наукові дефініції, можна зробити висновок, що більшість із них зосереджені лише на факторному підході – акценті на ризиках, з якими має працювати фахівець. Натомість ігноруються механізми формування захисних бар’єрів проти повторного виникнення негативних явищ. Саме через відсутність стійкої профілактичної моделі, що включала б як усунення чинників ризику, так і розвиток адаптивних здібностей особи, часто спостерігається рецидивність кризових ситуацій у сім’ях, які перебувають під соціальним супроводом.

Отже, у процесі вдосконалення системи соціальних послуг доцільно посилювати компоненти вторинної та третинної профілактики – ті, що спрямовані на недопущення поглиблення проблем та попередження повторного травматичного досвіду, зокрема мікротравм у дітей і підлітків. Це передбачає не лише короткострокове втручання, а й довгострокову підтримку, що базується на розвитку стресостійкості, навичок подолання життєвих труднощів та формуванні довірчих стосунків з найближчим соціальним оточенням.

Узагальнюючи розглянуті підходи, доцільно подати розгорнуте визначення поняття профілактики складних життєвих обставин. Під цим слід розуміти систему цілеспрямованих дій, спрямованих на виявлення, усунення або пом'якшення впливу суспільних і особистісних факторів ризику, що можуть призвести до соціальної дестабілізації чи емоційних порушень, зокрема мікротравм, а також на формування внутрішньої стійкості (resilience) особи чи сім'ї. Головною метою цієї системи є запобігання повторному потраплянню людини або родини у кризові ситуації та відновлення їхньої здатності до самостійного подолання труднощів [32 ,с. 68].

Ефективність профілактики складних життєвих обставин визначається не лише зменшенням рівня впливу ризиків, а й розвитком так званих захисних чинників – внутрішніх і зовнішніх ресурсів, що підтримують людину у процесі подолання життєвих викликів. Ці чинники охоплюють психологічну гнучкість, соціальну включеність, здатність до саморефлексії, а також уміння звертатися по допомогу в ситуаціях, коли самостійне вирішення проблеми є неможливим. Таким чином, стійкість і ресурсність – це не вроджені якості, а результат формування навичок саморегуляції, довіри до соціального оточення й готовності до конструктивної взаємодії.

Як зазначають З. Кияниця та Ж. Петрочко у посібнику «Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми», ідентифікація родин, які потребують підтримки, є безперервним процесом, що поєднує щоденну діяльність соціальних працівників і представників громадських структур. Вона включає не лише виявлення проблемних випадків, але й налагодження контакту, аналіз

потреб і планування адресної допомоги, спрямованої на збереження сімейної цілісності та попередження формування мікротравматичних наслідків у дітей [22, с. 289].

Отже, профілактика складних життєвих обставин – це не одноразове втручання, а динамічна система підтримки, що поєднує соціальні, психологічні та освітні механізми. Її ефективність полягає у створенні безпечного середовища, розвитку внутрішніх ресурсів особистості та зниженні впливу деструктивних чинників, які можуть призвести до глибших соціальних або емоційних порушень.

Своєчасне виявлення потенційно вразливих осіб полягає у розпізнаванні спеціалістами, які мають справу з родинами з дітьми, початкових ознак проблем, що можуть призвести до зниження якості життя дитини чи задоволення її потреб. У процесі такого виявлення важливими є : донесення інформації до батьків щодо доступних у громаді соціальних сервісів, державної допомоги, наявних виплат; а також створення мотиваційного поля для їхньої взаємодії з фахівцями та залучення до консультацій і підтримки.

Слід наголосити, що цей підхід має поширюватися не тільки на родини з дітьми, а й на все населення громади. З урахуванням логіки первинної профілактики, кожен мешканець може не лише отримувати підтримку, а й відігравати активну роль у виявленні проблемних ситуацій у соціальному оточенні [43 ,с. 78].

На наш погляд, ефективне виявлення вразливих категорій населення неможливе без чітко налагоджених каналів інформування громадян щодо наявних форм підтримки, розвиненої мережі сервісів, а також зрозумілих і зручних алгоритмів звернення по допомогу та оперативного реагування на запити.

У рамках первинної профілактики важливе місце належить розвитку захисних механізмів, які допомагають особі впоратися з життєвими викликами ще до того, як вони набувають кризового характеру. Йдеться про впровадження програм формування ключових життєвих компетентностей, соціально-

психологічних навичок у дітей, підлітків та дорослих. Такі програми сприяють самореалізації, розширюють можливості участі в культурному, спортивному та дозвіллєвому житті громади.

Вторинна профілактика орієнтована на обмеження негативного впливу вже наявних деструктивних чинників, які потенційно можуть призвести до серйозних наслідків. Основна увага приділяється зниженню ймовірності поглиблення проблем, посиленню внутрішнього ресурсу особи, розвитку стійкості до стресів. Основними адресатами вторинної профілактики є ті групи населення, які вже опинилися в зоні підвищеного ризику, що спричинено несприятливою соціальною або особистісною ситуацією [16 ,с. 89].

На цьому етапі раннє виявлення зберігає свою актуальність, хоча його функціональне наповнення змінюється. Якщо в контексті первинної профілактики воно мало інформативно – просвітницький характер, то тепер основна роль належить підтримці, супроводу та координації допомоги. Обов'язковою умовою ефективної роботи є наявність стабільної міжвідомчої взаємодії та прозорого механізму обміну інформацією.

Третинна профілактика зосереджується на особах, які вже опинилися у кризовій ситуації. Метою є зменшення тривалих негативних наслідків життєвих труднощів, запобігання їх повторенню, а також реінтеграція особи у стабільне соціальне середовище. На цьому рівні робота потребує значних ресурсів - як людських, так і часових.

Надання допомоги на цьому етапі передбачає залучення міждисциплінарної команди спеціалістів та довготривалу роботу з особою щодо усвідомлення, прийняття та корекції наявних проблем. При цьому значну увагу слід приділяти не лише подоланню негативних наслідків, а й формуванню захисного потенціалу – розвитку навичок, які сприяють відновленню особистої цілісності, емоційній саморегуляції, гнучкості мислення та здатності долати труднощі.

Отже, ефективна профілактика поєднує роботу зі зниження чинників ризику та розвиток адаптивних ресурсів особистості : психологічної гнучкості,

соціальної включеності, навичок саморегуляції і здатності звертатися по допомогу. Соціальна робота у цьому процесі полягає у системному виявленні потреб сімей, наданні адресної підтримки, координації міжвідомчої допомоги та створенні безпечного середовища для розвитку дітей і підлітків.

1.3. Методи дослідження соціальної роботи з сімями які перебувають у складних життєвих обставинах

Дослідження соціальної роботи з сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах, потребує комплексного методологічного підходу, що поєднує теоретичні та емпіричні методи. Вибір методів ґрунтувався на необхідності всебічного вивчення соціальних, психологічних та поведінкових аспектів функціонування сімей, а також оцінки ефективності соціальних втручань і профілактики дитячих мікротравм. Одними із таких методів є теоретичні та практично орієнтовані.

Теоретичні методи дослідження забезпечують наукове узагальнення, формування понятійно-категоріального апарату та вибудовують логіку подальших емпіричних кроків.

Як зазначає А. Й. Капська, теоретичний аналіз дає змогу систематизувати концепції соціальної роботи із сім'єю та визначити їхню методологічну структуру. Науковиця наголошує, що соціальна робота як галузь знань характеризується багатовимірністю та міждисциплінарністю, та виконує кілька ключових функцій: по-перше, узагальнювальну, оскільки дає змогу об'єднати різні концепції – психологічні, соціологічні, педагогічні, правові – у єдиний аналітичний простір; по-друге, класифікаційну, адже дослідник отримує можливість розмежувати підходи (системний, середовищний, ресурсний, сімейно-центрований, кризовий тощо) та виявити їхні сильні й слабкі сторони; по-третє, інтерпретаційну, що передбачає розкриття внутрішніх механізмів функціонування сім'ї, закономірностей її динаміки та чинників уразливості в умовах складних життєвих обставин; по-четверте, методологічну, оскільки на

основі аналізу формується структура соціальної роботи: визначаються предмет, об’єкт, завдання, інструменти взаємодії з сім’єю [21 ,с. 232].

В свою чергу В. П. Поліщук підкреслює, що використання теоретичних методів — аналізу, синтезу, індукції, дедукції — є необхідним для виокремлення наукових підходів та побудови концептуальної моделі соціальної взаємодії з сім’ями СЖО.

Також, у підході Поліщук, теоретичні та практично орієнтовані методи соціальної роботи із сім’єю становлять взаємопов’язану систему, у якій кожна група виконує власні функції у процесі дослідження та професійної діяльності.

Науковиця підкреслює, що теоретичні методи (аналіз, узагальнення, систематизація, порівняння, моделювання) спрямовані на концептуальне осмислення феномену сім’ї та проблематики СЖО, визначення закономірностей, чинників ризику, механізмів сімейного функціонування та формування базових понять. Вони забезпечують створення теоретичної моделі соціальної роботи, яка дозволяє окреслити цілі, предмет та логіку впливу на сім’ю.

Натомість практично орієнтовані методи, згідно з Поліщук, включають спостереження, інтерв’ю, соціальний патронаж, кейс-менеджмент, діагностичні інструменти, сімейне консультування та інші технології, які забезпечують безпосереднє вивчення умов життя сім’ї, її потреб, ресурсів та ризиків, а також застосування конкретних інтервенцій. Ця група методів дозволяє перевірити теоретичні висновки у практиці й забезпечити адресність та ефективність соціального супроводу [48 ,с. 237].

Окреме місце у структурі методів дослідження соціальної роботи з сім’ями, що перебувають у складних життєвих обставинах, посідають психодіагностичні методи, які забезпечують виявлення емоційних та поведінкових особливостей дітей і батьків. У межах міждисциплінарного підходу вони поєднують психологічні, соціальні та поведінкові параметри, дозволяючи соціальному працівнику сформувати цілісне уявлення про чинники ризику, ресурси та механізми сімейної взаємодії.

Відомо, що психодіагностика як наукова та практична дисципліна бере свій початок із робіт А. Біне і Т. Сімона, які створили перші стандартизовані інструменти для вимірювання інтелектуальних здібностей дітей. Пізніше розвиток психодіагностики був значно посилений завдяки внеску Д. Векслера, який запропонував багатовимірні шкали оцінювання когнітивних та особистісних характеристик.

У контексті роботи з сім'ями, що перебувають у кризових станах, особливо значущими є дослідження Д. Боулбі, який обґрунтував роль ранньої прив'язаності та емоційної чутливості батьків у формуванні психічного благополуччя дитини та М. Ейнсворт, що розробила метод «Незнайома ситуація» для діагностики типів прив'язаності. Ці методи стали важливими для ідентифікації наслідків емоційної депривації та прихованих мікротравм.

Спостереження є одним із основним методів емпіричного дослідження у соціальній роботі, що дозволяє фахівцям систематично фіксувати поведінкові патерни, взаємодії та соціальні процеси у сімейному середовищі. Капська А.Й. у своїх дослідженнях зосереджувалася на застосуванні структурованого спостереження для виявлення закономірностей сімейної взаємодії, визначенні чинників ризику соціальної дезадаптації та дисфункції у сім'ях, які перебувають у складних життєвих обставинах. Використання структурованого або цілеспрямованого спостереження забезпечує можливість не лише описати зовнішні прояви поведінки, а й виявити закономірності внутрішньої динаміки сім'ї, рівень її функціонування та ступінь ризику мікротравматизації дітей. Такий метод дозволяє інтегрувати кількісні та якісні дані для подальшого аналізу і формування рекомендацій щодо соціальної підтримки сімей [21 ,с. 225].

Структуроване інтерв'ю є стандартизованим методом збору інформації, що передбачає опитування учасників за визначеним протоколом із конкретними питаннями. Цей метод забезпечує систематизацію даних про соціально-демографічні характеристики, історію виникнення складних життєвих обставин, ресурси сім'ї та особистісний досвід її членів

Структуроване інтерв'ю дозволяє порівнювати отримані дані між різними сім'ями, виявляти типові проблеми та визначати ефективні шляхи соціального втручання. Важливою перевагою є його здатність забезпечити валідність та надійність отриманої інформації, оскільки всі респонденти відповідають на однакові запитання у встановленій послідовності.

Поєднання спостереження та структурованого інтерв'ю дозволяє комплексно оцінити стан сім'ї, інтегруючи об'єктивні зовнішні прояви поведінки з суб'єктивним досвідом її членів, що є критично важливим для розробки адресних соціальних програм і профілактичних заходів у роботі з сім'ями СЖО [61].

Узагальнення емпіричних матеріалів у соціальній роботі з сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах, є ключовим етапом методологічного дослідження, що дозволяє інтегрувати результати спостережень, інтерв'ю та психодіагностичних процедур для комплексного аналізу сімейних процесів. Цей етап передбачає застосування як кількісних, так і якісних методів аналізу, які взаємодоповнюють одне одного, забезпечуючи наукову достовірність і глибину висновків.

Кількісний аналіз включає використання методів математичної статистики, зокрема кореляційного аналізу, порівняння середніх значень, регресійного моделювання та інших інструментів, що дозволяють верифікувати гіпотези, визначити закономірності між соціально-психологічними чинниками та наслідками СЖО, а також оцінити ефективність соціальних інтервенцій

Якісний аналіз зосереджується на глибокому опрацюванні суб'єктивного досвіду членів сім'ї, виявленні прихованих проблемних зон, внутрішніх ресурсів та бар'єрів. Він включає контент-аналіз протоколів структурованих інтерв'ю та спостережень, а також тематичний аналіз для розкриття індивідуальних життєвих сценаріїв сімей.

Комплексне використання кількісного та якісного аналізу дозволяє інтегрувати об'єктивні дані про поведінкові та соціальні характеристики сімей із суб'єктивним сприйняттям членів родини, що є критично важливим для

формування практичних рекомендацій щодо соціальної підтримки та профілактики мікротравм. За рахунок цього підходу соціальний працівник може обґрунтовано планувати заходи, спрямовані на підвищення адаптивності, стресостійкості та ресурсності сімей, що перебувають у СЖО.

Таким чином, узагальнення емпіричних матеріалів виступає як методологічний міст між збором первинних даних і розробкою практично орієнтованих стратегій соціальної роботи, забезпечуючи інтеграцію теоретичних моделей і конкретних інтервенцій, що відповідають потребам сімей у складних життєвих обставинах.

Отже, комплексне застосування теоретичних, практично орієнтованих та психодіагностичних методів дозволяє всебічно оцінити динаміку сімей СЖО, інтегруючи концептуальне осмислення феномену сім'ї з емпіричною перевіркою соціальних інтервенцій, що забезпечує науково обґрунтовану основу для розробки ефективних заходів підтримки та профілактики дитячих мікротравм.

РОЗДІЛ 2
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕНЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТА З ПРОФІЛАКТИКИ МІКРОТРАВМ У СІМ'ЯХ ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ

2.1. Правові та нормативні засади соціальної роботи з сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах в Україні

Соціально-педагогічна діяльність із родинами, що переживають кризові обставини, являє собою цілісну систему співпраці між соціальними педагогами, представниками державних структур, громадськими організаціями та самими сім'ями. Головна мета цієї взаємодії полягає у створенні умов для покращення соціально-побутового становища таких родин, посиленні їхніх ресурсів і здатності реалізовувати права та свободи, гарантовані національним законодавством і міжнародними актами. У фокусі такої діяльності перебуває всебічний розвиток членів родини – як фізичний, так і психологічний, моральний і духовний – а також стимулювання їх до участі в житті громади та суспільства загалом.

Особливої актуальності в українському соціальному контексті набуває поняття «профілактика кризових життєвих ситуацій».

У чинному законодавстві передбачено, що соціальні послуги мають не лише компенсаторний, а й превентивний характер. Тобто мета державної соціальної політики – не лише реагування на вже наявні труднощі, а й активна робота на випередження, аби запобігти поглибленню кризових ситуацій у родинах. У самому тексті Закону зазначено, що його основне завдання полягає у регулюванні механізмів надання соціальних послуг, спрямованих на недопущення загострення складних життєвих ситуацій, а також на зменшення їх негативного впливу на дітей, батьків та інші соціально вразливі категорії.

У статті 9 документа окреслено стратегічні пріоритети держави у цій сфері, зокрема формування ефективної системи попередження потрапляння

громадян у кризові ситуації, а також мінімізація наслідків уже наявних труднощів. Законодавчо закріплено поняття «соціальної профілактики» як ключового напрямку, що визначає напрямок розвитку соціальних послуг в Україні.

У класифікації соціальних послуг, закріпленій у статті 16 цього ж Закону, виокремлено послуги, орієнтовані на запобігання кризовим обставинам: тобто ті, які мають на меті запобігти соціальній ізоляції, втраті життєвих орієнтирів, розвитку деструктивних моделей поведінки у дітей і підлітків, а також – зниженню функціональних можливостей сім'ї як соціального інституту.

Закон надає чітке визначення соціальних послуг як комплексу дій, що мають забезпечити профілактику та подолання негативних життєвих обставин, або ж зменшення шкоди від їх наслідків для окремих осіб і сімей, які вже перебувають у зоні ризику. Таким чином, у фокусі уваги – саме недопущення поглиблення проблем, а не лише їх усунення постфактум [32, с. 70].

Отже, сучасна соціально-педагогічна робота з сім'ями, що опинилися у складних життєвих ситуаціях, базується на принципах попередження криз, зміцнення ресурсності родин, захисту прав кожного члена сім'ї та створення сприятливого середовища для особистісного розвитку. Особливу роль у цьому процесі відіграє раннє виявлення ознак деструктивних впливів, зокрема мікротравм, які часто лишаються поза увагою, але формують нестійкість психоемоційного стану дітей і дорослих. Ефективна профілактика вимагає не лише міжвідомчої взаємодії, а й глибокої чутливості до індивідуальних потреб кожної родини, адаптації практик до локального контексту та забезпечення комплексного супроводу – від оцінювання ситуації до відновлення повноцінного функціонування сім'ї в суспільстві.

Закон України «Про соціальні послуги», ухвалений у 2019 році, складається з семи структурно впорядкованих розділів, кожен з яких деталізує окремі аспекти системи надання соціальної підтримки, зокрема з акцентом на профілактику складних життєвих ситуацій, що включають й наслідки мікротравм. У цьому нормативному документі закладено сучасне бачення

соціальної роботи як інструмента не тільки допомоги, але й активного реагування на виклики, пов’язані з вразливістю окремих осіб і родин.

Закон України «Про соціальні послуги» демонструє переходу держави від пасивної допомоги до активної профілактики й соціального партнерства. Структура документа дозволяє чітко регламентувати всі аспекти – від термінології до механізмів взаємодії, і вказує на пріоритет профілактики, в тому числі мікротравм, як важливого чинника соціального добробуту.

Законодавча база, яка регулює сферу соціальних послуг в Україні, має за основу Закон України «Про соціальні послуги». Цей нормативний акт є фундаментом для правового врегулювання діяльності як тих, хто надає соціальні послуги, так і осіб, що потребують їх отримання. В межах реалізації положень цього закону Кабінетом Міністрів України було ухвалено низку постанов, які деталізують механізми втілення в життя окремих статей документа [24, с. 87].

Зокрема, Постанова КМУ № 587 від 1 червня 2020 року встановлює процедури організації соціального сервісу, опираючись на положення пункту 17 частини першої статті 1 Закону «Про соціальні послуги». Водночас Постанова КМУ № 585 того ж дня регламентує порядок соціального захисту дітей, що опинилися в складних обставинах життєвого характеру, зокрема й тих, хто зазнав насильства чи переніс мікротравми, які мають емоційно-поведінковий наслідок.

Хоча законодавчі рамки надання соціальних послуг прописані досить чітко, їх реалізація на практиці ще перебуває на стадії поступового запровадження та вдосконалення. Через це уряд здійснює коригування нормативних актів, адаптуючи їх до сучасних умов та викликів.

Варто звернути окрему увагу на електронний ресурс – реєстр надавачів соціальних послуг, створений на основі положень статті 15 зазначеного закону. Попри те, що ця система працює в тестовому форматі, вона дає змогу всебічно оцінити рівень доступності соціальних сервісів в регіонах. Ознайомитись із нею можна через офіційний сайт Міністерства соціальної політики України.

Інформація в реєстрі представлена у двох форматах: таблиці Excel, яка містить понад 80 параметрів для кожного надавача, та інтерактивної карти, що дозволяє візуалізувати присутність соціальних закладів по всій Україні.

Крім того, наказ Міністерства соціальної політики № 429 від 23 червня 2020 року затвердив класифікатор соціальних послуг. У ньому систематизовано назви, короткий зміст, терміни надання послуг і цільові групи одержувачів. Загальна кількість соціальних послуг, визначених у класифікаторі, становить 43. З них 23 вважаються основними, а решта – уточненими або підвидами [11 ,с. 70].

До переліку входять такі сервіси, як інформування, консультування, кризова підтримка через спеціалізовані телефонні лінії, посередницькі послуги, представлення інтересів клієнтів, надання тимчасового прихистку (у тому числі нічного), короткострокове проживання, послуги соціальної профілактики, виховання та піклування про дітей у моделях, наближених до сімейного середовища, підтримане проживання (для людей похилого віку, бездомних тощо), соціальний супровід та допомога в працевлаштуванні.

Також передбачені послуги кризового втручання, адаптації, реінтеграції, різновиди догляду – як домашній, так і денний, зокрема для осіб із інвалідністю та тяжкими захворюваннями. Додатково функціонують послуги персональних асистентів, реабілітаційні програми (у тому числі для людей, що пережили мікротравми внаслідок залежностей), короткотерміновий перепочинок для осіб, що доглядають за хворими або дітьми з інвалідністю, надання натуральної допомоги, супровід під час інклюзивного навчання, переклад жестовою мовою, фізичний супровід та транспортні сервіси.

Ці послуги мають системні коди, однак під час аналізу видно розбіжності між інформацією, поданою в електронному реєстрі, і тією, що закріплена у нормативному документі. Наприклад, у класифікаторі зазначені послуги підтриманого проживання для людей з інвалідністю чи осіб без постійного місця проживання, а в онлайн-реєстрі вони відсутні. Натомість у реєстрі

з'являються такі послуги, які не передбачені офіційним класифікатором, як–от виховання у патронатних сім’ях, абілітація тощо.

Подібні відмінності вказують на необхідність подальшого удосконалення інструментів електронного обліку соціальних сервісів та гармонізації їх з чинними нормативами. Водночас такі сервіси особливо важливі для роботи з дітьми та сім’ями, що пережили вплив деструктивних подій, пов’язаних із соціальною вразливістю або емоційними мікротравмами.

Налагоджена система надання послуг із урахуванням класифікації, термінів, цільових груп і зручних форматів доступу дозволяє забезпечити адресну допомогу та підтримку, яка може бути життєво необхідною в умовах кризи. Усе це вказує на активний процес формування ефективної соціальної політики, орієнтованої не тільки на подолання складних життєвих обставин, а й на запобігання їх появі в майбутньому [45 ,с. 88].

Отже, сучасна система соціальних послуг в Україні спрямована на профілактику криз у сім’ях, раннє виявлення ризиків та зміцнення їхніх ресурсів. Законодавча база підтримує комплексний підхід, що поєднує допомогу, захист прав і запобігання негативним наслідкам, включно з мікротравмами.

2.2. Форми і методи соціальної роботи з профілактики мікротравм дитинства

Проблема профілактики мікротравм дитинства у сім’ях, що перебувають у складних життєвих обставинах, є одним із найактуальніших напрямів сучасної соціальної роботи. Мікротравми, які проявляються у вигляді систематичних емоційних мікропорушень, вербальної агресії, байдужості або нестачі уваги, на перший погляд можуть видаватися незначними, однак їхній кумулятивний ефект здатний призвести до формування глибоких психологічних і соціальних проблем у майбутньому. Завдання соціального працівника полягає не лише у виявленні наслідків таких мікротравм, а передусім у попередженні їх

виникнення шляхом застосування комплексних форм і методів роботи з дитиною, сім'єю та соціальним оточенням.

Форми соціальної роботи з профілактики дитячих мікротравм можна поділити на індивідуальні, групові, сімейні та громадсько–освітні. Кожна з них має власні цілі, специфіку впливу та інструменти реалізації, але всі вони взаємопов'язані в єдину систему профілактичного впливу. Їх ефективність залежить від рівня підготовки соціального працівника, наявності міжвідомчої взаємодії, а також від довіри між фахівцем і клієнтами [57 ,с. 80].

Індивідуальні форми роботи спрямовані на безпосередню взаємодію з дитиною або її батьками. Однією з найпоширеніших є соціально-психологічне консультування. Воно передбачає діагностику емоційного стану дитини, виявлення джерел внутрішнього напруження, аналіз сімейної ситуації та надання рекомендацій щодо її стабілізації. У роботі з дітьми застосовується метод ненасильницького спілкування, заснований на емпатії, прийнятті та безоцінковості. Під час консультацій соціальний працівник допомагає дитині навчитися виражати емоції словами, розпізнавати власні почуття й формувати довіру до дорослих.

З батьками індивідуальна робота часто проводиться у формі мотиваційного інтерв'ю, спрямованого на усвідомлення ними власної відповідальності за емоційне благополуччя дитини. Соціальний працівник допомагає розпізнати деструктивні моделі виховання, наприклад, часті зауваження, сарказм, ігнорування, порівняння з іншими дітьми, які є типовими проявами мікротравм. Мета полягає в тому, щоб сформувати у батьків навички емоційної рефлексії, навчити адекватно реагувати на поведінку дитини без агресії чи приниження.

Ефективним інструментом індивідуальної роботи є соціальний супровід сімей СЖО. Ця форма передбачає комплексну підтримку сім'ї протягом певного періоду. Соціальний працівник разом із психологом, педагогом та медичними фахівцями складає індивідуальний план допомоги, який включає моніторинг умов проживання, участь у спільних бесідах, навчальних тренінгах та групах

підтримки. Особлива увага приділяється створенню довірливих стосунків між соціальним працівником і членами родини, адже лише на основі довіри можливо впровадити зміни у виховні практики [19 ,с .64].

До індивідуальних методів також належать психодіагностичні інструменти, які дозволяють виявити наявність мікротравм або ризик їх виникнення. Використовуються проективні методики (малюнок сім'ї, «незакінчені речення»), тести емоційного стану, опитувальники батьківського ставлення. Отримані результати допомагають соціальному працівнику планувати подальшу роботу з урахуванням індивідуальних особливостей дитини та динаміки сімейних взаємин.

Групові форми соціальної роботи відіграють важливу роль у профілактиці дитячих мікротравм, адже вони сприяють розвитку навичок спілкування, емпатії, самоповаги та взаєморозуміння. Найбільш ефективними є тренінгові програми, спрямовані на формування емоційної компетентності дітей і батьків. Наприклад, тренінги «Емоції та я», «Світ без образ», «Як говорити, щоб дитина слухала» допомагають учасникам усвідомити власні реакції та навчитися конструктивному спілкуванню.

Соціальний працівник може використовувати методи арттерапії, які особливо ефективні у роботі з дітьми. Через малювання, ліплення, колаж чи казкотерапію дитина вчиться безпечно виражати емоції, долати страхи, знаходити способи саморегуляції. Групова арттерапія також дозволяє дітям бачити, що їхні переживання не є унікальними, що сприяє зниженню відчуття ізоляції та покращенню самооцінки.

Для батьків групові заняття часто проводяться у форматі «школи відповідального батьківства». Ці програми спрямовані на розвиток педагогічної культури, навчання методам позитивного виховання, відмову від авторитарних моделей контролю. Соціальний працівник разом із психологом проводить заняття, на яких розглядаються типові сімейні ситуації, моделюються ефективні комунікативні стратегії, відпрацьовуються способи реагування на дитячі емоції без приниження чи покарання [29 ,с. 83].

Сімейні форми роботи є центральною ланкою у профілактиці дитячих мікротравм, оскільки саме родина є первинним середовищем формування емоційного досвіду дитини. Основними методами тут є сімейне консультування, сімейна терапія, медіація та фасилітаційні зустрічі. Вони дозволяють створити простір для відкритого діалогу між членами родини, усунути комунікативні бар'єри, визначити проблемні ролі та конфліктні зони.

Під час сімейного консультування соціальний працівник виконує роль посередника, який допомагає батькам і дітям почути одне одного. Основною метою є налагодження позитивного емоційного контакту та відновлення довіри. Використовується метод активного слухання, техніка «Я-повідомлень», що дозволяє замінити звинувачення конструктивним вираженням власних почуттів.

Сімейна терапія спрямована на зміну системи взаємин, а не лише на корекцію окремої поведінки. Соціальний працівник у цьому випадку співпрацює з психологом, і разом вони допомагають сім'ї побудувати нові моделі взаємодії, які зменшують ризик виникнення мікротравм. Наприклад, у сім'ях, де домінує контроль і покарання, терапевтична робота спрямована на розвиток гнучкості, розуміння потреб дітей та формування культури підтримки.

Медіація як форма соціальної роботи застосовується у випадках, коли між батьками або між батьками і дитиною виникають конфлікти, що можуть призвести до емоційних травм. Соціальний працівник виступає нейтральним посередником, допомагаючи сторонам знайти взаємоприйнятне рішення. Метою є зниження напруженості та формування практики мирного вирішення суперечностей, що безпосередньо впливає на психологічну безпеку дитини.

Окреме місце серед форм роботи посідають громадсько-освітні ініціативи, які спрямовані на підвищення суспільної обізнаності щодо проблеми мікротравм у дитинстві. До них належать інформаційні кампанії, тренінги для фахівців, просвітницькі заходи у школах, публічні лекції та вебінари для батьків. Головна мета – змінити суспільне ставлення до «легких» форм насильства, які часто сприймаються як «нормальні методи виховання». Такі

програми сприяють формуванню культури ненасильницької комунікації, підвищенню соціальної відповідальності батьків і педагогів [19 ,с. 70].

Щодо методів соціальної роботи, то вони є конкретними інструментами реалізації зазначених форм.

Найбільш поширеними методами є консультативно–психологічні, інформаційно-просвітницькі, соціально-педагогічні, реабілітаційні, а також методи соціального супроводу.

Консультативно-психологічні методи передбачають діагностику емоційного стану дітей та батьків, надання рекомендацій, навчання ефективним моделям спілкування. Сюди належать індивідуальні консультації, тренінги з розвитку емоційного інтелекту, методики саморегуляції та зниження стресу. Їх застосування дає змогу запобігти накопиченню негативних емоцій, які часто стають джерелом мікротравм.

Інформаційно-просвітницькі методи спрямовані на формування знань про сутність мікротравм, їх наслідки та шляхи попередження. Соціальний працівник організовує лекції, семінари, розповсюджує інформаційні матеріали, готує соціальну рекламу, що пропагує цінності поваги, терпимості, відповідального батьківства. Ці методи особливо важливі у громадах із низьким рівнем педагогічної культури, де проблема емоційного насильства часто ігнорується.

Соціально-педагогічні методи передбачають безпосередню роботу з дітьми у навчальних закладах або центрах соціальних служб. Це можуть бути профілактичні заняття, ігрові програми, тематичні тренінги, інтерактивні уроки. Метою є розвиток у дітей емоційної грамотності, навичок взаємодії, довіри до дорослих і готовності звертатися по допомогу у разі потреби.

Реабілітаційні методи застосовуються у випадках, коли мікротравми вже мали місце і дитина потребує психологічного відновлення. До них належать індивідуальна психотерапія, групи підтримки, арттерапевтичні та казкотерапевтичні сесії. Завдання соціального працівника полягає у створенні

безпечного простору, де дитина може пережити свій досвід і поступово відновити почуття гідності й довіри до світу [41, с. 44].

Методи соціального супроводу спрямовані на комплексну допомогу сім'ї у стабілізації умов життя. Вони включають планування індивідуального маршруту виходу із кризової ситуації, координацію між різними фахівцями (психологом, педагогом, лікарем), а також контроль динаміки змін. Соціальний працівник виконує функцію координатора, забезпечуючи цілісність підтримки.

Окрім традиційних методів, сучасна практика соціальної роботи з профілактики дитячих мікротравм активно використовує інтерактивні та інноваційні підходи. Наприклад, цифрові платформи для батьків, де можна отримати консультацію онлайн, проходити навчальні курси з позитивного виховання, брати участь у вебінарах. У роботі з дітьми застосовуються ігрові технології, психологічні тести у форматі мобільних додатків, інтерактивні казки, що формують емоційну обізнаність.

У деяких соціальних службах запроваджуються методи коучингу для батьків, які дозволяють мотивувати їх до саморозвитку і вдосконалення батьківських компетенцій. Коучинг допомагає не лише коригувати поведінку, а й формувати нове мислення, у якому дитина сприймається як рівноправний суб'єкт взаємодії.

Важливим напрямом є також міжвідомча взаємодія, коли соціальний працівник координує дії педагогів, лікарів, поліцейських та представників громадських організацій. Такий підхід дозволяє створити мережу підтримки сімей, де кожен фахівець виконує свою функцію, а інформація про стан дитини та родини передається без втрати конфіденційності.

У практиці профілактики мікротравм значну роль відіграють також методи оцінки ризиків. Соціальний працівник використовує спеціальні шкали або чек-листи для визначення ступеня небезпеки емоційного неблагополуччя в сім'ї. Це дозволяє своєчасно втрутитися, розпочати профілактичні заходи та попередити розвиток більш глибоких психологічних ушкоджень [36, с. 89].

Отже, форми і методи соціальної роботи з профілактики мікротравм дитинства охоплюють широкий спектр інструментів – від індивідуального консультування до колективних просвітницьких програм. Їх ефективність залежить від того, наскільки вони реалізуються системно, у взаємодії з іншими інституціями та з урахуванням індивідуальних особливостей кожної сім'ї. Основні методи соціальної роботи з профілактики мікротравм у дитинстві (див.Додаток Б)

Аналіз методів соціальної роботи з профілактики дитячих мікротравм свідчить, що найефективнішими є ті, які поєднують психологічні, педагогічні та соціально-організаційні інструменти. Ключову роль відіграє комплексність підходу: індивідуальна підтримка дитини має доповнюватися роботою з батьками та міжвідомчою співпрацею.

Методи, спрямовані на розвиток емоційної компетентності, навчання ненасильницькому спілкуванню та підвищення педагогічної культури, мають довготривалий позитивний ефект, оскільки змінюють поведінкові установки дорослих і формують у дітей відчуття безпеки. Водночас практики коучингу, медіації та арт-терапії допомагають не лише попередити нові мікротравми, а й пом'якшити наслідки уже пережитих емоційних ушкоджень [52 ,с. 89].

Отже, ефективна профілактика мікротравм у дитинстві передбачає використання різних методів, що взаємно підсилюють один одного. Соціальний працівник має виступати координатором цього процесу, забезпечуючи баланс між психологічною підтримкою, просвітництвом і системною соціальною допомогою, що дозволяє створити стабільне, безпечне та гармонійне середовище розвитку дитини.

Практичний досвід роботи з дітьми, які стали жертвами травматичних подій, переконливо демонструє їхню підвищену чутливість до мікротравм у порівнянні з дорослими. При організації заходів емоційно-психологічної підтримки особливу увагу слід приділяти віковим особливостям дитини, її рівню психофізичного розвитку, характеру стресогенних подій, що були

пережиті, атмосфері у сімейному колі, а також рівню пристосованості до нових умов існування [31, с. 68].

Серед головних завдань допомоги дітям, які зазнали значного мікротравматичного навантаження, варто виокремити зниження рівня внутрішнього напруження, послаблення емоційних реакцій на згадування про події, що спричинили гостру психічну дестабілізацію (наприклад, руйнування домівки, пожежа, перев'язки, медичні втручання). Важливо також працювати над формуванням умінь саморегуляції, використанням елементів аутогенних тренувань, посиленням позитивного ставлення до себе, переосмисленням власної життєвої перспективи. Для цього застосовували методи глибокої роботи з емоційними станами дитини.

Ймовірність формування посттравматичних розладів у неповнолітніх є вкрай високою. Так, за спостереженнями фахівців, у всіх дітей, які були очевидцями насильницької загибелі батьків, розвиваються серйозні емоційні порушення. А понад 90% тих, хто в дитячому віці зазнав сексуального насилля, страждають на важкі порушення психіки, пов'язані з мікротравмами.

У таких випадках більшість дітей потребують системного втручання й кваліфікованої психологічної підтримки. Прояви мікротравматичного досвіду можуть мати різні форми: замкнутість, непритаманна збудженість, емоційна нестабільність, порушення поведінки. У молодшому віці часто спостерігається повторне програвання стресових ситуацій у грі. У деяких дітей виникають труднощі зі сном, втрачається апетит або, навпаки, з'являється його надмірність, розвивається агресія чи апатія. Часто виникає регрес до ранніх форм поведінки - смоктання пальця, необхідність фізичного контакту, посилена тривожність, підвищена сльозливість, виражене почуття провини, труднощі з концентрацією уваги. Усі ці симптоми вказують на потребу в негайному залученні фахівця [33, с. 69].

У роботі з дітьми, які мають досвід мікротравм, застосовувалися різноманітні підходи: індивідуальне консультування, психокорекційні групи, консультації з членами родини, а також залучення до сеансів сімейної терапії.

Впродовж усього процесу важливо було забезпечити постійний емоційний контакт і відчуття підтримки з боку психолога.

Аналіз переживань дитини – як їхнього змісту, так і динаміки – слугував надійним інструментом для виявлення внутрішніх порушень. Робота з такими емоційними станами стала ключовим засобом поведінкової корекції та відновлення особистісного функціонування в умовах післякризової реабілітації.

Серед ефективних методів психологічного втручання особливу роль відіграє арт-терапія, яка відкриває можливість через творчість осмислювати, переосмислювати та символічно опрацьовувати внутрішні переживання. Створення візуальних образів, метафоричних конструкцій, символів дозволяє учаснику процесу перенести приховані емоції в зовнішній простір, що робить їх доступними для конструктивного аналізу.

Арт-терапевтичні практики в реабілітаційній роботі з дітьми виконують як діагностичну, так і корекційну функції. Їх впровадження сприяє розвитку рефлексивного мислення у дітей і дорослих, знижує напруження, допомагає встановити емоційний баланс. Такі методи також сприяють виявленню внутрішніх конфліктів і спрямовані на їх м’яке вирішення, активізують емоційно-вольову сферу, зміцнюють навички емоційного інтелекту, створюють простір для розкриття особистісного та творчого потенціалу.

Завдання, що стояли перед фахівцями, які надавали допомогу дітям із досвідом мікротравм, мали комплексний характер і передбачали поступове зниження рівня внутрішньої напруги, усунення страхів і тривожних спогадів, пов’язаних із пережитими подіями – вибухами, пожежами, обстрілами, а також медичними процедурами, що могли стати додатковими стресовими факторами. Особливу увагу приділяли формуванню навичок самоконтролю, розвитку вмінь аутогенного розслаблення, підвищенню самооцінки й усвідомленню власної цінності, а також допомозі у відновленні внутрішнього сенсу життя після пережитого досвіду. Для реалізації цієї програми застосовувався метод роботи з емоційними переживаннями дітей, який базувався на глибокому аналізі їхніх реакцій і станів [35, с. 87].

Детальне спостереження за змістом, інтенсивністю й динамікою дитячих переживань дало змогу виявити індивідуальні особливості емоційного реагування та встановити характер внутрішніх порушень. Робота з такими емоційними станами стала дієвим інструментом поведінкової корекції й поступового відновлення психоемоційного балансу. Висновки про стан дітей робилися не лише за їхніми словами чи поведінкою, а й за малюнками, які відображали глибинні шари підсвідомих емоцій.

У перші дні після травматичних подій переважали зображення сцен вибухів, пожеж, зруйнованих будівель, поранених людей і тварин із широко розкритими очима, іноді з промальованими ранами або швами – символами власного болю. У кольоровій гамі таких малюнків домінували важкі, насичені тони темно–червоний, фіолетовий, коричневий, чорний. Наприклад, семирічна дівчинка, яка зазнала значних опіків, створила зображення тварин у полум'ї, намальованих густими темними мазками. Інший приклад – малюнок чотирирічного хлопчика, який постраждав від опіків рук і ніг: він неодноразово малював сцену вибуху й палаючі дерева, штрихуючи з особливою наполегливістю кожну деталь. Дванадцятирічний підліток, який втратив око, зобразив страхітливу істоту з іклами та швами на обличчі, яку сам назвав «однооким демоном».

Такі роботи свідчили про наявність глибоких фобічних реакцій – страху вогню, гучних звуків, а також емоцій, пов'язаних із відчуттям неповноцінності та зниженням самоцінності. Проте вже через декілька тижнів у творчих роботах дітей почали з'являтися позитивні символи: усміхнені обличчя, сонце, сімейні сцени, тварини світлих кольорів, що свідчило про поступове відновлення емоційної рівноваги.

Індивідуальний підхід у роботі був ключовим – ураховувалися не лише вікові особливості, але й родинне виховання, рівень соціальної підтримки, а також темп відновлення психічних процесів після стресу. У практиці широко застосовувалися методи сугестотерапії – техніки загальної релаксації, елементи гіпнотичного сну, дихальні вправи, точковий масаж та вправи з енергетичного

розслаблення. Найбільш відчутний ефект спостерігався під час використання методики емпатійного слухання К. Роджерса, спрямованої на створення атмосфери довіри, безоціночного прийняття та співпереживання.

Згідно з підходом Роджерса, фахівець мав сприймати дитину не як пацієнта, а як рівноправного учасника взаємодії. Його завдання полягало у «слідуванні» за емоційним досвідом дитини, а не в його випередженні, демонструючи конгруентність – тобто щирість, гармонію між словами, емоціями та поведінкою. Такий підхід дозволив встановити стабільний контакт із дітьми різного віку та сприяв підвищенню їхнього самоприйняття.

Подальший етап роботи передбачав використання психокінезіологічних вправ, спрямованих на відновлення гармонії між тілом і свідомістю, а також посилення відчуття власної цілісності. Одним із цікавих прийомів була техніка сенсорного контрасту – через уявні смакові асоціації («уяви, що з'їв занадто багато солодощів, а тепер скуштуй у думках кислий лимон»), що допомагала дітям повернути здатність відчувати емоційні й тілесні сигнали [42 ,с. 78].

Заняття завершувалися позитивними аутосугестивними практиками: діти писали фрази «Я люблю себе», «Я сильний», «Я відновлююсь», вимовляючи їх уголос і одночасно зображаючи симетричні рухи руками чи малюючи дзеркально відображені фігури. Це сприяло зміцненню внутрішнього ресурсу, емоційній стабілізації та формуванню позитивного образу «Я».

Доцільність використання кожного з методів визначалася з урахуванням історії дитини, етапу її реабілітації та готовності до психологічного контакту. На початкових стадіях особливу увагу приділяли фізичним технікам – дихальним вправам, релаксації, зниженню больових відчуттів через ігрові форми або легкий масаж. У цей період діти часто багаторазово «прокручували» у свідомості фрагменти травматичних подій. Завдання фахівця полягало в тому, щоб своєчасно розпізнати момент граничного емоційного напруження, аби не допустити афективного зриву чи істеричної реакції. Ознаками такого стану могли бути розширені зіниці, тремор м'язів, напруга обличчя, зволоження очей

– сигнал того, що дитині слід надати відпочинок і психологічну підтримку [24 ,с. 80].

На наступному етапі реабілітаційної роботи головна увага приділялася усуненню стійких страхів і зниженню інтенсивності емоційних образів, що закарбувалися в пам’яті дитини після пережитих подій. Для цього використовувалися ефективні методи, що базувалися на образотворчій діяльності, а також моделюванні ситуацій, наближених до реального досвіду дитини. Такі підходи дозволяли м’яко витісняти з підсвідомості травматичні візуальні образи та трансформувати їх у безпечні, контрольовані форми переживання.

У подальшій роботі спеціалісти стикалися з екзистенційними запитами, які виникали у дітей внаслідок глибоких мікротравм: «Чи зможу я бути таким, як раніше?», «Що я відчуватиму, коли подивлюся на себе у дзеркало?», «Чи сприйматимуть мене інші діти?». Ці питання особливо гостро постають у випадках, коли порушено зовнішню цілісність тіла чи обличчя. Робота на цьому етапі передбачала активне використання методів психологічного переключення уваги з деструктивних емоцій на позитивні установки, зокрема через читання притч, казок із терапевтичним змістом, застосування прийомів мотиваційного впливу, стимулювання інтересу до саморозвитку, а також допомогу у формуванні нового, внутрішньо змістовного уявлення про майбутнє. Усі ці дії обов’язково супроводжувалися оптимістичним емоційним тлом у роботі психолога: використанням жартів, доброзичливого тону, підтримки.

Завершальний етап психологічного супроводу мав профілактичну орієнтацію і був спрямований на довгострокову підтримку особистісного розвитку дитини. Завданнями цього етапу було : перегляд дитиною ставлення до себе після подолання кризи, подолання комплексу меншовартості, зниження залежності від підвищеної уваги з боку оточення, уникнення формування компенсаторної поведінки, що базується на очікуванні поблажливого ставлення через пережите. Це сприяло більш гармонійній інтеграції дитини у соціальне середовище [31, с. 58].

Слід підкреслити, що зазначені етапи були виокремлені на основі практичного досвіду і суттєво відрізнялися у тривалості та змісті залежно від вікових, статевих характеристик дитини, глибини мікротравм, індивідуальних психологічних рис та характеру підтримки з боку сім'ї. Успішність процесу значною мірою залежала й від поінформованості батьків про можливі зміни у поведінці дитини. Тому важливою частиною роботи було проведення роз'яснювальної діяльності, орієнтованої на формування в батьків здатності розпізнавати сигнали, які свідчать про необхідність звернення до психотерапевта чи інших фахівців.

Аналіз практики надання допомоги дітям у кризових умовах засвідчив наявність певних прогалин в організації відповідних заходів, зокрема брак спеціалістів, які мають досвід роботи в умовах надзвичайних обставин.

Особливу вагу приділяли сталості психологічної підтримки. Дітям необхідно мати стабільний простір – фізичний і емоційний – де їхнє особисте внутрішнє відновлення буде поважатися. Не менш важливим є сталий графік занять і послідовність дій психолога, а також суворе дотримання конфіденційності. Надання дитині «власного місця» у межах, визначених правовими нормами, дозволяє відновити базову довіру до світу і зменшити відчуття тривоги.

Комплексний підхід до профілактики передбачає одночасну роботу на трьох рівнях : індивідуальному (психологічна підтримка дитини і батьків), сімейному (налагодження взаємин) та соціальному (створення сприятливого середовища через освіту і суспільну просвіту). Саме поєднання цих рівнів забезпечує реальну можливість запобігти виникненню мікротравм, зміцнити сімейні зв'язки й сприяти формуванню безпечного емоційного простору дитинства [30 ,с .65].

Таким чином, соціальний працівник у сфері профілактики дитячих мікротравм виступає не лише як фахівець, який надає допомогу, а й як координатор, педагог, психолог, фасилітатор та адвокат інтересів дитини. Його професійна діяльність має бути спрямована на створення умов, за яких дитина

зможе рости в атмосфері підтримки, прийняття та любові, а батьки – усвідомлено реалізовувати свої виховні функції без використання методів, що завдають емоційної шкоди. Тільки така багатовимірна і гуманістично орієнтована система соціальної роботи здатна забезпечити ефективну профілактику мікротравм у дитинстві, особливо в сім'ях, які перебувають у складних життєвих обставинах.

2.3. Взаємодія соціальних служб, освітніх закладів та громадських організацій у профілактиці мікротравм дитинства

Профілактика – це не лише завдання соціальних працівників, а комплексна діяльність, у якій беруть участь школа, дитячий садок, медичні установи, органи опіки, центри соціальних служб, неурядові організації та місцеві громади. Такий підхід ґрунтується на соціально-екологічній моделі розвитку дитини, запропонованій У. Бронфенбреннером, яка підкреслює, що психологічне благополуччя дитини залежить від взаємодії різних рівнів соціального середовища. Саме тому головним принципом профілактики є створення системи раннього виявлення ризиків та підтримки сімей через інтеграцію зусиль усіх залучених структур [41 ,с .78].

Провідна роль у цій системі належить соціальним службам, які виступають координаторами процесу. В Україні таку функцію виконують Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Служби у справах дітей, центри соціально-психологічної реабілітації, а також територіальні громади, які відповідальні за організацію соціального захисту на місцях. Їхня діяльність зосереджена на виявленні сімей СЖО, оцінюванні рівня ризику для дітей, здійсненні соціального супроводу та організації психологічної, матеріальної й правової допомоги.

Соціальні служби здійснюють моніторинг сімейного середовища, проводять оцінку потреб дитини, виявляють ознаки емоційного неблагополуччя, ініціюють заходи підтримки. Їхнє завдання – створити умови,

за яких батьки отримують не покарання, а допомогу та навчання. Соціальний працівник виступає посередником між сім'єю й іншими структурами, координує роботу педагогів, медиків, психологів, юристів. Таким чином формується система соціального партнерства, спрямована на забезпечення права дитини на безпечне та гармонійне дитинство.

Не менш важливим учасником цього процесу є освітні заклади – дошкільні установи, школи, позашкільні центри. Саме вони найчастіше першими стикаються з проявами емоційного неблагополуччя дітей. Педагоги щодня спостерігають за поведінкою учнів і можуть помітити ознаки мікротравм – замкненість, агресивність, підвищену тривожність, уникання контактів або байдужість до навчання. Однак учителі не завжди мають необхідні знання для правильної інтерпретації таких проявів. Тому взаємодія між школою та соціальними службами є необхідною для раннього виявлення та запобігання мікротравмам [30 ,с .65].

Освітні заклади виконують функцію первинної діагностики та соціального сигналу. Коли педагог помічає зміни у поведінці дитини, він має звернутися до шкільного психолога або соціального педагога. Ці фахівці проводять психологічну оцінку стану дитини, аналізують ситуацію в сім'ї, а у разі потреби інформують відповідні служби. Соціальні служби, своєю чергою, здійснюють подальше обстеження, визначають рівень ризику і планують індивідуальну програму підтримки.

Важливим аспектом є підготовка педагогічних працівників до розпізнавання ознак мікротравм. Для цього проводяться тренінги з емоційної компетентності, семінари з теми «ненасильницька педагогіка», консультації щодо роботи з дітьми, які пережили психологічні травми. Така підготовка дозволяє педагогам реагувати не осудом чи покаранням, а підтримкою, розумінням і співчуттям.

Сучасна школа повинна виступати не лише освітнім, а й соціально-психологічним осередком, де дитина може отримати допомогу. Соціальний педагог або шкільний психолог у співпраці з класними керівниками формують

програми профілактики емоційних порушень, організовують групові заняття з розвитку емоційного інтелекту, саморегуляції, комунікації. У рамках партнерства із соціальними службами в школах можуть проводитися лекції для батьків, зустрічі з фахівцями, обговорення складних випадків у форматі мультидисциплінарних команд [35, с. 78].

Медичні установи також відіграють важливу роль у системі взаємодії, адже часто саме лікарі першими стикаються з наслідками мікротравм у вигляді психосоматичних розладів, порушень сну, апетиту або поведінкових відхилень. Педіатри, дитячі психіатри та психологи можуть повідомляти соціальні служби про випадки, коли дитина потребує додаткової уваги з боку фахівців соціальної сфери. Такий підхід дозволяє створити єдину систему моніторингу, у якій інформація про ризики не втрачається, а перетворюється на конкретні дії.

Значну роль у профілактиці дитячих мікротравм відіграють також громадські організації. Їхня діяльність має переважно просвітницький, консультативний і волонтерський характер. Громадські об’єднання, благодійні фонди, центри підтримки сімей і дітей проводять інформаційні кампанії, тренінги для батьків, психологічні майстер-класи, групи взаємодопомоги. Такі організації, як правило, є більш гнучкими у реагуванні на соціальні потреби, ніж державні структури, тому вони здатні швидко адаптувати свої програми до конкретної ситуації у громаді.

Співпраця між соціальними службами і громадськими організаціями дозволяє розширити спектр послуг, зробити їх доступнішими. Наприклад, громадські організації можуть проводити курси для прийомних і опікунських сімей, тренінги з розвитку батьківських навичок, програми психологічної підтримки дітей, що пережили насильство або втрату. У рамках таких програм застосовуються методики арттерапії, ігротерапії, групової роботи, що дозволяє дітям опрацьовувати свої переживання у безпечному середовищі.

Важливим напрямом діяльності є створення у громадах центрів психологічної допомоги дітям і батькам. Вони можуть діяти на базі громадських організацій або спільно із соціальними службами. У таких центрах діти мають

можливість брати участь у терапевтичних заняттях, спілкуватися з психологами, отримувати консультації, а батьки – навчатися ефективним методам спілкування та виховання [42, с. 80].

Однією з найрезультативніших моделей взаємодії є мультидисциплінарний підхід, який передбачає створення команд, до складу яких входять соціальний працівник, психолог, педагог, лікар, юрист, а за потреби – представники правоохоронних органів. Кожен із них відповідає за свій аспект допомоги, але всі діють узгоджено. Така модель дозволяє комплексно оцінити ситуацію, виявити як зовнішні, так і внутрішні фактори ризику, розробити спільний план підтримки родини.

Важливим компонентом взаємодії є обмін інформацією між структурами. У цьому процесі слід дотримуватися принципу конфіденційності, щоб не порушувати права дитини. Інформація про сім'ї СЖО, виявлені випадки емоційного насильства чи занедбаності має передаватися лише у межах професійної етики і законодавства, з дотриманням норм захисту персональних даних.

Соціальний працівник виконує роль координатора цього процесу. Саме він ініціює комунікацію між установами, організовує спільні наради, узгоджує дії фахівців, відстежує ефективність заходів. У випадках, коли дитина перебуває у зоні високого ризику, соціальний працівник забезпечує термінове втручання, залучаючи психологів, медиків, поліцію або органи опіки.

Не менш значущим є аспект громадської участі у профілактиці дитячих мікротравм. Громада як соціальний простір може виступати не лише спостерігачем, а й активним суб'єктом соціальної підтримки. Місцеві ініціативи, волонтерські рухи, молодіжні об'єднання можуть створювати середовище, у якому сім'ї отримують допомогу ще до появи серйозних проблем. Це можуть бути клуби для батьків, дитячі гуртки, сімейні свята, освітні події, що формують культуру взаємної поваги і довіри.

Інформаційно-просвітницька діяльність є одним із найважливіших напрямів співпраці між соціальними, освітніми та громадськими структурами.

Поширення знань про проблему мікротравм, їх наслідки, методи профілактики дозволяє змінити суспільне ставлення до емоційного насильства. Кампанії у ЗМІ, соціальна реклама, тематичні заходи у школах і громадах допомагають підвищити рівень обізнаності батьків і педагогів, створюючи базу для формування безпечного соціального клімату [51 ,с. 68].

Взаємодія між установами має ґрунтуватися на принципах партнерства, рівноправності, взаємної довіри та відповідальності. Важливо, щоб кожен учасник процесу чітко розумів свою роль, мав доступ до ресурсів і не дублював функції інших. Ефективна співпраця можлива лише за наявності налагоджених комунікаційних каналів, спільної бази даних і чітко визначених алгоритмів реагування на випадки емоційного неблагополуччя дитини.

В Україні вже існують успішні приклади такої взаємодії. Зокрема, програми «Раннє втручання», які реалізуються у співпраці соціальних служб, освітніх і медичних установ, дозволяють на ранніх етапах виявляти ризики емоційного розвитку дітей і надавати комплексну підтримку сім'ї. Також поширеною практикою є міжвідомчі ради з питань захисту прав дитини при місцевих органах влади, де спільно розглядаються складні випадки і приймаються узгоджені рішення.

Важливою умовою успіху є професійна підготовка фахівців, які працюють у цій системі. Соціальні працівники, педагоги, психологи мають володіти знаннями про механізми виникнення мікротравм, методи раннього виявлення і способи їх профілактики. Тому необхідно проводити спільні навчальні програми, тренінги, конференції, обмін досвідом між фахівцями різних установ.

Отже, ефективна взаємодія соціальних служб, освітніх закладів і громадських організацій є фундаментом системи профілактики дитячих мікротравм. Її результативність визначається не лише кількістю проведених заходів, а й якістю комунікації, узгодженістю дій та орієнтацією на інтереси дитини. У центрі цієї співпраці завжди має залишатися дитина – її безпека, емоційний комфорт і право на щасливе дитинство [32, с. 67].

Таким чином, профілактика мікротравм дитинства потребує інтегрованого підходу, у якому соціальні служби забезпечують координацію, освітні установи – раннє виявлення і підтримку, а громадські організації – посвітництво, мотивацію та гнучкі форми допомоги. Лише об'єднання зусиль усіх суб'єктів соціальної роботи дозволить створити ефективну систему захисту емоційного здоров'я дітей, де кожна дитина отримає шанс на гармонійний розвиток, а кожна сім'я – підтримку і віру у власні сили.

Взаємодія цих інституцій – це не формальність, а жива мережа соціальних зв'язків, яка формує культуру турботи про дитинство. Вона є показником зрілості суспільства, що усвідомлює: профілактика мікротравм – це не лише соціальна функція, а інвестиція у майбутнє покоління, у його психічне здоров'я, стійкість і здатність будувати здорові стосунки у дорослому житті.

2.4. Зарубіжний досвід профілактики дитячих мікротравм

Упровадження зарубіжного досвіду та інноваційних підходів у сфері психосоціальної підтримки, з урахуванням локального контексту, сприяє послабленню негативних наслідків мікротравматичних переживань у дітей та формує умови для їх безпечної інтеграції в мирне середовище. Застосування адаптованих іноземних методик допомагає не лише стабілізувати емоційний стан постраждалих дітей, а й закласти основу для їх подальшої соціалізації.

Мікротравми, як незначні, але систематичні порушення емоційного, психічного чи соціального комфорту дитини, накопичуються й можуть мати тривалий негативний вплив на формування особистості, її самооцінку, довіру до світу й здатність до побудови здорових міжособистісних стосунків.

Зарубіжний досвід профілактики дитячих мікротравм є надзвичайно різноманітним і ґрунтується на інтеграції теоретичних підходів у практичні програми. У США та Канаді активно функціонують програми «Parenting Skills» і «Positive Parenting Program» (Triple P), які мають доказову ефективність у зменшенні рівня сімейної напруги та попередженні психологічних травм дітей.

Вони базуються на когнітивно-бехевіоральній моделі та включають тренінги для батьків із навичок емоційного реагування, контролю гніву, управління конфліктами. Соціальні служби супроводжують сім'ї протягом тривалого часу, забезпечуючи моніторинг змін і надання індивідуальної підтримки.

У країнах Північної Європи (Швеція, Норвегія, Данія) профілактика мікротравм інтегрована у систему соціальної політики та освіти. Центральним елементом є концепція «Barnets bästa» - «найкращі інтереси дитини», яка передбачає, що всі рішення, які стосуються дітей, мають прийматися з урахуванням їхнього емоційного благополуччя. Соціальні служби там мають повноваження проводити регулярні оцінки сімейного клімату, а школи співпрацюють із психологами та соціальними педагогами для раннього виявлення ознак емоційного неблагополуччя. У цих країнах пріоритетом є профілактика, а не реагування на вже наявні проблеми [46, с. 70].

Велика Британія відзначається розвиненою системою «early intervention» – раннього втручання, яка орієнтована на попередження накопичення мікротравм через раннє виявлення сімейних ризиків. На державному рівні функціонує програма «Sure Start», спрямована на підтримку молодих батьків і формування в них позитивних моделей виховання. Вона поєднує освітні семінари, домашні візити соціальних працівників, психологічні консультації та групи взаємопідтримки. Ефективність програми підтверджується зменшенням кількості випадків дитячої занедбаності, агресивної поведінки та емоційних розладів.

У Німеччині особлива увага приділяється теорії «Familienorientierte Prävention» – сімейно-орієнтованої профілактики. Основна ідея полягає в тому, що благополуччя дитини неможливе без гармонійного функціонування сім'ї. Соціальні служби активно використовують методику «Case Management», коли з кожною родиною працює спеціальний координатор, який забезпечує міжвідомчу взаємодію та індивідуальний план профілактики. Практикуються домашні візити, програми психологічної підтримки матерів, розвиток навичок

позитивного виховання, а також соціальні ініціативи з підвищення батьківської компетентності.

У Франції реалізується державна політика профілактики дитячих мікротравм через механізм «Protection Maternelle et Infantile» (PMI), який передбачає безкоштовні консультації для батьків, психологічну підтримку та профілактичні візити до родин з малими дітьми. Важливою складовою є культурний аспект: французькі програми наголошують на необхідності формування емоційної грамотності як серед дітей, так і серед дорослих. Вони включають тренінги зі спілкування, майстер-класи з ненасильницької комунікації та роботу з батьківськими установками.

В Ізраїлі профілактика дитячих мікротравм інтегрована у систему охорони здоров'я. Соціальні працівники співпрацюють із лікарями, педагогами, рабинами та представниками місцевих громад, створюючи єдину мережу підтримки родин. Акцент робиться на мультикультурному підході, оскільки країна має велику етнічну різноманітність. Програми профілактики орієнтовані не лише на батьків, а й на підлітків, яких навчають розпізнавати емоційні прояви мікротравм, звертатися по допомогу й формувати здорове ставлення до себе та інших [32 ,с. 54].

Цікавим є досвід Австралії, де функціонує програма «KidsMatter», спрямована на формування емоційної стійкості дітей і профілактику ранніх психологічних ушкоджень. Її реалізують у школах та дитячих садах через інтеграцію елементів емоційного навчання, соціально-психологічних тренінгів і батьківських клубів. Соціальні працівники співпрацюють із педагогами, щоб створити середовище, де дитина відчуває підтримку, прийняття та можливість вільно виражати емоції.

У США важливим теоретичним орієнтиром є модель «Trauma-Informed Care» – підхід, орієнтований на усвідомлення наслідків дитячих мікротравм. Соціальні служби, школи та медичні установи інтегрують цей підхід у свою діяльність, виходячи з принципів безпеки, довіри, співучасті, підтримки та культурної чутливості. Відповідно до цієї моделі, профілактика полягає не

лише у попередженні травматичних ситуацій, а й у формуванні у фахівців здатності розпізнавати наслідки навіть мікрорівневих емоційних ушкоджень і реагувати на них без осуду чи примусу. Соціальні працівники проходять спеціальну підготовку з емпатійної комунікації та кризового реагування, що значно підвищує ефективність роботи з сім'ями СЖО [25 ,с. 88].

Варто відзначити, що у більшості країн профілактика мікротравм дитинства розглядається не як окрема галузь, а як частина ширшої політики захисту дитинства і підтримки сім'ї. Наприклад, у Фінляндії діє модель «Perhetyö» – сімейна соціальна робота, яка поєднує педагогічний, психологічний і соціальний підходи. Її мета – забезпечити стабільність сімейного середовища через роботу з усіма його членами, а не лише з дітьми. Соціальні працівники беруть участь у створенні індивідуальних планів розвитку родини, що враховують не лише матеріальні, а й емоційні ресурси.

В Японії профілактика мікротравм тісно пов'язана з культурою виховання, орієнтованою на гармонію, повагу та групову взаємодію. Соціальні програми спрямовані на формування в батьків навичок ненасильницького спілкування, розвитку емоційної обізнаності й уважності до потреб дітей. Особлива увага приділяється роботі з батьками, які переживають хронічний стрес або економічні труднощі, адже саме вони становлять групу ризику щодо неусвідомленого заподіяння дитині мікротравм.

Теоретичні підходи до профілактики дитячих мікротравм у сім'ях, що перебувають у складних життєвих обставинах, представлені в узагальненій формі (див.Додаток А**)**

Порівняльний аналіз теоретичних підходів свідчить, що всі вони сходяться у розумінні дитячих мікротравм як результату порушення емоційного контакту, дефіциту підтримки чи дисфункції соціального середовища. Проте кожен підхід робить акцент на різних механізмах формування таких ушкоджень і, відповідно, пропонує відмінні стратегії профілактики.

Психоаналітичний напрям орієнтує соціального працівника на роботу з внутрішнім світом батьків, гуманістичний – на розвиток атмосфери любові та прийняття, когнітивно-біхевіоральний – на зміну поведінкових моделей, системний – на гармонізацію сімейних стосунків, соціально-екологічний – на формування сприятливого соціального контексту. Травма-орієнтований підхід, який інтегрує елементи всіх попередніх, актуалізує необхідність професійної чутливості до наслідків навіть незначних емоційних ушкоджень і підкреслює важливість міжвідомчої співпраці [51, с. 46].

Ефективна профілактика дитячих мікротравм має спиратися на комплексну інтеграцію різних теоретичних підходів. Соціальний працівник повинен поєднувати психоедукаційні, консультативні, комунікативні та системно–контекстуальні методи, що дозволяють не лише реагувати на наслідки мікротравм, а й активно попереджувати їх появу у сім'ях, які перебувають у складних життєвих обставинах.

Для досягнення поставленої мети були використані такі методи дослідження:

- систематизація й критичний аналіз зарубіжних стратегій соціальної роботи з дітьми, які постраждали внаслідок збройних конфліктів;
- опитування, інтерв'ювання й анкетування спеціалістів соціальних служб з метою виявлення ефективних практик і бар'єрів у їх реалізації;
- співставлення локальних результатів із аналогічними моделями, що впроваджуються в інших територіальних громадах.

Серед найефективніших підходів, адаптованих під український соціальний ландшафт, виокремлено такі:

Перше – метод відновлювальної терапії мікротравм. Однією з ключових міжнародних практик є терапевтична робота з мікротравматичним досвідом, що зосереджується на відновленні почуття безпеки, зменшенні тривожності та поступовому відновленні здатності до саморегуляції.

Друге – програма кризової емоційної стабілізації (PFA). Так звана психологічна перша допомога – це методика негайної емоційної підтримки, яка застосовується в багатьох країнах для подолання гострої фази стресу.

Третє – розвиток навичок стійкості та внутрішньої рівноваги. Цей підхід передбачає навчання дітей елементам самоконтролю, здатності розпізнавати й регулювати свої емоції [39 ,с .47].

Хоча ефективність адаптованих практик трохи нижча за оригінальні показники, що пояснюється специфікою регіону й обмеженими ресурсами, загальна результативність залишається високою. Це свідчить про успішне перенесення міжнародного досвіду на український ґрунт із урахуванням місцевих потреб і можливостей.

Методика психологічної першої допомоги (PFA), що є одним із ключових напрямів міжнародної практики кризової інтервенції, показала ще вищий рівень результативності.

Цей метод не лише формує здатність дітей справлятися зі стресовими подіями, але й сприяє розвитку емоційного інтелекту, самосвідомості та соціальної гнучкості. Програми, що реалізуються на місцевому рівні, включають інтерактивні тренінги, групові заняття та індивідуальні консультації, під час яких діти навчаються розпізнавати власні емоції, керувати ними, долати напруження і зберігати спокій у складних обставинах. Зазначений напрям має значний потенціал, оскільки сприяє не лише реабілітації дітей після мікротравматичних подій, а й формуванню життєвої стійкості – важливого ресурсу, який забезпечує успішну соціалізацію в майбутньому.

Аналіз результатів, представлений у таблиці 3.5, свідчить, що адаптовані методики, хоча й поступаються міжнародним показникам, усе ж демонструють високу результативність у контексті українських реалій. Відмінності у рівні ефективності пояснюються насамперед обмеженнями у фінансових, кадрових і технічних ресурсах. Також суттєву роль відіграють культурно-психологічні особливості сприйняття проблем емоційного стану та ставлення до звернення за допомогою. У деяких випадках спостерігається низький рівень довіри до

психологічних послуг або страх перед суспільним осудом, що знижує ефективність роботи фахівців [40 ,с. 31].

Серед основних проблем, які перешкоджають повноцінній адаптації міжнародних підходів у сфері соціальної роботи, виділяють насамперед дефіцит ресурсів. Обмежене фінансування соціальних проєктів та відсутність стабільної державної підтримки призводять до того, що багато програм функціонують лише за рахунок волонтерів або міжнародних грантів.

Не менш вагомою проблемою є культурна специфіка. Зарубіжні методики, розроблені в країнах із відмінним менталітетом, потребують глибокої адаптації. Наприклад, прямі техніки емоційного самовираження, ефективні на Заході, не завжди сприймаються українськими дітьми через виховання у традиціях стриманості й емоційної обережності. Тому при перенесенні таких практик необхідно враховувати національні особливості комунікації, сімейних цінностей та соціальних норм.

Порівнюючи зарубіжний досвід, можна виокремити кілька універсальних тенденцій. По–перше, всі ефективні системи профілактики мають міждисциплінарний характер і включають взаємодію соціальних, освітніх і медичних структур. По–друге, профілактика мікротравм ґрунтується на ранньому втручанні, коли увага приділяється не лише фактам насильства, а й найменшим сигналам емоційного неблагополуччя. По–третє, особливе значення має підвищення батьківської компетентності, розвиток емоційного інтелекту та комунікативних навичок. По–четверте, практично всі країни поєднують індивідуальні заходи підтримки з широкими інформаційно–просвітницькими кампаніями [24 ,с. 76].

Для України цінним є інтеграція зарубіжних підходів у національну систему соціальної роботи. Зокрема, впровадження принципів «Trauma–Informed Care» може підвищити якість соціальних послуг у сім’ях СЖО, забезпечуючи розуміння, що навіть мікротравми мають глибокі наслідки. Важливою є також адаптація скандинавської моделі раннього втручання, орієнтованої на партнерство між соціальними службами, школами та

медичними закладами. Українські соціальні працівники мають потенціал розвивати власну модель профілактики, спираючись на синтез гуманістичного та системного підходів, із урахуванням культурних і соціально–економічних реалій.

Таким чином, теоретичні підходи та зарубіжний досвід переконливо доводять, що профілактика дитячих мікротравм – це не лише питання психологічного комфорту, а й ключовий чинник соціального здоров'я нації. Успішні стратегії у світі базуються на комплексності, міждисциплінарності, емпатії та повазі до дитини як суб'єкта власного розвитку. Впровадження цих принципів у практику української соціальної роботи є важливою умовою для формування культури безпечного дитинства, вільного від емоційних ушкоджень і прихованих форм насильства.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ МІКРОТРАВМ ДИТИНСТВА В СІМЯХ СЖО.

3.1. Методика та організація дослідження профілактики мікротравм дитинства в сім'ях, які перебувають у складних життєвих обставинах

Метою емпіричного етапу дослідження є вивчення рівня психологічного благополуччя дітей, які виховуються у таких сім'ях, визначення факторів, що спричиняють появу емоційних мікротравм, а також оцінка ефективності соціально-профілактичних заходів, спрямованих на їх зменшення.

Основним методом збору даних було анкетування дітей, а також частково – аналіз додаткової інформації, отриманої від соціальних працівників та педагогів. Цей метод було обрано через його доступність, ненав'язливість і здатність отримувати репрезентативні дані про внутрішні переживання та соціальні стосунки дитини без прямого втручання в особистий простір.

Метою анкетування стало з'ясування рівня емоційного комфорту дитини у сім'ї, особливостей взаємодії з батьками, частоти та форм вияву емоційного тиску, байдужості або надмірного контролю, а також визначення ступеня довіри до дорослих. Важливою частиною дослідження було також оцінити, як діти самі сприймають свої стосунки з батьками і чи усвідомлюють вони вплив цих взаємин на власний емоційний стан [40 ,с .76].

Головними завданнями емпіричного дослідження були:

– визначити рівень поширеності емоційних мікротравм серед дітей, що виховуються у сім'ях СЖО;

– проаналізувати типові джерела мікротравм і поведінкові прояви їх наслідків;

– виявити рівень психологічної підтримки дитини в сім'ї та в соціальному оточенні;

– оцінити вплив соціально-профілактичних заходів на стан емоційного благополуччя дітей;

– розробити практичні рекомендації щодо удосконалення соціальної роботи з такими сім'ями.

Для досягнення мети дослідження було висунуто гіпотезу: діти із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах, частіше зазнають мікротравм через дефіцит емоційної підтримки, порушення комунікації та недовіру до дорослих, тоді як системна соціальна робота може значно знизити рівень їх емоційного неблагополуччя.

Дослідження проводилося на базі соціальних служб у місті Запоріжжя (Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та Центр психолого-педагогічної допомоги), а також у двох навчальних закладах, де навчаються діти із сімей СЖО. Загальна вибірка склала 40 дітей віком від 10 до 14 років. Вибір цієї вікової категорії обумовлений тим, що саме у середньому шкільному віці дитина починає усвідомлювати свої емоції, оцінювати ставлення до себе і здатна вербалізувати власні почуття, що робить можливим використання анкетування [32 ,с. 67].

З метою забезпечення достовірності даних вибірка була розподілена на дві підгрупи:

– експериментальну групу (20 дітей із сімей, які перебувають під соціальним супроводом);

– контрольну групу (20 дітей, які проживають у відносно благополучних сім'ях, але також мають певні соціальні ризики, наприклад, низький матеріальний рівень або неповну сім'ю).

Проведення дослідження передбачало кілька етапів: підготовчий, діагностичний, аналітичний і корекційно-просвітницький.

На підготовчому етапі було визначено критерії оцінювання мікротравм дитинства, сформовано інструментарій, отримано згоду від адміністрацій навчальних закладів, батьків і самих дітей на участь у дослідженні. Дітям гарантувалася анонімність, добровільність і конфіденційність відповідей.

Особливу увагу було приділено етичним аспектам: запитання анкет формулювалися у нейтральній формі, без навіювання або психологічного тиску.

На діагностичному етапі було проведено основне анкетування(див Додаток В)

Анкета складалася з трьох блоків:

Перший – загальний соціально-демографічний блок (вік, стать, склад сім'ї, соціально-побутові умови).

Другий – емоційно-поведінковий блок (оцінка власного емоційного стану, відчуття безпеки, рівень довіри до дорослих).

Третій – комунікативно-сімейний блок (оцінка характеру стосунків із батьками, частота проявів байдужості, критики, емоційної підтримки, уваги).

Окрім анкетування дітей, для комплексності оцінювання було проведено коротке опитування соціальних працівників і педагогів, які мають досвід роботи із сім'ями СЖО. Їх запитували про найбільш типові прояви емоційного неблагополуччя дітей, форми допомоги, що застосовуються, та ефективність профілактичних заходів [40 ,с. 57].

Аналіз даних здійснювався у кілька етапів. На першому етапі оброблено статистичні показники: підраховано середні бали за кожним із блоків, визначено відсоткове співвідношення позитивних і негативних відповідей. На другому етапі здійснено порівняльний аналіз між експериментальною та контрольною групами, що дозволило виявити специфічні риси дітей із сімей СЖО. На третьому етапі результати були інтерпретовані з урахуванням психологічних та соціальних чинників, які впливають на формування мікротравм.

У процесі аналізу було виділено три рівні емоційного благополуччя дітей:

– високий (дитина відчуває стабільність, любов, підтримку з боку дорослих, має довірливі стосунки у сім'ї);

– середній (у стосунках присутні суперечливі моменти, поєднання теплих і байдужих реакцій з боку батьків);

– низький (дитина часто переживає страх, образу, відчуття відчуження, не має емоційної опори у родині).

Після анкетування було проведено короткі індивідуальні бесіди з дітьми, які показали низький рівень емоційного благополуччя. Метою цих розмов було уточнення контексту отриманих відповідей і надання підтримки. Соціальні працівники також проаналізували сімейну ситуацію кожної дитини, що дозволило співвіднести результати анкет із реальними умовами життя.

Для більш глибокого розуміння проблеми було використано метод якісного аналізу відкритих запитань, де діти могли власними словами описати, що їх засмучує, кого вони вважають найближчою людиною, коли почуваються самотніми. Ці відповіді дозволили відтворити емоційний фон їхнього сприйняття родинного середовища та виявити характерні ознаки мікротравм – образу, почуття непотрібності, емоційне відчуження [42 ,с. 67].

Важливою частиною організації дослідження було дотримання етичних стандартів. Перед початком роботи кожен учасник отримав пояснення про мету дослідження у зрозумілій формі. Батьки підписали письмову згоду, у якій було зазначено, що результати використовуватимуться лише в узагальненому вигляді, без розкриття особистих даних. Усі процедури відповідали принципам гуманізму, добровільності, конфіденційності та недопущення шкоди дитині.

Особливу увагу приділяли емоційному стану учасників під час опитування. У разі проявів занепокоєння або стресу опитування припинялося. Після завершення діагностичного етапу з дітьми проводили короткі рефлексивні вправи, які допомагали зняти напруження, наприклад, техніку «Моє безпечне місце» або «Три добрі речі, що зі мною сьогодні сталися».

Анкетування дало змогу отримати цінні дані про реальний стан емоційного благополуччя дітей у сім’ях СЖО. За попередніми результатами, понад половина респондентів із цієї групи відчували, що дорослі не завжди розуміють їхні почуття, третина зізналася, що бояться говорити з батьками про свої проблеми, а майже 40 % дітей зазначили, що іноді чують на свою адресу образливі слова. У контрольній групі такі показники були істотно нижчими.

Ці дані свідчать про наявність значного рівня емоційного неблагополуччя серед дітей із сімей СЖО, що підтверджує гіпотезу про вплив сімейної

дисфункції на формування мікротравм. Отримані результати стали основою для подальшого корекційного етапу – розроблення тренінгових занять та індивідуальних консультацій для батьків і дітей [21, с. 67].

Таким чином, обрана методика дослідження – анкетування з елементами якісного аналізу – дала можливість комплексно оцінити ситуацію та отримати об’єктивну картину стану психологічного благополуччя дітей. Вона є адекватною для дослідження такої делікатної проблеми, оскільки не травмує учасників і дозволяє встановити рівень довіри, емоційної відкритості та відчуття безпеки у сімейному середовищі.

Перевагою застосованої методики є її гнучкість, доступність і можливість використання результатів для планування практичної соціальної роботи. Вона поєднує кількісний аналіз (через шкали оцінювання) з якісним (через вільні відповіді), що забезпечує глибше розуміння внутрішнього світу дитини.

Організація дослідження була побудована на принципах комплексності, системності та партнерства. Соціальні працівники співпрацювали з педагогами, психологами та адміністрацією навчальних закладів. Така міжвідомча взаємодія дозволила не лише зібрати достовірні дані, а й відразу створити умови для подальшої допомоги дітям, які виявили ознаки емоційного неблагополуччя.

Проведене емпіричне дослідження продемонструвало практичну цінність анкетування як методу соціальної діагностики. Воно дозволило визначити рівень поширеності мікротравм серед дітей, окреслити основні напрями роботи соціальних служб та розробити рекомендації для вдосконалення профілактичної діяльності. Дослідження підтвердило, що профілактика емоційних мікротравм потребує системного підходу, який поєднує соціальну підтримку, психологічну допомогу та активне залучення освітнього середовища.

Таким чином, методика та організація дослідження у цій магістерській роботі ґрунтуються на принципах гуманістичного підходу, міждисциплінарної взаємодії та етичної чутливості. Отримані результати стали основою для подальшого розділу, присвяченого аналізу емпіричних даних і оцінці

ефективності заходів соціальної роботи з профілактики мікротравм дитинства у сім'ях, що перебувають у складних життєвих обставинах.

3.2. Аналіз результатів дослідження сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах

Практичний етап дослідження мав на меті визначити рівень поширеності психологічних мікротравм серед дітей, які виховуються у сім'ях, що перебувають у складних життєвих обставинах , а також з'ясувати, які саме чинники сімейного мікроклімату найчастіше призводять до їх формування. Для цього було проведено анкетування серед 40 дітей віком від 10 до 14 років, з яких 20 осіб склали експериментальну групу (діти із сімей СЖО, які перебувають під соціальним супроводом), а 20 - контрольну групу (діти з відносно благополучних сімей)(див. Додаток Д)

Як видно з таблиці 3.1, лише 15 % дітей із сімей, що перебувають у СЖО, мають низький рівень ризику мікротравм, тоді як 85 % респондентів продемонстрували середній або високий рівень. Для порівняння, у контрольній групі 55 % дітей мають низький рівень ризику, що свідчить про стабільні емоційні стосунки в родині. Таким чином, у сім'ях СЖО ризик формування психологічних мікротравм у дітей є майже втричі вищим, ніж у відносно благополучних родинах.

Аналіз індивідуальних результатів дозволив визначити середній інтегральний показник емоційного неблагополуччя. Для експериментальної групи середнє значення склало 48,6 бала, що відповідає середньо-високому рівню ризику мікротравм. Для контрольної групи цей показник становив 32,4 бала, що свідчить про наявність поодиноких випадків емоційної напруги, але не про системне неблагополуччя [40 с, .67].

У ході поглибленого аналізу було розглянуто окремі аспекти взаємин у сім'ї, зафіксовані в анкеті (див. Додаток Е)

Отримані результати демонструють, що найвищі показники зафіксовані у блоках, пов’язаних із самотністю, відсутністю прийняття та страхом бути неоціненим. У дітей із сімей СЖО середній показник за цими пунктами перевищує 4 бали, що свідчить про постійне переживання емоційного напруження та почуття небезпеки.

Зокрема, 70 % дітей експериментальної групи відповіли, що часто або дуже часто бояться сказати правду батькам, побоюючись крику чи покарання. 65 % дітей зізналися, що приховують свої почуття, щоб не розлютити дорослих, а 60 % відзначили, що іноді чують на свою адресу принизливі або знецінювальні слова [31 ,с. 67].

У контрольній групі ці показники були значно нижчими: лише 15 % дітей відзначили, що іноді стикаються з подібними ситуаціями, а 70 % зазначили, що завжди можуть звернутися до батьків за допомогою або порадою.

Це свідчить про те, що емоційний клімат у сім’ях, які перебувають у складних життєвих обставинах, характеризується високим рівнем напруги, дефіцитом підтримки, надмірним контролем і частими конфліктами. Такі умови створюють сприятливий ґрунт для накопичення мікротравм, які в подальшому можуть призвести до формування низької самооцінки, тривожності, недовіри до дорослих, емоційної ізоляції.

Під час додаткових бесід із дітьми було виявлено низку типових висловлювань, які відображають внутрішній стан учасників. Серед фраз, що найчастіше повторювалися:

– «Я стараюся мовчати, щоб не сварили»;

– «Краще нічого не питати - все одно не почують»;

– «Якщо скажу правду, буде ще гірше»;

– «Мені здається, що нікому немає до мене діла».

Такі вислови свідчать про формування у дітей емоційної гіпернастороженості та почуття власної незначущості – типових наслідків мікротравматизації.

Щоб оцінити взаємозв’язок між рівнем мікротравм і певними характеристиками сімейного середовища, було проведено кореляційний аналіз. Встановлено, що найвищу залежність мають такі фактори:

– частота сімейних конфліктів (r = 0,78);

– емоційна недоступність батьків (r = 0,72);

– частота вербальних принижень (r = 0,68);

– наявність умовної любові, коли схвалення залежить від успіхів дитини (r = 0,65).

Ці дані доводять, що головним джерелом психологічних мікротравм є не матеріальні труднощі, а саме якість емоційної взаємодії у сім’ї. Навіть за несприятливих соціально–економічних умов дитина може залишатися психологічно стійкою, якщо відчуває любов, довіру і прийняття.

Важливим спостереженням стало також те, що у 60 % сімей із експериментальної групи виявлено ознаки взаємного емоційного відчуження між батьками і дітьми. Дорослі в таких родинах часто мають власні невирішені проблеми – алкоголізм, безробіття, депресивні стани, що знижує їхню здатність до емоційного контакту з дитиною. У результаті діти залишаються без належної підтримки й поступово втрачають здатність довіряти [21,с .67].

Порівняльний аналіз також показав, що середній рівень успішності у школі дітей з високим рівнем мікротравм був нижчим у середньому на 18 %, ніж у дітей із низьким рівнем. Це ще раз доводить, що психологічний стан безпосередньо впливає на когнітивні процеси та мотивацію до навчання.

Узагальнюючи результати, можна виділити три ключові закономірності, виявлені у процесі дослідження:

Перше – мікротравми дитинства мають накопичувальний характер. Дитина не завжди усвідомлює, що переживає травмувальні ситуації, але повторювані епізоди байдужості чи приниження формують стійкі емоційні установки – страх, провину, занижену самооцінку.

Друге – емоційна байдужість має сильніший травмувальний ефект, ніж конфлікти. Навіть відкрита сварка для дитини менш небезпечна, ніж систематичне ігнорування її потреб.

Третє – рівень ризику мікротравм прямо пов'язаний із психологічною готовністю батьків до виховання. У сім'ях, де дорослі самі пережили емоційне неблагополуччя у дитинстві, ризик повторення мікротравматичних моделей зростає у 1,5–2 рази.

Результати дослідження мають важливе практичне значення для соціальної роботи. Вони підтверджують необхідність раннього виявлення емоційних порушень у дітей, регулярного моніторингу сімейного клімату та проведення профілактичних програм для батьків, спрямованих на розвиток емоційної компетентності.

Отримані емпіричні дані підтверджують ефективність такого підходу: згідно з результатами опитування, проведеного серед дітей, які проходили індивідуальні терапевтичні сесії, близько 75% респондентів зазначили позитивні зміни у власному психоемоційному самопочутті [43 ,с. 67].

Ці результати свідчать про те, що своєчасна психосоціальна підтримка, зокрема через індивідуальну терапію, може істотно зменшити ризики дезадаптації у дітей із сімей, де системно фіксуються фактори мікротравматизації.

Така підтримка дозволяє компенсувати недоліки раннього емоційного досвіду, стабілізувати самооцінку дитини, покращити її соціальні навички та сприяти формуванню довіри до дорослого світу (див. Додаток Ж)

У межах соціального дослідження, спрямованого на вивчення впливу мікротравм, пережитих у дитинстві в сім'ях, що опинилися у складних життєвих обставинах , було проведено аналіз ефективності індивідуальної терапевтичної підтримки як одного з ключових напрямів психологічної допомоги. Особливу увагу приділено вивченню механізмів, через які терапія сприяє зниженню негативного впливу мікротравм на емоційний і когнітивний розвиток дитини.

Одним із важливих виявлених аспектів є той факт, що у процесі індивідуальної терапевтичної роботи дитина отримує можливість у безпечному середовищі досліджувати власні думки, переживання та реакції. Такий формат сприяє поступовому формуванню внутрішнього ресурсу для подолання тривожних станів і нестійкої самооцінки, які нерідко формуються на тлі мікротравматичного досвіду у сімейному середовищі [32 ,с. 67].

Індивідуальна терапія створює умови для емоційного розвантаження та відновлення внутрішнього відчуття безпеки, що критично важливо для дітей із родин СЖО, де емоційна підтримка з боку дорослих була або мінімальною, або повністю відсутньою. З огляду на це, особливо цінним є те, що в межах терапевтичного процесу фахівець не просто надає психологічну допомогу, а й виступає як фасилітатор розвитку – допомагає дитині відчути контроль над власним станом і виводить її з позиції внутрішньої безпорадності.

Групова терапія у такому контексті виконує не лише корекційну, а й соціалізаційну функцію. Вона допомагає дітям, які виросли в умовах емоційного дефіциту, агресії чи байдужості з боку батьків, відновити здатність до відкритого спілкування, навчитися розуміти власні почуття та адекватно виражати їх у безпечному середовищі. Саме групова динаміка дозволяє учасникам не тільки поділитися власним досвідом, а й почути історії інших, що створює відчуття спільності, підтримки та розуміння. У цьому середовищі поступово долається емоційна ізоляція, характерна для дітей із сімей, де мікротравми є частиною повсякденного досвіду [32, с. 78].

Особливістю групової терапії є її здатність відновлювати базову довіру до соціуму. Коли дитина бачить, що її почуття не ігноруються, а приймаються, формується новий досвід взаємодії – без осуду, страху чи покарання. Це сприяє розвитку впевненості у власній цінності та покращує здатність до емпатії, що надзвичайно важливо для подальшого соціального становлення.

Переваги цього підходу проявляються в тому, що діти отримують змогу побачити інші моделі поведінки, навчаються конструктивному вирішенню конфліктів і поступово долають страх соціальної взаємодії. Такі навички мають

тривалий ефект, адже дозволяють дітям ефективніше адаптуватися у школі, налагоджувати взаємини з однолітками та дорослими, формуючи позитивне ставлення до себе й до суспільства загалом.

Результати проведеного соціального дослідження підтверджують значний потенціал групової терапії у подоланні наслідків дитячих мікротравм. За даними опитувань, близько 62% дітей, які брали участь у групових терапевтичних сесіях, відзначили покращення у своїй соціальній поведінці та здатності до спілкування.

Отже, результати дослідження свідчать, що групова терапія є дієвим інструментом соціальної реабілітації дітей із сімей СЖО. Вона не лише допомагає пом’якшити наслідки мікротравматичного досвіду, а й формує у дітей базові механізми довіри, емпатії та взаємопідтримки – ті психологічні якості, які визначають успішну соціалізацію та емоційне благополуччя в майбутньому.

Таблиця 3.4

Результати впливу групової терапії на психоемоційний стан дітей

Показник	Контрольна група	Експериментальна група
Підвищення соціалізації (%)	62%	65%
Поліпшення взаємодії (%)	59%	61%

Цей підхід базується на використанні образотворчих, музичних, рухових та інших творчих практик, які дозволяють дитині проявити внутрішній стан у невербальній формі. Творча активність виконує роль безпечного каналу для вивільнення накопичених емоцій і напруги, що сформувалися внаслідок повторюваних мікротравм у сім’ї. Через малюнки, скульптури, танець чи музику дитина може виразити ті переживання, які вона не здатна або боїться озвучити словами.

Особливістю арт–терапії в умовах роботи з дітьми із сімей СЖО є її гнучкість та адаптивність до потреб кожної дитини. Вона не потребує

когнітивної складності або глибокої рефлексії, що є суттєвою перевагою для дітей із порушеним емоційним розвитком чи блокуванням вербального вираження. Процес створення образу або форми дозволяє вивільнити внутрішній конфлікт, опрацювати пережиті мікротравми та одночасно сформувати нові навички емоційної регуляції [40 ,с .76].

Перевагою даного методу є те, що він дозволяє дитині вільно самовиражатися без примусу до прямого висловлювання емоцій. У такий спосіб формуються засади емоційного самоконтролю, розвиваються навички відстеження власного внутрішнього стану, що критично важливо у процесі психоемоційного відновлення.

Результати соціального дослідження підтверджують значний терапевтичний потенціал арт–терапії для дітей, які зазнали мікротравм у родинному середовищі. За загальнонаціональними даними, після участі в арт–терапевтичних програмах 55% дітей відзначили зменшення тривожності та полегшення емоційного стану.

Таким чином, результати дослідження демонструють, що арт-терапія є не лише інструментом зняття емоційного напруження, але й дієвим методом подолання довготривалих наслідків мікротравм дитинства. Вона сприяє відновленню внутрішньої рівноваги, емоційної виразності та покращенню загального психоемоційного клімату, що є важливою умовою гармонійного розвитку дитини в умовах виходу з кризи.

Таблиця 3.5

Результати впливу арт–терапії на психоемоційний стан дітей

Показник	Контрольна група	Експериментальна група
Зниження рівня стресу (%)	55%	58%
Підвищення емоційного фону (%)	53%	56%

Терапія в цьому дослідженні — це система психологічної підтримки, яка через індивідуальну, групову та арт–терапевтичну роботу допомагає дитині

прожити мікротравми, відновити почуття безпеки, розвинути емоційну стабільність і сформувати навички здорової соціальної взаємодії. Структура та етапи терапевтичної програми (див. Додатку З)

Аналіз даних свідчить про позитивний вплив методів психосоціальної підтримки на психоемоційний стан дітей (Рис. 3.1).

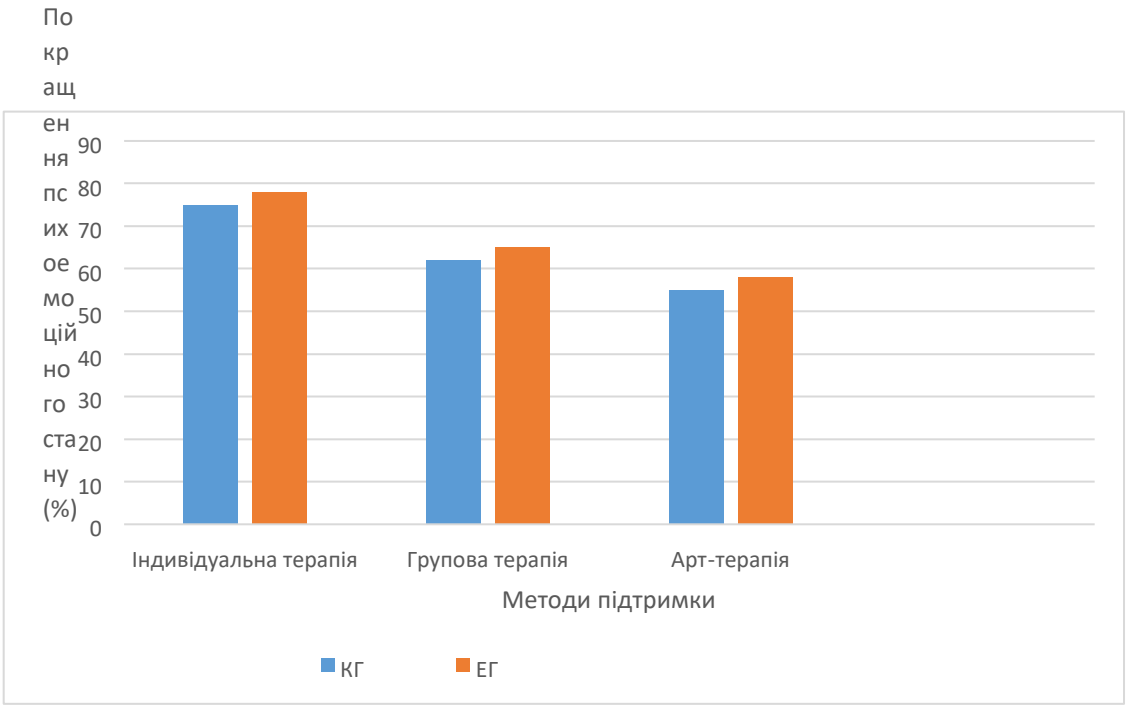


Рис. 3.1 Покращення психоемоційного стану дітей внаслідок різних методик

У результаті аналізу було виокремлено найбільш поширені прояви психоемоційних порушень, що формуються під впливом тривалих мікротравмуючих факторів. До них, зокрема, належать: стійка тривожність, труднощі в регуляції емоцій, замкнутість або, навпаки, демонстративна агресивність, труднощі у формуванні довіри до дорослих, низька самооцінка, почуття небезпеки в безпечному середовищі, а також труднощі в соціалізації. Зібрані дані детально відображено в таблиці 3.4, що надає можливість структурувати симптоматику залежно від віку, статі та рівня інтенсивності пережитих мікротравм [32 ,с. 78].

Ці результати підтверджують нагальну потребу в системному підході до виявлення та подолання мікротравматичних наслідків дитинства в умовах СЖО, що, у свою чергу, дозволить запобігти більш глибоким психологічним розладам у майбутньому.

Таблиця 3.6

Основні психологічні симптоми у дітей, що пережили воєнний конфлікт

Симптом	Відсоток дітей, що відчувають симптом (%)
Тривожність	70%
Страх та нічні кошмари	65%
Депресивні прояви	45%
Агресія або схильність до насильства	50%
Емоційна нестабільність	55%
Соціальна ізоляція	40%

Отримані в ході соціального дослідження результати дають змогу чітко простежити, наскільки глибоко впливають дитячі мікротравми, отримані в сім’ях зі складними життєвими обставинами , на подальший емоційний та соціальний розвиток дітей. Зібрані дані показують не лише масштаб проблеми, а й її системний характер, оскільки більшість досліджуваних демонструють сукупність кількох симптомів одночасно.

Найбільш поширеним наслідком тривалого перебування в умовах мікротравматичного середовища є стійка тривожність, яку виявлено майже у 70% дітей. Вона проявляється через надмірну настороженість, невпевненість у власній безпеці, страх зробити помилку або викликати осуд дорослих. Такі діти часто уникають активної участі в колективній діяльності, схильні до самозвинувачення й демонструють надмірну залежність від думки інших.

Другою за частотою реакцією є поява страхів і нічних кошмарів – понад 65% опитаних дітей повідомили про повторювані епізоди нічного неспокою, пов’язаного зі сценами конфліктів, насильства чи втрат. Це свідчить про

глибоке емоційне відлуння травматичного досвіду, який дитина не може повністю усвідомити чи опрацювати. Такі прояви нерідко поєднуються з труднощами засинання, підвищеною дратівливістю й небажанням залишатися наодинці [30 ,с .57].

Близько половини досліджуваних (50%) продемонстрували підвищений рівень агресивності – як вербальної, так і поведінкової. Вона виступає своєрідним механізмом захисту від глибокого внутрішнього болю, невизнаних образ і відчуття безсилля. Діти, які пережили мікротравматичні ситуації, часто відтворюють у поведінці ті самі моделі, що спостерігали у своїх батьків: вербальну агресію, емоційне відторгнення або ж жорстку реакцію на стрес.

Не менш тривожним є показник депресивних тенденцій – близько 45% дітей мають ознаки пригніченості, втрати інтересу до навчання, зниження мотивації та часті висловлювання про беззмістовність власних дій. Такі симптоми свідчать про зниження життєвої енергії й формування негативної самооцінки, що у майбутньому може призвести до емоційного вигорання ще в юному віці.

Окремої уваги заслуговує явище соціальної ізоляції, виявлене у 40% опитаних дітей. У багатьох випадках воно є прямим наслідком недовіри до оточення або попереднього досвіду емоційного відторгнення. Такі діти уникають близьких контактів, рідко ініціюють спілкування, обирають самотність як спосіб психологічного самозахисту. Це, своєю чергою, уповільнює розвиток комунікативних навичок і заважає успішній соціалізації у колективі [29 ,с. 67].

Графічне відображення частоти цих проявів наведено у вигляді рисунка 3.3, де показано відсотковий розподіл основних симптомів серед досліджуваних дітей. Такий аналіз дозволяє не лише виявити масштаби проблеми, а й окреслити напрями для подальшої роботи соціальних педагогів, психологів і фахівців соціальних служб щодо розробки індивідуальних та групових програм підтримки, спрямованих на подолання наслідків дитячих мікротравм і відновлення гармонійного розвитку.



Рис. 3.3 Розподіл основних психологічних симптомів серед дітей

Отримані в результаті соціального дослідження дані стали підґрунтям для вироблення цілісних практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності роботи психологів і соціальних працівників із дітьми, які зазнали мікротравм у сім'ях зі складними життєвими обставинами. Аналіз зібраного матеріалу засвідчив, що психологічна підтримка дітей має бути не фрагментарною, а системною, із урахуванням індивідуальних відмінностей емоційного розвитку, особливостей реагування на стрес і характеру пережитого досвіду.

Під час соціального дослідження, спрямованого на вивчення наслідків мікротравм дитячого віку в сім'ях, що перебувають у складних життєвих обставинах , було проведено порівняльний аналіз ефективності різних підходів психосоціального втручання. Отримані результати засвідчили, що жоден із методів не є універсальним, однак кожен з них виконує окрему терапевтичну функцію, доповнюючи інші.

Так, індивідуальна робота з дитиною виявилася результативною у випадках глибокої емоційної закритості або наявності труднощів у довірливому спілкуванні з однолітками. Діти мали можливість відкрито опрацьовувати внутрішні конфлікти, пов'язані з пережитими родинними мікротравмами, що

сприяло поступовому зниженню фонової тривожності та нормалізації емоційного стану [24, с. 87].

Окреме місце у структурі психосоціальної підтримки посіла арт-терапія, що дозволила дітям висловлювати внутрішній стан через творчі засоби. Вона особливо добре працювала з тими, хто демонстрував емоційну стриманість або не мав змоги словесно описувати свої почуття. За спостереженнями дослідників, саме цей метод став своєрідним «емоційним містком», що дозволив перейти від внутрішньої напруги до поступового емоційного розвантаження.

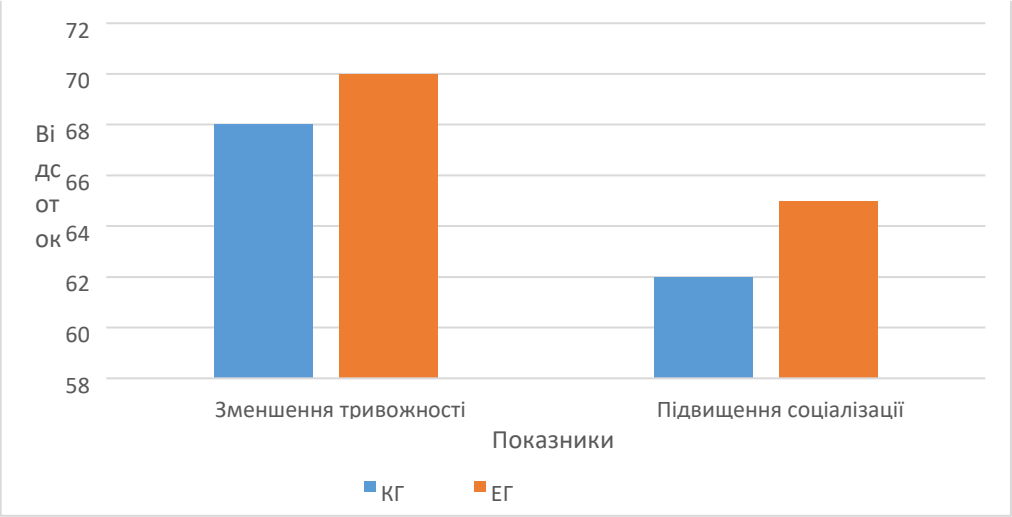


Рис. 3.2 Зменшення рівня тривожності та соціалізація за методами психосоціальної підтримки в групах

На сьогодні діти, що проживають у сім'ях СЖО, часто не потрапляють у поле зору фахівців, хоча й зазнають багаторічного емоційного тиску через занедбаність, свідчення насильства, брак турботи або нестабільне сімейне середовище. Це створює приховану, але стійку загрозу для їхнього гармонійного розвитку. Завданням даного дослідження стало виявлення найбільш типової симптоматики мікротравматичного впливу з метою формування цілісного уявлення про психоемоційний стан дітей із таких родин та розробки адаптованих механізмів психосоціальної підтримки.

У результаті аналізу було виокремлено найбільш поширені прояви психоемоційних порушень, що формуються під впливом тривалих мікротравмуючих факторів. До них, зокрема, належать: стійка тривожність, труднощі в регуляції емоцій, замкнутість або, навпаки, демонстративна агресивність, труднощі у формуванні довіри до дорослих, низька самооцінка, почуття небезпеки в безпечному середовищі, а також труднощі в соціалізації. Зібрані дані детально відображено в таблиці 3.4, що надає можливість структурувати симптоматику залежно від віку, статі та рівня інтенсивності пережитих мікротравм [32 ,с. 78].

Проведене дослідження показало, що комплексне використання кількох взаємодоповнювальних методів – індивідуальної, групової та арт-терапії – є найрезультативнішим у подоланні наслідків дитячих мікротравм. Індивідуальна робота сприяє глибшому усвідомленню особистісних переживань і зниженню тривожності, групова терапія допомагає відновити довіру до соціального середовища та формує навички взаємодії, а арт-терапія надає можливість безпечного вираження емоцій через творчість, що особливо важливо для дітей, які не вміють або бояться говорити про свій біль словами.

У більшості дітей спостерігалося поступове зменшення рівня тривожності, стабілізація емоційного стану, покращення комунікативних навичок та зростання довіри до дорослих. Особливо помітним став розвиток здатності дітей відкрито висловлювати свої думки та почуття, що є ключовим етапом у процесі їхньої соціальної адаптації [42 ,с .68].

Результати дослідження ще раз підкреслюють важливість створення сталої системи психологічної допомоги дітям, які зазнали мікротравматичного досвіду. Така система має ґрунтуватися на міждисциплінарній співпраці фахівців – соціальних педагогів, психологів, психотерапевтів і волонтерів. Їхня спільна діяльність повинна забезпечувати не лише усунення наслідків пережитих мікротравм, а й формування в дітей стійкості до майбутніх життєвих викликів.

Таким чином, дослідження підтвердило: поєднання індивідуальної, групової та арт-терапії створює оптимальні умови для поступового відновлення емоційної рівноваги, формування довіри до світу та підтримки здорового соціального розвитку дітей, які виросли в сім'ях зі складними життєвими обставинами. Саме комплексність і доступність таких методів є ключем до ефективної соціально-психологічної реабілітації дитинства, що зазнало впливу мікротравм.

Отже, емпіричні дані підтвердили гіпотезу дослідження: діти із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах, значно частіше стикаються з емоційними впливами, які сприяють формуванню психологічних мікротравм. Основними чинниками є дефіцит емоційної підтримки, нерегулярність проявів любові, жорстка критика, ігнорування думки дитини та відсутність стабільного почуття безпеки [32 ,с .67].

Проведений аналіз дозволяє зробити висновок, що профілактика мікротравм дитинства має бути одним із пріоритетних напрямів діяльності соціальних служб. Для цього необхідно:

– систематично здійснювати діагностику емоційного стану дітей, особливо у сім'ях СЖО;

– розробляти індивідуальні програми соціального супроводу родин;

– проводити батьківські тренінги з розвитку навичок емоційно безпечного спілкування;

– створювати умови для психологічної реабілітації дітей, які вже зазнали мікротравм.

Таким чином, результати емпіричного дослідження доводять, що мікротравми дитинства – це не поодинокі випадки емоційного болю, а системне явище, властиве сім'ям із порушеними моделями спілкування. Ефективна соціальна робота у цьому напрямі має спиратися на принцип комплексного підходу, міжвідомчої взаємодії та раннього втручання, що забезпечить психологічну безпеку дітей і зменшить ризики повторення травматичних моделей у майбутньому.

3.3. Оцінка ефективності наявних соціальних практик та закордонного досвіду профілактики та рекомендації по їх розвитку

Останнім часом сформовано досить широку систему соціальних практик, спрямованих на підтримку родин, які опинилися у кризових умовах. Вони охоплюють соціальний супровід сімей, індивідуальні консультації психологів, тренінгові програми для батьків, профілактичні лекції у школах, залучення дітей до групових форм дозвілля, а також міжвідомчу співпрацю соціальних служб, освітніх закладів і громадських організацій. Проте, як показало проведене дослідження, ефективність цих практик залишається неоднорідною і значною мірою залежить від якості реалізації, підготовки кадрів, фінансування та рівня взаємодії між установами [24, с. 87].

Найбільш поширеною формою профілактичної роботи є соціальний супровід сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах. Ця практика передбачає системну роботу соціального працівника з родиною протягом певного періоду, спрямовану на стабілізацію внутрішньосімейних стосунків, відновлення функцій батьківської опіки та формування навичок позитивного виховання. У рамках супроводу проводяться індивідуальні зустрічі з батьками, спостереження за взаємодією з дітьми, консультації з питань педагогіки та психології.

Аналіз ефективності цієї практики показав, що вона дає позитивні результати лише за умови регулярного контакту з сім’єю і щирої мотивації дорослих до змін. У тих випадках, коли соціальний працівник має можливість підтримувати постійний зв’язок, проводити домашні візити, залучати інших фахівців (психолога, логопеда, юриста), спостерігається суттєве зниження рівня конфліктності у сім’ї та покращення емоційного стану дитини. За даними соціальних служб, приблизно 60 % сімей, які пройшли повний цикл супроводу (від 6 до 12 місяців), демонструють стійкі позитивні зміни у поведінці батьків: зменшення крику, підвищення уваги до потреб дітей, розвиток здатності до емоційної підтримки.

Проте існує і значна частка сімей (близько 40 %), де ефект від соціального супроводу є частковим або короткотривалим. Це пов’язано з низкою проблем: відсутністю у батьків внутрішньої мотивації до змін, нестачею психологічних ресурсів, алкогольною або іншою залежністю, а також нерегулярністю відвідувань соціального працівника через надмірне навантаження. У таких випадках профілактична робота часто обмежується формальними візитами, що не впливає на глибинні причини мікротравматизації дітей.

Важливою складовою соціальної практики профілактики є психологічне консультування дітей і батьків, яке проводиться на базі центрів соціальних служб або у закладах освіти. Такі консультації спрямовані на відновлення емоційного контакту між членами сім’ї, розвиток навичок ненасильницької комунікації, навчання батьків конструктивному реагуванню на дитячі емоції. Ця форма роботи є ефективною, оскільки дозволяє коригувати поведінку дорослих і водночас підтримувати дитину в її емоційних переживаннях.

Однак ефективність психологічного консультування обмежується тим, що більшість батьків із сімей СЖО не мають сформованої культури звернення до психологів і часто сприймають таку допомогу як прояв слабкості. Під час дослідження виявлено, що лише 30 % сімей з експериментальної групи погоджуються на регулярні консультації, тоді як інші ухиляються або переривають участь після кількох зустрічей. Це свідчить про необхідність посилення просвітницької роботи щодо важливості психологічної допомоги та створення довірливої атмосфери взаємодії [42 ,с. 69].

Досить перспективною соціальною практикою є групові тренінгові програми для батьків, спрямовані на розвиток емоційного інтелекту, усвідомлення потреб дитини, формування відповідального батьківства. Такі програми дозволяють учасникам не лише отримати знання, а й змінити власні поведінкові установки через досвід спілкування з іншими батьками. У ході спостереження за групами, які відвідували тренінги у соціальних службах міста, було помічено, що вже після кількох занять більшість учасників почали

демонструвати більшу чуйність до дітей, зменшення рівня агресивних реакцій, готовність до конструктивного діалогу.

Попри це, охоплення подібними програмами залишається низьким: зазвичай у тренінгу бере участь не більше 10–15 % родин, які перебувають на обліку. Причинами є нестача фахівців, відсутність фінансування для мотиваційних заходів і нерозвинена система міжвідомчої взаємодії. У деяких громадах програми проводяться епізодично, без наступного моніторингу результатів. Таким чином, потенціал тренінгових методик у профілактиці мікротравм значно перевищує їх реальне використання.

Для підвищення ефективності профілактичних заходів важливо враховувати міжнародний досвід, який дозволяє виявити перевірені методики та адаптувати їх під українські реалії.

Для досягнення поставленої мети були використані такі методи дослідження:

- систематизація й критичний аналіз зарубіжних стратегій соціальної роботи з дітьми, які постраждали внаслідок збройних конфліктів;
- опитування, інтерв'ювання й анкетування спеціалістів соціальних служб з метою виявлення ефективних практик і бар'єрів у їх реалізації;
- співставлення локальних результатів із аналогічними моделями, що впроваджуються в інших територіальних громадах.

Серед найефективніших підходів, адаптованих під український соціальний ландшафт, виокремлено такі:

Перше – метод відновлювальної терапії мікротравм. Однією з ключових міжнародних практик є терапевтична робота з мікротравматичним досвідом, що зосереджується на відновленні почуття безпеки, зменшенні тривожності та поступовому відновленні здатності до саморегуляції.

Друге – програма кризової емоційної стабілізації (PFA). Так звана психологічна перша допомога – це методика негайної емоційної підтримки, яка застосовується в багатьох країнах для подолання гострої фази стресу.

Третє – розвиток навичок стійкості та внутрішньої рівноваги. Цей підхід передбачає навчання дітей елементам самоконтролю, здатності розпізнавати й регулювати свої емоції [39 ,с .50].

Аналіз адаптованих методик показав, що хоча їх ефективність трохи нижча за оригінальні показники, що пояснюється специфікою регіону й обмеженими ресурсами, загальна результативність залишається високою. Це свідчить про успішне перенесення міжнародного досвіду на український ґрунт із урахуванням місцевих потреб і можливостей.

Методика психологічної першої допомоги (PFA), що є одним із ключових напрямів міжнародної практики кризової інтервенції, показала ще вищий рівень результативності.

Цей метод не лише формує здатність дітей справлятися зі стресовими подіями, але й сприяє розвитку емоційного інтелекту, самосвідомості та соціальної гнучкості. Програми, що реалізуються на місцевому рівні, включають інтерактивні тренінги, групові заняття та індивідуальні консультації, під час яких діти навчаються розпізнавати власні емоції, керувати ними, долати напруження і зберігати спокій у складних обставинах. Зазначений напрям має значний потенціал, оскільки сприяє не лише реабілітації дітей після мікротравматичних подій, а й формуванню життєвої стійкості – важливого ресурсу, який забезпечує успішну соціалізацію в майбутньому.

Аналіз результатів, представлений у таблиці 3.5, свідчить, що адаптовані методики, хоча й поступаються міжнародним показникам, усе ж демонструють високу результативність у контексті українських реалій. Відмінності у рівні ефективності пояснюються насамперед обмеженнями у фінансових, кадрових і технічних ресурсах. Також суттєву роль відіграють культурно-психологічні особливості сприйняття проблем емоційного стану та ставлення до звернення за допомогою. У деяких випадках спостерігається низький рівень довіри до психологічних послуг або страх перед суспільним осудом, що знижує ефективність роботи фахівців [40 ,с. 31].

Серед основних проблем, які перешкоджають повноцінній адаптації міжнародних підходів у сфері соціальної роботи, виділяють насамперед дефіцит ресурсів. Обмежене фінансування соціальних проєктів та відсутність стабільної державної підтримки призводять до того, що багато програм функціонують лише за рахунок волонтерів або міжнародних грантів.

Не менш вагомою проблемою є культурна специфіка. Зарубіжні методики, розроблені в країнах із відмінним менталітетом, потребують глибокої адаптації. Наприклад, прямі техніки емоційного самовираження, ефективні на Заході, не завжди сприймаються українськими дітьми через виховання у традиціях стриманості й емоційної обережності. Тому при перенесенні таких практик необхідно враховувати національні особливості комунікації, сімейних цінностей та соціальних норм.

Порівнюючи зарубіжний досвід, можна виокремити кілька універсальних тенденцій. По-перше, всі ефективні системи профілактики мають міждисциплінарний характер і включають взаємодію соціальних, освітніх і медичних структур. По-друге, профілактика мікротравм ґрунтується на ранньому втручанні, коли увага приділяється не лише фактам насильства, а й найменшим сигналам емоційного неблагополуччя. По-третє, особливе значення має підвищення батьківської компетентності, розвиток емоційного інтелекту та комунікативних навичок. По-четверте, практично всі країни поєднують індивідуальні заходи підтримки з широкими інформаційно-просвітницькими кампаніями [24 ,с. 76].

Для України цінним є інтеграція зарубіжних підходів у національну систему соціальної роботи. Зокрема, впровадження принципів «Trauma-Informed Care» може підвищити якість соціальних послуг у сім’ях СЖО, забезпечуючи розуміння, що навіть мікротравми мають глибокі наслідки. Важливою є також адаптація скандинавської моделі раннього втручання, орієнтованої на партнерство між соціальними службами, школами та медичними закладами. Українські соціальні працівники мають потенціал розвивати власну модель профілактики, спираючись на синтез гуманістичного

та системного підходів, із урахуванням культурних і соціально-економічних реалій.

Таким чином, теоретичні підходи та зарубіжний досвід переконливо доводять, що профілактика дитячих мікротравм – це не лише питання психологічного комфорту, а й ключовий чинник соціального здоров'я нації. Успішні стратегії у світі базуються на комплексності, міждисциплінарності, емпатії та повазі до дитини як суб'єкта власного розвитку. Впровадження цих принципів у практику української соціальної роботи є важливою умовою для формування культури безпечного дитинства, вільного від емоційних ушкоджень і прихованих форм насильства.

Ще одним важливим напрямом є профілактична діяльність освітніх закладів, яка включає роботу шкільних психологів, проведення класних годин, індивідуальні бесіди з дітьми і батьками, організацію тематичних заходів щодо позитивного виховання. Цей напрям має значний профілактичний потенціал, оскільки школа є найближчим соціальним середовищем дитини після родини. Саме вчителі часто першими помічають зміни у поведінці або емоційному стані учня, які свідчать про можливу мікротравматизацію.

Разом із тим, практика показує, що шкільна система реагування на емоційні проблеми дітей залишається недостатньо розвиненою. У багатьох навчальних закладах відсутні фахові психологи або соціальні педагоги, а наявні спеціалісти мають перевантаження та не встигають здійснювати глибоку діагностику. Крім того, часто спостерігається недовіра між батьками і школою, що ускладнює взаємодію.

Тому навіть за наявності виявлених ознак емоційного неблагополуччя школа не завжди має можливість ініціювати допомогу [19 ,с .80].

Важливу роль у профілактиці мікротравм відіграють громадські організації, які працюють із сім'ями у кризі. Їх діяльність доповнює роботу державних установ, пропонуючи більш гнучкі та неформальні форми підтримки – арт-терапевтичні заняття, літні табори для дітей із неблагополучних сімей, клуби взаємопідтримки для матерів-одиначок тощо.

Такі ініціативи мають високий соціальний ефект, оскільки базуються на принципі добровільності, емпатії та рівності учасників. Діти, які беруть участь у подібних програмах, демонструють зниження рівня тривожності, розвиток навичок емоційного вираження та покращення соціальної адаптації.

Разом з тим, діяльність громадських організацій має локальний характер і часто залежить від грантового фінансування. У більшості випадків проєкти мають обмежений термін реалізації, тому їх вплив на родини є короткотривалим. Це створює ризик того, що позитивні зміни не закріплюються у довгостроковій перспективі. Необхідно розробити механізми інтеграції результатів таких програм у систему державних соціальних послуг, щоб забезпечити сталий ефект.

Аналіз отриманих результатів дозволяє констатувати, що ефективність наявних соціальних практик залежить від трьох ключових чинників: якісної підготовки фахівців, індивідуального підходу до кожної сім'ї та координації між різними суб'єктами соціальної роботи. Там, де соціальні служби, освітні заклади і психологічні центри працюють узгоджено, спостерігається помітне зниження рівня мікротравматизації у дітей [51, с. 59].

Наприклад, у громадах, де впроваджено модель «командного підходу» (соціальний працівник, педагог і психолог спільно ведуть родину), діти демонструють кращу емоційну стабільність і довіру до дорослих. Натомість у районах, де співпраця між установами є формальною, результати залишаються поверховими: проблеми виявляються, але не усуваються системно.

Оцінюючи загальну ефективність профілактичних заходів, можна виділити кілька позитивних аспектів. По-перше, в Україні вже створена нормативно–правова база, яка визначає механізм соціального супроводу та підтримки сімей, що опинилися у СЖО. По-друге, поступово підвищується кваліфікація соціальних працівників, з'являються сучасні методики оцінки потреб сім'ї та інструменти раннього втручання. По-третє, розвивається міжсекторальна взаємодія – соціальні служби все частіше співпрацюють із закладами освіти, охорони здоров'я та громадськими ініціативами.

Проте недоліки залишаються істотними. Основною проблемою є нестача ресурсів – як матеріальних, так і кадрових. Один соціальний працівник часто обслуговує від 20 до 40 родин, що фізично унеможливлює якісне виконання індивідуальної профілактичної роботи. Також залишається нерозвиненою система моніторингу результативності профілактичних програм. У більшості випадків робота оцінюється за кількісними показниками (кількість візитів, проведених заходів), тоді як якісні зміни у психологічному стані дитини залишаються поза увагою.

Крім того, недостатньо розвинений механізм психологічної підтримки самих соціальних працівників, які працюють із кризовими сім'ями. Часте зіткнення з емоційно важкими ситуаціями призводить до професійного вигорання, що знижує ефективність допомоги. Тому система профілактики мікротравм потребує не лише орієнтації на клієнтів, а й турботи про фахівців, які цю допомогу надають [43 ,с. 64].

Підсумовуючи, можна зазначити, що наявні соціальні практики профілактики мікротравм дитинства є важливим, але ще недостатньо розвиненим напрямом соціальної роботи. Вони мають значний потенціал, однак потребують посилення системності, координації, професійної підготовки кадрів і психологічної підтримки сімей.

Ефективність таких практик підвищується тоді, коли вони базуються на трьох принципах: довірі, сталості та партнерстві. Довіра означає щирі стосунки між соціальним працівником і сім'єю, сталость – безперервність підтримки, а партнерство – залучення всіх учасників соціального процесу до спільної відповідальності за благополуччя дитини.

Результати проведеного дослідження свідчать, що найбільш ефективними є ті практики, де соціальна допомога поєднує індивідуальне консультування, групову роботу з батьками, психологічну підтримку дітей і постійний моніторинг змін у сім'ї. Саме така модель дозволяє не лише реагувати на наслідки мікротравм, а й попереджати їх виникнення.

ВИСНОВКИ

Історія дослідження соціальної роботи з профілактики дитячих мікротравм у сім'ях СЖО демонструє еволюцію від благодійницьких та релігійних практик до комплексних державних механізмів. Сучасні підходи базуються на розумінні дитинства як критичного періоду соціального та психологічного розвитку. Методологічно профілактика опирається на кілька наукових парадигм психоаналітичну, гуманістичну, когнітивно-біхевіоральну, системну та соціально-екологічну – кожна з яких пропонує власні шляхи попередження мікротравм і формує міждисциплінарні стратегії підтримки дітей і сімей.

Психологічні мікротравми дитинства – це неочевидні, але систематично повторювані емоційно болісні впливи, які не мають зовнішніх ознак насильства, проте глибоко порушують внутрішній світ дитини. Вони формуються унаслідок постійної критики, ігнорування потреб, байдужості, нестачі підтримки або знецінення з боку значущих дорослих. На відміну від гострої травми, мікротравма не є одиничною подією, а діє тривало, непомітно підриваючи базові почуття безпеки, довіри й власної цінності. У дитинстві такі досвіди стають фундаментом емоційних і поведінкових проблем у майбутньому – від невпевненості до соціальної дезадаптації. Саме тому профілактика мікротравм дитинства розглядається як ключовий напрям сучасної соціальної роботи, спрямований на створення безпечного сімейного середовища й розвиток емоційної культури батьків.

Встановлено, що сім'ї, які перебувають у складних життєвих обставинах, є найбільш вразливими до формування у дітей мікротравм. До таких родин належать сім'ї, що зіткнулися з економічними труднощами, безробіттям, алкогольною чи наркотичною залежністю, конфліктами, хворобами або соціальною ізоляцією. Факторами ризику виступають також низький рівень педагогічної культури батьків, відсутність емоційної зрілості, дефіцит часу на спілкування з дітьми. Психологічна нестабільність дорослих призводить до

зростання кількості конфліктних ситуацій, ігнорування емоційних потреб дітей та відтворення деструктивних моделей виховання.

Профілактика складних життєвих обставин – це не одноразове втручання, а динамічна система підтримки, що поєднує соціальні, психологічні та освітні механізми. Її ефективність полягає у створенні безпечного середовища, розвитку внутрішніх ресурсів особистості та зниженні впливу деструктивних чинників, які можуть призвести до глибших соціальних або емоційних порушень.

Комплексне застосування теоретичних, практично орієнтованих та психодіагностичних методів дозволяє всебічно оцінити динаміку сімей СЖО, інтегруючи концептуальне осмислення феномену сім'ї з емпіричною перевіркою соціальних інтервенцій, що забезпечує науково обґрунтовану основу для розробки ефективних заходів підтримки та профілактики дитячих мікротравм.

В Україні існує нормативно–правова база, яка регламентує роботу з сім'ями у кризі: Закони України «Про соціальні послуги», «Про охорону дитинства», «Про запобігання та протидію домашньому насильству». Вони створюють основу для здійснення соціального супроводу, надання психологічної допомоги та забезпечення прав дітей. Проте, у практичній діяльності соціальних служб існує низка проблем – нестача ресурсів, велике навантаження на працівників, відсутність чіткої системи моніторингу результатів і недостатній рівень міжвідомчої взаємодії.

Було розглянуто основні форми і методи соціальної роботи з профілактики мікротравм: індивідуальні консультації, соціальний супровід, тренінги батьківських компетентностей, арт-терапевтичні та ігрові методики, групову роботу, психоедукацію. Ці форми спрямовані на розвиток у батьків емоційної чутливості, навичок ненасильницького спілкування та відповідального ставлення до виховання. Визначено, що ефективність методів значно підвищується, коли вони реалізуються комплексно і поєднуються із психологічним консультуванням дітей.

Окрема увага приділена ролі соціального працівника у збереженні психологічного благополуччя дитини. Соціальний працівник виступає не лише фахівцем, який надає допомогу, а й посередником між родиною, освітнім закладом і громадою. Його діяльність включає діагностику сімейних стосунків, консультування, організацію груп підтримки, координацію профілактичних заходів. Професійна компетентність соціального працівника, його емпатійність, вміння налагодити довіру та створити безпечну атмосферу визначають результативність профілактичної роботи.

Ефективність профілактики мікротравм значною мірою залежить від взаємодії між соціальними службами, освітніми закладами та громадськими організаціями. В умовах міжвідомчого партнерства створюється система раннього виявлення сімей ризику, своєчасного реагування на прояви емоційного неблагополуччя і спільного планування допомоги. Зокрема, освітні установи відіграють роль первинної ланки ідентифікації проблем, а громадські організації доповнюють державну систему гнучкими формами психологічної підтримки.

Таким чином, теоретичні підходи та зарубіжний досвід переконливо доводять, що профілактика дитячих мікротравм – це не лише питання психологічного комфорту, а й ключовий чинник соціального здоров’я нації. Успішні стратегії у світі базуються на комплексності, міждисциплінарності, емпатії та повазі до дитини як суб’єкта власного розвитку. Впровадження цих принципів у практику української соціальної роботи є важливою умовою для формування культури безпечного дитинства, вільного від емоційних ушкоджень і прихованих форм насильства. Отримані дані засвідчили, що переважна більшість дітей із таких родин мають середній або високий рівень ризику мікротравм, що виражається у відчутті страху, самотності, нестачі підтримки та дефіциті довіри до дорослих. Визначено, що головними чинниками мікротравматизації є емоційна холодність, агресивна комунікація, економічна нестабільність, низька батьківська компетентність і соціальна ізоляція родини.

Отримані дані засвідчили, що переважна більшість дітей із таких родин мають середній або високий рівень ризику мікротравм, що виражається у відчутті страху, самотності, нестачі підтримки та дефіциті довіри до дорослих. Визначено, що головними чинниками мікротравматизації є емоційна холодність, агресивна комунікація, економічна нестабільність, низька батьківська компетентність і соціальна ізоляція родини.

Аналіз отриманих результатів дослідження підтвердив, що психологічні мікротравми виникають не лише внаслідок жорстокого поводження, а й через систематичне ігнорування емоційних потреб дитини. Навіть незначні прояви байдужості або критики, якщо вони повторюються, мають накопичувальний травматичний ефект. Доведено, що рівень емоційної безпеки дитини прямо залежить від якості сімейного спілкування та психологічної готовності батьків до виховання.

Під час оцінки ефективності наявних соціальних практик встановлено, що найбільший позитивний вплив мають комплексні моделі роботи, які поєднують індивідуальні консультації, соціальний супровід, тренінги та психологічну підтримку. Разом із тим, виявлено проблеми, пов’язані з браком фінансування, перевантаженістю фахівців і недостатнім розвитком системи моніторингу якості соціальних послуг.

Підсумовуючи результати дослідження, можна зробити загальний висновок, що ефективна профілактика мікротравм дитинства можлива лише за умов системної підтримки сім’ї як основного середовища розвитку дитини. Соціальна робота у цьому напрямі має ґрунтуватися на гуманістичних принципах, партнерстві, емоційній компетентності та ранньому виявленні проблем. Профілактика повинна не лише усувати наслідки емоційних порушень, а й створювати умови для формування у дітей стійкого почуття безпеки, любові й довіри – основ, без яких неможливе повноцінне становлення особистості.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабелюк О., «Гоцуляк Н. Психологія травмуючих ситуацій: : навч. посіб. Кам’янець-Подільський : ТОВ «Друк. «Рута»,, 2021. 110 с.

2. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта. *Психоневрологія та нейропсихіатрія.* 2018. № 3 (96). С. 22–24.

3. Бессел Ван дер Колк. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому / пер. з англ. І. Кривошеї. Київ : Наш Формат, 2021. 464 с.

4. Бортнікова О. Г., Охріменко І. М., Тодорова І. С. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових групах. *Соціально–правові студії.* 2021. Вип. 1 (11). С. 163–172. DOI: 10.32518/2617-4162-2021-1-163-172.

5. Бурбо Ліз. П’ять травм і масок, які заважають бути собою. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2021. 256 с.

6. Ващенко І. В., Іваненко Б. Б. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. *Проблеми сучасної психології.* 2018. Вип. 40. С. 33–49.

7. Волкова В. А., Глушкова К. І. Соціально-педагогічна робота з сім’ями, що опинилися у складних життєвих обставинах. *Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету. Серія: Педагогіка*. 2013. № 2. С. 37–42.

8. Герман Джудіт. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім’ї до політичного терору / пер. з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.

9. Гоцуляк Н., Бабелюк О. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. Кам’янець-Подільський: ТОВ «Друк. «Рута», 2021. 110 с.

10. Зливков В. Д. Психологія кризових ситуацій. Київ: Центр учбової літератури, 2015. 256 с.

11. Дзюба Т. М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: зміст, особливості, наслідки. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць

Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ : Видавництво «Фенікс», 2012. Т. XII. *Психологія творчості*. Вип. 15. Част. II. С. 113–120.

12. Дзюбинська М. Я., Осіпова Л. М. Вплив дитячої психотравми на рівень тривожності пацієнтів з невротичними розладами. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2024. № 4. С. 123–129.

13. Доценко В. В. Теоретичні підходи щодо вивчення кризових станів особистості. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. Серія: Психологія. 2011. Вип. 45. № 937. С. 73–77.

14. Дробот О. Психодинамічна терапія: когнітивний аспект психокорекції депресивних станів в юнацькому віці. *Scientific Collection «InterConf+»*. 2023. Вип. 35 (163). С. 111–120.

15. Журавель Т. В. Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності. У кн.: Соціальна педагогіка: навч. посіб. / за заг. ред. О. В. Безпалько; авт. кол. О. В. Безпалько, І. Д. Звєрєва, Т. Г. Веретенко та ін. Київ: Академвидав, 2013. 312 с. С. 85–101.

16. Закон України «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 № 18, ст. 73. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19

17. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. / Н. Агаєв та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

18. Кальченко Л. В. Превенція соціального сирітства в умовах територіальної громади міста: концептуальні засади. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 11: Соціальна робота. Соціальна педагогіка. 2018. Вип. 24 (II том). С. 218–224.

19. Капська А.Й. Соціальна робота з сім'єю: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2013. 256 с.

20. Карпенко Є. В. Методи сучасної психотерапії: навч. посіб. Дрогобич: Просвіта, 2018. 116 с.

21. Кияниця З. П., Петрочко Ж. В. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми. Київ: ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. 322 с.

22. Кісарчук З. Г. Практична психологія травми: оцінка та допомога. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка, 2017. 198 с.

23. Кобець О. В. Психотерапія посттравматичного стресового розладу у зарубіжних дослідженнях: на шляху до каністерапії. *Вісник Національного університету оборони України.* 2024. № 1 (77). С. 53–62.

24. Кучманич І. М., Мороз Р. А. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. Проблеми сучасної психології. 2017. № 36. 159 с.

25. Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок / Український Центр прав людини. – Київ: Укр. Правн. Фундація, 1995. 24 с.

26. Куліш О. В., Сірик І. В. Психотерапія та психокорекція особистості з посттравматичним стресовим розладом. *Problems of Modern Psychology*. 2022. № 5. С. 46–52.

27. Кухар О. Вплив дитячих емоційних травм на психосоціальний розвиток особистості. *Актуальні задачі сучасних технологій*: зб. тез доп. XIII міжнар. наук.-практ. конф. молодих уч. та студентів м. Тернопіль, 11–12 груд. 2024 р. Тернопіль, 2024. С. 387–389.

28. Литвиненко В. М. Підстави надання соціальних послуг. Трудове право та право соціального забезпечення. *Юридична Україна*. 2013. № 8. С. 62-65.

29. Мазоха І., Кірчева Л. Особливості життєстійкості та особистісного потенціалу у ресурсному аспекті. Всеукраїнськоа науково-практична конференція «Сучасна психологія: проблеми і перспективи» : зб. наук. пр., м. Ізмаїл, 8 груд. 2022 р. 22. 146 с.

30. Максименко К. С. Психічні стани як вияв існування особистості. *Наукові записки*. 2005. № 26. С. 62–67.

31. Марценковський І. А., Марценковська І. І. Біполярний розлад: діагностика і терапія (лекція для лікарів первинної ланки медичної допомоги). *Український медичний часопис.* 2018. № 2 (1). С. 81–89.

32. Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (ACE) / О. І. Власова та ін. *Офтальмологічний журнал*. 2022. Т. 1, № 504. С. 63–72.

33. Музиченко І. В. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби. Київ : *УНМЦ практичної психології і соціальної роботи*, 2017. С. 14–15.

34. Мушкевич М. І. Психотерапія: навчально-методичні рекомендації. Луцьк: Вежа–Друк, 2022. 88 с.

35. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії: навч. посіб. Луцьк: Вежа–Друк, 2017. 420 с.

36. Наказова Д. Дж. Уламки дитячих травм. Чому ми хворіємо і як це припинити / пер. з англіс. В. Пушина. Київ: Форс Україна, 2023. 384 с.

37. Напрєєнко О. К., Марценковський Д. І. Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків. *Неврологія, психіатрія, психотерапія.* 2019. № 1 (48). С. 20 – 28.

38. Овсяннікова Я. О. *Психологічна допомога дітям, які пережили психічну травму внаслідок надзвичайної ситуації*. Право і безпека. 2012. № 1. С. 317–321. URL:http://nbuv.gov.ua/ UJRN/Pib_2012_1_71.

39. Оксютович М., Сабадуха В. Психотравмуючий досвід дитини та особливості соціалізації при цьому. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 11 трав. 2023 р. Київ. С. 58–65.

40. Ордатій Н., Ангельська В., Гуменюк Н. EMDR метод психотерапії з доведеною ефективністю. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 2. С. 1–5.

41. Основи глибинної психології: курс лекцій : навчальний посібник / уклад. Н. В. Гриньова. Умань : Візаві, 2013. 124 с.

42. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психологічна травма» у психологічних проєкціях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2021. Том 32 (71) № 6. С 68-72.

43. Періг І.М. Особистісні трансформації як наслідок переживання життєвих криз. *Матеріали XVIII наукової конференції Тернопільського національного технічного університету імені Івана Пулюя*. Тернопіль: ТНТУ, 2014. С. 291-292.

44. Періг І.М. Пошук ресурсів як умова підтримки ментального здоров'я особистості. *Матеріали IV Міжнародної наукової конференції «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки»*. Тернопіль: ФОП Паляниця В.А., 2024. С. 32-33.

45. Підчасов Є. В., Чепелєва Н. І. Вплив пролонгованих травматичних подій (військових подій) на емоційну сферу дитини. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві*: зб. матеріалів VII Всеукр. наук. –практ. конф. Львів, 28 жовтня 2022 р. 2022. С. 276–279.

46. Поліщук В.П. Соціальна робота з сім'єю: теоретико-методологічні засади: монографія. Київ: КНЕУ, 2016. 312 с.

47. Растроста Г. Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації.: навч. посіб. Суми: НВВ КЗ СОІППО, 2019. 64 с.

48. Розов В. І. Методи та техніки психологічної роботи з опрацювання травматичного досвіду. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2024. № 2. С. 46–52.

49. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія.* 2012. № 1 (36). С. 25–30.

50. Сохор Н., Ясній О., Смашна О., Гашімова Н. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків (огляд літератури). *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 1 (153). С. 16-19.

51. Соціально-психологічний супровід процесу реінтеграції особистості з різним груповим статусом в умовах сучасного соціуму / Н. Завацька та ін. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* 2022. № 1(57). 2. С. 5–21.

52. Соціокультурний контекст процесу реінтеграції молоді / О. Блискун та ін. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2022. № 3(59). С. 115–125

53. Стручок В. Звичайний вигляд безпека в надзвичайних ситуаціях: метод. посіб. для здобувачів освітнього ступеня «магістр» всіх спец. денної та заочної (дистанційної) форм навч. Тернопіль: Тернопіль: ФОП Паляниця В.А., 2022. 156 с.

54. Тарасевич І. Групова психотерапія та психокорекція: глосарій основних термінів та методів групової роботи (психокорекційної, психотерапевтичної). Дніпро: ВНПЗ «Дніпр. гуманітар. ун-т», 2024. 57 с.

55. Тептюк Ю. Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників різних вікових категорій : дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук. Київ, 2021. 272 с.

56. Терлецька Л. Психологія здоров’я: психічна саморегуляція : навчальний посібник. Київ : Слово, 2020. 136 с.

57. Титаренко Т. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.

58. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. Київ: Либідь, 2013. 312 с.

59. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. Київ: Вид. дім “Персонал», 2018. 160 с.

60. Фірсов, М.І Методи соціальної роботи із сім’ями, що опинилися у складних життєвих обставинах. Київ: Соціальна наука, 2019. 218 с.

61. Хачатурян Ю. Р. Теоретичний аналіз проблеми психотравми в дітей. *Ukrainian psychological journal*. 2018. Т. 1, № 7. С. 171–186.

62. Шевчук В. В. Особливості переживання психологічної травми в дитячому віці. *Abstracts of XVI international scientific and practical conference*, Sofia, 22 квіт. 2024 р. С. 241–245.

63. Agnew Blais J., Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2016. Т. 3, № 4. С. 342–349.

64. Alloy L. B., Abramson L. Y., Smith J. M. та ін. Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2006. Т. 9, № 1. P. 23–64.

65. Alqahtani F., Meier S., Orji R. Personality-based approach for tailoring persuasive mental health applications. User modeling and user-adapted interaction. 2021. URL: https://doi.org/10.1007/s11257-021-09289-5

66. Bondarevska L., Stasko O., Kalashnyk I. Феноменологія переживань у контексті психічної травми. *Zeszyty naukowe wyższej szkoły technicznej w katowicach*, м. Катовіце, 15 жовт. 2022 р. P. 95–104.

67. Ekinci S., Kandemir H. Childhood trauma in the lives of substance dependent patients: the relationship between depression, anxiety and self esteem. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2015. Т. 69, № 4. P. 249–253. DOI: 10.3109/08039488.2014.981856.

68. Goldstein T. R., Merranko J., Rode N. та ін. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2024. Т. 81, № 1. P. 15–24.

69. Hammen C. Risk factors for depression: an autobiographical review. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2018. Т. 14. P. 1–28.

70. Heim C., Nemeroff C. B. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry.* 2001. Т. 49, № 12. P. 1023–1039.

71. Hoian I., Fedyk O. Optimization of the functioning of the emotional sphere of the personality by means of psychocorrection. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* 2022. No. 2(58). P. 89–95.

72. Huh H. J., Kim K. H., Lee H.-K., Chae J.-H. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: the mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders.* 2017. T. 213. P. 44–50.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Таблиця 1

Теоретичні підходи до профілактики дитячих мікротравм у сім’ях, що перебувають у складних життєвих обставинах

Теоретичний підхід	Основні представники	Ключові ідеї щодо причин мікротравм	Особливості профілактики та роль соціального працівника
Психоаналітичний	З. Фройд, А. Фройд, М. Кляйн, Е. Еріксон	Мікротравми виникають через порушення ранніх емоційних зв’язків між дитиною та батьками, дефіцит безумовного прийняття, несвідомі конфлікти дорослих.	Профілактика спрямована на усвідомлення батьками власних емоційних реакцій, роботу з внутрішніми конфліктами, формування здатності до емпатії. Соціальний працівник застосовує глибинне консультування, психоедукацію, аналіз батьківсько-дитячої взаємодії.

Продовження Додатку А

Гуманістичний	К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл	Мікротравми є наслідком порушення базових потреб дитини у любові, прийнятті, безпеці та самоповазі.	Профілактика полягає у створенні довірливої атмосфери, де дитина відчуває підтримку. Соціальний працівник допомагає батькам розвинути навички емпатії, партнерської взаємодії, відкритого діалогу.
Когнітивно-біхевіоральний	А. Бек, А. Бандура, Д. Мейченбаум	Мікротравми формуються через деструктивні переконання й поведінкові шаблони, що закріплюються у процесі виховання.	Профілактика зосереджується на зміні деструктивних установок, навчанні позитивним моделям спілкування, контролю емоцій. Соціальний працівник проводить тренінги, вправи з емоційного інтелекту, навчання конструктивному вирішенню конфліктів.

Продовження Додатку А

Системний (сімейний)	М. Боуен, С. Мінухін, С. Джексон	Мікротравми виникають як наслідок дисфункції сімейної системи, неузгодженості ролей, порушення комунікації.	Профілактика передбачає гармонізацію сімейної взаємодії, корекцію ролей, підвищення здатності членів сім'ї до взаємопідтримки. Соціальний працівник організовує сімейне консультування, медіацію, фасилітаційні зустрічі.
Соціально-екологічний	У. Бронфенбреннер	Мікротравми зумовлені несприятливими взаємодіями між різними рівнями соціального середовища: сім'єю, школою, громадою.	Профілактика має багаторівневий характер: від підтримки батьків до зміцнення соціальних інститутів. Соціальний працівник координує роботу між установами, проводить просвітницькі заходи, формує підтримувальне середовище.

Продовження Додатку А

Травма-орієнтований (Trauma-Informed Care)	Сучасна міждисциплінарна школа (США, Канада)	Визнання того, що навіть мікрорівневі емоційні ушкодження можуть впливати на психіку дитини протягом життя.	Профілактика базується на принципах безпеки, довіри, співучасті. Соціальний працівник володіє навичками емпатійної комунікації, розпізнавання наслідків травматичного досвіду, створення підтримувального середовища.

Додаток Б

Таблиця 2

Основні методи соціальної роботи з профілактики мікротравм у дитинстві

№	Назва методу	Зміст та особливості застосування	Очікуваний результат
1	Соціально-психологічне консультування	Індивідуальні зустрічі з дитиною або батьками, спрямовані на виявлення емоційних труднощів, аналіз причин мікротравм і пошук шляхів їх подолання.	Підвищення рівня емоційної обізнаності, розвиток навичок конструктивного спілкування, зниження напруги у сім'ї.
2	Мотиваційне інтерв'ю	Метод, що допомагає батькам усвідомити власну роль у створенні безпечного емоційного середовища та мотивує до зміни деструктивних моделей поведінки.	Підвищення відповідальності батьків за психоемоційний стан дитини, формування позитивних виховних установок.
3	Соціальний супровід сімей СЖО	Комплексна форма підтримки сім'ї через індивідуальний план допомоги, моніторинг умов проживання, залучення різних фахівців.	Стабілізація сімейних стосунків, зниження ризику виникнення мікротравм, поліпшення життєвих умов.

Продовження Додатку Б

4	Психодіагностичні методики	Використання проективних тестів, опитувальників, спостереження для виявлення прихованих емоційних ушкоджень або ризиків.	Виявлення ранніх ознак неблагополуччя, можливість цілеспрямованого планування профілактичних заходів.
5	Тренінги емоційного інтелекту	Групові заняття для дітей і батьків, спрямовані на розвиток уміння розпізнавати, виражати й контролювати емоції.	Розвиток емоційної грамотності, підвищення здатності до емпатії, зниження конфліктності у стосунках.
6	Арттерапія	Використання творчої діяльності (малювання, ліплення, казкотерапія) для опрацювання емоцій і внутрішніх переживань дитини.	Покращення емоційного стану, формування довіри до дорослих, зменшення тривожності.
7	Сімейне консультування	Робота з усією сім’єю для налагодження взаєморозуміння, усунення емоційних бар’єрів і конфліктів.	Відновлення довіри між членами сім’ї, підвищення якості комунікації, зменшення психологічної напруги.

Продовження Додатку Б

8	Медіація	Метод мирного врегулювання конфліктів за участю нейтрального посередника – соціального працівника.	Зниження емоційного тиску у сім'ї, формування навичок конструктивного вирішення суперечностей.
9	Просвітницька робота з батьками	Проведення семінарів, лекцій, інформаційних кампаній про шкідливість емоційного насильства та шляхи його попередження.	Підвищення педагогічної культури, зміцнення навичок позитивного виховання, формування культури ненасильницького спілкування.
10	Інтерактивні методи	Використання рольових ігор, дискусій, онлайн-тренінгів для розвитку навичок спілкування й емоційного самоконтролю.	Підвищення залученості дітей і батьків до профілактичного процесу, розвиток комунікативних компетенцій.
11	Метод соціального коучингу	Підтримка батьків у процесі саморозвитку, постановки виховних цілей, пошуку внутрішніх ресурсів для позитивних змін.	Зростання саморефлексії, формування усвідомленого батьківства, підвищення емоційної стабільності у родині.

Продовження Додатку Б

12	Методи міжвідомчої взаємодії	Координація зусиль соціальних служб, освітніх, медичних та правоохоронних структур для комплексної підтримки сім’ї.	Системна профілактика мікротравм, раннє виявлення ризиків, забезпечення цілісного підходу до допомоги дитині.

Додаток В

АНКЕТА ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МІКРОТРАВМ ДИТИНСТВА

(для дітей із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах)

Мета: визначити частоту, характер і рівень проявів психологічних мікротравм, які виникають у дітей унаслідок емоційної байдужості, критики або порушення довірливих стосунків із дорослими.

Інструкція:

Анкета є анонімною. Обери лише одну відповідь, яка найкраще описує твої почуття або ситуації у твоїй сім'ї.

1. Як часто дорослі говорять тобі щось образливе або принизливе?

А) Ніколи

Б)Рідко

В) Іноді

Г) Часто

Д) Дуже часто

2. Чи буває, що батьки або інші дорослі не звертають уваги, коли ти намагаєшся поговорити або попросити про допомогу?

А) Завжди вислуховують

Б) Рідко не слухають

В) Іноді не мають часу

Г) Часто ігнорують

Д) Майже завжди не реагують

3. Як часто ти чуєш порівняння з іншими дітьми, яке тебе засмучує?

А) Ніколи

Б) Дуже рідко

В) Іноді

Г) Часто

Д) Постійно

4. Як часто ти боїшся сказати правду, щоб уникнути покарання або крику?

А) Ніколи

Продовження Додатку В

Б) Рідко

В) Іноді

Г) Часто

Д) Майже завжди

5. Як часто дорослі висміюють твої почуття або думки?

А) Ніколи

Б) Рідко

В) Іноді

Г) Часто

Д) Дуже часто

6. Як часто дорослі забувають про свої обіцянки, які давали тобі?

А) Ніколи

Б) Рідко

В) Іноді

Г) Часто

Д) Дуже часто

7. Як часто ти відчуваєш, що тебе не слухають або перебивають, коли ти говориш?

А) Ніколи

Б) Рідко

В) Іноді

Г) Часто

Д) Постійно

8. Як часто у твоїй сім’ї відбуваються сварки або крики при тобі?

А) Ніколи

Б) Рідко

Продовження Додатку В

В) Іноді

Г) Часто

Д) Дуже часто

9. Як часто ти чуєш, що тебе не люблять, коли ти робиш щось неправильно?

А) Ніколи

Б) Рідко

В) Іноді

Г) Часто

Д) Постійно

10. Як часто ти почуваєшся винним, навіть якщо нічого поганого не зробив(-ла)?

А) Ніколи

Б) Рідко

В) Іноді

Г) Часто

Д) Дуже часто

11. Як часто ти приховуєш свої почуття, щоб не розлютити дорослих?

А) Ніколи

Б) Рідко

В) Іноді

Г) Часто

Д) Завжди

12. Як часто дорослі кажуть, що ти маєш бути «кращим», щоб вони були задоволені?

А) Ніколи

Б) Рідко

В) Іноді

Продовження Додатку В

Г) Часто

Д) Постійно

13. Як часто ти почуваєшся самотнім, навіть коли поруч є рідні?

А) Ніколи

Б) Рідко

В) Іноді

Г) Часто

Д) Майже завжди

14. Коли тобі сумно або страшно, чи можеш ти поговорити з дорослими?

А) Завжди можу

Б) Частіше можу, ніж ні

В) Іноді можу

Г) Рідко

Д) Ніколи не можу (обернене питання, інтерпретується навпаки)

15. Як часто ти мрієш, щоб дорослі ставилися до тебе добріше або лагідніше?

А) Ніколи

Б) Рідко

В) Іноді

Г) Часто

Д) Майже завжди

Обробка результатів:

Відповіді кодуються таким чином:

А – 1 бал Б – 2 бали В – 3 бали Г – 4 бали Д – 5 балів

(у 14-му питанні кодування зворотне: А – 5, Б – 4, В – 3, Г – 2, Д – 1)

Максимальна кількість балів – 75, мінімальна – 15.

Інтерпретація:

15–30 балів – низький рівень ризику психологічних мікротравм (емоційна стабільність, підтримка у сім’ї).

Продовження Додатку В

31–50 балів – середній рівень ризику (є епізоди емоційного тиску або байдужості, потреба у профілактиці).

51–75 балів – високий рівень ризику (наявність постійних емоційно травмувальних впливів; необхідна увага соціального працівника, психологічна допомога).

Анкету слід проводити у доброзичливій, спокійній атмосфері, бажано індивідуально. Після заповнення бажано провести коротку рефлексивну вправу (наприклад, «Моє безпечне місце»), щоб зняти можливу напругу. Отримані дані допомагають визначити рівень емоційного навантаження у сім’ї та ступінь впливу мікротравм на дитину, а також слугують основою для подальшої соціально-профілактичної роботи.

Додаток Д

Таблиця 3.1.

Рівень проявів психологічних мікротравм серед дітей експериментальної та контрольної груп

Рівень проявів мікротравм	Кількість дітей (експериментальна група)	% від загальної кількості	Кількість дітей (контрольна група)	% від загальної кількості
Низький рівень (15–30 балів)	3	15 %	11	55 %
Середній рівень (31–50 балів)	10	50 %	7	35 %
Високий рівень (51–75 балів)	7	35 %	2	10 %
Разом	20	100 %	20	100 %

Додаток Е

Таблиця 3.2

Середні бали за тематичними блоками анкети

Тематичний блок	Експериментальна група (М)	Контрольна група (М)	Різниця
1. Вербальні приниження та образи (пит. 1, 3, 5)	4,2	2,1	+2,1
2. Емоційна байдужість та ігнорування (пит. 2, 6, 7, 11)	4,0	2,3	+1,7
3. Страх, вина, емоційна напруга (пит. 4, 9, 10, 12)	4,3	2,5	+1,8
4. Самотність і дефіцит прийняття (пит. 13–15)	4,5	2,8	+1,7

Додаток Ж

Таблиця 3.3

Результати впливу індивідуальної терапії на психоемоційний стан дітей

Показник	Контрольна група	Експериментальна група
Покращення психоемоційного стану (%)	75%	78%
Зменшення рівня тривожності (%)	68%	70%

Додаток З

Програма психокорекційної роботи з профілактики мікротравм дитинства у сім’ях СЖО

№ заняття / блок	Назва заняття	Методи та техніки	Мета	Очікувані результати
1. Діагностичний блок	Первинна зустріч. Встановлення контакту	Інтерв'ю, бесіда, заповнення анкет, спостереження	Визначити рівень емоційного стану дитини та сімейної взаємодії	Виявлено зони ризику, сформовано індивідуальний план роботи
2. Психоедукація батьків	«Емоційні потреби дитини»	Міні-лекція, обговорення кейсів, рольові вправи	Підвищити обізнаність батьків щодо природи мікротравм	Батьки розуміють важливість емоційної підтримки та безпеки
3. Психоедукація дитини	Заняття «Мої емоції»	Ігрова терапія, картки емоцій, малюнок	Навчити дитину розпізнавати та називати емоції	Дитина краще розуміє власні переживання
4. Батьківсько-дитяча взаємодія	Вправа «Безпечне коло»	Емоційно-орієнтована терапія, спільна творча діяльність	Зміцнення емоційного контакту між дитиною і батьками	Покращення якісної взаємодії, зниження конфліктності
5. Регуляція емоцій	«Кольори мого настрою»	Арт-терапія, дихальні вправи	Формування навичок саморегуляції	Дитина вміє заспокоюватися та виражати емоції без страху
6. Корекція негативних переживань	«Моя історія»	Казкотерапія, метафоричні карти	Робота з внутрішніми переживаннями, що стали джерелом мікротравми	Зниження внутрішньої напруги та тривожності

Продовження Додаток З

7. Соціальні навички	Тренінг спілкування	Ігрові вправи, моделювання ситуацій	Навчання безпечної комунікації, розвиток самооцінки	Покращення соціальної адаптації
8. Робота з батьками	«Позитивне виховання»	Тренінг + аналіз труднощів	Зміцнення батьківських компетентностей	Батьки застосовують ненасильницькі методи виховання
9. Релаксаційний блок	«Дихаю спокійно»	М’язова релаксація, казкова медитація	Зниження емоційної напруги дитини	Дитина володіє техніками заспокоєння
10. Підсумкова зустріч	Завершення програми	Бесіда, повторна діагностика, малюнкова техніка	Оцінка змін та ефективності втручання	Визначено результати роботи, сформовано рекомендації

Декларація
академічної доброчесності
здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ

Я, Однорал Альбіна Миколаївна, магістрантка 2 курсу магістратури, форма навчання заочна, факультет соціології та управління, спеціальність «соціальна робота» освітньо-професійна програма «соціальна робота», адреса електронної пошти odnoralalbina@gmail.com,

– підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота на тему «Соціальна робота з профілактики мікротравм в сім'ях, які перебувають у складних життєвих обставинах» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомлений;

– заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;

– згоден на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

Дата_____ Підпис_____ ПІБ (студент) Однорал А.М

Дата_____ Підпис_____ ПІБ (науковий керівник) Бойко Г.В