

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОЗНАК ОПОЗИЦІЙНО-ВИКЛИЧНОГО РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ -БІЖЕНЦІВ	
1.1. Аналіз психологічних ознак опозиційно-викличного розладу поведінки у дітей у науковій літературі	10
1.2. Аналіз феномену біженства у науковій літературі.....	23
1.3. Вплив тривожності та особистісних факторів у дітей-біженців на психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки як предмет дослідження.....	26
Висновки до розділу 1.....	34
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОПОЗИЦІЙНО-ВИКЛИЧНОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ-БІЖЕНЦІВ 6-12 РОКІВ	
2.1. Методологічні підходи та обґрунтування методики дослідження...36	36
2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження.....	40
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	50
Висновки до розділу 2.....	72
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ТА РОЗРОБКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ ТА РЕКОМЕНДАЦІЙ ДЛЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ-БІЖЕНЦІВ З ПСИХОЛОГІЧНИМИ ОЗНАКАМИ ОПОЗИЦІЙНО-ВИКЛИЧНОГО РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ	
3.1. Підходи до корекції поведінки дітей-біженців з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу поведінки.....	73
3.2. Тренінгова програма для батьків дітей-біженців 6-12 років, що мають психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки.....	81

3.3. Зміст заходів тренінгової програми «Я поряд» для батьків дітей-біженців 6-12 років, що мають психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки.....	85
Висновки до розділу 3.....	87
ВИСНОВКИ.....	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	91
ДОДАТКИ	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

ОВР – опозиційно-викличний розлад

DSM – Діагностичний і статистичний довідник психічних захворювань

МКХ – Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям

ПЧ – психологічні чинники

ТР – тривожний розлад

КПТ - когнітивно-поведінкова терапія

ПБ – позитивне батьківство

DI (daring-impulsive traits) – риси зухвалості і імпульсивності

CU (callous-unemotional traits) - риси жорстокості і байдужості

GM (grandiosemanipulative traits) - риси грандіозності і маніпулятивності

LPE (limited prosocial emotions) - обмежені просоціальні емоції

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми. Після початку повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 року багато українців покинули свої домівки. Хтось переїхав у інше місто або область, а багато хто вимушено поїхав закордон. Діти, які покинули рідний дім, а особливо Батьківщину - найбільш уразлива категорія біженців, які зазнають суттєвого впливу на психічне здоров'я. Крім того, діти, що продовжують знаходитися на території України теж зазнають значного психологічного впливу. У нашому дослідженні ми хочемо приділити увагу дітям-біженцям та дітям, що залишилися в Україні, які мають різноманітні психологічні особливості прояву опозиційно-викличного розладу поведінки. Популяція нашого дослідження - діти від шести до дванадцяти років. Досвід біженства додає дітям та їх батькам додаткових випробувань, часто, діти переживають більший стрес та соціальний тиск у процесі адаптації на новому місці. Це стосується не тільки дітей, що виїхали за межі країни, а й вимушених переселенців в межах регіонів України. Ми хочемо дослідити наскільки різні особистісні, соціальні та психологічні чинники впливають на поведінку дитини в нових умовах, як на території України, так і закордоном. Особливо, ми хочемо звернути увагу на дітей, які мають деякі поведінкові труднощі у адаптаційному процесі, а саме психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки. Ми звертаємо увагу саме на спостереження батьками за своїми дітьми. Тому, дизайн нашого дослідження спрямований на результати спостережень батьків за своїми дітьми.

Актуальність дослідження у тому, що можна з'ясувати кореляцію між рівнем тривожності та ступенем вираженості психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу у дітей, що залишилися в Україні та тих, що виїхали закордон на основі спостережень батьків.

У науковій літературі достатньо матеріалів присвячених перебігу різних поведінкових розладів у дітей, які так чи інакше постраждали від війни. Проте,

саме опозиційно-викличний розлад у процесі адаптації дітей представлений не настільки широко як хотілося б. Нажаль, досі поведінкові розлади у дітей сприймаються як її «каприз». За небажанням дитини дослухатися до старших та ігноруванням правил стоїть не навмисний сценарій поведінки, а реакція на психотравмуючі ситуації. Новизна нашої роботи у тому, що ми хочемо дослідити які існують причини, та рівень психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу у дітей-біженців, що у тій чи іншій мірі постраждали від війни. Які саме фактори впливають на опозиційну поведінку дитини в умовах воєнного біженства.

Об'єкт дослідження: психологічні особливості прояву ознак опозиційно-викличного розладу поведінки.

Предмет дослідження: вплив тривожності та особистісних факторів на психологічні особливості прояву опозиційно викличного розладу у дітей-біженців 6-12 років.

Мета: з'ясувати рівень впливу тривожності та особистісних факторів на психологічні ознаки прояву опозиційно-викличного розладу у дітей-біженців 6-12 років у порівнянні з дітьми того ж віку, що залишились в Україні.

Завдання дослідження:

- Дослідити теоретичні засади виникнення та перебігу психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу у дітей-біженців.

- Організувати та провести емпіричне дослідження наявності та ступеню вираженості психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу та з'ясувати рівень тривожності та напруження у дітей-біженців 6-12 років;

- Проаналізувати результати дослідження та зробити інтерпретацію наявності кореляції між відчуттям тривожності та психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу.

- Розробити рекомендаційну програму психологічних інтервенцій для батьків чи опікунів дітей.

Методи дослідження. Ми використали спеціальні та загальнонаукові методи дослідження:

1) загальнонаукові теоретичні методи пізнання, до яких відносяться: аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація інформації. Використання цих методів дозволило вивчити науковий досвід та зробити аналіз матеріалу за нашою темою, з метою їх подальшої систематизації;

2) емпіричні методи дослідження, такі як: використання валідних методик для збору інформації у вигляді опитувальників:

- Опитувальник симптомів поведінкових розладів у дітей та підлітків для батьків «NICHQ Vanderbilt»;

- Опитувальник рівня тривожності та психічного напруження дитини для батьків за О.Захаровим;

- Сильні сторони та труднощі дитини;

- Опитувальник батьківського ставлення (ОРО) А.Я. Варга і В.В. Столін;

- Опитувальник експертної діагностики соціально-педагогічної занедбаності дітей за Р.В. Овчаровою.

3) Математична статистика у програмі Jamovi.

Опис вибірки. У дослідженні взяли участь батьки (або опікуни) дітей. Перша категорія – експериментальна група, діти, що виїхали з України після 24 лютого 2022 року та на момент опитування знаходилися закордоном. Друга категорія, контрольна – діти, що залишилися в Україні. Популяція дослідження – це діти віком від шести до 12 років. Дизайн методик спрямований на результат спостережень батьків (або опікунів) за своєю дитиною. Всього взяли участь у дослідженні 200 респондентів. У експериментальній групі – 100 респондентів, які виїхали після 24 лютого 2022 та на момент опитування знаходились закордоном. Контрольна група – 100 респондентів, які на момент проведення анкетування знаходились на території України.

До експериментальної групи респондентів, що виїхали закордон 95% складають жінки, матері досліджуваних дітей. Серед дітей вибірка становила 61 - хлопець (61%) та 39 (39%) – дівчат. У дослідженні взяли участь українці з усіх куточків країни, так 29% респондентів переїхали з невеликих містечок, зі столиці виїхало 22%, наступним є Харків - 12 %, далі 7% популяції з Київської області, і далі розподілення по 4-5% з обласних центрів: Дніпра, Маріуполя, Миколаєва, Одеси, Херсона, Чернігова та Хмельницька.

За нашою статистикою українці найбільше переїхали у Німеччину - 41% та Польщу – 21%, 30% в інші країни Євросоюзу, 5% у Великобританію та інші країни 3% популяції.

До контрольної групи респондентів – українські діти, що знаходилися на момент опитування в Україні. Всього в опитуванні взяли участь 100 людей, з них 97 (97,0 %) - це жінки, здебільшого матері досліджуваних дітей

Наше опитування стосувалося дітей віком від 6 до 12 років та мало наступну вибірку: 12 дітей (12,0%) – 12 років, 28 дітей (28,0%) - від 10 до 11 років, 28 дітей (28,0%) - 8 та 9 років, та 32 дитини (32,0%) – 6-7 років.

За географічною вибіркою маємо наступну статистику: 63% респондентів переїхали з невеликих містечок та різних міст, значна кількість з міст постраждалих від війни: Харків – 12%, Мелітополь – 8%, Одеса – 4%, Херсон – 4%. Частина опитуваних не міняла місця проживання – Львів, Київ.

За нашою статистикою українці найбільше переїхали у Львів – 20%, у Київ – 12%, Дніпро, Полтава, Ужгород, Чернівці – від 6 до 4%. З інших міст надали відповіді 49%.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Різні дослідники приділяли увагу питанню впливу наслідків війни та біженства на психоемоційний стан дітей, у різні часи та під різним кутом зору. Війни ХХ століття, нажаль, надали багато матеріалу для вивчення теми дітей у війні. Серед провідних спеціалістів сучасності, які у тому числі досліджували психологічні аспекти впливу війни на дітей є: Bürgin D., Anagnostopoulos, D., Hervey M. Cleckley, Robert D. Hare. Серед українських сучасників, які

працюють з наслідками війни у контексті поведінкових розладів можна виокремити Романчука О. Серед зарубіжних дослідників які виділяли психологічні особливості поведінкових проявів ми спиралися на роботи Cleckley, H., Lindhiem, O., Conners C., Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D. Ці науковці виокремлюють різні психологічні симптоми, у тому числі і поведінкові розлади як ознаки впливу війни.

На жаль, нові хвилі збройних конфліктів в усьому світі дають достатньо матеріалу для клінічних досліджень у напрямку діагностики та лікування психологічних ознак опозиційно-викличного розладу. З іншого боку, це дає можливість нам ґрунтовно підійти до дослідження питань психологічних особливостей та особистісних чинників, які впливають на прояв опозиційно-викличної поведінки у дітей-біженців.

Теоретична значущість роботи полягає у розширенні розуміння особливостей проявів психологічних ознак опозиційно-викличного розладу у дітей-біженців в Україні та закордоном.

Практична значущість роботи визначається у можливості використання результатів дослідження для розробки методичних матеріалів для фахівців у педагогічній та соціальній сфері, та особливо для працівників психологічної служби, що працюють з сім'ями та дітьми, що постраждали від війни. Дослідження може бути використано для розробки рекомендацій та психологічних інтервенцій у роботі з дітьми з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОЗНАК ОПОЗИЦІЙНО-ВИКЛИЧНОГО РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ - БІЖЕНЦІВ

1.1. Аналіз психологічних ознак опозиційно-викличного розладу поведінки у дітей у науковій літературі

Опозиційно-викличний розлад поведінки входить до переліку розладів порушення поведінки до класифікації МКХ – 10. Поведінкові розлади знаходяться у класифікації за кодом F91. Поведінкові розлади характеризуються стійким характером вираженості, частій повторюваності щонайменше за останні 6 місяців та мають бути у формі агресивної, або ж викличної поведінки [76]. Розлади характеризуються поведінкою дітей, що призводить до конфліктів та порушує права інших людей.

Основними прикладами опозиційно-викличної поведінки є схильність дитини до жорстокості, імпульсивності, байдужості до думки авторитетних осіб та однолітків. У деяких випадках опозиційно-виклична поведінка включає акти навмисного шкідництва: підпали, крадіжки, псування майна, втечі з дому, важкі емоційні стани гніву та роздратування. [76].

Опозиційно-викличний розлад у класифікації МКХ- 10, розділі F91 зазначений кодом A91.3 та характеризується відмовою дитини до співпраці, зухвалою, негативістською та дратівливою поведінкою по відношенню до батьків, однолітків, вчителів та інших авторитетних осіб [76]. Для виділення опозиційно-зухвалого розладу за класифікацією DSM-5 в окремий напрямок розладів поведінкового спектру включають наступні ознаки:

- часто втрачає самоконтроль;
- дитина часто буває образливою або легко дратується;
- дитина часто зла та ображена;
- часто сперечається з авторитетними особами;
- часто активно йде на конфлікт і відмовляється виконувати найпростіші вимоги від авторитетних осіб або правил;

- часто дитина свідомо дратує інших; часто звинувачує інших у своїх помилках або поганій поведінці;

- присутня яскраво виражена мстивість;

Згідно з DMS-5, діагноз опозиційно-викличний розлад вимагає, щоб дитина мала принаймні чотири симптоми з перелічених категорій. Симптоми повинні виникати щонайменше шість місяців і мати негативний вплив на сімейне, соціальне та освітнє функціонування [76].

Опозиційно-викличний розлад поведінки є одним з розладів загальної групи розладів поведінки. Найбільш використовувані класифікації представляють поняття «розлад поведінки» не достатньо повно, і часто не розкриває сутність проблеми, таку думку має дослідник Salekin [104]. Salekin звертає увагу на розлад регуляції емоцій, який проявляється негативною та зухвалою поведінкою, а також дратівливим настроєм. Незважаючи на те, що ОВР може бути поширеним у дитинстві, його низький і стабільний рівень поширеності у дорослому віці свідчить про те, що цей розлад пов'язаний зі значними порушеннями в різних контекстах та збільшує ризики розвитку інших психічних розладів у майбутньому. Часто спрощене трактування опозиційно-викличного розладу поведінки як наслідок лише поганого виховання є неправильним. Є багато доказів того, що на розвиток ОВР впливають різноманітні психологічні особливості самої дитини, її оточення та фактори, зокрема генетичні та нейробіологічні. Люди, що мають психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки зтикаються з непорозуміннями з боку одноліток, вчителів, батьків та соціуму взагалі. Опозиційно-викличний розлад часто помилково сприймається як легка форма розладу поведінки, проте він відрізняється від розладу поведінки тим, що останній включає модель агресивної поведінки, порушення законів, правопорушення та психопатичні риси. Останніми роками з'явилися діагностичні зміни, які розрізняють опозиційно-викличну поведінку та розлад поведінки.

У нашому дослідженні ми також будемо спиратися на категорію «травматична ситуація», та «травматичний досвід». Розглянемо визначення «травматичної ситуації», яке пропонує Cohen G., (2006), події, що призводять до сильного емоційного потрясіння та можуть загрожувати фізичній цілісності та безпеки людини, а також ситуації, що призводять до фізичної та емоційної травматизації. Такі психологічні ситуації часто поєднуються з загрозою фізичного насилля або поранення [33].

Багато досліджень присвячено виокремленню та концептуалізації опозиційно-викличного розладу у складі групи розладів поведінки. Lindhiem та інші (2015) вважають, що слід уважно ставитися до підтипів прояву опозиційно-викличного розладу поведінки з високим рівнем поведінкових симптомів негативного афекту. Також слід уважно ставитися до критеріїв високого рівня у 10 поведінкових симптомів у порівнянні з низьким рівнем прояву симптомів [79].

Опозиційно-викличний розлад оцінюється у трьох ступенях: легкий (симптоми обмежені лише одним налаштуванням); помірний (деякі симптоми будуть присутні принаймні в двох ситуаціях); важкий (симптоми будуть присутні в трьох або більше станах) [79].

Cavanagh (2017) та колеги з'ясували, що опозиційно-викличний розлад поведінки також має розглядатися як проблемний розлад регуляції емоцій, що мають руйнівний характер. Дослідники спиралися на теорію підтипів ОВР, які включають наступні емоційні прояви: злість, дратівливість, звинувачення інших, неслухняність та образливість. Провівши ретельну обробку теоретичних та емпіричних даних, вони дійшли висновку, що опозиційно-викличний розлад поведінки – це одновимірний конструкт, який може мати різноманітні прояви що входять до визначення поведінкових розладів та до емоційної дизрегуляції [31].

Етіологія. На даний момент не існує вичерпних досліджень які б давали чітку відповідь на питання про походження опозиційно-викличного розладу

поведінки. Проте, можна виділи ряд факторів і маркерів які асоціюються з даним розладом.

Генетика. На сьогоднішній день, науковці стверджують, що генетичний фактор – це суттєва передумова виникнення опозиційно-викличного розладу. Спадковість генетичних факторів може перевищувати 50%, а за даними індивідуальних оцінок, отриманих від батьків навіть 70% [43].

В той же час, одні автори вважають, що опозиційно-викличний розлад генетично сумісний з іншими розладами поведінки [44]. Інші дослідження вказують на специфічний вплив генів у кожному з поведінкових розладів. Крім того, генетичні фактори є основою у взаємозв'язку опозиційно-викличного розладу та синдрому дефіциту уваги, а також між опозиційно-викличним розладом поведінки та депресивними розладами [99]. У результаті досліджень з використанням близнюкового методу симптоми дратівливості мають загальні генетичні наслідки що і симптоми депресії, тоді як симптом «свавілля» у розрізі опозиційно-викличного розладу поведінки розділяють генетичні ризики з ознаками делінквентності. Взаємозв'язок ген-середовище також підтверджене дослідженнями, в результаті яких наведено приклади, коли на недбале виховання в дитинстві накладається й генетичний тип, це вочевидь має виражену валідність і біологічну достовірність.

Проте, цікаві результати дослідження американців Salvatore і Dick, які проаналізували численні результати досліджень в сфері генетики з метою з'ясувати з якою вірогідністю генетична складова впливає на формування розладів поведінки. Дослідники використали також близнюковий метод, щоб з'ясувати чи існує ризик появи антисоціальної поведінки з генетичними факторами. Спроба відшукати конкретні гени, що «відповідали» б за розлад поведінки у цьому дослідженні не були з'ясовані. Автори дослідження наголошують, що тема генетичних факторів та зв'язок із розладом поведінки потребує широкого вивчення, адже тоді можна було б спрямувати терапевтичні дії на превентивний шлях роботи [101].

Нейробиологія. Останніми роками питання щодо етіології та патогенезу опозиційно-викличного розладу поведінки є доволі актуальним серед дослідників, які базують свої висновки на результатах нейробиологічних дослідів. Біологічна складова опозиційно-викличного розладу поведінки включає генетичні та морфофункціональні порушення, що свідчить про те, що основним чинником виникнення поведінкового розладу може бути вроджені вади [47].

Нейробиологічні механізми опозиційно-викличного розладу є достатньо досліджуваними. З'ясовано, що стан різкого несприйняття критики з боку авторитетних осіб може бути спричинений гіперактивністю мигдалеподібної залози щодо негативних подразників. Тобто, діти гостріше та швидше реагують на критику, зауваження та крик. Також серед маркерів є знижена кортизолова реактивність щодо стресу. Тобто, викиди кортизолу відбуваються з деякою затримкою. Наступний нейробиологічний маркер - це зміни в нейротрансмісії норадреналіну та серотаніну та певні порушення у процесах дофамінової винагороди. Також є порушення з боку орбіфронтальної кори, тієї частини, яка відповідає за здатність приймати виважені рішення та розуміти наслідки своїх вчинків [84].

Значний прогрес у розумінні особливостей різних типів поведінкових розладів дає змогу робити діагностування найбільш точним, а тому і знайти найбільш ефективні методи у роботі з опозиційно-викличним розладом поведінки. Діти з поведінковими розладами заслуговують особливої клінічної оцінки на основі також їх біологічних даних. [26]

Розповсюдження у світі. Різні дослідження поведінкових розладів, зокрема і опозиційно-викличного, показують сумну статистику, що майже половина усіх звернень батьків із дітьми молодшого та середнього шкільного віку пов'язана саме з психопатологією у розрізі розладу поведінки [21, 55].

Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я та Всесвітніх досліджень психічного здоров'я показують, що оцінка поширеності опозиційно-викличного розладу поведінки широко варіюється в різних країнах.

Наприклад, дані великого міжнародного дослідження, опубліковані Kessler et al (2007) продемонстрували значні коливання поширеності протягом життя розладів контролю над спонуканням (включаючи опозиційно-викличний розлад поведінки та синдром дефіциту уваги та гіперактивності) [74].

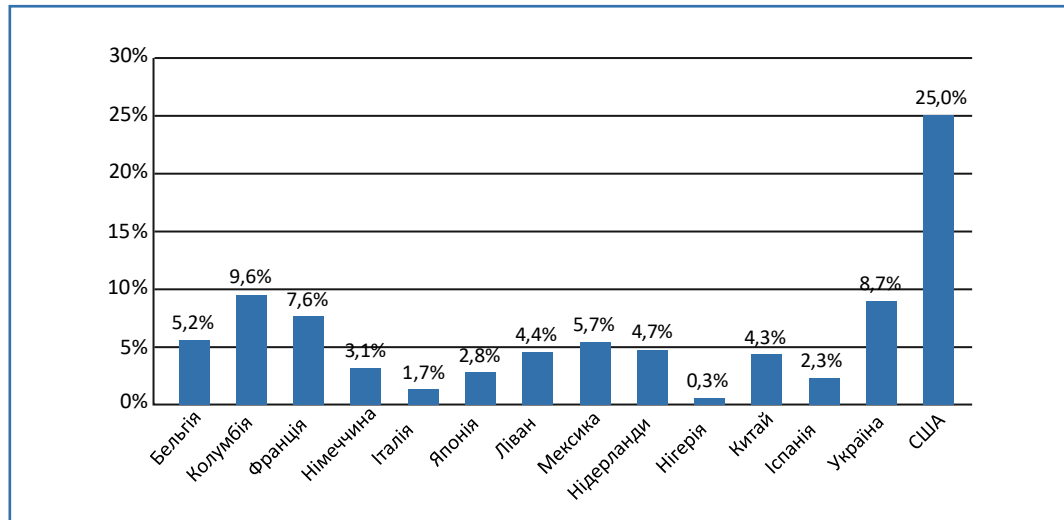


Рисунок 1.1. – Географія розповсюдженості розладів контролю над спонуканням дітей

Взаємозв'язок між опозиційно-викличним розладом поведінки та іншими розладами. Для опозиційно-викличного розладу поведінки характерна коморбідність, оскільки розлад часто зустрічається у поєднанні з цілим рядом інших розладів, зазначає Costello (2003) у тому числі з тривожними та депресивними розладами, часто з розладами дефіциту уваги та гіперактивності [40].

Згідно декількох досліджень, опозиційно-викличний розлад поведінки може бути однією з причин виникнення у майбутньому депресії (Copeland et al, 2009 Burke et el, 2005 Burke et el, 2010) та тривоги (Maughan et al.2004). Copeland et al. (2009) відмітили, що опозиційно-викличний розлад поведінки у дитячому віці часто є прогнозом виникненню депресії [39, 80].

Гетерогенність зв'язків між опозиційно-викличним розладом поведінки у дитячому віці та розладами поведінки у дорослому досліджували Stringaris and Goodman (2009). Науковці припускають, що критерії опозиційно-викличного розладу за ДСМ-5 апріорі містять три шкали, описані як

«дратівливість», «свавілля», «шкідництво» [110]. Rowe et al. (2010) зазначають лише дві шкали «дратівливість» та «свавілля» [97]. Результати досліджень свідчать про те, що шкала з «дратівливим» настроєм чітко прогнозує емоційні розлади у дитини в майбутньому. Тоді як «свавілля» та «шкідництво» більше слугує предикторами для виникнення проблем з поведінковими розладами. [110]

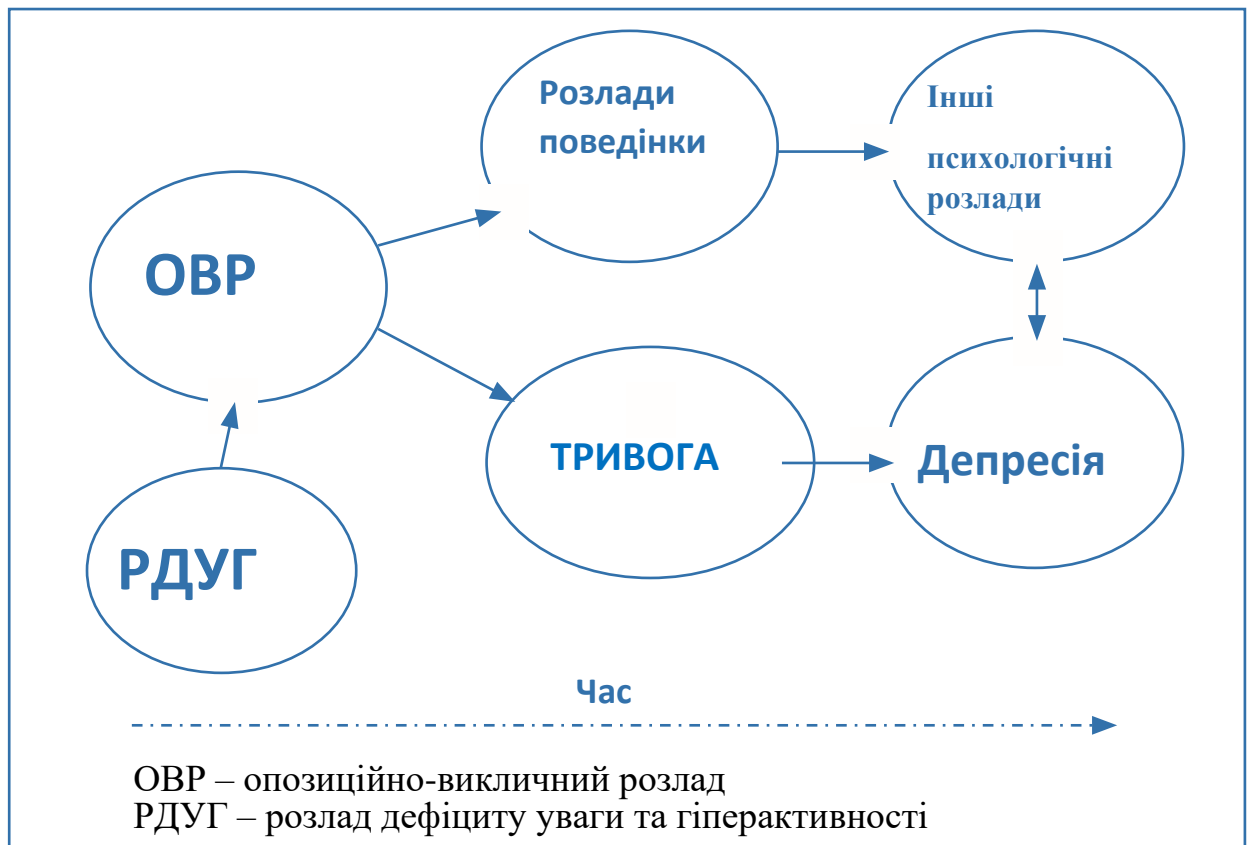


Рисунок 1.2. – Взаємозв’язок між опозиційно-викличним розладом та іншими розладами (Burke et al, 2005) [30].

Темперамент. Особливості темпераменту, що вже помітні у дітей дошкільного віку, наприклад дратівливість, імпульсивність та інтенсивність реакцій на негативні стимули можуть сприяти формуванню патерну опозиційної та зухвалої поведінки. Дослідники припускають, що базовою психологічною особливістю опозиційно-викличного розладу поведінки є саме різні особливості темпераменту дитини, чим може пояснюватися його коморбідність. Stringaris et al. (2010) у своїх дослідженнях зазначили, що коморбідність між опозиційно-викличним розладом поведінки та

інтерналізуючими розладами суворо асоціюється з ранньою емоційністю, тоді як коморбідність між опозиційно-викличним розладом та РДУГ виявилася більшою мірою пов'язана з підвищеною активністю як рисою характеру [109].

Вплив однолітків. Діти, які демонструють опозиційну поведінку, більше схильні до порушень соціальних правил та норм, а також мають більше конфліктних ситуацій з однолітками. Такі діти, як правило, будучи відкинутими нормальними однолітками, прагнуть створювати групи з іншими дітьми, які мають проблеми в поведінці [79]. Дослідники припускають, що схильність до зухвалої поведінки може бути наслідком виключення із спільного кола спілкування однолітками дитини. Такий взаємозв'язок між симптомами опозиційно-викличного розладу поведінки та виключенням дитини з групи однолітками має двосторонню спрямованість. Тут дослідники наводять приклади дослідження булінгу Arseneault et al, (2010) [20].

Моделі виховання. Patterson (1982) запропонував модель, відповідно до якої поведінка батьків може посилювати негативну поведінку дітей і в результаті, за його визначенням, призводити до «примусових сімейних процесів». Його робота наочно продемонструвала, що батьки дітей з опозиційно-викличним розладом поведінки більше застосовували жорсткі правила, і давали занадто суворі та малозрозумілі дитині настанови. Дослідження показало взаємозв'язок емоційного стану батьків та вираженістю симптомів поведінкових розладів [64]. «Примусові сімейні процеси» автор дослідження пояснює як процес у якому занадто суворе покарання батьків запускає низку реакцій дитини, що в результаті призводить до ескалації її зухвалої поведінки. Це в свою чергу призводить до ще більшої негативної реакції батьків (вихователя чи опікуна) і більш негативних дій з боку дитини. З часом це призводить до того, що батьки емоційно виснажуються і не відступають від своїх суворих покарань, йдуть на поступки і це в свою чергу підкріплює зухвалу поведінку дитини.

Таке парадоксальне «підкріплення» негативної поведінки дітей може з одного боку посилювати та підтримувати опозиційну поведінку, а з іншого бути специфічною метою терапевтичного втручання [91].

Психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки можуть проявлятися обмежено, особливо в домашньому середовищі. Діти, які проявляють достатню кількість симптомів, щоб задовольнити критерії діагнозу, навіть вдома, можуть мати серйозні проблеми у взаємодії з «домашнім» оточенням [63]. Проте, в більш важких випадках, симптоми цього розладу присутні в різних ситуаціях. Зважаючи на те, що симптоми вказують на важкість цього розладу, важливо оцінювати поведінку дитини в різних ситуаціях та у різних середовищах. Оскільки ці показники поведінки часто спостерігаються між братами і сестрами, їх слід спостерігати під час взаємодії з іншими особами, окрім родичів. Крім того, оскільки симптоми ОВР зазвичай більш помітні, коли діти взаємодіють з дорослими або ровесниками, з якими вони добре знайомі, вони можуть не бути помітними під час клінічного обстеження [65].

Дослідники вважають, що існує взаємозв'язок між стилями виховання і здатністю дітей виражати та викликати свої емоції [76].

Замість прямої роботи з дітьми, психологи можуть більше допомогти дітям, надаючи консультації та освіту батькам. Взаємодія батьків та опікунів з дітьми залежить від рівня стресу та гнучкості, що присутні в конкретній сім'ї. Батьки спілкуються з дітьми, фокусуючись на прямій освіті, вибіркового делегуванні повноважень та виразному висловленні [86]. Вони впливають на розвиток емоційної регуляції у дітей шляхом моделювання та використання аналогій. Також вони контролюють оточення дітей, щоб обмежити або розширити можливості для їх емоційного досвіду, і навчають дітей контролювати свої емоції [72].

Однією з характеристик, що підтверджує статистику щодо психологічних проявів опозиційно-викличного розладу поведінки є його частіше поширення серед дітей, які проживають у сім'ях, де порушується належний догляд за

дітьми через часті заміни опікунів або наявність насильницького, нестабільного чи недбалого ставлення до дітей. Тому, важливо зважати на діагностику не тільки батьківського ставлення до дитини, але й чи не є психологічні ознаки вираженості опозиційної поведінки результатом занедбаності та педагогічної запусченості [70, 51].

З огляду на проаналізовані теоретичні дані, можна зробити висновок, що поширеність опозиційно-викличного розладу поведінки є доволі високою. Насамперед, на це впливає ціла низка чинників: генетичний, наявність супутніх захворювань та розладів, наявність травм, соціальний фактор, особистісно-характерологічний чинник, психоемоційні потрясіння, а також тип сімейного виховання тощо. Дослідження, присвячені виокремленню саме опозиційно-викличного розладу поведінки серед багатьох інших розладів поведінкового спектру дозволить проводити більш точну діагностику та обирати найкращий інструментарій для роботи з ним. На основі наукових літературних джерел ми змогли дослідити психологічні особливості прояву опозиційно-викличного розладу такі як: риси жорстокості і не емоційності, грандіозності і маніпулятивності також зухвалості та імпульсивності. Також у різноманітних класифікаціях деякі науковці виділяли окремо фактор «агресії» та його підтипи: відкритий тип, реактивний тип, реляційний тип тощо. Психологу варто звертати увагу не тільки на кількісні показники симптомів опозиційно-викличного розладу, але й на їх «важкість». Особливої уваги науковців заслуговує розгляд психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу у коморбідності з іншими розладами. У своїх дослідженнях науковці зазначають що, опозиційно-викличний розлад поведінки може дуже часто зустрічатися у поєднанні з іншими розладами поведінки, наприклад з розладом дефіциту уваги та гіперактивності та посттравматичними стресовими розладами.

Психологічні особливості опозиційно-викличного розладу у дітей. У своїх роботах Salekin звертає увагу на прояви поведінки дітей з позиції «дитячої психопатії», відсилаючи нас до робіт Cleckley, (1941), та Nare,

(1991/2003) та інших. Концепція психопатії складається з трьох компонентів: рис жорстокості та байдужості, зухвалості та імпульсивності та грандіозності і маніпулятивності. DSM-5 визначає риси байдужості та жорстокості як просоціальні емоції. Salekin у своїх роботах наголошує, що до цього визначення слід також додати такі компоненти як використання психопатичних рис, наприклад просоціальна поведінка може бути продиктована бажанням отримати увагу однолітків, тоді як активно-агресивна поведінка може бути причиною нестачі комунікативних навичок.

Байдужість та жорстокість характеризується відсутністю емпатії та докорів сумління з короткочасними емоціями [53]. За останні десятиліття, концепція психопатії розширилася та охопила такі поняття як байдужість та жорстокість у контексті опозиційно-викличного розладу поведінки Frick et al, (1994). Frick, P. J., дає таке визначення рисам байдужості та жорстокості – це серйозна антисоціальна поведінка, яка порушує права інших або основні вікові норми та правила, є критичним компонентом зовнішнього спектру розладів [80, 52]. Як показують дослідження, доволі часто діти з діагнозом розладу поведінки мають риси байдужості та жорстокості, наявність таких характерних особливостей дозволяє виділити підгрупу дітей із серйознішими проблемами у поведінці [63]. Риси байдужості та жорстокості, можуть бути успадковані генетично. Ці дві риси у поєднанні характеризуються поганим розпізнаванням емоцій(особливо страху) за виразом обличчя [54].

Маніпулятивність і грандіозність включають безвідповідальність, схильність до нудьги, пошук новизни та антисоціальну поведінку [50].

Colins O. та його колеги провели дослідження прояву основних рис опозиційно-викличної поведінки, у тому числі частоту проявів та ступінь вираженості рис грандіозності та маніпулятивності серед дітей 7-12 років. Дизайн дослідження був спрямований на звіт батьків про поведінку та здоров'я дітей. У дослідженні, що тривало три роки та у якому взяли участь 690 кіпрських хлопчиків і дівчаток було підтверджено гіпотезу дослідників про те, що риси грандіозності та маніпулятивності мають пряму кореляцію зі

ступенем вираженості опозиційно-викличної поведінки. Але, у тому самому дослідженні автори зазначають, що ці риси притаманні також іншим поведінковим розладам та можуть бути обумовлені особистісними особливостями такими як сімейне виховання, задоволеність умовами проживання та інше [35].

У іншому дослідженні щодо кореляції рис маніпулятивності та грандіозності як предиктора антисоціальної поведінки автор Andershed H. та колеги (2018) зазначають, що ці риси у середньому та високому значенні також впливають на вираженість проявів психологічних ознак опозиційно-викличного розладу поведінки [16].

Імпульсивність та зухвалість передбачають що особа демонструє схильність до невмотивованого ризику та прагнення до надмірно гострих відчуттів. Willoughby, M. та колеги (2015) дослідили риси зухвалості і імпульсивності серед 1078 дітей, методом збору інформації слугували анкети розроблені для батьків. Підтверджувальний факторний аналіз показав, що риси зухвалості та імпульсивності мали помірну або сильну кореляцію між собою ($\phi = -0,67, p < 0,001$) та з опозиційним викличним розладом поведінки та іншими розладами поведінки [117].

Levantini V., та колеги (2022) провели дослідження серед 116 хлопчиків (віком 7–12 років) із психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу поведінки на основі критеріїв DSM-V. Психопатологічні риси оцінювали за допомогою опитувальника для батьків щодо антисоціальних процесів дітей. Також була розроблена комп'ютерна програма для розпізнавання електронних імпульсів на обличчі дитини під час проведення комп'ютерного тестування дітей [58]. Патерн погляду був записаний за допомогою спеціального пристрою, поки учасники виконували комп'ютерне завдання з розпізнавання емоцій. Часткові кореляції показали негативний зв'язок між рисами зухвалості та визнанням смутку, а також між нарцисизмом і визнанням огиди. Крім того, риси зухвалості були пов'язані зі зниженою увагою до розпізнавання емоцій на інших обличчях, особливо щодо виразу

очей з сумним та огидним виразом. Імпульсивність була пов'язана з більшою увагою до очей сердитих і наляканих облич. Нарцисизм був негативно пов'язаний з розпізнаванням огиди та кількістю фіксації на очах сердитих облич, і позитивно пов'язаний із кількістю та тривалістю фіксації на роті сердитих облич. Результати підтверджують зв'язок між рисами зухвалості та імпульсивності та дефіцитом обробки емоцій навіть після контролю за ефектами інших вимірів психопатії. Ці результати також можна взяти до уваги, що попередньо свідчать про порушення емоційної обробки із-за виражених рис зухвалості та імпульсивності [113].

Риси імпульсивності. Імпульсивність – це характер дії з відсутністю передбачуваності роздумів та наслідків [60]. Головна частина досліджень показує зв'язок між імпульсивною поведінкою та лобовою частиною, переважно з функціональною областю венстромедіальної орбітофронтальної кори [25]. У своїх дослідженнях Berlin et.al., (2004) у ході своїх досліджень зробили такі результати: очікувана емоційна винагорода, пов'язана із запахом, яка сприймається та обробляється в скроневих ділянках, виявилася основною сигнальною ознакою, що визначає реакцію імпульсивних дітей. Потім слідували самосвідомість, відчуття взаємодії з оточенням, а також відчуття комфорту та щастя, які регулюються прекунеусом спільно з соматосенсорною корою та поясною звивиною [52]. Крім того, виявлено, що зниження зв'язків з лобовими долями та іншими областями сенсорної інтеграції, такими як піриформна кора, в поєднанні з іншими сенсорними областями, свідчить про наявність різних стратегій обробки нюхових емоційних сигналів у імпульсивних дітей. Дослідники також припускають, що мозочок відіграє ключову роль у модуляції процесу прийняття рішень у таких дітей. Імпульсивність є комплексним поняттям і складається з двох складових: імпульсивність швидкого реагування та імпульсивність затримки винагороди (тобто імпульсивність вибору):

1) імпульсивність швидкого реагування (rapid impulsivity) - це конструкт, який найчастіше визначають як стиль реагування, коли людина

жертвує точністю заради швидкості (Evenden, 1999) [46]. Це широке визначення дозволяє застосовувати різноманітні експериментальні вимірювання, оскільки практично будь-яка задача, де є залежні змінні, що відображають час і/або точність відповіді, може слугувати показником імпульсивності швидкого реагування.

2) імпульсивність затримки винагороди (Reward-delay impulsivity) - це імпульсивність, пов'язана із затримкою винагороди, яка визначається як перевага дрібних негайних підкріплень більшим відстроченим підкріпленням (Swann et al, 2002) [108].

Опозиційно-викличний розлад поведінки відноситься до першої складової – імпульсивності швидкого реагування. Оскільки імпульсивність стосується особистісних різниць у контролі поведінки та реактивності. (Eisenberg et al., 2007) [45]. Імпульсивність проявляється у поведінкових, мотиваційних і когнітивних аспектах, включаючи недостатню здатність контролювати домінуючу реакцію, відсутність передбачення та планування, чутливість до винагороди, негайне задоволення, байдужість до покарання або наслідків, що не приносять винагороду (Vitaro, 1999) [114].

1.2. Аналіз феномену біженства у науковій літературі

Визначення поняття «Біженець» характеризується як особа, що залишила країну постійного проживання внаслідок надзвичайних обставин, наприклад у результаті збройних конфліктів, насильства, кліматичних змін тощо [2]. У юридичному розумінні статус біженця закріплений в Конвенції Організації Об'єднаних Націй з 1951 року у статті 1[4]. Визначення поняття біженця як особи, яка вимушено покинула постійне місце проживання та знаходиться за межами своєї країни, через загрозу насильства, воєнні дії, політичні переслідування або ж стихійні лиха [111]. Діти, які разом з батьками, родичами або ж опікунами покинули свої домівки через війну теж входять у категорію діти-біженці [6]. У нашому дослідженні, ми будемо використовувати саме термін «біженці», маючи на увазі людей, які вимушено

переїхали до інших країн через збройний конфлікт без урахування їх офіційного статусу перебування у новій країні.

Всесвітня організація охорони здоров'я, Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) та інші організації підкреслюють важливість забезпечення психологічної допомоги дітям-біженцям в усьому світі. У січні 2005 року Виконавчий комітет ВООЗ закликав «підтримати упровадження програм відновлення психологічної шкоди від війни, конфліктів та стихійних лих», у травні цього ж року в своїй резолюції ВООЗ запропонувала державам-членам «посилити дії для захисту дітей від збройних конфліктів і в них» [56].

Згідно даних за березень 2023 року у ЄС зареєстровано більше 8,1 мільйона біженців з України. [100]

Станом на 30 березня 2023 року, згідно офіційної статистики ЮНІСЕФ та УВКБ ООН понад 2,5 мільйона дітей стали внутрішньо переміщеними особами в межах України. [112]

У нашому дослідженні ми використовуємо поняття «Біженець», та слід відокремити також визначення внутрішньо переміщеною особи. Отже, ВПО-це особа, що має українське громадянство, або іноземець, що законно знаходиться на території України та були вимушені покинути місця постійного проживання із-за воєнних конфліктів, стихійних лих або політичних конфліктів [7].

Діти складають половину всіх біженців від війни в Україні. Понад 1,1 мільйона дітей прибули до Польщі, та 1,3 до Німеччини, сотні тисяч також прибули до Румунії, Молдови, Угорщини, Словаччини та Чехії.

Для опису психологічного досвіду людей, що вимушено покинули свої домівки через війну у науковій літературі пропонують декілька хронологічних моделей: передміграція, міграція та постміграція [49].

Передеміграційний етап включає у себе час перед моментом залишення місця постійного проживання. У цей період як раз і відбувається найбільш травмуючі події, такі як: бойові дії, насильство тощо. Часто, в цей час, біженці перебувають у становищі, коли відчувають пряму загрозу своєму життю,

безпеці, позбавлення основних базових прав та свобод. У таких умовах, діти особливо перебувають в уразливому стані та у фізичній і психоемоційній загрозі [10].

Наступний етап для біженців передбачає фізичне переміщення у безпечне або відносно безпечне місце тимчасового перебування. Саме на цьому етапі психоемоційний стан характеризується переживаннями щодо невизначеності майбутнього; стресом для дітей при розлученні з батьками (або одним з них). Фізичною віддаленістю від важливих для дитини людей – друзями, родичами, однокласниками [28, 29]. В такі моменти діти опиняються у новому середовищі, що може погіршувати їх психоемоційний стан.

Постеміграційний етап – найдовший за часом за попередні два, і визначається тим, що людина опиняється на новому місці проживання. Саме у цьому етапі з'являються усі витіснені переживання, які були на попередніх етапах. Стійкі реакції горя або ж посиленої тривоги на втрату звичного місця проживання. Саме у цей період людина дуже вразлива і важливе місце на цьому етапі має ставлення до біженця на новому місці перебування. Доброзичливе ставлення значно полегшує адаптацію та зменшує стрес у родини та у дитини.

У своїх дослідженнях Sameroff A. J. et al. (1987) виокремлюють десять чинників ризику оточення для психоемоційного стану дітей-біженців: психічний стан матері, підвищена материнська тривожність, жорстке батьківське ставлення до помилок дитини, сталі та не гнучкі цінності щодо розвитку та виховання дитини, недостатність спонтанних позитивних реакцій матері на дитину, низький фінансовий та соціальний статус родини, незахищений соціальний статус матері, низький рівень залучення матері до батьківства, недостатній рівень сімейної підтримки за відсутності одного з батьків, стресові події життя та великий розмір сім'ї [102].

Appleyard K., et al. (2005) вважають, що чим більше цих чинників присутні у повсякденному житті дітей-біженців, тим більше ускладнюється їх психоемоційний стан [19].

Інший дослідник, Paradoroulos R. K., (2001, 2002) зазначає певні стадії, які є передумовою для травмування психоемоційного стану біженців: передбачення, руйнація, виживання та адаптація. Перша стадія «Передбачення» виникає тоді, коли людина формує свій намір щодо міграції, часто це із-за загрози смерті, поранення або насильства. Друга стадія «Руйнація» та третя «Виживання» належить до періоду переміщення. Стадія «Адаптація» говорить сама за себе [89, 73].

Діти-біженці мають різні прояви порушень у психоемоційній сфері. Найчастіше першими «дзвіночками» є порушення у поведінкових патернах. У своїх дослідженнях, науковці з'ясували, що травматичні події, насильство, втрата близької людини, певна ізоляція від звичного способу життя посилює симптоми вже наявних поведінкових розладів. Також науковці зазначають, що опозиційно-викличний розлад поведінки найчастіше зустрічається саме у дітей-біженців ніж у їх одноліток, що не зазнали травматичного досвіду. Науковці, зазначають, що діти-біженці саме з розладами поведінки потребують особливої уваги суспільства для того, щоб процес адаптації на новому місці не погіршив і без того уразливий стан дитини [12]. Для цього необхідна злагоджена робота між різними службами охорони здоров'я та соціального захисту, і тому дослідження цього питання вкрай важливе для усіх сторін.

1.3. Вплив тривожності та особистісних факторів у дітей-біженців на психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки як предмет дослідження.

Більшість дітей зазнають високого рівня травматизації у молодшому шкільному віці, особливо уразливими є травми пов'язані з війною. Переїзд з постійного місця проживання, зміна ритму та способу життя, розлучення з друзями та близькими, досвід перебування у зоні бойових дій, втрата близьких значно підвищують рівень тривоги у дітей. Ці впливи створюють ризик для проблем психічного здоров'я, у тому числі у дітей з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу поведінки [13]. Якщо поведінка дитини у

мирний час викликала занепокоєння у оточення, то під час травматизації зростає рівень тривоги і в батьків, і у оточення, і у дитини, що тільки підсилює прояви поведінкового розладу.

Чимало досліджень різного характеру проведено фахівцями у сфері розгляду рівня тривоги та наслідків війни у дітей різного віку. Наприклад, Derluyn I., and al., (2007) у лонгітюдному дослідженні рівня тривоги у дітей-біженців із Сирії, що переїхали до Бельгії, дослідники зазначили, що діти, які пережили більше травматичних подій, ніж їхні однолітки демонструють вищий рівень проблем з однокласниками та у їх поведінці виражені симптоми тривоги [41, 82].

В останні роки виникла значна зацікавленість щодо зв'язку між тривожними розладами та психологічними ознаками, що можуть бути проявами опозиційно-викличного розладу поведінки Boylan (2007) Cunningham та Ollendick (2010) [27]. Тривожний розлад характеризується надмірним занепокоєнням або страхом, поведінковим уникненням, високим ступенем прояву емоцій, фізіологічними симптомами та у маленьких дітей істериками, такими як крик, плач і відмова підкоритися. З іншого боку, опозиційно-викличний розлад поведінки характеризується негативістською, зухвалою, непокірною та ворожою поведінкою, особливо щодо авторитетних осіб. Продовжують з'являтися дослідження, які не тільки висвітлюють взаємозв'язок між цими, здавалося б, несхожими розладами, але й припускають, що вони мають спільну етіологію, що лежить в основі, яка включає індивідуальні психологічні особливості. Такі науковці як Chu (2012) Mansell et al., (2009) використовують трансдіагностичний підхід, який базується на спільних рисах серед розладів, а не на їх відмінностях. Згідно їх досліджень регуляції емоцій і труднощів з обробкою інформації, а також стиль батьківського ставлення та виховання узгоджується з проявами тривожності у дітей з психологічними ознаками прояву опозиційно-викличного розладу поведінки [77].

Дані про високий рівень тривоги українців, що виїхали після 24 лютого 2022 року підтверджує опитування проведене у Чехії Національним інститутом психічного здоров'я. 45% біженців зазначили про важку форму депресії та тривоги і потребують консультацію психіатра. Таким чином, близько 75 000 із 160 000 біженців зараз перебувають у стані тривоги [61].

Психологічні особливості дітей-біженців з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу. У літературі опозиційно-викличний розлад широко досліджується психологами та психіатрами у розрізі різних питань. Ми ж розглянемо дослідження опозиційно-викличного розладу поведінки у категорії дітей-біженців.

Багато досліджень опозиційно-викличного розладу у дітей-біженців можна спостерігати у період з 2002 по 2004 рік, саме в цей період проводилися лонгitudні дослідження науковцями з Великобританії [84]. Ось декілька спостережень які наводить Leavey G., et al. (2004), що діти-біженці у Лондоні часто мають занижену самооцінку, високий рівень стресу, та значні відхилення від норми у поведінці [92].

Ingleby D., Watters C., (2002) зауважують, що діти-біженці протягом тривалого часу (іноді — кількох років) мають високий рівень психоемоційного стресу. Психотравма, що часто є передумовою для виникнення поведінкових розладів, у тому числі опозиційно-викличного розладу поведінки [69].

Thabet A., et al. (2004, 2005), зазначають про значну поширеність симптомів депресії, тривоги та розладів поведінки у дітей у сім'ях біженців [118].

Дослідженнями Papageorgiou V., et al. (2000), Neptinstall E., Sethna V., Taylor E.. (2004), Kia-Keating M., Ellis B. H., (2007) було виявлено, що від 28 % до 60 % дітей та молоді, переміщених із зон конфліктів до США, Великої Британії та Греції, були розлучені з батьками протягом місяця і більше, або їхні батьки були вбиті і це мало надзвичайно високий рівень стресу у дітей-біженців, відзначалися симптоми ПТСР та розладів поведінки [62, 90].

Згідно Глобального шкільного дослідження (2007), у якому також брали участь діти-біженці, встановлено, що серед 2601 палестинських дітей (25,9 %) осіб визначено ознаки різноманітних поведінкових розладів [71].

Derluyn, Broekaert E., (2008) зазначають, що діти-біженці, з поведінковими розладами зокрема з опозиційно-викличним, які мали діагноз до початку травматичних подій на новому місці мають посилення симптомів, що спричинене загальними проблемами, притаманними усім переселенцям. Існують ризики, що загрожують погіршенню вже наявного розладу або посилює симптоми ознак розладів поведінки. Ще одним важливим питанням, на яке автори намагаються дати відповідь, є питання прагнення суспільства та оточуючих людей розглядати таких дітей як «біженців» або «переселенців», а не як «дітей», що з рештою призводить до дефіциту психологічної уваги, належного розуміння проблеми, турботливого ставлення та підтримки, якої ці діти дуже потребують [49].

Reed R. V., et al. (2012), у своїх дослідженнях наголошували про важливість в протективній ролі щодо психічних порушень таких чинників: стабільне сімейне життя, якісна освіта та суспільна підтримка, отримана переміщеною дитиною під час процесу її інтеграції до місцевих громад [94, 103].

Узагальнюючи дані тридцяти чотирьох досліджень, Graham H. R., Minhas R. S., Paxton G. (2016) роблять висновки, що частими є скарги батьків та вчителів на проблеми з навчанням дітей-біженців. Дослідники виділили, що основні чинники, що впливають на успішність було те що, батьки висували до дітей надмірно високі вимоги, освітні програми не були адаптовані до потреб дитини, що пережили травматичний досвід. Негативні стереотипи вчителів, знущання та расова дискримінація, травма передміграції та постміграції, зміна ритму життя та режиму дня лише посилювали наявні симптоми розладу поведінки. На думку авторів досліджуючи такі фактори, як адекватні мотиваційні наративи, активна участь у шкільному та позашкільному житті дитини, сприятлива домашня обстановка, правильно організований освітній

процес, вчительське розуміння особливостей дітей-біженців щодо адаптації, підтримка однолітків та успішна культурна інтеграція зробили б процес адаптації дітей набагато гармонійнішим і легшим [87].

Comtesse H., Powell S., Soldo A. et al. (2019) у своєму 11-ти річному дослідженні серед боснійських дітей-біженців встановили, що симптоми поведінкових розладів не тільки зберіглися але й стали більш вираженими. Учені пов'язують такі результати з тим, що діти-біженці окрім травматичного досвіду воєнного конфлікту мають ще й численні поточні стресові чинники. Дослідники роблять висновки, що події пов'язані із війною для переміщених дітей мають негативні довготривалі наслідки для їх психічного здоров'я, а вплив поточних стресових чинників ще й підсилює ці наслідки [36, 107].

Численні дослідження та опитування дітей-біженців, які переселилися у країни Заходу, виявили поширеність депресивних та поведінкових розладів на рівні від 3% до 30%, а посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) — від 19% до 54%, тоді як серед дітей, що не переживали травматичні події пов'язані з війною цей показник складав від 2% до 9% [37, 105].

Дані багатьох досліджень вказують на те, що процес адаптації дітей-біженців на новому місці значно ускладнюється пережитим травматичним досвідом [1]. Зміна поведінки, низька мотивація до навчання, чужа зовнішня обстановка ці та інші обставини змушують дитину знову і знову переживати стрес, навіть тоді коли прямої загрози життю та здоров'ю дітей вже нема. Внаслідок витіснення травматичних спогадів, пригнічення поганих думок стан дитини ще більше ускладнюється.

На психіку дитини впливає чимало внутрішніх та зовнішніх факторів, які можуть призводити до загострення поведінкових розладів [81,85]. Багато авторів досліджують тему переміщення біженців та їх реагування на чинники ризику та антиризиків психоемоційних порушень на кожному етапі міграційного шляху. Вплив психоемоційного стресу, пов'язаного з бойовими діями, насильством, розлученням із сім'єю та звичним оточенням до початку війни, труднощі на новому місці тощо.

У той же час, багато науковців зазначають, що попри травматичний досвід діти-біженці успішно долають труднощі, за умови соціальної підтримки. Дослідники цього аспекту життя зазначають, що попри важкий процес реабілітації та адаптації такі діти досягають успіхів у своєму житті та реалізуються у багатьох аспектах життя.

Nodes M. (2000) зазначає, що при правильно організованому процесі реабілітації дітей з розладами поведінки, більшість дітей-біженців справляються з важкими обставинами. Тому, дуже важливим є вивчення методів та стратегій подолання стресу та адаптації дитини з поведінковими розладами, які використовуються дітьми для успішного функціонування [57].

У той же час багато дослідників зазначають, що із наростанням психотравмуючих факторів зростає кількість захисних факторів. Відомо про три групи захисних факторів: диспозиція (самооцінка та способи реакції на нові обставини); підтримка сім'ї та позитивні стосунки хоча б з одним з батьків; підтримка з боку вчителів, родичів та однолітків, соціальних працівників, лікарів та психологічної підтримки. Ці фактори включають особистісні та характерологічні особливості дитини, її здатність до комунікації, подолання конфліктів, спроможність шукати для себе підтримку в оточуючих, вміння співвідносити причини та наслідки у відносинах з людьми. Alvord M. K., Grados J. J., (2005) зазначають про важливість включеності батьків або опікунів у процес адаптації, та у допомозі створення для дитини ефективної мережі підтримки [15].

Цікаво розглянути **вплив** емоційних розладів та **опозиційно-викличного розладу поведінки на структуру мозку** дітей різного віку. У своїх спостереженнях Rechtel P., Pizzagalli D., (2011) зазначають, що у дітей раннього віку - 3-5 років переважає дисфункція гіпокампальних структур, а у дітей підліткового віку 14-16 років порушення локалізуються у лобній кірці. У своїх дослідженнях вони зауважують, що є пряма кореляція когнітивного розвитку дітей-біженців та їх посттравматичного стресу. Вони зазначають, що

наявність ознак поведінкових розладів у дітей-біженців також корелює з зниженою здатністю набуття когнітивних навичок [91].

Sirin S. R., Sirin L. R., (2015), пишуть, що у своїх дослідженнях сирійських дітей-біженців зазначають, що діти-біженці на 40% частіше ніж місцеві однолітки залишають шкільне навчання та загалом у них нижча успішність. Біженці частіше стикалися з дискримінацією, булінгом, що теж ускладнює навчання й впливає на шкільні показники успішності. Дослідники зазначають, що численні розлади, у тому числі поведінкові у дітей-біженців є наслідком сильної психотравми. У 79% дітей-біженців загинув хтось з членів родини, 60% стали свідками насильства, поранення чи каліцтва і самі 30% дітей були самі поранені. 45% дітей мали ознаки післятравматичного розладу, 44% мали симптоми депресії. Зокрема у 20 % виявлено поведінкові розлади, в тому числі опозиційно-викличний розлад [106].

Одними з найбільш значущих факторів, які впливають на психоемоційний стан та адаптацію дітей-біженців є міжкультурний та мовний бар'єри, недостатня шкільна адаптація, проблеми у родині та внутрішньоособистісні конфлікти.

Волошин П. В., зі співавт. (2015) зазначають, що у дітей-біженців можуть виникати різноманітні варіанти труднощів з адаптацією. Переважно діти прагнуть бути наодинці й обмежити свої контакти, втомлюються більше та частіше, знижується настрій, з'являється більше дратівливості та агресії. Також у дітей-біженців спостерігалось значно частіше такі симптоми як погіршення настрою, нав'язливі негативні думки, втрата мотивації та життєвих інтересів [93,98]. Дослідники виявили також порушення у соматовегетативній сфері: погіршення апетиту, тахікардія, напруга м'язів, проблеми з кишківником. Автори дослідження виокремили декілька основних клініко-психопатологічних комплексів з різними клінічними варіантами: симптоми з домінуванням астенії (соматичні та астенічні клінічні варіанти); тривожно-фобічна симптоматика (тривожний та іпохондричний клінічні варіанти); домінування поведінкових порушень (опозиційно-викличний

розлад). Дослідники зазначають про окремі типи перебігу рівнів адаптації дітей-біженців: регредієнтний (приблизно 50—55 %), стабільний (38—40 %) і прогредієнтний, з яким пов'язаний найвищий ризик розвитку депресії. До цього переліку слід додати виокремлені два типи поведінки: інтерналізований тип (відчуження дитини від соціуму; знижений настрій; ознаки депресії) та екстерналізована поведінка (агресивність, ворожість, зухвалість) [3].

З огляду на проаналізовані дані, можна зробити висновок, що проблема психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу поведінки у дітей-біженців молодшого шкільного віку є достатньо актуальною, та все ще потребує достатнього дослідження. Наукові роботи, присвячені вивченню ефективності діагностування допомагають визначити найбільш перспективні орієнтири для роботи з цим розладом. Необхідні подальші дослідження, які б фокусувалися саме на проблемах адаптації дітей-біженців у новому середовищі, дослідження, які б враховували усі психологічні особливості опозиційно-викличного розладу. В першу чергу слід звернути увагу, що травматичний досвід біженства, супутні проблеми у житті та адаптації, наявні або набуті захворювання, в тому числі психологічні, - все це становить великий пласт інформації яку слід враховувати при роботі з дітьми-біженцями. Звірства війни, біль і страждання, заподіяні дітям, вимагають особливого підходу та розробки ефективних методик роботи з такими дітьми. Завдяки злагодженій роботі громадянського суспільства, працівників соціального сектору та психологічної і педагогічної служб можна не тільки полегшити психологічний стан дітей-біженців, але й прогнозувати позитивну динаміку розвитку дитини, навіть з наявністю опозиційно-викличного розладу поведінки.

Висновок до розділу 1

Проведений аналіз наукових досліджень закордонних та вітчизняних спеціалістів на тему впливу тривожності та особистісних факторів на психологічні особливості прояву опозиційно-викличного розладу поведінки у дітей-біженців 6-12 років дозволяє зробити узагальнюючі висновки у визначенні таких понять: опозиційно-викличний розлад, дитяча тривожність, діти-біженці, внутрішньо переміщені особи.

Опозиційно-викличний розлад - це форма поведінки, яка часто з'являється у дитини віком до 12 років, посилюється у всіх сферах та не є обумовленою віковими кризами. Часто така поведінка проявляється у зневазі авторитетної думки дорослих у родині та школі. Має повторювані патерни поведінки щонайменше як 6 місяців поспіль.

Дитяча тривожність – індивідуальний психологічний стан, який проявляється у високій занепокоєності дитини у різних життєвих ситуаціях.

Внутрішньо переміщені особи — особи, які вимушено покинули постійне місце проживання через загрозу життю та здоров'ю у результаті воєнних дій, або техногенних змін і перемістилися до безпечних територій у межах однієї країни.

Діти-біженці – це діти, які самотійно, з батьками, або опікунами вимушено покинули своє постійне місце проживання у результаті воєнного конфлікту.

Поширеність опозиційно-викличного розладу поведінки у світі є достатньо високою. Найчастіше опозиційно-викличний розлад поведінки є сукупним компонентом інших розладів поведінки та депресивних розладів. Відомо, що коморбидність з посттравматичним стресовим розладом та розладом дефіциту уваги та гіперактивності зустрічається дуже часто. Дослідники звертають увагу на різноманіття проявів одного й того самого розладу і виокремлюють його підтипи. Дослідники зауважують, що варто звертати увагу не тільки на присутність симптомів, але й на «важкість» їх перебігу та розвитку.

Травматичні події, насильство та загрози, які зазнали діти через війну та спричинили вимушене переселення, мають сильний руйнівний негативний вплив, особливо на дітей, що мають певні проблеми з психічним здоров'ям.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРИВОЖНОСТІ ТА ОСОБИСТІСНИХ ФАКТОРІВ НА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ОПОЗИЦІЙНО-ВИКЛИЧНОГО РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ-БІЖЕНЦІВ 6-12 РОКІВ

2.1. Методологічні підходи та обґрунтування методики дослідження

Реально діагностувати психологічні та клінічні особливості опозиційно-викличного розладу поведінки у дітей можна з п'ятирічного віку (Kim-Cohen et al, 2005) [75]. Оцінити психологічні особливості опозиційно-викличного розладу поведінки, дослідити його у діагностичному процесі, а також зробити моніторинг, дозволяє широкий діапазон методів. Спеціалістам завжди слід пам'ятати, що твердження про передумови та ознаки, або ж висунення самого діагнозу має базуватися на сукупності діагностичних методів. Ефективна оцінка стану дитини з психологічними особливостями опозиційно-викличного розладу поведінки має бути на основі об'єктивних суджень спеціаліста, інтеграції інформації, що зібрана за допомогою інтерв'ю, клінічного обстеження, різноманітних шкал та опитувальників тощо. Найбільш повною діагностична оцінка може бути у випадку, якщо спеціаліст застосує наступні принципи: а) збір інформації має бути якомога з більшої кількості джерел (батьки, дитина, вчителі) б) діагностувати супутні психічні розлади, особливо РДУГ в) оцінити інші фактори у сім'ї, школі, оточуючому середовищі. Діти з проблемною поведінкою часто походять з низького соціального прошарку. Також важливо, встановити усі фактори, які підсилюють опозиційну поведінку – наприклад неналежне виховання батьками, додаткова психоемоційна травматизація із-за воєнного конфлікту, досвід біженства, неуспішної адаптації або ж булінгу серед однолітків. Те саме, стосується й успішності в школі: дитина з проблемами у читанні або з гіперактивністю з більшою вірогідністю буде маніфестувати опозиційною поведінкою у школі.

Важливо врахувати, що важкість діагностування психологічних розладів, зокрема поведінкових у дітей-біженців у вихованні яких низький рівень

проінформованості про психологічне здоров'я. Особливо це стосується опозиційно-викличного розладу поведінки, який часто сприймають як недостатнє виховання батьками. Такі діти не можуть чітко пояснити симптоми, що їх турбують і часто психолог та психіатр відзначають ознаки поведінкових розладів на основі соматичних скарг. Тому, важливо у діагностиці ввести критерії батьківського ставлення та соціально-педагогічної занедбаності, щоб виключити соціальні чинники як умову виникнення опозиційної поведінки дитини.

Lindhiem an el. (2015) використовували теорію тестування (Item Response Theory, IRT) для визначення латентних параметрів при діагностиці розладів поведінки і дійшли висновку, що доцільність постановки прогностичного діагнозу у випадках, коли присутня мала кількість симптомів, але «важкість» заподіяної шкоди може бути сигналом важлива у використанні спеціалістом для з'ясування вірогідності розвитку клінічної картини [79].

Представлено багато різних варіантів діагностування психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу. Серед англомовних респондентів використовувалися наступні діагностичні методики: опитувальник дитячої поведінки Ейберга (Eyberg & Ross, 1978; Eyberg & Robinson, 1983) [48]; Коннерса (Conners & Barkley, 1985) [38] ; BASC-2 (Reynolds & Kamphaus, 2004) [95]; опитувальник сильних і слабких здібностей дитини SDQ (SDQ: Goodman, 1997) [56]; контрольна таблиця дитячої поведінки (Achenbach & Edelbrock, 1983); психіатрична оцінка дітей та підлітків (Angold & Costello, 2000) [40]; DAWBA (Goodman et al, 2000) [56]; DISC Shaffer et al, 1993; Schwab-Stone et al, 1993; Shaffer et al, 2000; Shaffer et al, 2004); та таблиця діагностичного спостереження за порушенням поведінки (Wakschlag et al, 2008b, Wakschlag et al, 2008. [83] (Додаток А)

Вітчизняні дослідники використовують діагностичні інструментарії, адаптовані варіанти українською мовою: Контрольний опитувальник поведінки дитини для вчителів TRF; опитувальник Вандербільта по РДУГ для дитини, окремо для батьків та вчителів. Ці методики дають змогу зрозуміти,

чи є у дитини основна симптоматика властива опозиційно-викличній поведінці.

Рівень дитячої тривожності – доволі досліджувана тема, яка має широкий діапазон методик, а саме: тест шкільної тривожності Філіпса; рівень тривожності за Тейлором, різні модифікації тесту Амена, рівень тривожності за Спілбергом або визначення критеріїв тривожності за П.Бейкер.

Для розуміння чи є питання у батьківсько-дитячих відносинах фактором, що суттєво погіршують стан дитини - доцільно використати методики спрямовані на дослідження саме цього аспекту життя дитини. Є різноманітні методики від проєктивних, до спеціалізованих опитувальників для дітей та батьків. Застосування цих методик залежить на кого спрямоване опитування на дітей, батьків чи соціальних працівників. Серед відчизняних та іноземних колег використовують наступні методики: Сімейна генограма (Е.Ейдеміллер, 2003); Family Environmental Scale (FES), (R.Моос 1974); Шкала сімейної адаптації й згуртованості (FACES-3) (Д.Олсон, Дж.Портпер, І.Лаві 1985); Тест PARI (Е.Шефер, Р.Белл, 1959); Гіссепський тест (D.Яeckman, E.Brachler, H.Richter., 1983); Методика діагностики міжособистісних відносин (Т.Лірі 1954); Опитувальник Т. Ахенбаха для батьків та інші. Одним з найбільш вживаних та добре себе зарекомендованих методик є опитувальник для батьків ОРО за редакцією Варга А. та Століна В., на який ми звернули особливу увагу.

Наступним кроком у діагностиці батьківсько-дитячих відносин є питання наскільки дитина перебуває під належним доглядом з боку батьків та опікунів. Для цього використовують різноманітні методики для діагностики соціально-педагогічної занедбаності та виокремлення девіантної поведінки: опитувальник Басса-Дарки, тест С. Розенцвейга або ж проєктивні методики «Намалюй людину», «Намалюй сім'ю». Серед вітчизняних дослідників слід зазначити опитувальник за Р.Овчаровою.

Після з'ясування основних психологічних ознак опозиційно-викличного розладу, діагностики батьківського ставлення до дитини та наявності чи

відсутності соціальної занедбаності варто звернути увагу на сильні сторони та труднощі дитини. Навіть діти з яскраво вираженими ознаками опозиційної поведінки мають свої характерні особливості, хороші сторони та позитивні риси. Саме ця інформація слугуватиме ключем для розробки індивідуального плану роботи з батьками та дітьми. Серед різноманітних методик можна виокремити: опитувальник Кеттелла, тестування за Лірі, опитувальник Леонгарда-Шмишека, опитувальник Айзенка.

Крім описаних методик, наведених нижче у таблиці (Таблиця 2.1.), науковці добирають також методологічні матеріали які показують ту чи іншу кореляцію у їх дослідженні. Отже, проаналізувавши різноманітні підходи та методики ми спиралися на наступні критерії: дизайн методик має бути спрямований на спостереження батьків за дітьми, опитувальник має стосуватися стану дитини від 6 до 12 років, методика має містити необхідні нам критерії дослідження, а саме: вираженість психологічних ознак опозиційно-викличного розладу, рівень тривоги дитини, тип батьківсько-дитячих відносин, фактори, що підтверджують, або спростовують наявність соціально-педагогічної занедбаності та сильні сторони і труднощі дитини.

Згідно усіх вищезазначених вимог у емпіричній частині було вирішено використати наступні методики: NICHQ Vanderbilt Assessment Scale використовується психологами та психіатрами для діагностики РДУГ у дітей, містить шкалу опозиційно-викличного розладу поведінки. Опитувальник рівня тривожності та психічного напруження дитини за О. Захаровим, опитувальник сильних сторін та труднощів дитини для дітей від 4-16 років, батьківське ставлення ми оцінювали за допомогою опитувальника ОРО за Варга А. та Столін В., опитувальник експерної діагностики соціально-педагогічної занедбаності дітей за допомогою опитувальника за Р. В. Овчаровою.

2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження

Метою дослідження є з'ясувати вплив тривожності та особистісних чинників у дітей-біженців 6-12 років з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу поведінки.

Наше дослідження має наступні **завдання**:

- Дослідити наявність чи відсутність психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу поведінки у дітей-біженців 6-12 років;
- Дослідити ступінь вираженості психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу поведінки у дітей-біженців 6-12 років;
- З'ясувати рівень тривожності та напруження дитини відносно наявності чи відсутності психологічних ознак опозиційно-викличного розладу поведінки;
- Встановити вплив особистісних чинників на вираженість психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу поведінки;
- Виокремити вплив особистісних чинників на вираженість тривожності та напруження дітей-біженців;
- З'ясувати які сильні сторони та труднощі мають діти-біженці з вираженими психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу поведінки;
- Дослідити стиль батьківського ставлення щодо дітей-біженців з вираженими психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу поведінки;
- Встановити чи присутні маркери соціально-педагогічної занедбаності у дітей-біженців з вираженими психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу поведінки;
- Порівняти всі вищезазначені параметри з контрольною групою українських дітей, що не виїжджали закордон.
- Проаналізувати та виокремити кореляції між усіма факторами між основною групою дітей-біженців та контрольною групою дітей в Україні.

Характеристика вибірки. Експериментальна група нашого дослідження – це українські діти віком від 6 до 12 років, які разом з батьками (одним з них, або опікуном) були вимушені виїхати з України через війну. У процесі дослідження, з огляду на вік дітей ми обрали саме ті опитувальники, дизайн яких націлений на батьків, або опікунів дітей-біженців. Усі респонденти покинули територію України після 24 лютого 2022 року, та на момент проведення опитування знаходились закордоном. До основної досліджуваної групи увійшли 100 респондентів, з них 95 (95,0 %) - це жінки, здебільшого матері досліджуваних дітей. Наше опитування стосувалося дітей віком від 6 до 12 років та мало наступну розділеність: 16 дітей (16,0%) – 12 років, 28 дітей (28,0%) - від 10 до 11 років, 27 дітей (27,0%) - 8 та 9 років, та 29 дитини (29,0%) – 6-7 років.

Контрольна група нашого дослідження – це українські діти віком від 6 до 12 років, які разом з батьками чи опікунами на момент проведення опитування знаходилися в Україні.

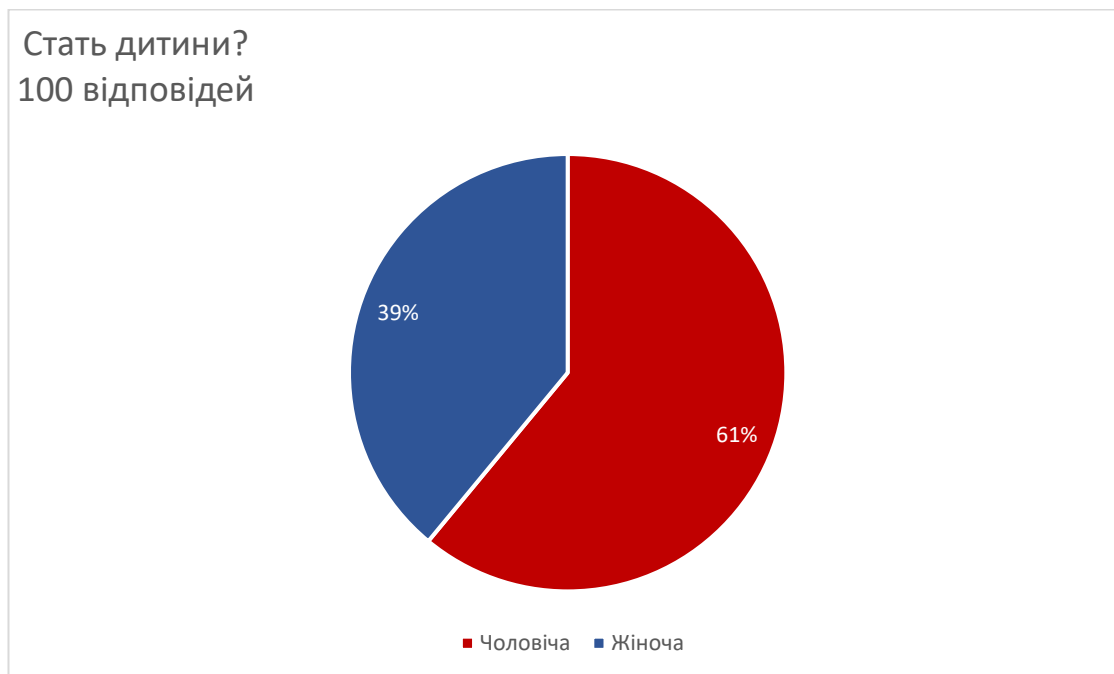


Рис.2.1 – Відсотковий розподіл вибірки статі дітей-біженців експериментальної групи

До цієї групи входять респонденти, що покинули постійне місце проживання та стали вимушеними переселенцями в межах території України, а також українські сім'ї, які не залишали своєї домівки та продовжували

проживати на постійному місці після 24 лютого 2022 року та на момент опитування.

До контрольної групи увійшли 100 респондентів, з них 97 (97,0 %) - це жінки, здебільшого матері досліджуваних дітей. Серед дітей вибірка становила 55- хлопців (55,0%) та 45 (45,0%) – дівчат. Наше опитування стосувалося дітей віком від 6 до 12 років та мало наступну розділеність: 12 дітей (12,0%) – 12 років, 28 дітей (28,0%) - від 10 до 11 років, 28 дітей (28,0%) - 8 та 9 років, та 32 дитини (32,0%) – 6-7 років.

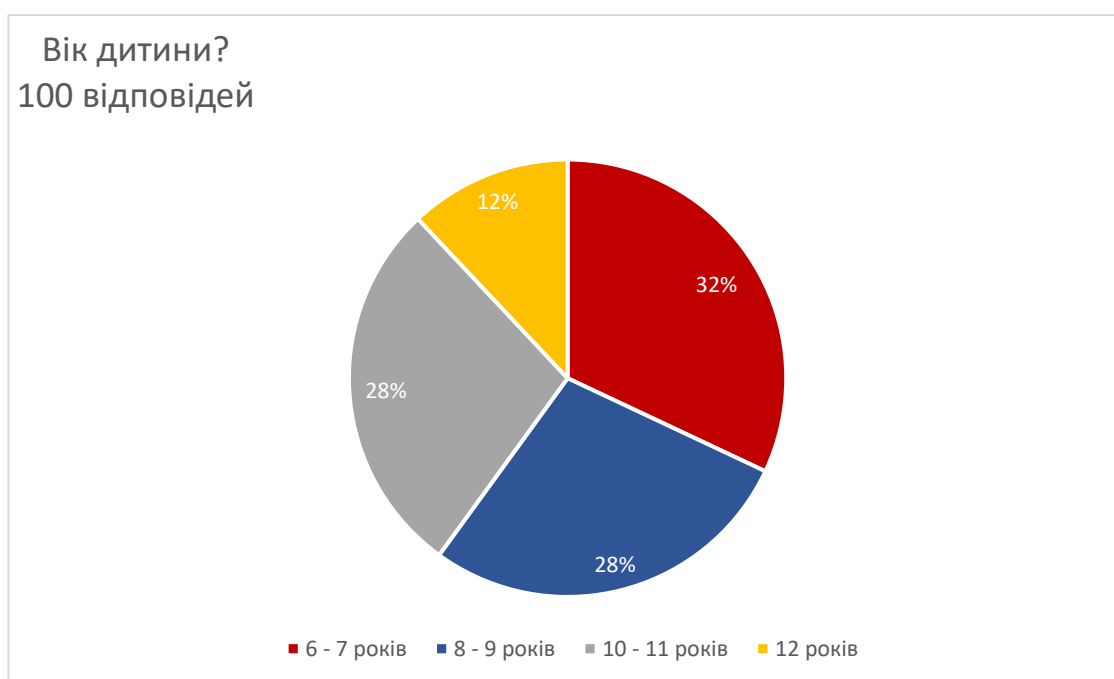


Рис.2.2. – Відсотковий розподіл вибірки дітей-біженців за віком контрольної групи

У нашому дослідженні взяли участь українці з усіх куточків країни, так у експериментальній групі 48% респондентів переїхали з невеликих містечок та різних міст, зі столиці виїхало 22%, наступним є Харків - 13 %, і далі розподілення по 3-4% з обласних центрів: Дніпра, Запоріжжя, Одеси, з міст постраждалих від війни: Ірпінь, Нова Каховка.

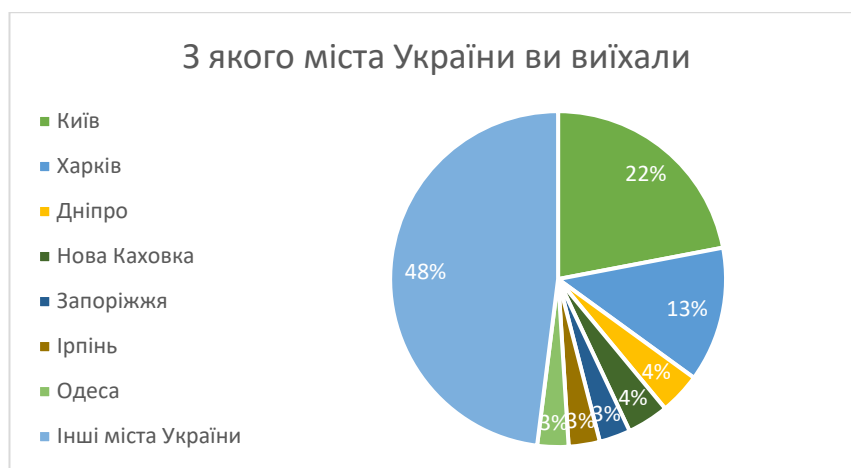


Рис.2.3. – Відсотковий розподіл вибірки досліджуваних дітей експериментальної групи за географією переїзду

За нашою статистикою українці здебільшого переїхали до Німеччини - 38%, 8% Словаччина, 6% Нідерланди, 5% Польща, по 4% Болгарія, Великобританія, Ісландія, Іспанія, Португалія, Чехія та інші країни 19% популяції.



Рис.2.4 – Відсотковий розподіл вибірки досліджуваних дітей експериментальної групи за місцем тимчасового перебування

Контрольна група має наступні данні: 63% респондентів переїхали з невеликих містечок та різних міст, значна кількість з міст постраждалих від війни: Харків – 12%, Мелітополь – 8%, Одеса – 4%, Херсон – 4%. Частина опитуваних не міняла місця проживання – Львів, Київ.



Рис.2.5. – Відсотковий розподіл вибірки досліджуваних дітей контрольної групи за географією переїзду

За нашою статистикою українці у межах України переїхали до таких міст як Львів – 20%, у Київ – 12%, Дніпро, Полтава, Ужгород, Чернівці – від 6 до 4%. З інших міст надали відповіді 49% українців.



Рис.2.6. – Відсотковий розподіл вибірки досліджуваних дітей контрольної групи за місцем тимчасового перебування

Методики. Згідно проведеного дослідження серед методик діагностування психологічних особливостей дітей з опозиційно-викличним розладом поведінки у віці від 6 до 12 років ми дійшли висновку, що найкраще для нашого емпіричного дослідження підійде опитувальник Вандербільта по РДУГ і поведінкових розладах, а також опитувальник за О. Захаровим на визначення рівня тривожності та психічного напруження дитини. Ці два опитувальника добре доповнюють один одного тим, що надають відомості про психологічні особливості, і опозиційно-викличного розладу поведінки, і наявності коморбідності з ознаками РДУГ та вказують чи є у дитини ознаки

тривожності та психічного напруження. Додаткові методики: сильні сторони та труднощі дитини, опитувальник батьківського ставлення ОРО за Варга А. та Століним В., опитувальник експертної діагностики соціально-педагогічної занедбаності дітей за Р.Овчаровою.

NICHQ Vanderbilt Assessment Scale використовується психологами та психіатрами для діагностики РДУГ у дітей віком від 6 до 12 років з 2002 року. У нашому дослідженні ми використали версію, що розроблена як звіт батьків про дітей. Опитувальник складається з 55 питань та містить шкали на вираженість різних проявів РДУГ та гіперактивності. У нашій роботі ми використали дві шкали: опозиційно-викличної поведінки та тривожності і депресії. (Додаток В)

Опитувальник рівня тривожності та психічного напруження дитини за О. Захаровим складається з 15 питань призначених для батьків. Анкета містить наступні шкали: безсумнівний невроз; невроз був або буде найближчим часом; незначні ознаки нервового розладу; присутня схильність до виникнення нервового розладу; несуттєві відхилення або вікові особливості дитини. (Додаток Б)

Опитувальник сильних сторін та труднощів дитини для дітей від 4-16 років, розроблений для заповнення батьками. Анкета складається з 26 питань та має наступні шкали: кластер емоційних симптомів; кластер поведінкових проблем; кластер симптомів гіперактивності та кластер проблем з ровесниками. (Додаток Г)

Батьківське ставлення ми оцінювали за допомогою опитувальника ОРО за Варга А. та Столін В., який складається з 61 одного питання. Дизайн розроблений з урахуванням спостережень батьками за своїми дітьми. Опитувальник складається з п'яти шкал які відображають основну тенденцію щодо стилю виховання да ставлення батьків до дитини. Перша шкала «Прийняття-відкидання» відображає чи є негативне ставлення батьків до дитини. Особливість питань у тому, що вони містять інтегральні показники від батькам подобається дитина яка вона є до абсолютно не подобається; батьки

прагнуть проводити багато часу з дитиною, схвалюють її інтереси та поважають до повного знецінення та думки що їх дитина невдаха. Шкала показує наскільки батьки довіряють, підтримують та поважають свою дитину.

Шкала «Кооперація» - батьківство включає наступні аспекти: батьки проявляють зацікавленість у справах та планах своєї дитини, намагаються надати допомогу та співчуття, коли це необхідно. Батьки звертають увагу та цінують інтелектуальні та творчі здібності своєї дитини, пишаються нею. Батьки підтримують ініціативу та самостійність дитини, ставляться до неї як до рівного співрозмовника. Батьки довіряють та розуміють свою дитину у спірних питаннях.

«Симбіоз» - шкала відображає рівень особистісної близькості спілкування батьків з дитиною. Тенденція відносин між батьками і дитиною характеризується тим, що батьки сприймають себе як єдине ціле з дитиною, прагнуть задовольнити всі дитячі потреби та захистити від життєвих труднощів і незручностей. Батьки тривожаться та переживають за свою дитину сприймаючи її як маленьку та беззахисну. Ця тривога зростає, коли дитина починає виявляти автономність, але батьки не бажають надавати дитині самостійності.

«Авторитарна гіперсоціалізація» - шкала відображає рівень контролю над поведінкою та характером дитини. Високі показники свідчать про присутність авторитаризму у відносинах: батьки вимагають абсолютної покори та дисципліни від дитини, нав'язують свою волю дитині, не беручи до уваги точку зору дитини. Для такого стилю виховання притаманне суворе поводження з дитиною та приділяється багато уваги соціальним досягненням, а не особистісним навичкам, почуттям та особливостям.

«Маленький невдаха» - відображає тенденцію батьків інфантилізувати дитину, вважаючи її соціально неповноцінною. Батьки сприймають дитину більш молодшою ніж вона є насправді. Інтереси, захоплення, думки та почуття дитини здаються батькам несерйозними. Батьки сприймають дитину як непристосовану та неуспішну, вразливу до негативних впливів. Батьки не

довіряють своїй дитині, критикують її за невдачі та незграбність. Внаслідок цього, батьки контролюють дії та прагнення своєї дитини. (Додаток Г)

Також ми провели експертну діагностику соціально-педагогічної занедбаності дітей за допомогою опитувальника за Р. Овчаровою. Анкета складається зі 107 питань та містить наступні шкали: властивості самосвідомості; властивості спілкування; властивості учбової діяльності; загальна тривожність; виховний мікросоціум; переваги дитини. У нашому дослідженні ми спиралися на кількісний показник усіх шкал та керувалися визначенням наявності або відсутності соціально-педагогічної занедбаності. (Додаток Д)

Перед тим, як надати дані за методиками, респонденти заповнювали **анамнестичну анкету** яка складалася з 22 питань. Дане опитування дає змогу зрозуміти не тільки характерні особливості для дітей-біженців, але й дає змогу зробити аналіз цих даних відносно усіх шкал опитувальників.

Анамнестична анкети експериментальної та контрольної груп містила окрім біографічних даних, інформацію про фактори впливу на психоемоційний стан дітей. Наприклад, фактори, що могли впливати на відповіді у наступних етапах опитування. Наприклад, досліджувані нами діти-біженці переважно знаходилися разом лише з одним з батьків. У експериментальній групі 64 дитини (64,0%) проживали без батька, тоді як 36 (36,0%) дітей проживали закордоном у повній сім'ї (Додаток Е). Також, опитувані матері експериментальної групи, зазначали свій сімейний статус, - 73 одружених жінки (73,0%), можна припустити, що діти мали змогу продовжувати спілкуватися з батьком дистанційно і це могло впливати на психоемоційний стан дитини. Також були внесені питання, які торкаються травматичних подій, які могли вплинути на психологічний стан дітей. Згідно цієї частини анкети, нам відомо: що 58 дітей (58,0%) респондентів були свідками воєнних подій; 23 (23,0%) дітей були в окупації, четверо дітей (4,0%) були свідками насилля, спричиненими військовими; 14 (14,0%) дітей втратили близьку людину через війну (Додаток Е).

Анамнестична анкета контрольної групи складається з 25 питань. Досліджувані нами українські діти переважно знаходилися разом лише з одним з батьків: 48 дітей (48,0%) проживали без батька, тоді як 52 (52,0%) дітей проживали у повній сім'ї. (Додаток Є) Також, опитувані матері, зазначали свій сімейний статус, з них 78 (78,0%) одружених жінок. 63 (63,0 %) українських дітей були свідками воєнних подій; 20 (20,0%) дітей були в окупації, п'ятеро дітей (5,0%) були свідками насилля, спричиненими військовими; 11 (11,0%) дітей втратили близьку людину через війну (Додаток Є).

Для вирішення завдань нашого дослідження ми використовували такі **загальнонаукові методи**: використання опитувальників, порівняння та аналіз. При обробці даних застосовувалися методи математичної статистики: методи описової статистики, аналіз надійності за показниками Альфа Кронбаха та Омега Макдональда, описові змінні та стандартне відхилення, розподіл рівня тривожності, параметричний t-критерій Стюдента, непараметричний критерій Мана-Уїтні, нульова гіпотеза значень Шапіро-Уїлкінса, взаємозв'язок безперервних змінних та факторний аналіз.

Надійність-узгодженість методик. Ми з'ясували надійність-узгодженість питань наших методик за допомогою факторного аналізу надійності в програмі Jamovi. Усі п'ять методик пройшли перевірку надійності-узгодженості: показники коефіцієнтів α Кронбаха та ω Макдональда $\geq 0,75$.

Експериментальна група: для достовірної перевірки нашої методики Вандербільта (шкала В) на валідність нам довелося у розрахунку відмовитися від питань В36-В40.

Отже, згідно даних нашого дослідження ω дорівнює 0.930, що свідчить про їхню задовільну надійність (має бути вищою за 0.75). Іншими словами, досліджувані цієї вибірки відповідали на питання шкали узгоджено.

Scale Reliability Statistics

	mean	sd	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	2.20	0.385	0.927	0.930

Рис. 2.11 – Перевірка надійності-узгодженості методики Вандербільта
Валідність методики за О. Захаровим (шкала С) теж показала достатню валідність. Перевірка надійності-узгодженості методики за О.Захаровим ω дорівнює 0.788, що свідчить про їхню задовільну надійність (має бути вищою за 0.75). Досліджувані цієї вибірки відповідали на питання шкали узгоджено.

Scale Reliability Statistics

	mean	sd	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	2.21	0.310	0.783	0.788

Рис. 2.12 – Перевірка надійності-узгодженості методики за О.Захаровим
Валідність методики «Сильні сторони та труднощі» (для дітей віком 4-16 років) (шкала D) вимагала врахування при статистичному аналізі зворотного призначення балів для питань D7, D11, D14, D21, D25. Також зворотною кореляцією показали питання шкали «Кластер просоціальної поведінки», що включає питання: D1, D4, D9, D17, D20. Отже, ω дорівнює 0.846, шкали узгоджені.

Тест-опитувальник батьківського ставлення (ОРО), розроблений Варгою А. Я. і Сталіним В. В (шкала E) на валідність нам довелося у розрахунку відмовитися від питань E31. Ця методика має наступні значення: ω дорівнює 0.891, досліджувані цієї вибірки відповідали на питання шкали узгоджено.

Scale Reliability Statistics

	mean	sd	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	1.66	0.296	0.841	0.846

Рис. 2.13. – Перевірка надійності-узгодженості методики «Сильні сторони та труднощі» (для дітей віком 4-16 років)

Scale Reliability Statistics

	mean	sd	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	1.80	0.122	0.864	0.891

Рис. 2.14 – «Перевірка надійності-узгодженості методики батьківського ставлення (ОРО), розроблений А. Я. Варгою і В. В. Сталіним»

Метод комплексної Експертної діагностики стану соціально-педагогічної занедбаності дітей Р.В. Овчарової (шкала F) данні ω дорівнює 0.930, питання шкали узгоджено.

Scale Reliability Statistics

	mean	sd	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	1.68	0.132	0.917	0.917

Рис. 2.15 – Метод комплексної експертної діагностики стану соціально-педагогічної занедбаності дітей Р.В. Овчарової.

У контрольній групі перевірка надійності-узгодженості теж показала високий результат.

Методика	α Кронбаха	ω Макдональда
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale	0,931	0,932
Опитувальник рівня тривожності та психічного напруження дитини за О. Захаровим	0,782	0,791
Опитувальник сильних сторін та труднощів дитини для дітей від 4-16 років	0,790	0,794
Батьківське ставлення ми оцінювали за допомогою опитувальника ОРО за Варга А. та Столін В	0,887	0,904
Експертна діагностика соціально-педагогічної занедбаності, опитувальник за Р.Овчаровою	0,924	0,924

Рис. 2.16 «Показники надійності-узгодженості контрольної групи»

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Далі ми з'ясовували **описові змінні**. Тут ми можемо побачити дані нашої вибірки та зміну даних, виділили норму (середнє арифметичне та медіану) та стандартне відхилення. Наприклад, за трьома шкалами методики Вандербільта (шкала В) стандартне відхилення склало менше 0,5.

Згідно з нашими розрахунками за шкалою «Опозиційно-викличний розлад поведінки» та даними нашої вибірки по опитувальнику Вандербільта (питання В) можна зробити наступні висновки. **Розподілення** дітей, що **не відповідають** критеріям психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу поведінки (оцінка 0) та **відповідають** критеріям даного розладу (оцінка 1). Можемо зробити висновок, що з експериментальної групи 63 дитини (63,0%) не мають властивої опозиційно-викличному розладу психологічних особливостей та симптоматики. 37 дітей (37,0%) відповідають критеріям симптоматики психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу. Отже, згідно наших методик зі 100 респондентів експериментальної групи 37 дітей-біженців мають виражені психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки. (Рис.2.5)

<u>Descriptives</u>											
	<u>Va- ODD</u>	<u>Va- Anxiety</u>	<u>Va- Impulsive</u>	<u>Za- Anxiety</u>	<u>SSIT</u>	<u>Soc-Ped Zanedban.</u>	<u>OPO- Vidkidannya</u>	<u>OPO- Kooperazija</u>	<u>OPO- Simbioz</u>	<u>OPO- Gipersoz</u>	<u>OPO- small</u>
N	0	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
	1	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
<u>Missing</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Mean</u>	0	0.0635	0.0476	15.2	10.9	1.56	9.92	6.92	4.76	2.92	2.06
	1	0.676	0.514	19.1	17.2	2.08	11.9	6.97	4.30	2.86	2.68
<u>Median</u>	0	0	0	15	10	1	10	7	5	3	2
	1	1	1	19	17	2	11	7	5	3	2
<u>Standard deviation</u>	0	0.246	0.215	6.53	4.95	0.667	2.70	1.15	1.66	1.22	1.19
	1	0.475	0.507	5.78	5.94	0.547	3.43	1.21	1.66	1.32	1.38
<u>Minimum</u>	0	0	0	2	3	0	5	4	0	1	0
	1	0	0	9	5	0	7	4	0	1	0
<u>Maximum</u>	0	1	1	36	30	3	22	8	7	6	6
	1	1	1	32	28	3	19	8	7	6	6

Рис.2.5 – Перевірка медіани по ознакам ОВР експериментальної групи відповідно до методиками дослідження

У контрольній групі 69 дитини (69,0%) не мають властивої опозиційно-викличному розладу психологічних особливостей та симптоматики. 31 дитина (31,0%) відповідає критеріям симптоматики психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу. Отже, зі 100 респондентів 31 дітей-біженців контрольної групи мають симптоматику та виражені психологічні особливості опозиційно-викличного розладу.

В результаті дослідження описових характеристик ми зробили висновки, що **медіана** по рівню тривожності експериментальної групи складає 19, при стандартному відхиленні 5.78. Медіана згідно опитувальника експертної діагностики стану соціально-педагогічної занедбаності дітей складає 2.0, що згідно кодування відноситься до «середнього рівня занедбаності» при стандартному відхиленні 0.547.

Опитувальник сильні сторони і труднощі для дітей з ознаками ОВР (1) має медіану 17 при стандартному відхиленні 5.94. Шкала «прийняття-відкидання» опитувальника ОРО теж показало вище значення медіани – 11, для дітей з ознаками ОВР. Окремі значення що представляють весь набір даних, типові для всіх значень у групі. (Рис.2.7)

	<u>Va-ODD</u>	<u>Va-Anxiety</u>	<u>Va-Impulsive</u>	<u>Za-Anxiety</u>	<u>SSIT</u>	<u>OPO-Vidkidannya</u>	<u>OPO-Kooperazia</u>	<u>OPO-Simbioz</u>	<u>OPO-Gipersoz</u>	<u>OPO-small</u>	<u>Soc-Ped Zanedban.</u>
N	0	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69
	1	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
<u>Missing</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Mean</u>	0	0.145	0.0435	15.7	11.6	9.94	6.94	4.94	2.75	2.22	1.59
	1	0.484	0.452	19.6	15.5	12.6	6.39	4.10	2.81	3.06	1.87
<u>Median</u>	0	0	0	16	12	9	7	5	3	2	2
	1	0	0	20	14	12	7	4	3	3	2
<u>Standard deviation</u>	0	0.355	0.205	6.15	4.00	2.67	1.17	1.45	1.33	1.17	0.626
	1	0.508	0.506	6.22	6.17	4.06	1.48	1.54	1.19	1.88	0.718
<u>Minimum</u>	0	0	0	2	4	5	4	1	0	0	0
	1	0	0	8	5	7	2	2	1	0	0
<u>Maximum</u>	0	1	1	36	21	22	8	7	7	6	3
	1	1	1	30	28	19	8	7	6	6	3

Рис.2.6 - Перевірка медіани по ознакам ОВР контрольної групи відповідно до методик дослідження

Згідно з графіком середніх значень рівень тривожності відрізняється в більшу сторону в експериментальній групі дітей, що мають ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки (група 1) від групи дітей, що не мають ознак опозиційно-викличного розладу поведінки (група 0) згідно опитувальника Вандербільда та рівня тривожності за О. Захаровим. Також група дітей, що мають ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки (група 1) мають вище значення ознак імпульсивності, труднощів дитини, соціально-педагогічної занедбаності та шкали «прийняття-відкидання» опитувальника ОРО (Рис. 2.7.).

Descriptives

	<u>Va-Anxiety</u>	<u>Va-Impulsive</u>	<u>Za-Anxiety</u>	<u>SSIT</u>	<u>Soc-Ped Zanedban.</u>	<u>OPO-Vidkidannya</u>	<u>OPO-Kooperazia</u>	<u>OPO-Simbioz</u>	<u>OPO-Gipersoz</u>	<u>OPO-small</u>
N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<u>Missing</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Mean</u>	0.290	0.220	16.6	13.2	1.75	10.6	6.94	4.59	2.90	2.29
<u>Median</u>	0.00	0.00	16.0	12.0	2.00	10.0	7.00	5.00	3.00	2.00
<u>Standard deviation</u>	0.456	0.416	6.52	6.13	0.672	3.12	1.17	1.67	1.25	1.29
<u>Minimum</u>	0	0	2	3	0	5	4	0	1	0
<u>Maximum</u>	1	1	36	30	3	22	8	7	6	6

Рис.2.7 – Перевірка медіани за методиками дослідження експериментальної групи

Медіана по рівню тривожності контрольної групи складає 16, при стандартному відхиленні 6.52. Медіана згідно опитувальника експертної діагностики стану соціально-педагогічної занедбаності дітей складає 2.0, що згідно кодування відноситься до «середнього рівня занедбаності» при стандартному відхиленні 0.672. Опитувальник сильні сторони і труднощі для дітей з ознаками ОВР (1) має медіану 12 при стандартному відхиленні 6.13. Окремі значення що представляють весь набір даних, типові для всіх значень у групі.

Descriptives

	<u>Va- Anxiety</u>	<u>Va- Impulsive</u>	<u>Za- Anxiety</u>	<u>SSIT</u>	<u>OPO- Vidkidannya</u>	<u>OPO- Kooperazija</u>	<u>OPO- Simbioz</u>	<u>OPO- Gipersoz</u>	<u>OPO- small</u>	<u>Soc-Ped Zanedban.</u>
N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<u>Missing</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Mean</u>	0.250	0.170	16.9	12.8	10.8	6.77	4.68	2.77	2.48	1.68
<u>Median</u>	0.00	0.00	17.0	12.0	10.0	7.00	5.00	3.00	2.00	2.00
<u>Standard deviation</u>	0.435	0.378	6.40	5.08	3.38	1.29	1.52	1.29	1.47	0.665
<u>Minimum</u>	0	0	2	4	5	2	1	0	0	0
<u>Maximum</u>	1	1	36	28	22	8	7	7	6	3

Рис. 2.8. - Перевірка медіани по рівню тривожності за методиками дослідження контрольної групи

Опитувальник батьківського ставлення ОРО. Графіки середніх значень шкал «Кооперація», «Симбіоз», «Авторитарна гіперсоціалізація», «Маленький невдаха» не показали відповідної кореляції в експериментальній групі дітей, що мають ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки (група 1) від групи дітей, що не мають ознак ОВР (група 0). Тоді як контрольній групі показники дітей, що мають ознаки ОВР (група 1) мають вище значення ознак імпульсивності, труднощів дитини, соціально-педагогічної занедбаності та шкали «прийняття-відкидання» опитувальника ОРО. Таким чином, можна стверджувати, що біженство не суттєво впливає на кореляцію між стилем батьківського виховання та високими значеннями ознак ОВР у дитини. (Додаток Ж)

Розподілення рівня тривожності серед дітей експериментальної групи, що не відповідають критеріям ОВР (оцінка 0) рівень тривожності здебільшого

розподілений у значенні 0-20 згідно опитувальника О.Захарова. Діти, що відповідають критеріям ОВР (оцінка 1) рівень тривожності розподілений здебільшого між значеннями 10-30 згідно того ж опитувальника. Кількість визначень тривожності у дітей з ОВР (оцінка 1) за Вандербільдом більша ніж за опитувальником Захарова. Але в той самий час обидва опитувальники мають значення у середньому та вище середнього за показниками наявності ОВР у дітей-біженців експериментальної групи.

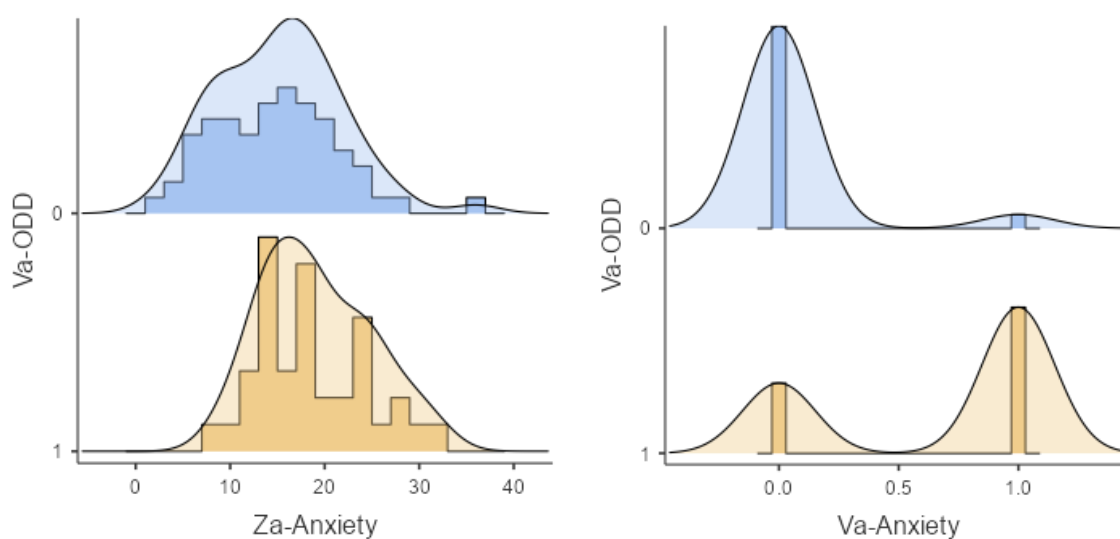


Рис.2.9 – Щільність рівня тривожності серед експериментальної групи популяції, що відповідають та не відповідають критеріям ОВР

У контрольній групі ті ж показники у дітей що не відповідають критеріям ОВР (оцінка 0) рівень тривожності здебільшого розподілений у значенні 0-25, тоді як діти з психологічними ознаками ОВР (оцінка 1) рівень тривожності розподілений здебільшого між значеннями 10-30. Тут так само значення за опитувальником Вандербільта по шкалі тривожності вищі ніж за шкалою опитувальника за О. Захаровим. (Рис. 2.10)

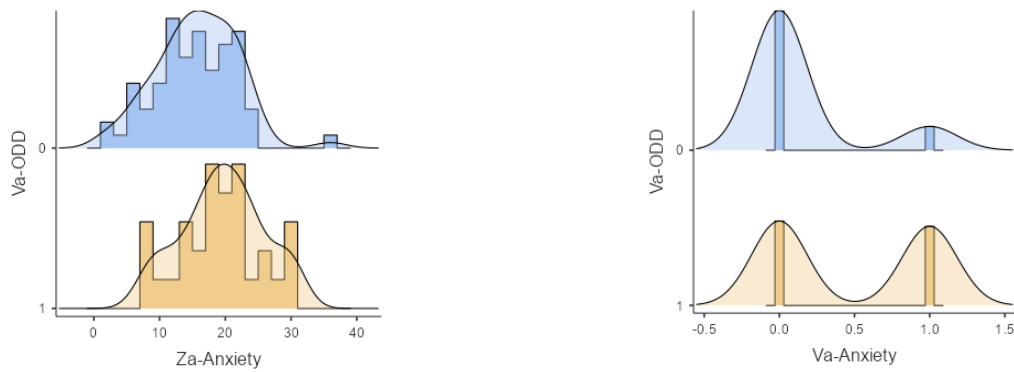


Рис.2.10 – Щільність рівня тривожності серед контрольної популяції, що відповідають та не відповідають критеріям ОВР

Таким чином, використовуючи два опитувальника зі шкалою «Тривожність» можна стверджувати, що діти з психологічними ознаками ОВР мають вищі значення ніж, ті діти, що не мають таких поведінкових проявів. Також ми з'ясували, що опитувальник Вандербільда фіксує вищі значення за шкалою «Тривожність» ніж опитувальник за О.Захаровим.

Аналіз стилю виховання за опитувальником батьківського ставлення ОРО за Варга. А., та Столін В. Ми можемо оцінити розподілення рівня визначення шкал: «Прийняття-відкидання», «Кооперація», «Симбіоз», «Авторитарна гіперсоціалізація», «Маленький невдаха» серед дітей-біженців експериментальної групи, що не відповідають критеріям ОВР (оцінка 0) та відповідають критеріям ОВР (оцінка 1) від рівня тривожності. Згідно наших даних діти-біженці експериментальної групи, що мають виражені психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу не корелюють зі стилями сімейного виховання, окрім шкали «Маленький невдаха» у якій присутне бажання батьків до контролю та покарання дитини у результаті сприймання своєї дитини як непристосованої до соціального життя.

Такі ж дані ми спостерігаємо і у контрольній групі (Додаток 3). Таким чином, можемо стверджувати що модель виховання, яку використовують батьки, що мають дітей з психологічними особливостями опозиційно-викличного розладу і стиль виховання батьків що не мають у дітей з поведінковими проблемами не корелює між собою. Тільки шкала сімейного

виховання «Маленький невдаха» корелює із наявністю психологічних ознак ОВР. Чим вищий рівень прояву ознак опозиційно-викличного розладу поведінки тим більше батьки зауважують про неуспішність та незадоволеність своєю дитиною

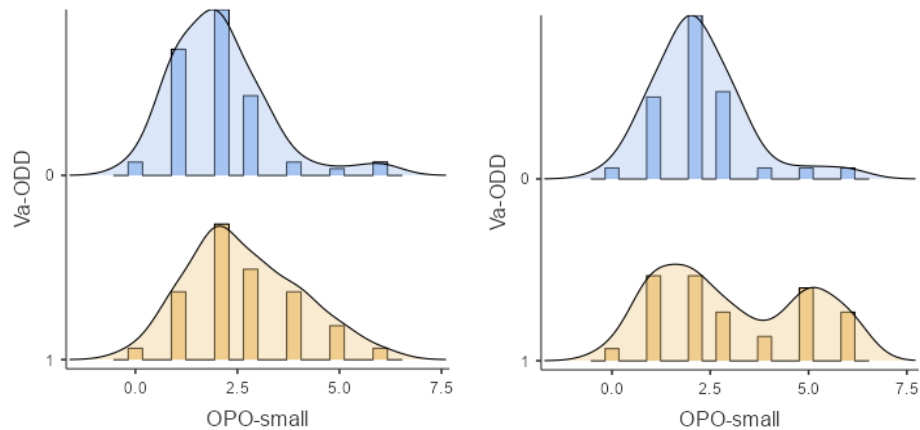


Рисунок 2.11 - Щільність ознак серед популяції експериментальної та контрольної груп, що відповідають критеріям ОВР та шкали «Маленький невдаха»

Експертна діагностика соціально-педагогічної занедбаності дітей за опитувальником Р.Овчарової. Згідно розподілення рівня визначення, ми можемо стверджувати, що у експериментальній та контрольній групі дітей, у яких виражені ознаки ОВР корелює з середнім та високим значенням шкали соціально-педагогічної занедбаності, а саме з показниками самооцінки, соціальної дезадаптації, низьким рівнем емпатії оточуючих та саморегуляції емоцій. Ці данні можуть свідчити про те, що діти з психологічними ознаками опозиційно-викличної поведінки мають середньому значенні наступні риси: низьку мотивацію до навчання та відчуття соціальної ізолюваності. У такому випадку, можемо стверджувати, що діти які мають психологічні ознаки ОВР мають середнє та високе значення по шкалі соціально-педагогічної занедбаності, тоді як діти без ознак ОВР мають низьке та середнє значення соціально-педагогічної занедбаності. Контрольна група показала схожі

показники кореляції соціально-педагогічної занедбаності та психологічних ознак опозиційно-викличного розладу поведінки.

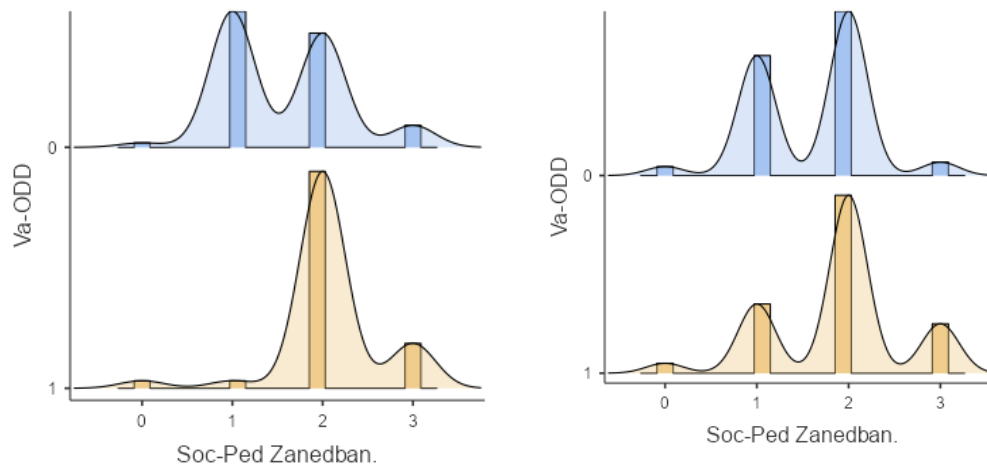


Рисунок 2.12 - Щільність ознак ОВР серед експериментальної та контрольної груп популяції, за опитувальником соціально-педагогічної занедбаності за Р. Овчаровою

Також ми дослідили Т-критерій для двох незалежних сукупностей (Independent Samples T-Test). Нульовою гіпотезою приймаємо те, що кореляції між рівнем тривожності згідно методики Вандербільда та О. Захарова, показниками імпульсивності, критеріями труднощів дитини, та шкали «Прийняття-відкидання» опитувальника соціально-педагогічної занедбаності та опитувальника батьківського ставлення ОРО та наявності ознак опозиційно-викличної поведінки немає.

Для проведення порівняльного аналізу було застосовано статистичний тест Student's t-test, Welch t-тесту який дозволяє оцінити статистичну значущість різниці між середніми значеннями двох груп. Значення статистики та ступені свободи (df) були обчислені для тесту Student's t та Welch t-тесту. Також було визначено значення р-значення, що вказує на статистичну значущість різниці між групами, де значення $p < 0.001$.

Отримані результати статистичного аналізу експериментальної групи свідчать про наявність статистично значущої різниці серед дітей, що не відповідають критеріям ОВР (оцінка 0) та відповідають критеріям ОВР (оцінка 1). Значення статистики Welch t-тесту наприклад для рівня тривожності згідно

тесту Вандербільда, отримано значення -7.29 , а для Student's t-тесту -8.50 . Обидва значення від'ємні, що показує, що середнє значення ознаки тривожності у першій групі менше (дітей, що не відповідають критеріям ОВР), ніж у групі дітей що відповідають ознакам ОВР. Виявлені різниці у групах підтверджуються обома тестами. Значення df (ступені свободи) Welch t-тесту отримали 47.6 , а для Student's t-тесту -98.0 . Ці значення відрізняються, оскільки Welch t-тест використовує корекцію ступенів свободи з урахуванням невірноваженості в групах. У обох тестах отримане p -значення менше 0.001 . Це означає, що імовірність отримати такі великі відхилення між групами за умови, що нульова гіпотеза є правильною (відсутність кореляції між групами з та без ознак ОВР та рівнем тривожності або інших наведених в аналізі ознак), дуже низька. Отримане p -значення менше 0.001 , що свідчить про статистичну значущість різниці між групами. Таким чином, обидва тести дають однакові результати відносно статистичної значущості різниці між групами.

Значення статистики у контрольній групі Welch t-тесту наприклад для рівня тривожності згідно тесту Вандербільд, отримали значення -3.84 , а для Student's t-тесту -3.36 . Обидва значення від'ємні, що показує, що середнє значення ознаки тривожності у першій групі менше (дітей, що не відповідають критеріям ОВР), ніж у групі дітей що відповідають ознакам ОВР. Виявлені різниці у групах підтверджуються обома тестами. Значення df (ступені свободи) Welch t-тесту отримали 43.6 , а для Student's t-тесту -98.0 . Ці значення відрізняються, оскільки Welch t-тест використовує корекцію ступенів свободи з урахуванням невірноваженості в групах. У обох тестах отримане p -значення менше 0.005 . Це означає, що імовірність отримати такі великі відхилення між групами за умови, що нульова гіпотеза є правильною (відсутність кореляції між групами з та без ознак ОВР та рівнем тривожності або інших наведених в аналізі ознак), дуже низька. Отримане p -значення менше 0.005 , що свідчить про статистичну значущість різниці між групами. Таким чином, обидва тести дають однакові результати відносно статистичної значущості різниці між групами.

Значення ефекту було також обчислено та дорівнює, наприклад для Student's t-тесту наявності тривожності згідно тесту Вандербільда -1.760. Величина ефекту вказує на міру розміру різниці між групами. Величина ефекту вказує на практичне значення знайдених статистичних різниць. В даному випадку, велика величина ефекту свідчить про суттєву різницю між групами в оцінці рис імпульсивності, та критеріями труднощів.

Значення між середнім та великим ефектом визначено для рівня соціально-педагогічної занедбаності, шкали «Прийняття-відкидання» опитувальника ОРО та рівня тривожності згідно тесту О. Захарова.

		Independent Samples T-Test				95% Confidence Interval		
		Statistic	df	p	Effect Size	Lower	Upper	
Va-Anxiety	Student's t	-8.50 *	98.0	< .001	Cohen's d	-1.760	-2.27	-1.245
	Welch's t	-7.29	47.6	< .001	Cohen's d	-1.620		
	Mann-Whitney U	452		< .001	Rank biserial correlation	0.612		
Va-Impulsive	Student's t	-6.40 *	98.0	< .001	Cohen's d	-1.326	-1.79	-0.854
	Welch's t	-5.32	43.7	< .001	Cohen's d	-1.197		
	Mann-Whitney U	623		< .001	Rank biserial correlation	0.466		
Za-Anxiety	Student's t	-3.02	98.0	0.003	Cohen's d	-0.625	-1.04	-0.202
	Welch's t	-3.12	83.1	0.003	Cohen's d	-0.635		
	Mann-Whitney U	777		0.006	Rank biserial correlation	0.333		
SSiT	Student's t	-5.71	98.0	< .001	Cohen's d	-1.184	-1.64	-0.724
	Welch's t	-5.45	65.0	< .001	Cohen's d	-1.155		
	Mann-Whitney U	477		< .001	Rank biserial correlation	0.591		
ORO-Vidkidannya	Student's t	-3.15 *	98.0	0.002	Cohen's d	-0.651	-1.07	-0.227
	Welch's t	-2.96	62.2	0.004	Cohen's d	-0.631		
	Mann-Whitney U	790		0.007	Rank biserial correlation	0.323		
Soc-Ped Zanedban.	Student's t	-4.06 *	98.0	< .001	Cohen's d	-0.840	-1.27	-0.406
	Welch's t	-4.27	87.6	< .001	Cohen's d	-0.862		
	Mann-Whitney U	646		< .001	Rank biserial correlation	0.446		

* Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the assumption of equal variances

Рисунок 2.13 – Різниця між групами популяції експериментальної групи Т-критерію шкал з залежністю від ОВР критерію

Для контрольної групи значення ефекту було також обчислено та дорівнює, наприклад для Student's t-тесту наявності тривожності згідно тесту Вандербільда -1.275. Значення між середнім та великим ефектом визначено для рівня соціально-педагогічної занедбаності, шкали «Прийняття-відкидання» опитувальника ОРО та рівня тривожності згідно тесту О. Захарова (Дод. М).

Також ми дослідили T-критерій для двох незалежних сукупностей (Independent Samples T-Test). Нульовою гіпотезою приймаємо те, що кореляції між високим значенням шкал «Кооперація», «Симбіоз», «Авторитарна гіперсоціалізація», «Маленький невдаха» згідно опитувальника ОРО та наявності ознак опозиційно-викличної поведінки немає. Для проведення порівняльного аналізу було застосовано статистичний тест Student's t-test, Welch t-тесту який дозволяє оцінити статистичну значущість різниці між середніми значеннями двох груп. Значення статистики та ступені свободи (df) були обчислені для тесту Student's t та Welch t-тесту. Також було визначено значення p-значення, що вказує на статистичну значущість різниці між групами, де значення $p < 0.001$.

Розглянемо результати аналізу Independent Samples T-Test для значенням шкали «Кооперація» згідно опитувальника ОРО та наявності ознак опозиційно-викличної поведінки.

Для Welch t-тесту отримано значення -0.212, а для Student's t-тесту -0.215. Обидва значення близькі до нуля та від'ємні, що свідчить про відсутність суттєвої різниці в середніх значеннях між групами.

Ступені свободи (df): Для Welch t-тесту отримано значення ступенів свободи 72.6, а для Student's t-тесту - 98.0. Ці значення відрізняються, оскільки Welch t-тест використовує корекцію ступенів свободи з урахуванням невірноваженості в групах.

P-значення: Для Welch t-тесту отримано p-значення 0.833, а для Student's t-тесту - 0.830. Ці значення перевищують критичний рівень значущості 0.05, що означає відсутність статистично значущої різниці між групами щодо величини шкали «Кооперація».

Величина ефекту: У Welch t-тесті отримано значення величини ефекту -0.0442, а для Student's t-тесту -0.0445. Ці значення дуже близькі до нуля, що підтверджує відсутність практичної значущості різниці між групами.

Отже, з урахуванням результатів обох тестів (Welch t-тест та Student's t-тест), може прийняти нульову гіпотезу і зробити висновок, що кореляція між

високим значенням опитувальника ОРО, шкал: «Кооперація», «Симбіоз», «Авторитарна гіперсоціалізація» та наявністю ознак опозиційно-викличної поведінки у експериментальній групі відсутня. Водночас, було виявлено, що шкала «Маленький невдаха» має статистично значущі відмінності між групами з наявністю ознак опозиційно-викличної поведінки та без них.

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Effect Size	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
ОРО-Кооперазія	Student's t	-0.215	98.0	0.830	Cohen's d	-0.0445	0.3617
	Welch's t	-0.212	72.6	0.833	Cohen's d	-0.0442	
	Mann-Whitney U	1113		0.695	Rank biserial correlation	0.0450	
ОРО-Симбіоз	Student's t	1.349	98.0	0.181	Cohen's d	0.2793	0.6871
	Welch's t	1.348	75.5	0.182	Cohen's d	0.2793	
	Mann-Whitney U	948		0.113	Rank biserial correlation	0.1866	
ОРО-Гіперсоц	Student's t	0.214	98.0	0.831	Cohen's d	0.0444	0.4502
	Welch's t	0.210	71.1	0.834	Cohen's d	0.0439	
	Mann-Whitney U	1147		0.892	Rank biserial correlation	0.0163	
ОРО-small	Student's t	-2.344	98.0	0.021	Cohen's d	-0.4854	-0.0688
	Welch's t	-2.257	67.1	0.027	Cohen's d	-0.4761	
	Mann-Whitney U	846		0.018	Rank biserial correlation	0.2746	

Рисунок 2.14. – Різниця між групами у експериментальній популяції у Т-критерії для шкал без залежності від ОВР

Т-критерій для двох незалежних сукупностей (Independent Samples T-Test) у контрольній групі показав наступні данні: значення р-значення, що вказує на статистичну значущість різниці між групами, де значення $p < 0.005$. Значення статистики Welch t-тесту наприклад для рівня тривожності згідно тесту Вандербільд, отримали значення -3.84, а для Student's t-тесту -3.36. Обидва значення від'ємні, що показує, що середнє значення ознаки тривожності у першій групі менше (дітей, що не відповідають критеріям ОВР), ніж у групі дітей що відповідають ознакам ОВР. Виявлені різниці у групах підтверджуються обома тестами. Значення df (ступені свободи) Welch t-тесту отримали 43.6, а для Student's t-тесту - 98.0. Ці значення відрізняються, оскільки Welch t-тест використовує корекцію ступенів свободи з урахуванням невірноваженості в групах. У обох тестах отримане р-значення менше 0.005. Це означає, що імовірність отримати такі великі відхилення між групами за

умови, що нульова гіпотеза є правильною (відсутність кореляції між групами з та без ознак ОВР та рівнем тривожності або інших наведених в аналізі ознак), дуже низька. Отримане р-значення менше 0.005, що свідчить про статистичну значущість різниці між групами. Таким чином, обидва тести дають однакові результати відносно статистичної значущості різниці між групами.

Значення ефекту було також обчислено та дорівнює, наприклад для Student's t-тесту наявності тривожності згідно тесту Вандербільд -1.275.

Independent Samples T-Test 95% Confidence Interval

		Statistic	df	p	Effect Size	Lower	Upper	
Va-Anxiety	Student's t	-3.84 *	98.0	< .001	Cohen's d	-0.831	-1.275	-0.38237
	Welch's t	-3.36	43.6	0.002	Cohen's d	-0.774		
	Mann-Whitney U	707		< .001	Rank biserial correlation	0.339		
Va-Impulsive	Student's t	-5.75 *	98.0	< .001	Cohen's d	-1.244	-1.713	-0.76800
	Welch's t	-4.33	34.5	< .001	Cohen's d	-1.057		
	Mann-Whitney U	633		< .001	Rank biserial correlation	0.408		
Za-Anxiety	Student's t	-2.94	98.0	0.004	Cohen's d	-0.635	-1.070	-0.19580
	Welch's t	-2.92	57.2	0.005	Cohen's d	-0.633		
	Mann-Whitney U	695		0.005	Rank biserial correlation	0.350		
SSIT	Student's t	-3.78 *	98.0	< .001	Cohen's d	-0.818	-1.260	-0.36946
	Welch's t	-3.23	41.8	0.002	Cohen's d	-0.750		
	Mann-Whitney U	682		0.004	Rank biserial correlation	0.363		
OPO-Vidkidannya	Student's t	-3.91 *	98.0	< .001	Cohen's d	-0.845	-1.289	-0.39532
	Welch's t	-3.35	42.1	0.002	Cohen's d	-0.778		
	Mann-Whitney U	673		0.003	Rank biserial correlation	0.371		
Soc-Ped Zanedban.	Student's t	-1.95	98.0	0.054	Cohen's d	-0.422	-0.850	0.00901
	Welch's t	-1.85	51.3	0.070	Cohen's d	-0.411		
	Mann-Whitney U	837		0.052	Rank biserial correlation	0.217		

* Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the assumption of equal variances

Таблиця 2.15. – Різниця між групами контрольної популяції у Т-критерії шкал з залежністю від ОВР

Також ми дослідили Т-критерій для двох незалежних сукупностей (Independent Samples T-Test). Нульовою гіпотезою приймаємо те, що кореляції між високим значенням шкал «Кооперація», «Симбіоз», «Авторитарна гіперсоціалізація», «Маленький невдаха» згідно опитувальника ОРО та наявності ознак опозиційно-викличної поведінки немає. Для проведення порівняльного аналізу було застосовано статистичний тест Student's t-test,

Welch t-тесту який дозволяє оцінити статистичну значущість різниці між середніми значеннями двох груп. Значення статистики та ступені свободи (df) були обчислені для тесту Student's t та Welch t-тесту. Також було визначено значення р-значення, що вказує на статистичну значущість різниці між групами, де значення $p < 0.001$.

Розглянемо результати аналізу Independent Samples T-Test для значенням шкали «Авторитарна гиперсоціалізація» згідно опитувальника ОРО та наявності ознак опозиційно-викличної поведінки.

Для Welch t-тесту отримано значення -0.197, а для Student's t-тесту -0.189. Обидва значення близькі до нуля та від'ємні, що свідчить про відсутність суттєвої різниці в середніх значеннях між групами.

Ступені свободи (df): Для Welch t-тесту отримано значення ступенів свободи 64,1, а для Student's t-тесту - 98.0. Ці значення відрізняються, оскільки Welch t-тест використовує корекцію ступенів свободи з урахуванням невірноваженості в групах.

Р-значення: Для Welch t-тесту отримано р-значення 0.844 а для Student's t-тесту - 0.850. Ці значення перевищують критичний рівень значущості 0.05, що означає відсутність статистично значущої різниці між групами щодо величини шкали «Кооперація».

Величина ефекту: У Welch t-тесті отримано значення величини ефекту -0.0409, а для Student's t-тесту -0.0417. Ці значення дуже близькі до нуля, що підтверджує відсутність практичної значущості різниці між групами.

Отже, з урахуванням результатів обох тестів (Welch t-тест та Student's t-тест), ви можете прийняти нульову гіпотезу і зробити висновок, що кореляція між високим значенням шкал «Кооперація», «Симбіоз», «Авторитарна гиперсоціалізація» згідно опитувальника ОРО та наявністю ознак опозиційно-викличної поведінки відсутня. Водночас, було виявлено, що для шкали «Маленький невдаха» що є статистично значущі відмінності між групами з наявністю ознак опозиційно-викличної поведінки та без них.

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Effect Size	95% Confidence Interval		
						Lower	Upper	
OPO-small	Student's t	-2.745 *	98.0	0.007	Cohen's d	-0.5936	-1.02682	-0.156
	Welch's t	-2.316	40.9	0.026	Cohen's d	-0.5408		
	Mann-Whitney U	832		0.066	Rank biserial correlation	0.22253		
OPO-Gipersoz	Student's t	-0.189	98.0	0.850	Cohen's d	-0.0409	-0.46457	0.383
	Welch's t	-0.197	64.1	0.844	Cohen's d	-0.0417		
	Mann-Whitney U	1062		0.954	Rank biserial correlation	0.00748		
OPO-Simbioz	Student's t	2.642	98.0	0.010	Cohen's d	0.5714	0.13487	1.004
	Welch's t	2.588	55.1	0.012	Cohen's d	0.5653		
	Mann-Whitney U	723		0.008	Rank biserial correlation	0.32445		
OPO-Kooperazia	Student's t	2.014	98.0	0.047	Cohen's d	0.4355	0.00391	0.864
	Welch's t	1.847	47.8	0.071	Cohen's d	0.4161		
	Mann-Whitney U	831		0.063	Rank biserial correlation	0.22347		

* Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the assumption of equal variances

Рисунок 2.16. – Різниця між групами популяції контрольної групи у Т-критерії шкал без залежності від ОВР

Для експериментальної групи приймаємо нульову гіпотезу для критерію Шапіро-Уїлкінса щодо нормального розподілення значень. Якщо р-значення, отримане з цього критерію, більше заданого рівня значущості (наприклад, 0.05), то ми не відхиляємо нульову гіпотезу і припускаємо, що дані мають нормальний розподіл. Тому, можемо стверджувати, що нульову гіпотезу не можна відкидати, якщо р-значення більше заданого рівня значущості (Додаток І). Низьке р-значення <0.001 говорить, що то ми відхиляємо нульову гіпотезу і припускаємо, що дані не мають нормального розподілу (Рис.2.17)

Normality Test (Shapiro-Wilk)			Normality Test (Shapiro-Wilk)		
	W	p		W	p
Va-Anxiety	0.801	< .001			
Va-Impulsive	0.806	< .001	OPO-Kooperazia	0.818	< .001
Za-Anxiety	0.984	0.255	OPO-Simbioz	0.941	< .001
SSIT	0.975	0.052	OPO-Gipersoz	0.918	< .001
OPO-Vidkidannya	0.947	< .001	OPO-small	0.935	< .001
Soc-Ped Zanedban.	0.907	< .001			

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Рисунок 2.17. - Визначення нормальності згідно критеріїв Шапіро-Уїлкінса експериментальної групи

Результати тесту Левена (Рис.2.18) на однорідність дисперсії показав статистично значущу відмінність між дисперсіями рівнем тривожності згідно методики Вандербільда, шкали «Імпульсивність», критеріїв труднощів дитини, соціально-педагогічної занедбаності та шкали «Прийняття-відкидання» опитувальника ОРО за розподіленням F-статистики і низьким р-значенням менше 0.001. Це свідчить про порушення припущення про однорідність дисперсії. В той же час припущення про однорідність дисперсії підтверджується для рівня тривожності згідно методики Захарової та значенням шкал «Кооперація», «Симбіоз», «Авторитарна гіперсоціалізація», «Маленький невдаха» згідно опитувальника ОРО. Ті самі дані маємо для контрольної групи (Додаток М).

Результати тесту Шапіро-Уїлкінса експериментальної групи (Додаток І) та контрольної групи (Додаток Л) показують, що дані не мають нормального розподілу. Це вказує на те, що припущення про нормальність даних не виконується. При використанні t-тестів, які базуються на припущенні про нормальний розподіл даних, необхідно враховувати це обмеження. Нерівність дисперсії між групами: Тест Левена на однорідність дисперсії показав статистично значущу відмінність між дисперсіями груп. Це означає, що дисперсії в групах не рівні. В той же час в обох випадках (Welch t-тест і Student's t-тест) ми спостерігаємо дуже низьке р-значення, що підтверджує наявність статистично значущої різниці між групами дітей, що не відповідають критеріям ОВР та у групі дітей що відповідають ознакам ОВР.

Середнє значення та медіанне значення для дітей, що відповідають критеріям ОВР (група 1) складаються з рівня тривожності на 4 пунктів вище згідно тесту Захарова у відношенні до дітей, що не відповідають критеріям ОВР (група 0) відповідно.

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df	df2	p
Va-Anxiety	60.420	1	98	< .001
Va-Impulsive	162.861	1	98	< .001
Za-Anxiety	0.370	1	98	0.545
SSiT	3.326	1	98	0.071
OPO-Vidkidannya	5.283	1	98	0.024
Soc-Ped Zanedban.	16.061	1	98	< .001

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of equal variances

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df	df2	p
OPO-Kooperazia	0.03153	1	98	0.859
OPO-Simbioz	0.00439	1	98	0.947
OPO-Gipersoz	0.97838	1	98	0.325
OPO-small	3.17584	1	98	0.078

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of equal variances

Рисунок 2.18 – Тест Левена для перевірки однорідності/рівності дисперсії експериментальної групи

Отримано середнє та медіанне значення для методики Вандербільда, шкали імпульсивності, опитувальника сильні сторони та труднощі дитини, опитувальник соціально-педагогічної занедбаності та шкали «прийняття-відкидання» опитувальника батьківського ставлення ОРО та окремо для шкал «Кооперація», «Симбіоз», «Авторитарна гіперсоціалізація», «Маленький невдаха» згідно опитувальника ОРО. (Додаток і)

Діаграма розсіювання для різних груп дітей, що відповідають або не відповідають критеріям ОВР. Ми з'ясували, що існує пряма залежність – у групи дітей, що відповідають критеріям ОВР та рівню тривожності згідно методики Вандербільда та О.Захарова, шкали імпульсивності, опитувальника сильні сторони та труднощі дитини, опитувальник соціально-педагогічної

занедбаності та шкали «прийняття-відкидання» опитувальника батьківського ставлення ОРО вищий. (Додаток І)

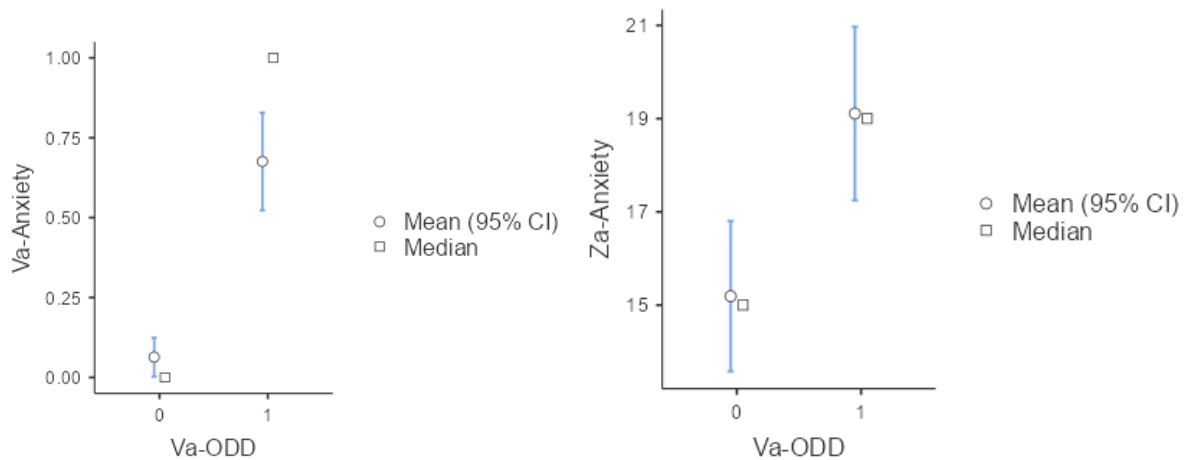


Рисунок 2.19. – Графічне зображення тривожності та шкали ОВР експериментальної групи критерію Стьюдента через стовпчикову діаграму середнього значення з довірчим інтервалом 95%

Діаграма розсіювання для різних груп дітей, що відповідають або не відповідають критеріям ОВР та шкали «Кооперація», «Симбіоз», «Авторитарна гіперсоціалізація», «Маленький невдаха» згідно опитувальника ОРО мають пряму кореляцію (Рис.2.20).

У результаті статистичного аналізу, можна стверджувати про пряму кореляцію даних тривожності та психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу у дітей-біженців. Чим вищий критерій тривожності тим частіше спостерігаємо середній та високий рівень симптоматики психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу поведінки.

Отже, згідно наших методик зі 100 респондентів експериментальної групи 37 дітей-біженців, та з контрольної 100 респондентів - 31 дитина мають симптоматику та виражені психологічні особливості опозиційно-викличного розладу поведінки.

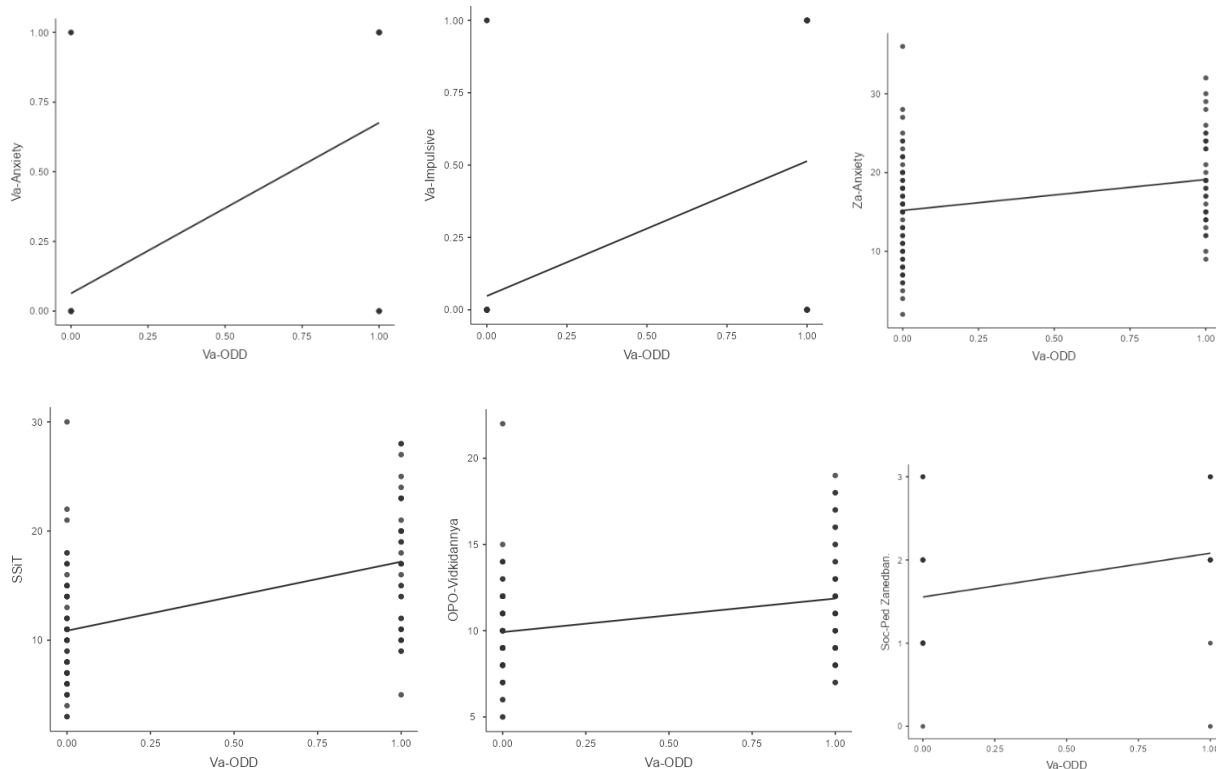


Рисунок 2.20. – Залежності рівня тривоги та критеріїв ОВР експериментальної групи популяції

Ці дані також корелюють з особистісними чинниками, такими як травматичні події (втрата близької людини, перебування в окупації, насилля тощо), адаптацією на новому місці проживання (стосунки з однолітками, шкільна успішність тощо). У групи дітей, що відповідають критеріям ОВР рівень тривожності вищий, згідно даних методики Вандербільда та рівня тривожності за Захаровим, труднощів дитини, соціально-педагогічної занедбаності та стилю сімейного виховання. Використані нами методи виявилися високоінформативними та повністю відповідали нашим завданням, тому можемо їх вважати валідними та узгодженими.

Факторний аналіз експериментальної групи (Додаток К) показав кореляцію вираженості ОВР з факторами травматичного досвіду дитини, рівнем по шкалі «Маленький невдаха» у стилі батьківського ставлення, високим рівнем вираженості імпульсивності та ознаками соціально-педагогічної занедбаності. Схожі дані ми бачимо і у контрольній групі (Додаток Н)

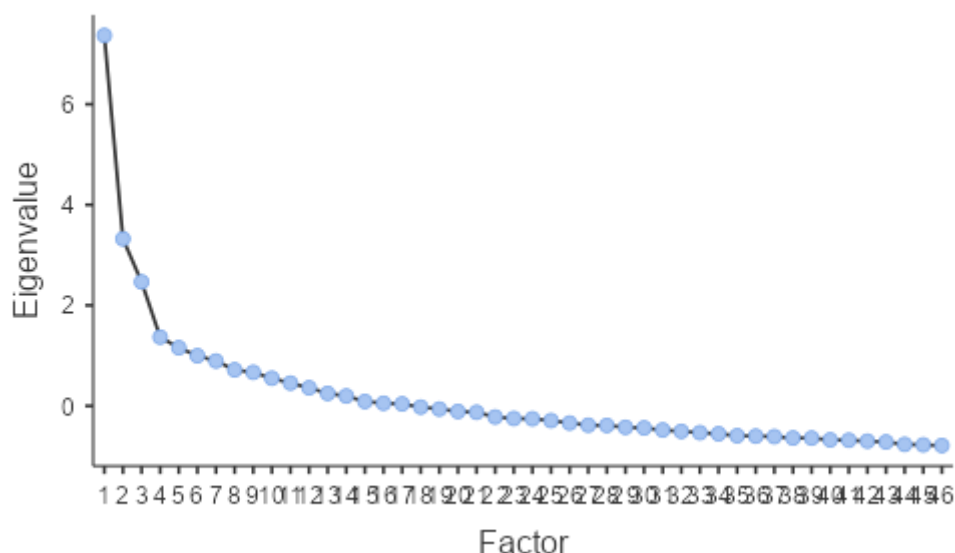


Рисунок 2.21. – Діаграма визначення кількості значущих факторів факторного аналізу

У результаті статистичного аналізу, можна стверджувати про пряму кореляцію даних тривожності та психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу у дітей-біженців. Чим вищий критерій тривожності тим частіше спостерігаємо середній та високий рівень симптоматики психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу. Отже, згідно наших методик зі 100 респондентів експериментальної групи 37 дітей-біженців, та зі 100 респондентів контрольної групи 31 українська дитина мають симптоматику та виражені психологічні особливості опозиційно-викличного розладу.

Високе та середнє значення рівня психологічних ознак опозиційно-викличного розладу корелює з рівнем імпульсивності дитини, критеріями сильних сторін та труднощів, стилем батьківського виховання по шкалі «Прийняття-відкидання» та рівнем соціально-педагогічної занедбаності. У результаті нашого аналізу можна стверджувати, що високий рівень імпульсивності дитини частіше корелює з рівнем тривоги та вираженістю психологічних ознак ОВР ніж наступні особистісні риси такі як: байдужість, жорстокість, маніпулятивність та зухвалість.

Щодо стилю виховання та батьківського ставлення наше дослідження показало, що чотири шкали не мають прямої кореляції з рівнем вираженості ОВР. Тоді як одна шкала «Маленький невдаха» має незначні кореляції в експериментальній та контрольній групах. Можна зробити висновок, що опозиційно-виклична поведінка дитини частіше сприймається батьками як інфантильна, дитина здається батькам непристосованою до соціального життя та схильною до поганого впливу і батьки можуть не пов'язувати такий тип поведінки дитини з ознаками психічного розладу.

Згідно опитувальника сильних сторін та труднощів дитини, всі шкали: емоційна симптоматика, поведінкові проблеми, проблеми з ровесниками мають пряму кореляцію з рівнем ОВР та ступенем тривожності.

Цікаві результати були з'ясовані згідно опитувальника соціально-педагогічної занедбаності за О. Овчаровою. Ми прослідкували, що діти які мають психологічні ознаки ОВР мають середнє та високе значення по шкалі соціально-педагогічної занедбаності, тоді як діти без ознак ОВР мають низьке та середнє значення соціально-педагогічної занедбаності. Контрольна група показала схожі показники кореляції соціально-педагогічної занедбаності та психологічних ознак опозиційно-викличного розладу поведінки та тривожності.

Усі вищезазначені дані також корелюють з особистісними чинниками, такими як травматичні події (втрата близької людини, перебування в окупації, насилля тощо), адаптацією на новому місці проживання (стосунки з однолітками, шкільна успішність тощо).

Використані нами методи виявилися високоінформативними та повністю відповідали нашим завданням, тому можемо їх вважати валідними та узгодженими.

Висновок до розділу 2

Проаналізувавши усі статистичні дані можемо зробити висновок, що усі застосовані методики відповідають критеріям валідності та узгодженості. Серед популяції 100 осіб експериментальної групи – 37 дітей, та зі 100 осіб контрольної групи – 31 дитина мали середні та високі показники вираженості психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу поведінки. Було з'ясовано, що існує пряма кореляція між середнім та високим рівнем тривожності та середніми та високими значеннями вираженості психологічних ознак опозиційно-викличного розладу поведінки. Також ми з'ясували що одні й ті самі фактори однаково корелюють і з рівнем тривожності, і за рівнем вираженості психологічних ознак ОВР. Серед таких факторів можна назвати: риси імпульсивності, ознаки гіперактивності та поведінкових проблем, тип сімейного виховання «Маленький невдаха» та сума шкал вираженості соціально-педагогічної занедбаності. Згідно отриманих даних, ми можемо стверджувати що високий рівень по показникам особистісного травматичного досвіду дитини, такий як: досвід перебування в окупації, втрата близьких родичів, досвід насильства з боку воєнних, втрата друзів, незадовільні поточні умови життя мають кореляції з середнім та високим рівнем тривожності дитини. У порівнянні статистичних даних експериментальної та контрольної груп ми з'ясували, що виражені ознаки ОВР у кореляції з дітьми з високим рівнем тривожності присутні в обох групах популяції. Таким чином, можемо стверджувати, що біженство спричиняє достатньо високий рівень травматизації дітей, і це істотно впливає на вираженість психологічних ознак ОВР. В той же час діти з контрольної групи, що перебувають в Україні і змінили своє постійне місце проживання, або не змінювали його також мають значний прояв тривожності з кореляцією до ОВР.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ТА РОЗРОБКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ ТА РЕКОМЕНДАЦІЙ ДЛЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ-БІЖЕНЦІВ З ПСИХОЛОГІЧНИМИ ОЗНАКАМИ ОПОЗИЦІЙНО-ВИКЛИЧНОГО РОЗЛАДУ

3.1. Підходи до корекції поведінки дітей-біженців з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу.

Дослідження щодо виховання дітей з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу підтверджують те, що адекватні та спокійні реакції батьків на поведінку дитини є важливим фактором у встановленні та збереженні позитивної поведінки дитини. (Behan J, Carr A. 2000). [24].

Найбільш вживаною методикою роботи з дітьми, що мають психологічні особливості опозиційно-викличний розлад є різноманітні тренінгові програми розроблені для інформування та виховання у батьків стійких навичок реагування на поведінку дітей. Свою високу ефективність тренінги для батьків було підтверджено як в клінічних закладах так і в громадських умовах [116] також ефект від батьківських тренінгів зберігається протягом 14 років (Long, Forehand, Wierson & Morgan, 1994). [88] Важливо розуміти, що тренінги з розвитку батьківських навичок можуть стосуватися не лише конкретних патернів поведінки, але й бути корисними для сімей, які потребують покращення своїх стосунків у батьківській парі або ж з іншими членами родини. Такі тренінги зокрема охоплюють такі аспекти, як стосунки між батьками, сприйняття батьками своєї дитини, незадоволення шлюбом та сімейна комунікація. Вплив тренінгів для батьків може бути різним, одні звіти не підтверджують високої ефективності (Spaccarelli et al., 1992) і інші ж навпаки дуже рекомендують (Dadds & McNHugh, 1992). [5].

Інші науковці звертають увагу на вивчення ефективності комплексних лікувальних програм, які включають окремі терапевтичні сеанси для дітей і батьків, а також можуть включати спільні групи для дітей і батьків (де всі діти, батьки та керівники груп збираються разом), а також консультування вчителів.

Дослідження показали, що одночасне навчання дітей навичкам розв'язання проблем та такий самий тренінг для батьків (як індивідуально, так і в групах) зменшує проблемну поведінку у дітей і поліпшує їх просоціальну поведінку вдома відразу після лікування та протягом 12 місяців спостереження. (Kazdin et al., 1987a) [8].

Звертаючи увагу на різні тренінги для батьків варто пам'ятати, що прояви опозиційно-викличного розладу мають хронічний стан. Тому робота з сім'ями повинна ґрунтуватися на концепції тривалого супроводу сім'ї та дитини протягом різних етапів їхнього життя. Важливо розглядати психологічні особливості прояву психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу в контексті життя дитини, враховуючи її вікові особливості розвитку та складну взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів [18]. На основі цього слід будувати план терапевтичних заходів, які сприяють подоланню існуючих труднощів та запобігають виникненню подальших проблем, сприяючи позитивному розвитку дитини.

Одним з основних елементів такого супроводу є встановлення надійних партнерських взаємин між батьками та фахівцями, які надають допомогу.

Існує багато підходів до навчання батьків, включаючи когнітивне та інтерактивне управління. Ці підходи відрізняються від використання поведінкових технік, таких як покарання, винагорода та підкріплення.

Тренінговий тип роботи заснований на моделі навчання за Каздіном. Поведінковий підхід до батьківства, АЕ.(2005) і Barkely RA. (2013), а також програма батьківського менеджменту, які вирішують проблеми вдома і в школі, базуються на принципах психології розвитку комунікативних навичок та показали свою ефективність. Фактично, поведінкові батьківські програми є теоретично заснованими на поведінкових підходах, використовуючи методи навчання, що базуються на аналізі завдань та оперативному реагуванні. [23, 67].

Каздін розробив тренінгову програму для батьків дітей віком від двох до 14 років. Підхід науковця фокусується на клінічних причинах проблеми.

Навчальне завдання полягає у тому, щоб терапевт, працюючи з батьками, одночасно враховував їх погляди, зберігав повагу до них і не заважав їм виховувати своїх дітей. Програма може бути проведена як індивідуально, так і в групі, а формат представлення залежить від загостреності та типу проблеми дитини та недостатнього сімейного функціонування. Тренінг складається з 12 сесій, кожна тривалістю від 45 до 60 хвилин. Між сесіями терапевти прописують конкретні кроки для кожної сім'ї для впровадження батьківських навичок вдома. Важливим елементом є постійна оцінка прогресу дитини та батьків, яка здійснюється за допомогою рольових ігор, в яких беруть участь батьки і діти. Також доступні додаткові заняття для зміцнення навичок, які можуть бути ослаблені у дітей або батьків. [68]

Загальний показник ефективності навчання для дітей, чий батьки брали участь у програмі, коливався від 0,80 до 1. Це означає, що результати були на 85% кращі у порівнянні з дітьми, чий батьки не брали участі в навчанні за цією програмою взагалі. Поведінкове навчання батьків доводить високу ефективність у впливі на поведінку дітей як у школі, так і в особистому житті. Сам Каздін наголошує: «можливо, немає іншого методу, який би був настільки точно підтверджений та мав такий багатий досвід, як навчання батьків у контексті лікування опозиційно-викличного розладу». [66]

Психосоціальна терапія, за підходом Адлера та Дрейкурса теж довела свою успішність. Коефіцієнт ефективності був оцінений на рівні 0,69 для програми позитивного батьківства Сандерса. Щодо дітей з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу, ефективність цього навчального методу була оцінена в діапазоні від 0,35 до 0,48. [78]

У роботі з батьками дітей, що мають прояви опозиційно-викличний розлад Фрейзер і Рей (2008) визначили ряд цілей для кожної групи учасників поведінкових тренінгів:

Для батьків:

- Покращення навичок позитивного виховання

- Вдосконалення навичок вирішення проблем, узгодження конфліктів та комунікації

Для дітей:

- Розвиток навичок ефективної комунікації, вирішення проблем та керування гнівом

Для сім'ї:

- Сімейна консультація та підтримка у зменшенні стресу у взаєминах та домашньому середовищі

Серед найпоширеніших програм для батьків, що базуються на принципах соціального навчання у вирішенні проблем, пов'язаних з опозиційно-викличною поведінкою наведені наступні:

- «Неймовірні роки» (англ. - The Incredible Years (Webster-Stratton, 1981))

Одна з найбільш ефективних програм, розроблених Вебстер-Страттон для навчання батьків (Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, 1982; Webster-Stratton, 1981) [115], а також для навчання вчителів і дітей (Webster-Stratton & Hammond, 1997) [14]. Скотт та його колеги (Scott and colleagues (2001b)) провели багатоцентрове контрольоване дослідження групової версії програми навчання батьків на вибірці з 141 дитини (група дітей, що отримувала втручання, n=90; і контрольна група, яка очікувала на лікування, n=51), які були направлені до багатопрофільного психіатричного закладу для дітей зв'язку з антисоціальною поведінкою. Усі учасники дослідження були включені в «Базову» програму, що базувалася на використанні відеозаписів (Webster-Stratton & Hancock, 1998) [17]. Програма складалася з 13-16 двогодинних щотижневих сесій, під час яких батькам демонстрували відеозаписи з сценами, які показували правильні та неправильні способи керування дітьми. Елементами програми були: гра, похвала, заохочення, встановлення правил і обмежень, профілактика проблемної поведінки. Після перегляду відео батьків закликали обговорювати поведінку своїх дітей щодо наведених у відео прикладах. Батькам також давалася можливість протягом тижня використовувати набуті навички в домашніх умовах (домашні

завдання), при цьому досягнення закріплювалися і підтримувалися за допомогою телефонного спілкування. Вартість групової програми прирівнювалась до вартості індивідуального лікування. Порівняно з контрольною групою спостерігалось значне та статистично значуще зменшення антисоціальної поведінки та проблем з поведінкою у дітей і батьків за такими показниками: гіперактивність, кількість проблемних вчинків протягом дня (за повідомленнями батьків), проблеми з поведінкою та загальна девіація, оцінені за допомогою опитувальника сильних і слабких сторін дитини (Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997)), ступінь вираженості екстерналізуючих та загальних проблем, оцінені за допомогою опитувальника дитячої поведінки (Child Behaviour Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983)) [12].

Крім того, були розроблені ще дві програми: «Батьківська» спрямована на покращення відносин між батьками, та «Партнерська» - на підвищення академічної успішності дитини та встановлення взаємовідносин «батьки-вчителі». Виявилось, що найкращі результати у поліпшенні поведінки були досягнуті завдяки інтеграції всіх трьох програм.

- Потрійне П - програма позитивного виховання, науково обґрунтована програма з виховання та сімейної підтримки, розроблена з метою запобігання та вирішення проблем поведінки у дітей шляхом поліпшення виховних навичок та покращення взаємин між батьками та дітьми. Програма працює на кількох рівнях: універсальні втручання спрямовані на надання інформації щодо виховання для зацікавлених батьків; рекомендації щодо конкретних проблем поведінки; короткострокові програми - консультування та навчання батьків, як справлятися з неважкими проблемами; а також більш інтенсивні програми, що включають навчання стратегій керування настроєм, навичок вирішення проблем та побудови партнерських взаємин, призначені для використання у випадках більш стійких і глибоких проблем поведінки. Ефективність програми «Потрійне П» підтверджена рядом досліджень для

широкого спектру типів сімей та в різних культурних контекстах (Graaf et al, 1998, Bor et al, 2002).

•Тренінг з управління гнівом. Наявні наукові дані свідчать про те, що тренінг з управління гнівом, заснований на принципах когнітивно-поведінкової терапії, може бути особливо ефективним у лікуванні агресивної поведінки (Бек та Фернандес, 1998; Лохман та ін., 2011). У цьому тренінгу використовується методика розвитку навичок подолання труднощів, яка складається з трьох етапів: когнітивної підготовки, засвоєння навичок і практичного навчання (Мейхенбаум, 1996).

Альтернативні програми. Також були розроблені стратегії роботи в тих сім'ях, де вищезгадані програми виявилися неефективними. Скотт і Дадс (Scott and Dadds (2009)) запропонували цілий ряд альтернативних методів втручання, які дозволяють впливати на фактори, що знижують ефективність програм з навчання батьків. Вони рекомендують при розробці стратегій втручання враховувати безпеку прив'язаності та взаємин дитина-батьки, враховуючи, який вплив на значення очікуваного посилення або покарання може мати порушення прив'язаності. Крім того, вони наголошують на важливості факторів більш широкого соціального контексту, таких як взаємини між батьками, брати і сестри, розширена родина та місцевість проживання. Нарешті, вони рекомендують психологам, що працюють з програмами для батьків, більш уважно стежити за переконаннями батьків щодо їх дитини (або аспектів виховання), які також можуть впливати на процес лікування.

До альтернативних методик відноситься «Теорія реальності». Ця концепція ставить акцент на виборі, підсвідомості та оцінці особистості. В рамках цієї теорії, людина вважається відповідальною за свої вибори та втручання в них, а також намагається бути свідомою щодо своїх потреб. Теорія звертає увагу на зовнішні фактори, які впливають на особистість, і намагається перенести фокус на свої здібності та більшу відповідальність.

Згідно з цією теорією, поведінка людини має чотири компоненти: функціональний, когнітивний, емоційний та фізіологічний. Основний акцент здійснюється на когнітивному та функціональному аспекті, оскільки людина має можливість безпосередньо контролювати ці аспекти, тоді як емоційна та фізіологічна сфери контролюються опосередковано. Фундаментальний принцип теорії реальності полягає в тому, що «єдиною людиною, поведінку якої ми можемо контролювати, є наша власна» [96]. Таким чином Теорія реальності працює з глибинним «Я» батьків, та вчить розпізнавати самостійно свою мотивацію до вчинків у відповідь на поведінку дитини. Цей підхід більш тривалий та вимагає від батьків дитини більшої роботи. Цей підхід доречно використовувати у комплексі з іншими підходами відповідального батьківства.

Програми тренінгів для дітей-біженців.

Враховуючи незадоволені потреби у психічному здоров'ї дітей-біженців у США та важливу роль сімей у забезпеченні допомоги, у 2007 році Фонд Роберта Вуда Джонсона (RWJF) створив Ініціативу «Турбота через спільноту» (Caring Across Communities, SAC). Фонд Роберта Вуда Джонсона (RWJF) надав гранти на суму 4,5 мільйона доларів для 15 проектів, спрямованих на зменшення проблем емоційного та поведінкового здоров'я серед учнів біженців. Гранти підтримують широкий спектр інноваційних партнерств між школами, постачальниками психічної служби та організаціями іммігрантів або біженців.

Тренінгові програми розроблені для батьків акцентують увагу на сильних сторонах їх культури, важливості та поваги до інакшості. Вони навчаються прийомам передачі своєї культури своїм дітям, таким як розповіді або обговорення значення певних традицій, свят, кулінарних уподобань своєї батьківщини. Таким чином, діти-біженці як культурна меншість зміцнюють свою роль у контексті важливості культурного різноманіття. Така позиція дозволяє дітям зменшити рівень тривожності у новому соціумі. Програма включала не тільки інформування батьків про свої можливості та культурні

переваги, але й закріплювалися через спільні домашні зустрічі сімей-біженців, відвідини різних навчальних закладів та підтримку освіти дітей. Таким чином, батьки самі стають лідерами у створенні мережі підтримки дітей в своїх спільнотах [22].

Доволі багато різноманітних тренінгів розроблено українськими фахівцями. Здебільшого вони розраховані на зняття емоційного напруження, розвиток психологічної стійкості у дітей, навички подолання тривоги та паніки, а також на підсилення своєї культурної унікальності, цінності та значущості. Вправи розроблені українськими фахівцями так чи інакше спираються на програму позитивного батьківства рамках когнітивно-поведінкової терапії [9]. Більшість програм підтримується партнерськими міжнародними організаціями, такими як: UNICEF та ООН та враховують останній передовий світовий досвід у галузі надання психологічної допомоги біженцям.

Розроблені програми мають на меті не тільки проінформувати, але й навчити батьків самостійно справлятися з дитячими проявами агресії, тривоги, розрізняти маркери, коли необхідно звернутися за допомогою до спеціалістів. Учасники тренінгових програм це батьки дітей, що вимушено покинули свої домівки та переїхали до іншого регіону України або закордон. У результаті тренінгу батьки здобувають наступні навички: Моніторинг стресових реакцій у себе та у дітей; Використання методів першої психологічної допомоги для саморегуляції та стабілізації емоційного стану дітей; Використання навичок ненасильницької комунікації та позитивного батьківства, з орієнтацією на розуміння потреб дитини; Вирішення конфліктів між дорослими та дітьми, а також між дітьми в сім'ї; Спілкування з дитиною з уважністю та надання допомоги у розв'язанні життєвих ситуацій; Співпраця та встановлення соціально прийнятних норм поведінки, навичок конструктивної взаємодії з однолітками та ефективного вирішення конфліктів у школі, з акцентом на співпрацю з іншими [11].

Крім повноцінних програм українськими фахівцями розроблено цілий ряд он-лайн програм та відео-лекцій і відео-тренінгів до яких можна долучитися з будь якого місця. Такими програмами є: «Сильні зв'язки: комунікація та емоційне порозуміння дітей та батьків» Діана Дятченко, «Формула психологічної стійкості: версія для батьків і як передати її нашим дітям?» автор Олег Романчук, «Майндфулнес для батьків» Ліда Романчук, «Як допомогти дитині подолати страх» Хрестина Гладюк, «Про батьківські школи для дітей з поведінковими розладами» автор Денис Угрин та інші програми [59].

3.2. Тренінгова програма «Я поряд» для батьків дітей-біженців 6-12 років, що мають психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки

З огляду на проаналізовані дані досліджень тренінгових програм роботи з опозиційно-викличним розладом у дітей та аналізом методів роботи з сім'ями-біженцями, було вирішено поєднати найефективніші інструменти обох підходів. Дизайн нашого дослідження базувався на спостереженні батьків за своїми дітьми, тому прийнято рішення сконцентрувати увагу саме на рекомендація для батьків.

Мета програми: Надати сім'ям-біженцям, які виховують дітей з психологічними ознаками опозиційно-викличної поведінки, розвинути навички ефективної комунікації у різних сферах життя дитини.

Завдання програми:

- навчання батьків ефективним методикам організації режиму дня, процесу навчання та дозвілля дітей з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу;
- формування умінь розпізнавати стресові реакції у дітей та ознайомлення зі способами ефективної реакції на них;
- надання першої психологічної допомоги, а також сприяння розвитку стресостійкості батьків і осіб, які їх замінюють.

- покращення навичок батьків розпізнавати причини опозиційно-викличної поведінки;
- навчити батьків самостійно підбирати тип комунікації з дитиною в залежності від обставин;
- заохочувати інших членів родини приймати участь у комунікації з дитиною за допомогою адекватних форм поведінки; навчити батьків узгоджених методів регуляції небажаної поведінки дитини.

Тренінгова програма має наступні цілі:

- покращення взаємин між батьками і дітьми шляхом розвитку та підтримки позитивних батьківських навичок та покращення адаптації дитини до нових умов життя з урахуванням психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу поведінки.

Згідно проаналізованої літератури ми зупинилися на методиках роботи з батьками дітей, що мають ознаки ОВР у когнітивно-поведінковій терапії трансдіагностичного підходу. Цей підхід передбачає роботу відразу у декількох напрямках: регуляція основного психологічного прояву, наприклад гніву, навчання батьків різним комунікативним та просоціальним стратегіям вирішення конфліктів; розуміння та вироблення практичних навичок з пошуку альтернативних агресивній формі поведінці.

Щодо особливостей роботи з сім'ями-біженцями, згідно проаналізованої літератури ми зупинилися на методах позитивного батьківства.

Цільова група на яку спрямована програма: батьки дітей 6-12 років, що мають виражені психологічні прояви опозиційно-викличного розладу поведінки та вимушено покинули своє постійне місце проживання.

Методологічні засади програми:

Когнітивно-поведінкова терапія – науково обґрунтований підхід на основі усвідомлення того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах існує спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього та ін.) і некоректні реакції на існуючі проблеми. Клієнт, спільно з психотерапевтом, критично переосмислює своє сприйняття

дійсності та поведінку, з метою зміни дисфункціональних, негативних патернів мислення та поведінки на більш об'єктивні та корисні. Це сприяє поліпшенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, а також покращенню життєвої ситуації. Щодо роботи з дітьми, то цей напрям працює через тренінгові програми для батьків, для того, щоб батьки усвідомлювали свої патерни поведінки у критичних ситуаціях з дітьми і змогли скорегувати свою поведінку та реакцію. Одним із ключових елементів роботи з батькам у когнітивно-поведінковій терапії є навчання технікам позитивного батьківства. [34]

Позитивне батьківство – це відносини між батьками та дітьми, які базуються на стійкій емоційній прив'язаності, безпеці, турботі, безпечній атмосфері вираження емоцій тощо. Такий стиль виховання передбачає, що батьки у гармонійний спосіб задовільнятимуть емоційні потреби дитини шляхом підтримки у складних життєвих ситуаціях. [2]

Запропоновані рекомендації зможуть розвинути наступні навички у учасників:

- Усвідомлена саморефлексія свого емоційного стану;
- Усвідомлений розвиток навичок емпатії стану дитини;
- Використання інструментів організації побуту дитини з ОВР;
- Використання інструментів та засобів для організації режиму дня, навчання та відпочинку дитини з ОВР;
- Застосування у практиці навичок першої психологічної допомоги;
- Використання навичок ненасильницької комунікації;
- Базові навички вирішення конфліктів між дорослими та дитиною, а також між дітьми в сім'ї.
- Розвиток емпатії.

Форми роботи. Основні форми проведення занять включають інформаційні повідомлення та тренінги з розвитку навичок, які здійснюються у груповому форматі. Групова робота сприяє розвитку навичок обміну інформацією, навчає розуміти іншу точку зору та висловлювати власну думку,

а також допомагає відпрацювати необхідні навички на практиці. Під час тренінгу, інформація засвоюється швидше і легше, оскільки учасники можуть обговорити спірні питання, задати запитання та одразу застосувати отримані знання на практиці, що сприяє формуванню відповідних поведінкових навичок. Групова робота в рамках тренінгу реалізується за допомогою різних методів, таких як інформаційні лекції, презентації ведучих, творчий пошук ідей у групах учасників, бесіди та обговорення, робота в групах, рольові ігри, а також індивідуальні та домашні завдання. Також, можливо організувати такий формат тренінгу он-лайн.

Структура тренінгової програми складається з трьох частин:

1 частина: Лекційні та тренінгові заняття для батьків та опікунів про особливості розвитку дітей з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу різного віку (6-12 років) – 6 зустрічей з яких 6 інформаційні і два практичних.

2 частина: «Ми покинули свій дім» підтримка біженців – 5 зустрічей, з яких: 1 інформаційна зустріч, 2 (інформаційно-практичних зустрічі), 2 практичні зустрічі.

3 частина: Позитивне батьківство у сім'ях, що вимушено покинули свої домівки та виховують дітей з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу. Всього ця частина має 8 занять, теоретичних – одне заняття; 6 – інформаційно-практичних, одне заняття – тільки практичне.

Кожна зустріч триває 120 хвилин і складається із трьох частин:

1. Вступ: Повторення раніше пройденого матеріалу, попереднє домашнє завдання, дискусія щодо незрозумілих моментів.

2. Основна частина: Новий матеріал – лекція, закріплення матеріалу практичними вправами.

3. Заключна частина: Домашнє завдання, підбиття підсумків та вражень від пройденого матеріалу.

Розмір та склад груп: групи батьків або опікунів в очному форматі можуть бути до 12 людей. У он-лайн форматі до 25 людей. Тривалість сесій та періодичність: не рідше одного разу на тиждень.

3.3. Зміст заходів тренінгової програми «Я поряд» для батьків дітей-біженців 6-12 років, що мають психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу

Частина 1. Заняття для батьків чи опікунів про особливості розвитку дітей з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу різного віку (6-12 років)

Заняття 1 (інформаційне). Знайомство та вступ. Знайомство учасників та тренінгової команди. Обговорення сеттінгу, мети, цілей та завдань заходів. Вступ до лекційного матеріалу.

Заняття 2 (інформаційне). Опозиційно-викличний розлад – діагностика та основні психологічні маркери. Особливості розвитку дітей, що мають психологічні особливості прояву опозиційно-викличного розладу поведінки. Вікові кризи.

Заняття 3 (інформаційне та практичне). Побудова ефективної комунікації у кризові періоди дитини та у періоди загострення опозиційної поведінки.

Заняття 4 (інформаційне та практичне). Організація побуту, режиму дня, навчання та відпочинку дітей з психологічними ознаками опозиційно-викличної поведінки.

Заняття 5 (інформаційне). Сім'я дорівнює підтримка. Комунікаційні інструменти підтримки дитини у родині. Взаємодія братів та сестер, підтримка з боку сім'ї – ефективні інструменти комунікації.

Заняття 6 (інформаційне). Червоні прапорці. Маркери поведінки дитини які потребують уваги з боку спеціалістів та підтримки батьків.

Частина 2. Ми покинули свій дім. Підтримка біженців.

Заняття 1 (інформаційне і практичне). Наслідки війни для психологічного здоров'я. Ознайомлення з поняттям біженства та його впливом на психологічне здоров'я дітей та дорослих. Основні поняття реагування

дорослих та дітей на психотравмуючі ситуації. Практичні вправи на надання першої психологічної допомоги собі і дитині під час психотравмуючих ситуацій.

Заняття 2 (інформаційне і практичне). Постеміграційний період. Основна інформація щодо етапів адаптації на новому місці, та психологічні кризи у дітей та батьків в цей період. Основні методи адаптації у новому середовищі.

Заняття 3 (практичне). Самодопомога у постеміграційні кризові періоди. Методи допомоги дітям.

Заняття 4 (інформаційне і практичне). Права та обов'язки. Де шукати юридичної допомоги сім'ям, що вимушено покинули свій дім.

Частина 3. Позитивне батьківство у сім'ях, що вимушено покинули свої домівки та виховують дітей з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу.

Заняття 1 (інформаційне) . Петрик П'яточкін. Чому дитина поводить себе опозиційно-викличним шляхом. Інформування про зв'язок поведінки дитини та її психоемоційними потребами.

Заняття 2 (інформаційне та практичне). Емоційний контроль. Основи стресостійкості батьків, підвищення обізнаності щодо емоційного регулювання свого стану та стану дітей. Розвиток навичок саморегуляції та контролю емоцій.

Заняття 3 (інформаційне і практичне). Перша психологічна допомога. Надання першої психологічної допомоги дитині яка перебуває у стані емоційного збудження з урахуванням особливостей перебігу та прояву опозиційно-викличного розладу поведінки в залежності від віку, реакції та зовнішніх чинників.

Заняття 4 (практичне). Розкажи мені. Формування знань про засоби комунікації для підтримки дітей різних вікових груп. Напрацювання емпатійного ставлення та поваги до слів та емоційного стану дитини.

Заняття 5 (інформаційне і практичне). Розв'язання конфліктів. Ознайомлення зі сценаріями реагування у конфліктних ситуаціях для батьків

і дітей. Напрацювання навичок розпізнавання потреб дитини та конструктивних методів їх задоволення. Розвиток навичок розв'язання конфліктів без покарань, а за допомогою дисципліни та правил.

Заняття 6 (інформаційне і практичне). Ні насильству у сім'ї. Ефективні методи виховання без покарання. Встановлення меж між вихованням та насильством.

Заняття 7 (інформаційне і практичне). Позитивне батьківство. Практичне використання методів підкріплення та заохочення.

Заняття 8 (інформаційне і практичне). Де взяти ресурс? Шляхи та методи пошуку емоційних ресурсів для батьків та дитини. Пошук та задоволення базових емоційних потреб дитини. Формування здорових відносин у родині заснованих на підтримці дорослими членами родини дітей.

Висновок до розділу 3

Згідно аналізу досліджень психологічних інтервенцій, які використовують для роботи з дітьми, що мають психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки та дітей-біженців було з'ясовано що підхід у когнітивно-поведінковій терапії має найкращі результати. Високу оцінку отримала програма «Позитивне батьківство» яку з різними варіаціями застосовують під час терапії поведінкових розладів та реабілітації біженців. Так як дизайн нашого дослідження був спрямований на спостереження батьками за своїми дітьми, то було зосереджено увагу на психологічних інтервенціях, у яких залучені батьки. Інформаційна та практична робота тренінгової програми розроблена з урахуванням особливостей комунікації та адаптації дітей з психологічними ознаками опозиційно-викличної поведінки, які разом з батьками, чи опікунами, вимушено покинули місця постійного проживання. Розробка тренінгових програм спрямованих на налагодження відносин між батьками і дітьми, вирішення конфліктів, покращення комунікації у родині та у зовнішньому соціальному середовищі. важливий етап у реабілітації та адаптації дітей-біженців, що мають психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу.

ВИСНОВОК

У нашому дослідженні ми з'ясували, що проблема впливу тривожності та особистісних факторів на психологічні особливості опозиційно-викличного розладу у дітей-біженців молодшого шкільного віку є актуальним та необхідним питанням. Війна, в наслідок якої діти були вимушені покинути постійне місце проживання є надзвичайно психотравмуючою ситуацією. Це призводить до низки змін в емоційно-вольовій, цілісно-мотиваційній, когнітивній сферах. Часто такі зміни ведуть до тривалого переживання тривоги та порушення поведінки.

Наявність психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу у дітей-біженців є доволі поширеним явищем в усьому світі. Діти, що вимушено покинули дім через війну мають різні психоемоційні наслідки. Важкість травматизації залежать від віку дитини, тривалості травми, особливостей індивідуального досвіду та захисних механізмів, наявності супутніх захворювань, клімату у сім'ї, стилю сімейного виховання, соціальної підтримки та успішності адаптації дитини на новому місці проживання.

Психологічні особливості опозиційно-викличного розладу у українських дітей 6-12 років досліджуються різноманітними методами. Ми обрали опитувальник симптомів поведінкових розладів у дітей та підлітків для батьків «NICHQ Vanderbilt», який під час використання показав свою високу валідність та інформативність не тільки за ознаками опозиційно-викличного розладу поведінки, але й за шкалою імпульсивності та тривожності. Також ми з'ясували рівень тривожності та психічного напруження дитини для батьків за О.Захаровим. Сильні сторони та труднощі дитини допомогли виявити які труднощі зустрічає дитина на новому місці найбільше. Опитувальник батьківського ставлення (ОРО) А.Я. Варга і В.В. Столін дозволив ефективно провести діагностику кореляцій між рівнем вираженості психологічних ознак опозиційно-викличного розладу, тривоги та стилем батьківського виховання. Також цікаві результати було з'ясовано за допомогою опитувальника експертної діагностики соціально-педагогічної занедбаності дітей за Р.В.

Овчаровою. Ми змогли проаналізувати та знайти кореляції між фізіологічно обумовленою поведінкою дітей-біженців з опозиційно-викличним розладом поведінки, та без нього і рівнем тривожності.

Всього взяли участь 200 респондентів, з них 100 осіб експериментальної групи – батьки дітей-біженців, що проживають за кордоном, та 100 осіб контрольної групи, що проживали в Україні. Дослідження проводилось онлайн за допомогою гугл-форми.

Статистичний аналіз та інтерпретація даних дають змогу стверджувати про те, що високий рівень тривожності корелює з високим рівнем ознак психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу поведінки дітей-біженців. Також поширеність розладів поведінки у дітей-біженців значно вища ніж у дітей тієї ж вікової групи, але які не мають травматичного досвіду. Серед досліджуваної популяції експериментальної групи 37 дітей-біженців мають виражені психологічні ознаки опозиційно-викличного розладу поведінки у середньому та високому значенні, та 31 дитина має ті самі показники у контрольній групі.

Аналіз наукових робіт у галузі надання психологічної допомоги дітям з психологічними ознаками опозиційно-викличного розладу та дітям-біженцям допоміг розробити пілотний варіант тренінгової програми для батьків. Об'єднавши найефективніші методики роботи з сім'ями-біженцями та сім'ями, що виховують дитину з ОВР було розроблено тренінгову програму на основі когнітивно-поведінкової терапії та програм позитивного батьківства. Пілотний варіант тренінгової програми може бути використаний у галузі психологічної допомоги таким сім'ям, соціальними працівниками та самими батьками, що бажають покращити комунікацію зі своїми дітьми.

Таким чином, ми можемо стверджувати, що наявність значного рівня тривоги та високих показників за шкалою психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу у дітей-біженців 6-12 років корелюють між собою. Також ОВР у різному ступені корелює з такими факторами як: характерологічні особливості дитини, позитивні сторони та її труднощі, стиль

виховання у родині, соціальне оточення тощо. Особистісні чинники є важливими факторами, що мають значний вплив на самопочуття дітей-біженців та можуть впливати на успішність адаптації на новому місці проживання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бургін Д., Анагностопулос Д. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей — багаторівневі підходи, орієнтовані на потреби та з урахуванням інформації про травму // Психіатрія. 2022. № 13.
2. Веретенко Т., Лях Т., Спіріна Т. та ін.; під ред. Т. Лях. Сходинки здоров'я для батьків: методичний посібник для фахівців соціальної сфери щодо проведення просвітницько-профілактичних занять за програмою «Сходинки» з батьками/опікунами дітей, що пережили травму війни. Київ: Видавничий дім «Калита», 2015. 160 с
3. Волошин П., Марута Н., Шестопалова Л. Посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації в постраждалих унаслідок військового конфлікту Київ: Агентство «Україна», 2015. 170 с.
4. Гудімов Г. Статус біженця в міжнародному праві. Право. 1997. № 3. С. 314-315.
5. Дашко М., Соціальна підтримка та результати лікування в поведінковій сімейній терапії проблем поведінки дитини // Психологія. 1998. № 16, 1–17.
6. Єнін М. Велика українська енциклопедія. Біженці. URL: <https://vue.gov.ua/Біженці>
7. Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб». Відомості Верховної Ради України від 02.01.2015 № 1, стор. 2, стаття 1.
8. Каздін А.Е., Тренінг навичок вирішення проблем і терапія стосунків у лікуванні асоціальної поведінки дітей // Журнал психологічного консультування. Київ, 1997, №5, 76–85 с.
9. Лактіонова Г., Зверева І. Батьківство в радість. Тренінговий курс з формування батьківської компетентності / . Вид. 2-ге, перероб. та доповн. — Київ: Фенікс, 2016. — 268 с.

10. Панок В., Левченко К. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період. Київ : МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. - 84 с.

11. Романчук О. Сім'я, що зцілює. Основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання. Путівник для прийомних батьків і не тільки. Львів: Свічадо, 2016. – 268 с.

12. Achenbach, T., Edelbrock, C., Manual for the Child: Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile // Department of Early Childhood Special Education. Chicago, 1983. 356 с.

13. Alayarian A. Children, torture and psychological consequences // Torture.2009.Vol. 19(2).P. 145—156.

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19920332/>

14. Alvord M., Grados J., Enhancing resilience in children: proactive approach // Professional Psychology: Research and Practice. 2005. Vol. 36 (3). P. 238—245. URL: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.36.3.238>

15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington D.C.:2013.

URL:10.1176/appi.books.9780890425596

16. Andershed, H., Colins, O., Salekin, R. et al. Callous-Unemotional Traits Only Versus the Multidimensional Psychopathy Construct as Predictors of Various Antisocial Outcomes During Early Adolescence. // Psychopathology Behavior Assess. 2018. №40, P.16–25. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9659-5>

17. Angold A., Costello E., The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000. №39. P. 39–48. URL: <https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00015>

18. Appleyard, K., Egeland, B., Dulmen, M., & Sroufe, L. When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. // Journal of child psychology and psychiatry, and applied disciplines. 2005. №46, 235–245. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x>

19. Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. Bullying victimization in youths and mental health problems: much ado about nothing. // *Psychological medicine*.2010.№40(5).P.717–729.

URL:<https://doi.org/10.1017/S0033291709991383>

20. Ayano, G., Betts, K., Maravilla, J. C., & Alati, R. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Risk of Disruptive Behavioral Disorders in the Offspring of Parents with Severe Psychiatric Disorders. // *Child psychiatry and human development*, 2021. №52(1), P. 77–95. URL: <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00989-4>

21. Baker K. Conduct disorders in children and adolescents // *Paediatrics and Child Health*. 2016. №12. P.534-539.

URL: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.08.009>

22. Banks J, McGee Banks C. Olneck M., Immigrants and Education in the United States. In *Handbook of Research on Multicultural Education*, (eds). 2nd ed., New York: Jossey-Bass, 2004. P.1–19.

23. Barkely R., *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. 3rd ed. New York: The Guilford press; 2013.

24. Behan J., Carr A., *Oppositional defiant disorder. What Works for Children and Adolescents? A Critical Review of Psychological, Interventions with Children, Adolescents and Their Families*. London: Routledge. 2000.

25. Berlin H., Rolls E., Kischka U., Impulsivity, time perception, emotion and reinforcement sensitivity in patients with orbitofrontal cortex lesions. *Brain*. 2004 May. V.18(1)/ P. 63-77.

26. Boehnlein, J., Kinzie, J., Sekiya, U., Riley, C., Pou, K., & Rosborough, B. A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees. // *The Journal of nervous and mental disease*. 2004. №192 P.658–663. URL:<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000142033.79043.9d>

27. Boylan, Khrista et al. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder.// *European child & adolescent psychiatry*. 2007.Vol. 16,8 .

- 28.** Bronstein, I., & Montgomery, P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. // *Clinical child and family psychology review*, 2011. №14(1), 44–56. URL: <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0081-0>
- 29.** Burke, J. D., Loeber, R., Lahey, B., & Rathouz, P. J. Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys // *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 2005. № 46. 1200–1210. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.00422.x>
- 30.** Calles, Joseph L. *Journal of Alternative Medicine Research*. A tribute to the holistic physician. 2016. №4. P.371-378.
URL: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/review-oppositional-defiant-conduct-disorders/docview/1864051402/se-2>
- 31.** Carlerby, Heidi et al. Subjective health complaints among boys and girls in the Swedish HBSC study: focussing on parental foreign background. // *International journal of public health*. 2011. Vol. 56,5. P.457-64.
URL: [doi:10.1007/s00038-011-0246-8](https://doi.org/10.1007/s00038-011-0246-8)
- 32.** Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D., Graham, T., & Balbuena, L. Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualized as a Disorder of Emotional Regulation // *Journal of attention disorders*. 2017. № 21(5). P.381–389.
URL: <https://doi.org/10.1177/1087054713520221>
- 33.** Cohen J., Mannarino A., Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. NY: Guilford Press. 2006.
- 34.** Cohen J., Mannarino A., *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents* // *Journal of Interpersonal Violence*, 2015(11), P.1202–1223.
- 35.** Colins, O. The clinical usefulness of the DSM–5 specifier for conduct disorder outside of a research context. // *Law and Human Behavior*. 2016. Vol.40(3), P.310–318.
- 36.** Comtesse, H., Powell, S., Soldo, A. et al. Long-term psychological distress of Bosnian war survivors: an 11-year follow-up of former displaced persons,

returnees, and stayers. Comtesse et al. // BMC Psychiatry. 2019. №19. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1996-0>

37. Conners C., Barkley R., Rating scales and checklists for child psychopharmacology. // Psychopharmacology bulletin. 1985. №21. P. 809-43. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4089107/>

38. Copeland, William E., et al. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders // BMC Psychiatry 2009. P.764-72. URL: [doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.85](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85)

39. Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence // Archives of general psychiatry. 2003. Vol. 60(8). P.837–844. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>

40. De Haene L., Grietens H., Verschueren H. From symptom to context: A review of the literature on refugee children's mental health // Hellenic Journal of Psychology. 2007. Vol. 4.P. 233—256.

41. Derluyn, I., Broekaert, E. & Schuyten, G. Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium // European Child Psychiatry. 2008. Vol.17. P 54–62.

42. Derluyn, Ilse, Broekaert. Unaccompanied refugee children and adolescents: the glaring contrast between a legal and a psychological perspective. // International journal of law and psychiatry. 2008. № 16. P. 319.

43. Eaves L, Rutter M, Silberg JL et al. Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. // Behavior Genetics. 2000. №30. P.321-334.

44. Eaves, L., et al. Genetics and developmental psychopathology: The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development // Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 1997. №:8. P.965-80.

- 45.** Eisenberg N, Hofer C, Vaughan J. Effortful control and its socioemotional consequences. In: Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press. 2007.
- 46.** Evenden J. Varieties of impulsivity // *Psychopharmacology*. 1999 Oct;146(4). P. 348-61.
- 47.** Eyberg, S. M., Ross, A. W. Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. // *Journal of Clinical Child Psychology*. 1978. №7. P.113–116. URL: <https://doi.org/10.1080/15374417809532835>
- 48.** Fazel, Mina et al. A school-based mental health intervention for refugee children: an exploratory study. // *Clinical child psychology and psychiatry* . 2009. №14. P. 297-309. URL: [doi:10.1177/1359104508100128](https://doi.org/10.1177/1359104508100128)
- 49.** Fazel, Mina et al. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* (London, England). 2005. P. 1309. URL: [doi:10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- 50.** Frick PJ, White SF. Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior // *Child Psychol Psychiatry*. 2008. Vol. 49. P.359–75.
- 51.** Frick PJ, White SF. Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior.// *Child Psychol Psychiatry*. 2008. Vol.49. P.359–75.
- 52.** Frick, P. et al. Psychopathy and conduct problems in children. // *Journal of abnormal psychology*. 1994. №4. URL: [doi:10.1037//0021-843x.103.4.700](https://doi.org/10.1037//0021-843x.103.4.700)
- 53.** Frick, P. J., Robertson, E. L., & Clark, J. E. (). Callous-unemotional traits. In M. M. Martel (Ed.), *Developmental pathways to disruptive, impulse-control, and conduct disorders*. Elsevier Academic Press. 2018. P.160.
- 54.** Goertz-Dorten, A., et al. Efficacy of individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders: a randomized controlled trial with an active control group // *European child & adolescent psychiatry*. 2019. №2. P. 165-175.

- 55.** Goodman, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note // *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2000. №:5. P.81. URL: doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- 56.** Gutman L. M., Brown J., Akerman R., Obolenskaya P. Change in wellbeing from childhood to adolescence: risk and resilience. London : Centre for Research on the Wider Benefits of Learning, 2010. P.83.
- 57.** Hasanović M. Psychological consequences of war-traumatized children and adolescents in Bosnia and Herzegovina // *Acta Medica Academica*. 2011. Vol. 40. P. 45—66.
- 58.** Hodes M., Tolmac J. Severely Impaired Young Refugees // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2005. Vol. 10(2). P. 251—261.
- 59.** <https://k-s.org.ua/online-parents/>
- 60.** <https://www.apa.org/>
- 61.** <https://www.paqresearch.cz/post/dusevni-zdravi-hlas-ukrajincu>
- 62.** Hyman I., Vu N., Beiser M. Post-migration stresses among Southeast Asian refugee youth in Canada: A research note // *Journal of Comparative Family Studies*. 2000. Vol. 31. P. 281—290.
- 63.** Ingleby D., Watters C. Refugee children at school: good practices in mental health and social care // *Education and Health*. 2002. Vol. 20(3). P. 43—45. URL: <http://sro.sussex.ac.uk/id/eprint/54505/1/eh203di.pdf>
- 64.** Itani, Taha et al. Suicidal ideation and planning among Palestinian middle school students living in Gaza Strip, West Bank, and United Nations Relief and Works Agency (UNRWA) camps. // *International journal of pediatrics & adolescent medicine*. 2017. №4. P. 54-60.
- 65.** Jones S, Eisenberg N, Fabes RA, MacKinnon DP. Parents' reactions to elementary school children's negative emotions: Relations to social and emotional functioning at school. 2002. Vol.48. P.133–59.
- 66.** Kazdin A. E. Parent management training and problem-solving skills training for child and adolescent conduct problems. In: Weisz JR, Kazdin AE,

editors. Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2017. P.142–58.

67. Kazdin A. E. Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. New York: Oxford University Press; 2005.

68. Kazdin A. E. Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. New York: Oxford University Press; 2009.

69. Kessler, Ronald C et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative // World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA). 2007. Vol.6,3. P. 168-76.

70. Kim H., Cho S., Kim B., Kim J., Shin M., Yeo J., Does oppositional defiant disorder have temperament and psychopathological profiles independent of attention deficit/hyperactivity disorder // Complex Psychiatry. 2010. Vol.51. P.412

71. Kim-Cohen J., Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects // Archives of general psychiatry. 2005.Vol. 62,2. P. 173-81.

72. Kratochwill T., Morris R. The Practice of Child Therapy. 4th ed. New York and London: Routledge Taylor & Francis Group; 2012. P. 583.

73. Leavey G., Hollins K., King M., et al. Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London. // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2004. Vol. 39(3). P. 191—195.

74. Lindhiem, O., Bennett, C. B., Hipwell, A. E., & Pardini, D. A. Beyond symptom counts for diagnosing oppositional defiant disorder and conduct disorder?// Journal of Abnormal Child Psychology. 2015. №7. P.1379–1387. URL:<https://doi.org/10.1007/s10802-015-0007-x>

75. M. Riley, S.Ahmed, A.Locke/ Common Questions About Oppositional Defiant Disorder/The American Academy of Family Physicians Foundation. 2016.

Common Questions About Oppositional Defiant Disorder | AAFP URL:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27035043/>

76. Macklem GL. Practitioner's Guide to Emotion Regulation in School-Age Children. Manchester, Massachusetts, USA: Springer press; 2012. p. 221.

77. Maria G Fraire, Thomas H. Ollendick. Anxiety and oppositional defiant disorder: A transdiagnostic conceptualization // *Clinical Psychology Review*. 2013. Vol.33. P. 229-240.

78. Matthew R. Sanders, James N. Kirby, Cassandra L. Tellegen, Jamin J. Day, The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support // *Clinical Psychology Review*. 2014. Vol. 34, Issue 4. P. 337-357.

79. Maughan, Barbara et al. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology // *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2004. Vol. 45,3. P. 609-21.

80. McKenzie V., Allen K. Disruptive, impulse-control, and conduct disorders // *Abnormal Psychology in Context: The Australian and New Zealand Handbook*. - 2017. P.216.

81. Nordahl-Jensen H., Holstein B. E. Sundhed og trivsel blandt indvandrere, efterkommere og etniske danske i 5., 7. og 9. klasse (a Danish report based on a health survey of Danish school children from 2006). Kopenhaven, 2010.

82. Özer S., Şirin S., Oppedal B. Bahçeşehir Study of Syrian Refugee Children in Turkey. Istanbul, 2017. P.40.

83. Psychology association publishing. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. DSM. American: Psychology association publishing; 2015. p. 1416.

84. Palmer D., Ward K. Lost: listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London // *Medicine, Conflict, and Survival*. 2007. Vol. 23. P. 198—212. URL: <https://doi.org/10.1080/13623690701417345>

85. Papadopoulos R. K. Refugee families: Issues of systemic supervision // *Journal of Family Therapy*. 2001. Vol. 23. P. 405—422.

- 86.** Papadopoulos R. K. *Therapeutic Care for Refugees: No Place like Home*. London : Karnac, 2002.
- 87.** Papageorgiou V., Frangou-Garunovic A., Iordanidou R., et al. War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2000. Vol. 9(2). P. 84—90.
- 88.** Long P., Forehand R., Wierson M., Morgan A. Does parent training with young noncompliant children have long-term effects? // *Behaviour Research and Therapy*. 1994. Vol. 32, Issue 1. P. 101-107.
- 89.** Pechtel P., Pizzagalli D. Effects of early life stress on cognitive and affective function: An integrated review of human literature // *Psychopharmacology*. 2011. Vol. 214 (1). P. 55—70.
- 90.** Reed R. V., Fazel M., Jones L., et al. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors // *The Lancet*. 2012. Vol. 379 (9812). P. 250—265
- 91.** Resolution on health action in crises and disasters Geneva : World Health Organization. 2005. URL:https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/Resolutions.pdf
- 92.** Reynolds C.R, Kamphaus R.W. *BASC-2: Behavior Assessment System for Children*, Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service. 2004. URL: <https://doi.org/10.1177/15345084070320020301>
- 93.** Rowe R, Rijdsdijk FV, Maughan B et al. Heterogeneity in antisocial behaviours and comorbidity with depressed mood: a behavioural genetic approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008. №9. P.526-534. URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18400059/>
- 94.** Rowe, Richard et al. Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder // *Journal of abnormal psychology* .2010.Vol. 119,4. P.726-38.
- 95.** Rowe, Richard et al. Heterogeneity in antisocial behaviours and comorbidity with depressed mood: a behavioural genetic approach. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2008. Vol. 49,5. P.526-34.

- 96.** Sahebi A. Choice theory and reality therapy. Quarterly of growth of education and school consular. 2013;27(7):4–11.
- 97.** Salekin, Randall T. Psychopathy in childhood: Toward better informing the DSM-5 and ICD-11 conduct disorder specifiers. *Personality disorders*. 2016. vol. 7,2. P.180-91.
- 98.** Salvatore, Jessica E., and Dick M. Genetic influences on conduct disorder// *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2018. Vol. 91. P.91-101. URL:doi:10.1016/j.neubiorev.2016.06.034
- 99.** Sameroff, A J et al. Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social-environmental risk factors // *Pediatrics*. 1987. Vol. 79,3. P.43-50.
- 100.** Schätzungen der Gesamtanzahl der Grenzübertritte in die Ukraine in Folge des Krieges von Februar 2022 bis April 2023. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1312872/umfrage/anzahl-der-grenzuebertritte-in-die-ukraine/?locale=de>
- 101.** Shaffer D, Schwab-Stone M, Fisher P et al. The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1993. №32. P.643-650. URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8496128/>
- 102.** Shaheen M. The mental health and psychological well-being of refugee children: an exploration of risk, resilience and protective factors. London: University of East London. 2012. 230 p. URL: <https://doi.org/10.15123/PUB.3036>
- 103.** Sirin R., Sirin R. The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children. Washington, DC: Migration Policy Institute, 2015. P.32 URL: <https://www.migrationpolicy.org/sites/default/files/publications/FCD-Sirin-Rogers-FINAL.pdf>
- 104.** Smith, J., Dishion, T., Shaw, D., Wilson, M., Winter, C., & Patterson, G. Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry // *Development and Psychopathology*. 2014. Vol.26(4pt1), 917-932.

105. Stringaris A, Maughan B, Goodman R. What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010. №49. P.474-483.

106. Stringaris, Argyris et al. Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood // *The American journal of psychiatry*. 2012. Vol. 169,1. P.47-54. URL:doi:10.1176/appi.ajp.2011.10101549

107. Stringaris, Argyris, and Robert Goodman. Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009. V. 48,4. P.404-412. URL: doi:10.1097/CHI.0b013e3181984f30

108. Swann AC, Bjork JM, Moeller FG, Dougherty DM. Two models of impulsivity: relationship to personality traits and psychopathology // *Biological Psychiatry*. 2002. Jun 15; 51(12). P. 988-94.

109. Thabet A. A., Vostanis. P., Karim K. Group crisis intervention for children during ongoing war conflicts // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2005. Vol. 14. P.262—269.

110. Thabet, Abdel Aziz Mousa et al. Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict // *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2004. Vol. 45,3. P.533-42.

111. The Refugee Studies Centre [Электронный ресурс]. – Режим доступа до ресурсу: <<http://www.rsc.ox.ac.uk/publications/protecting-forcedmigrants-a-state-of-the-art-report-of-concepts-challenges-and-ways-forward&usg=ALkJrhhKcPI3zvwFKx5fydogid557kA6w>>. – Заголовок з екрану. – Мова англ.

112. United Nations Children's Fund (UNICEF). Two Million Refugee Children Flee War in Ukraine in Search of Safety Across Borders. UNICEF. Available from: <https://www.unicef.org/press-releases/two-million-refugee-children-flee-war-ukraine-search-safety-across-borders>. [Last accessed on 2022 Mar 30].

113. Levantini V., Muratori P., Inguaggiato E. Eyes Are The Window to the Mind: Eye-Tracking Technology as a Novel Approach to Study Clinical Characteristics of ADHD // *Psychiatry Research*. 2020. Vol. 290.

114. Vitaro F, Arseneault L, Tremblay RE. Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males // *Addiction*. 1999 Apr 94(4). P.565-75.

115. Wakschlag L.S., Briggs-Gowan M.J., Hill C. et al. Observational assessment of preschool disruptive behavior, part II: Validity of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS) // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008 №47. P.632-641.

116. Wendy J. Serketich, Jean E. Dumas. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis // *Behavior Therapy*. 1996. Vol. 27, Issue 2. P. 171-186.

117. Willoughby, M. T., Mills-Koonce, W. R., Waschbusch, D. A., Gottfredson, N. C. An examination of the parent report version of the inventory of callous-unemotional traits in a community sample of first-grade children assessment // *Psychopathology Behavior Assess*. 2015. Vol. 22(1). P.76–85.

118. World Health Organization. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision, 2nd ed. //World Health Organization. 2004.

119. Ziaian T., Anstiss H., Antoniou G. Resilience and its Association with Depression, Emotional and Behavioural Problems, and Mental Health Service Utilisation among Refugee Adolescents Living in South Australia et al. // *International Journal of Population Research*. 2012. №6. P. 1-9.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методики діагностики психологічних особливостей опозиційно-викличного розладу та розладів поведінки

Тип	Назва	Доступність та мова
Опитувальники	Опитувальник дитячої поведінки Ейберга The Eyberg Child Behavior Inventory ECBI	Доступний для придбання у PAR (www4.parinc.com) Англійська мова
	Контрольна таблиця дитячої поведінки The Child Behaviour Checklist	Можна придбати у ASEBA (www.aseba.com) Англійська мова
	Опитувальник для оцінки дитячої поведінки The Behaviour Assessment for Children BASC-2:	Можна придбати у Pearson (www.pearsonassessments.com) Англійська мова
	Опитувальник дитячої поведінки Коннерса Conners Child Behaviour Checklist	Можна придбати у MHS www.mhs.com Англійська мова
	Опитувальник сильних та слабких здібностей дитини Strengths and Difficulties Questionnaire	Є на сайті SDQ (www.sdqinfo.com) Англійська мова
	Контрольний лист поведінки дитини для вчителів (Teacher Report Form, TRF)	Можна замовити на сайті: www.aseba.org Англійська мова та адаптований українською мовою

	опитувальник Вандербільта по РДУГ і поведінкових розладах	Адаптований українською мовою: cbt.org.ua
Напівструктуроване інтерв'ю	Психіатрична оцінка дітей та підлітків The Child and Adolescent Psychiatric Assessment	Є на сайті університета Д'юка (deveri.duhs.duke.edu/capa.html) Англійська мова
Структуроване інтерв'ю	Оцінка розвитку благополуччя. Складається з опитувальника та інтерв'ю The Development and Well-Being Assessment DAWBA	Є на сайті: DAWBA (www.dawba.com) Англійська мова
	Діагностичний опитувальник для дітей The Diagnostic Interview Schedule for Children DISC	Можна замовити: disc@worldnet.att.net Англійська мова
Інструментарій для спостереження	Таблиця діагностичного спостереження за порушенням поведінки The Disruptive Behaviour Diagnostic Observation Schedule	Англійська мова

Додаток Б

Рівень тривожності та психічного напруження дитини (Тест для батьків) (за О. Захаровим)

Мета: визначення рівня тривожності та ознак психічного напруження дитини

/н	Запитання	Так	Іноді	Ні
	Легко засмучується, багато переживає			
	Часто плаче, скиглить, довго не може заспокоїтись			
	Вередує, дратується через дрібниці			
	Часто ображається, не переносить будь-яких зауважень			
	Трапляються випадки агресії			
	Заїкається			
	Гризе нігті			
	Смокче пальці			
	Поганий апетит			
0	Вживає їжу вибірково			
1	Важко засинає			
2	Снить неспокійно			
3	Неохоче прокидається			
4	Часто кліпає			
5	Неспокійні, імпульсивні рухи			

6	Не вміє зосереджуватись, швидко відволікається			
7	Намагається бути тихим			
8	Боїться темряви			
9	Боїться самотності			
0	Боїться невдач, невпевнена у собі, нерішуча			
1	Відчуває почуття неповноцінності			

Інтерпретація результатів

За кожен відповідь «так» отримуєте 2 бали, «іноді» 1 бал, «ні» — 0 балів.

Якщо Ви отримали суму:

- 28-42 - невроз, високий рівень психоемоційного напруження;
- 20-27 - невроз був чи буде найближчим часом;
- 11-19 - нервовий розлад, середній рівень психоемоційного напруження;
- 7-13 - низький рівень психічного напруження, дитині необхідна увага;
- до 7 балів - відхилення незначні і проявляються як вікові особливості

розвитку дитини.

Додаток В

Опитувальник симптомів поведінкових розладів у дітей та підлітків для батьків «NICHQ Vanderbilt»

Оціночна шкала опитувальника для батьків складається з двох компонентів: оцінки симптомів та погіршення роботи. Респондент оцінює частоту поведінкових дій дитини за шкалою від «0» до «3». 0: «ніколи»; 1: «іноді»; 2: «часто»; 3: «дуже часто».

Останні 8 питань респондент оцінює успішність дитини у школі та взаємодію з однолітками за шкалою від «1» до «5», де 1-2 – «добре та «дуже добре», 3 – «посередньо», 4-5 «часом з труднощами», «значні труднощі».

Інтерпретація. Даний опитувальник представлений такими шкалами: Дефіцит уваги, гіперактивність, імпульсивність, виключно-опозиційна поведінка, проблемна поведінка, соціальна адаптація. У нашому дослідженні ми використовували лише шкалу опозиційно-виключної поведінки, тому інтерпретація представлена тільки за цією шкалою.

Виключно-опозиційна поведінка. Іноді: конфліктує з дорослими. Не слухається і відмовляється підкорюватись встановленим дорослими правилам. Діє усупереч іншим. Злий та дратівливий. Не забуває образ, прагне до помсти.

Часто: втрачає самоконтроль, схильний до емоційних «вибухів».

Дуже часто: Звинувачує інших у своїх помилках і проблемах, легко стає роздратованим.

Питання опитувальника:

1. Не зосереджується на деталях, робить ненавмисні помилки в письмових завданнях
2. Має труднощі у виконанні завдань, які потребують тривалого зосередження уваги
3. Часто не слухає, коли до нього говорять
4. Не дотримується вказівок і не виконує до кінця дані доручення та завдання (однак не через навмисну відмову чи нерозуміння завдання)
5. Має проблеми з організацією діяльності та завдань

6. Уникає, не любить чи неохоче погоджується виконувати завдання, що вимагають тривалого зосередження уваги
7. Губить речі, необхідні для виконання завдань, або іншої діяльності (іграшки, олівці, книжки і т.д.)
8. Легко відволікається на сторонні подразники
9. Забудькуватий/а у щоденній діяльності
10. Метушливо рухає руками чи ногами, вовтузиться на місці
11. Встає зі стільця під час уроку або в іншому місці, де вимагається сидіти
12. Бігає довкола, усюди лазить в ситуаціях, коли вимагається залишатися на одному місці
13. Не вміє тихо, спокійно бавитися
14. Діє немов „заведений” - як іграшка з ввімкненим внутрішнім „моторчиком”
15. Багато говорить
16. Відповідає, не дослухавши до кінця запитання
17. Не може дочекатися своєї черги
18. Перебиває чи втручається в розмову інших
19. Вступає в суперечки з дорослими
20. Втрачає самовладання, „вибухає”
21. Не слухається та відмовляється виконувати завдання та правила, встановлені дорослими
22. Навмисне дратує інших
23. Звинувачує інших у своїх помилках і поганій поведінці
24. Вразливий, дратівливий, легко „виходить з себе”
25. Злий/а та образливий/а
26. Не забуває образ і прагне помститись
27. Залякує, погрожує та шантажує інших
28. Першим/шою починає бійку
29. Говорить неправду, щоб уникнути покарання
30. Пропускає уроки без дозволу

31. Агресивний/а, б`ється, фізично кривдить інших
32. Крав/ла цінні речі
33. Навмисне пошкоджував/ла майно/речі інших
34. Застосовував/ла чи погрожував/ла іншим зброєю чи іншими предметами, що можуть спричинити фізичну кривду (палиця, ніж, цегла, рушниця)
35. Жорстоко ставиться до тварин
36. Здійснював підпал з метою завдати шкоду
37. Вламувався/лася в чужий дім чи машину
38. Без дозволу не ночував/ла вдома
39. Втікав/ла з дому на ніч і довше
40. Примушував/ла когось до сексуального контакту
41. Наляканий/а, стривожений/а чи схвильований/а
Боїться пробувати робити щось нове через страх зробити помилку
42. Недооцінює себе (почувається меншовартісним чи гіршим за інших)
43. Звинувачує себе в чомусь, почувається винним
44. Почувається самотнім/ьою, небажаним/ою; скаржиться “ніхто не любить мене”
45. Сумний/а, нещасливий/а чи пригнічений/а
46. Невпевнений/а чи надто сором`язливий/а
47. Загальна оцінка успішності в школі
48. Читання
49. Письмо
50. Математика
51. Стосунки з батьками
52. Взаємовідносини з братами/сестрами
53. Стосунки з однолітками
54. Участь в спільних/командних іграх та інших групових активностях.

Додаток Г

Опитувальник «Сильні сторони і труднощі» (для дітей віком від 4 до 16 років). Інструкція: Будь-ласка оцініть поведінку дитини за допомогою нижченаведеного опитувальника. При оцінюванні орієнтуйтеся на найбільш типову поведінку дитини протягом останніх шести місяців у порівнянні до типової поведінки ровесників.

Симптоми	невірно	частково вірно	вірно
1. Уважний(-а) до почуттів інших людей			
2. Невгамовний(-а), занадто активний(-а), не може довго залишатися спокійним(-ою)			
3. Часто скаржиться на головний біль, біль в животі або нудоту			
4. Охоче ділиться з іншими дітьми (ласощами, іграшками, олівцями, тощо)			
5. Часто вибухає гнівом або знаходиться у стані підвищеної дратівливості			
6. Скоріше самотник(-ця), схильний(-а) до гри наодинці			
7. Загалом слухняний(-а), у більшості випадків робить те, що просять дорослі			
8. Заклопотаний(-а), часто має занепокоєний вигляд			
9. Намагається допомогти скривдженому, засмученому або тому хто погано почувається			
10. Постійно крутиться або метушиться			
11. Має щонайменше одного хорошого товариша			
12. Часто б'ється з іншими дітьми або зачіпає їх			
13. Часто нещасливий(-а), похнюплений(-а), готовий(-а) розплакатися			
14. В більшості випадків подобається іншим дітям			
15. Легко відволікається, неуважний(-а)			
16. Знервований(-а) або настирний(-а) у новій обстановці; легко втрачає впевненість			

17. Добре ставиться до молодших дітей			
---------------------------------------	--	--	--

Кластер емоційних симптомів	Номер питання	Бали	Сума балів	Високі бали	Кластер симптомів гіперактивності	Номер питання	Бали	Сума балів	Високі бали
А	3		_____	5-10	В	2		_____	7-10
	8					10			
	13					15			
	16					21			
	24					25			
С	5		_____	4-10	Д	6		_____	4-10
	7					11			
	12					14			
	18					19			
	22					23			
Загальна сума А+В+С+D	Сума балів _____							Високі бали 17-40	
Кластер просоціальної поведінки	1		_____	0-4	За всі запитання бали нараховуються так: «невірно» - 0 балів, «частково вірно» - 1 бал, «вірно» - 2 бали. Однак, на запитання 7, 11, 14, 21, 25, навпаки: «невірно» - 2 бали, «частково вірно» - 1 бал, «вірно» - 0 балів.				
	4								
	9								
	17								
	20								

Якщо дитина отримує високі бали за певним кластером, то це свідчить про наявність труднощів у даній сфері. Для детальнішого аналізу необхідно порекомендувати батькам звернутись до фахівця з питань психічного здоров'я.

Додаток Г

Опитувальник батьківського ставлення (ОРО) Варга А.Я. і Столін В.В. Батьківське ставлення розуміється як система різноманітних почуттів по відношенню до дитини, поведінкових стереотипів, що практикуються в спілкуванні з ним, особливостей сприйняття і розуміння характеру й особистості дитини, її вчинків. Тест-опитувальник батьківського ставлення являє собою психодіагностичний інструмент, орієнтований на виявлення батьківського ставлення в осіб, що звертаються за психологічною допомогою з питань виховання дітей і спілкування з ними.

Інструкція. Вашій увазі пропонуються твердження, з якими ви згодні або не згодні. Якщо ви згодні з твердженням, то навпроти нього напишіть «вірно», якщо ж не згодні, то напишіть «не вірно».

Текст опитувальника

1. Я завжди співчуваю своїй дитині.
2. Я вважаю своїм обов'язком знати все, що думає моя дитина.
3. Я поважаю свою дитину.
4. Мені здається, що поведінка моєї дитини значно відхиляється від норми.
5. Потрібно довше тримати дитину в стороні від реальних життєвих проблем, якщо вони його травмують.
6. Я відчуваю до дитини почуття розташування.
7. Хороші батьки захищають дитину від труднощів життя.
8. Моя дитина часто неприємний мені.
9. Я завжди намагаюся допомогти своїй дитині.
10. Бувають випадки, коли знущальне ставлення до дитини приносить йому велику користь.
11. Я відчуваю досаду стосовно своєї дитини.
12. Моя дитина нічого не доб'ється в житті.
13. Мені здається, що потішаються над моєю дитиною.
14. Моя дитина часто робить такі вчинки, які, крім презирства, нічого не викликають.

15. Для свого віку моя дитина трошки незрілий.
16. Моя дитина поводиться погано спеціально, щоб досадити мені.
17. Моя дитина вбирає в себе все погане як губка.
18. Моя дитина важко навчити хорошим манерам при всьому старанні.
19. Дитину слід тримати в жорстких рамках, тоді з нього виросте порядна людина.
20. Я люблю, коли друзі моєї дитини приходять до нас в будинок.
21. Я беру участь у своїй дитині.
22. До моєї дитини "липне" все погане.
23. Моя дитина не досягне успіху в житті.
24. Коли в компанії знайомих говорять про дітей, мені трохи соромно, що моя дитина не такий розумний і здібний, як мені б хотілося.
25. Я шкодую своєї дитини.
26. Коли я порівнюю свою дитину з однолітками, вони здаються мені дорослішим і з поведінці, і з судженням.
27. Я з задоволенням проводжу з дитиною весь свій вільний час.
28. Я часто шкодую про те, що моя дитина росте і дорослішає, і з ніжністю згадую його маленьким.
29. Я часто ловлю себе на ворожому ставленні до дитини.
30. Я мрію про те, щоб моя дитина досяг всього того, що мені не вдалося в житті.
31. Батьки повинні пристосовуватися до дитини, а не тільки вимагати цього від нього.
32. Я намагаюся виконувати всі прохання моєї дитини.
33. При прийнятті сімейних рішень слід враховувати думку дитини.
34. Я дуже цікавлюся життям своєї дитини.
35. У конфлікті з дитиною я часто можу визнати, що він по-своєму правий.
36. Діти рано дізнаються, що батьки можуть помилятися.
37. Я завжди зважаю на дитиною.
38. Я відчуваю до дитини дружні почуття.

39. Основна причина капризів моєї дитини - егоїзм, упертість і лінощі.
40. Неможливо нормально відпочити, якщо проводити відпустку з дитиною.
41. Найголовніше, щоб у дитини було спокійне і безтурботне дитинство.
42. Іноді мені здається, що моя дитина не здатна ні на що хороше.
43. Я поділяю захоплення своєї дитини.
44. Моя дитина може вивести з себе кого завгодно.
45. Я розумію засмучення своєї дитини.
46. Моя дитина часто дратує мене.
47. Виховання дитини - суцільна нервування.
48. Суворі дисципліна допомагає сформувати правильний характер дитини.
49. Я не довіряю своїй дитині.
50. За суворе виховання діти потім дякують.
51. Іноді мені здається, що ненавиджу свою дитину.
52. У моєму дитині більше недоліків, ніж переваг.
53. Я поділяю інтереси своєї дитини.
54. Моя дитина не в змозі що-небудь зробити самостійно, а якщо і зробить, то обов'язково не так.
55. Моя дитина зростає не пристосованим до життя.
56. Моя дитина подобається мені таким, який він є.
57. Я ретельно стежу за станом здоров'я моєї дитини.
58. Нерідко я захоплююся своєю дитиною.
59. Дитина не повинна мати секретів від батьків.
60. Я невисокої думки про здібності моєї дитини і не приховую цього від нього.
61. Дуже бажано, щоб дитина дружила з тими дітьми, які подобаються його батькам.

Структура опитувальника. Опитувальник складається з 5 шкал.

1. «Прийняття-відкидання». Шкала відображає інтегральне емоційне ставлення до дитини. Питання містять твердження одного полюса шкали: батькові чи матері подобається дитина такою, якою вона є. Батьки поважають

індивідуальність дитини, симпатизують їй. Батьки прагнуть проводити багато часу разом з дитиною, схвалюють її інтереси і плани. На іншому полюсі шкали: батьки сприймають свою дитину поганою, непристосованою, невдахою. Батькам здається, що дитина не досягне успіху в житті через низькі здібностей, нерозвинений розум, погані схильності. Здебільшого батьки відчують до дитини злість, роздратування, образу. Вони не довіряють дитині і не поважають її.

2. «Кооперація» - соціально бажаний образ батьківських відносин. Змістовно ця шкала розкривається так: батьки зацікавлені у справах і планах дитини, намагаються у всьому допомогти дитині, співчують їй. Батьки високо оцінюють інтелектуальні і творчі здібності дитини, пишаються нею. Батьки заохочують ініціативу і самостійність дитини, намагаються бути з нею на рівних. Батьки довіряють дитині, намагаються приймати до уваги точку зору дитини в спірних питаннях.

3. «Симбіоз» - шкала відображає міжособистісну дистанцію в спілкуванні з дитиною. При високих балах по цій шкалі можна вважати, що батьки прагнуть до симбіотичних відносин з дитиною. Змістовно ця тенденція описується так: батьки відчують себе з дитиною єдиним цілим, прагнуть задовольнити всі потреби дитини, захистити її від труднощів і неприємностей життя. Батьки постійно відчують тривогу за дитину, дитина здається маленькою і беззахисною. Тривога батьків підвищується, коли дитина починає бути більш самостійною в силу обставин, так як по своїй волі батьки не надають дитині самостійності ніколи.

4. «Авторитарна гіперсоціалізація» - відображає форму і напрямок контролю за поведінкою дитини. При високому балі за цією шкалою у батьківському відношенні спостерігається тенденція до авторитаризму. Батьки вимагають від дитини абсолютного послуху і дисципліни. Батьки намагаються нав'язати дитині в усьому свою волю, не в змозі сприймати точку зору дитини. За прояви свавілля дитини суворо карають. Батьки пильно стежить за соціальними досягненнями дитини, її індивідуальними особливостями,

звичками,

думками,

почуттями.

5. «Маленький невдаха» - відображає особливості сприйняття і розуміння дитини батьками. При високих значеннях за цією шкалою в батьківському відношенні є прагнення батьків інфантилізувати дитину, приписати їй особисту і соціальну неспроможність. Батьки бачить дитину молодшою в порівнянні з реальним віком. Інтереси, захоплення, думки і почуття дитини здаються батькам дитячими, несерйозними. Дитина здається непристосованою, не успішною, відкритою до поганих впливів. Батьки не довіряють своїй дитині, нарікають на неуспішність і невірність. У зв'язку з цим батьки намагаються захистити дитину від труднощів життя і строго контролювати її дії.

Ключі до опитувальника:

1. Прийняття-відкидання: 3,4,8,10,12, 14,15, 16, 18,20,24, 26,27, 29, 37, 38, 39,40,42,43,44,45, 46,47,49, 52, 53, 55, 56, 60.
2. Кооперація: 6, 9, 21, 25, 31, 34, 35, 36.
3. Симбіоз: 1,5, 7, 28, 32,41,58.
4. Авторитарна гіперсоціалізація: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.
5. «Маленький невдаха»: 9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61.

Порядок підрахунку тестових балів:

Під час підрахунку тестових балів за всіма шкалами враховується відповідь «вірно». Високий тестовий бал по відповідних шкалах інтерпретується як: Відкидання, соціальна бажаність, симбіоз, гіперсоціалізація, інфантилізація (інвалідизація). Тестові норми проводяться у вигляді таблиць Процентильніе рангів тестових балів за відповідними шкалами = 160.

Додаток Д

Опитувальник діагностики соціально-педагогічної занедбаності дітей за Р. В. Овчаровою. Призначення. В основі методу лежать незалежні характеристики дитини батьками. Метод визначає наявність або відсутність стану, виявляє картину основних відхилень і недоліків, викликаних цим станом, і зразковий рівень цих відхилень.

Інструкція. Уважно прочитайте твердження по кожній шкалою. Якщо вказане твердження підходить до характеристики вашого вміння, закресліть відповідний номер у доданому бланку. Щирість ваших відповідей буде сприяти правильній оцінці ситуації і допоможе дитині подолати наявні труднощі.

Опитувальник:

Шкала I - СС (властивості самосвідомості)

1. Хочє бути занадто маленьким (великим).
2. Вважає себе негарним.
3. Вважає себе нездоровим.
4. Вважає себе слабкіше інших.
5. Не любить своє ім'я.
6. Не хоче бути дівчинкою (хлопчиком).
7. Думає, що у нього мало друзів.
8. Думає, що у його знайомих більш дружна сім'я.
9. Йому здається, що вдома він всім заважає.
10. Йому здається, що він дурніший інших.
11. Вважає себе не дуже здібним.
12. Вважає, що батьки ним незадоволені.
13. Вважає, що йому часто не щастить.
14. Йому здається, що вчителька (вихователька) ним незадоволена.
15. Вважає, що у нього все виходить погано, що він нічого не вміє.
16. Вважає, що він поганий хлопчик (дівчинка).
17. Вважає, що він нікому не потрібен, його ніхто не любить, і часто

говорить про це.

Шкала II - СО (властивості спілкування)

- 1 Не помічає, коли до нього виявляють симпатію.
2. Хочє бути поміченим, але сам не проявляє активності.
3. Рідко просить когось про допомогу і допомагає комусь сам.
4. У дитини мало друзів.
5. Рідко підходить до вчителя з власної ініціативи.
6. Дитина погоджується на невіграшних ролі.
7. Має лише одного друга в групі (інших дітей ігнорує).
8. Часто скаржиться на дітей у групі.
9. Шумно поводитьсь, коли поруч немає вчителя.
10. Іноді, коли йому роблять зауваження, грає героя.
11. Трапляється, що прикидається блазнем.
12. Заважає дітям на уроках, в іграх, підсміюється над ними, любить лякати.
13. Рідко реагує на зауваження, поради або не звертає на них уваги.
14. Не розуміє, чому його вчинки не подобаються оточуючим.
15. Набридає дітям, пристає до них.
16. Знаходиться в поганих відносинах з однолітками.
17. Проявляє агресивність по відношенню до оточуючих, псує речі, іграшки.
18. Час від часу поводить себе хуліганським чином.
19. Поводить себе в групі як сторонній, зацькований, буває цапом відбувайлом.
20. Уникає контактів з вчителем.
21. Часто поводитьсь недоречно ситуації та місцю.

Шкала III - СУД (властивість навчальної діяльності)

А. Мотивація

1. Подобається мати шкільне приладдя і бути учнем.
2. В школу ходить тому, що там багато дітей.

3. Особливої допитливості не проявляє.
4. До навчання відноситься байдуже, іноді негативно.
5. Ходить в школу без особливого бажання.
6. Не любить вчитися.
7. Боїться поганих оцінок, тому що за них вдома лають або карають.
8. Не любить вчитися, тому що його рідко хвалять.
9. В школі не подобається, тому що там не люблять поганих учнів.

Б. Навчально-пізнавальна активність

1. Не відрізняється старанністю до навчання.
2. Особливого інтересу до певного предмету не проявляє.
3. На уроках часто пасивний.
4. Запитує рідко і не прагне відповідати на них.
5. Працює лиш тоді, коли над ним «стоїть» вчитель (батьки).
6. Домашній завдання рідко виконує самостійно, якщо робить сам, то не дуже якісно.

7. Мало читає.

В. Цілеспрямованість і усвідомленість навчання

1. Насилу розуміє навчальне завдання, часто не знає, як його виконати.
2. Швидко забуває умови задачі та питання.
3. Чаще виконує завдання за стандартом.
4. Не виявляє помилки у своїх діях.
5. Не впевнений у правильності своїх дій.
6. Незадоволений результатами своєї навчальної діяльності.

Шкала IV - ЗТ (загальна тривожність)

Родина

1. Часто просить вибачення у батьків або відчуває себе винним.
2. Поводить себе вдома безпорадно.
3. Поводить себе вдома незграбно.
4. Відчуває себе в сім'ї недолугим.
5. Надмірно прив'язаний до матері.

6. Тримається відокремлено від всіх близьких.
7. Занадто боїться скарг педагогів батькам.
8. Часто обманює батьків.
9. Занадто часто згадує про сім'ю.
10. Часто буває в поганому настрої.

Школа

1. Проявляє надмірне бажання вітатися з учителем.
2. Надміру доброзичливий по відношенню до нього.
3. Часто приносить і показує йому різні предмети.
4. Підлизується, намагається сподобатися вчителю.
5. Постійно потребує допомоги та підтримки.
6. Намагається монополізувати увагу вчителя, але безуспішно.
7. Занадто стурбований, щоб зацікавити собою інших.
8. Легко усувається у випадках невдачі.
9. Грає героя, коли йому роблять зауваження.
10. Ризикує без потреби.
11. Грає виключно з дітьми старше або молодше себе.
12. Неадекватно ставиться до оцінок оточуючих.

Шкала V - VM (виховний мікросоціум)

ВМС (сім'я)

1. Батьки згодні, що часті покарання формують сильний характер .
2. Батьки вважають, що їх поведінка повинна бути непохитною.
3. Робота батьків пов'язана з відрядженнями.
4. У батьків дуже відповідальні посади.
5. Дитина часто пропускає заняття.
6. Дитина росте досить неохайною.
7. Дитина псує нерви батькам.
8. Батьки можуть поскаржитися на слабкі здібності дитини.
9. Батьки заздять тим, у кого здібні діти.
10. Батьки думають, що з цією дитиною їм не пощастило.

11. Батьки хочуть, щоб їх дитина дружила з хорошими, вихованими дітьми.

12. Батьки воліли б не розпитувати педагогів про дитину і рідше з ними зустрічатися.

13. Батькам рідко вдається відвідувати батьківські збори.

ВМУ (школа)

1. Дитина викликає у педагога радше жаль, ніж симпатію.

2. На думку педагога, дитина в чомусь відстає від однолітків.

3. Вчитель намагається зробити так, щоб дитина не підводила клас.

4. Педагог вважає, що активність дитини хороша, якщо вона відповідає цілям навчання і виховання.

5. Педагог вважає, що поважати можна таку дитину, яка це заслуговує.

6. Педагог впевнений в тому, що діти повинні бути слухняними і дисциплінованими, в цьому запорука виховання.

7. Педагог вважає, що діти повинні довіряти вчителю і ділитися з ним своїми думками і переживаннями.

8. Педагог впевнений, що успіхів можна домогтися, лише працюючи за чітким планом, суворо його дотримуючись.

9. Педагог вважає, що недоліки дитини пов'язані перш за все з його сімейним вихованням.

10. Дитина впевнена, що педагоги вчать дітей тільки хорошого.

11. Нерідко батькам буває соромно за свою дитину перед знайомими.

12. Батьки бачать всі недоліки дитини, яких більше, ніж переваг.

Обробка й інтерпретація результатів.

Шкала I - СС показує рівень розвиненості властивостей суб'єктного самосвідомості. Перші чотири судження свідчать про неприйняття фізичного «Я», 5-е і 6-е вказують на відсутність ідентифікації з ім'ям і підлогою, 7, 8, 9, 12, 14-е характеризують його соціальну непристосованість, решта свідчать про неадекватною самооцінці і рівні домагань. Загальна кількість збігів відповідей

за шкалою домагань вказує на рівень порушень формування самосвідомості запусненого дитини.

Шкала II-СО визначає рівень сформований TM властивостей суб'єкта спілкування. Перші два судження стосуються потреби дитини у визнанні; затвердження 3, 5, 6, 7, 20 говорять про низьку комунікативної активності дитини та її незадоволеної потреби в спілкуванні, у твердженнях 4, 8, 16, 19 містяться вказівки на низький соціальний статус дитини і його відкидання оточуючими. Позиції 13, 14, 15, 21 свідчать про соціальної неадекватності дитини, пов'язаної зі слабкою соціальної рефлексією, а інші демонструють способи захисно-компенсаторного поведінки соціально знедоленої дитини.

Шкала III - СУД показує рівень розвитку властивостей суб'єкта діяльності. За шкалою СУД судження 1-9 демонструють дисгармонію мотивації навчання, 10-16 свідчать про порушення в навчально-пізнавальній активності дитини, 17-22 характеризують несформованість усвідомленості та цілеспрямованості навчання, спирається на психічні новоутворення молодшого шкільного віку (рефлексія, внутрішній план дій, довольність психічних процесів).

Шкала IV - ВІД містить 22 судження, 10 з них характеризують сімейну тривожність дитини - ОТС; 12 суджень містять характеристики тривожності дитини в школі - ОТУ. Чим вищий бал загальної тривожності, тим більше вказівок на відкидання запусненого дитини референтними спільнотами, його соціальну дезадаптацію. Цей показник більшою мірою характерний для молодших школярів.

Шкала V-ВМ має два варіанти: ВМС-виховний мікросоциум сім'ї (15 суджень) і ВМУ - виховний мікросоциум установ (10 суджень). У цих судженнях відбиваються несприятлива сімейна і шкільна атмосфера, відкидання запусненого дитини педагогами та батьками, авторитарно-гіперсоціалізований тип ставлення до дитині, стримуючий його активність і самовираження. Загальне високу кількість балів за шкалою діагностує несприятливість соціально-педагогічної ситуації розвитку дитини. Додатково вводиться шкала ДР (гідності дитини), яка в опитувальнику не зашифрована.

Ця шкала містить чотири питання про дитину, які стосуються його позитивних якостей, і виявляє, чи знають батьки та педагоги, що він любить, що він вміє, що він хоче і який він. Незаповненість цієї шкали свідчить про незнання, відторгнення, неприйняття, односторонньому підході до дитини з боку педагогів чи батьків. Суперечливі дані можуть уточнюватися шляхом безпосереднього спостереження за дитиною. Отримані відомості про дитину узагальнюються.

Соціально-педагогічна занедбаність діагностується при наявності збігів по I, IV, V і однієї з решти шкал (II, III) або за всіма шкалами. При легкому ступені занедбаності число збігів становить 10-25%, при вираженій ступеню - 26-50%, при високому - 50% і більше. При легкому ступені занедбаності збіги суджень опитувальника і відповідей респондента групуються у першій третині тверджень.

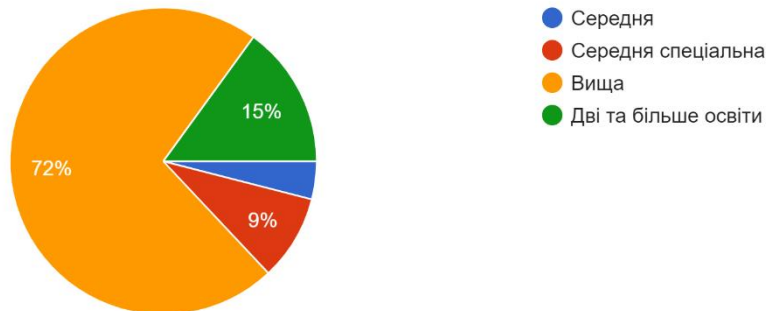
Додаток Е

Анамнестична анкета експериментальної групи

Анамнестична анкета містить 22 питання та дає нам відомості про батьків, або опікунів досліджуваних дітей. Так як дизайн нашого дослідження побудований на спостереженнях батьками за дітьми, то анamnестична анкета розділена таким чином, що має біографічну інформацію і про батьків, і про дітей.

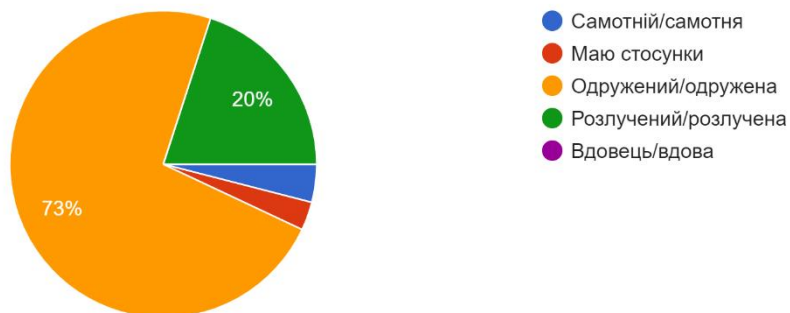
Переважає більшість реципієнтів батьків експериментальної групи мають вищу освіту - 72%.

Ваша освіта?
100 відповідей



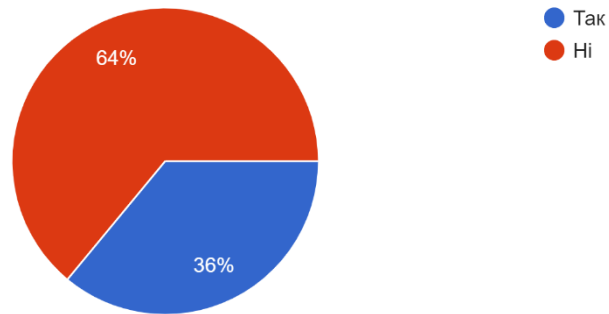
Опитувані батьки у 73% осіб мають статус «заміжня/одружений». У той же час у 64 % партнер не перебуває із родиною. Можемо зробити припущення, що дитина має змогу спілкуватися одним з батьків за допомогою засобів зв'язку, та це може теж впливати на психоемоційний стан дитини.

Сімейний статус?
100 відповідей



Чи перебуває ваш партнер поруч з вами зараз?

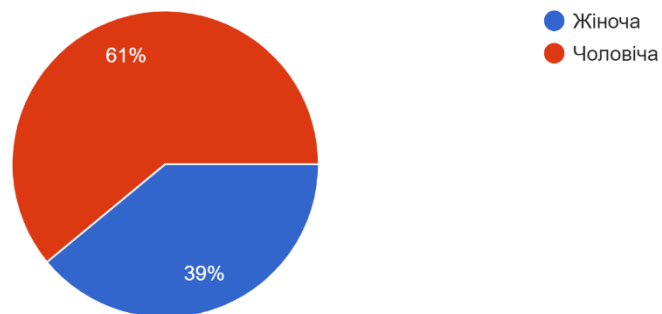
100 відповідей



Щодо розподілення за статтю серед експериментальної групи, маємо наступні данні: 61 % - хлопців, 39% - дівчат.

Стать дитини?

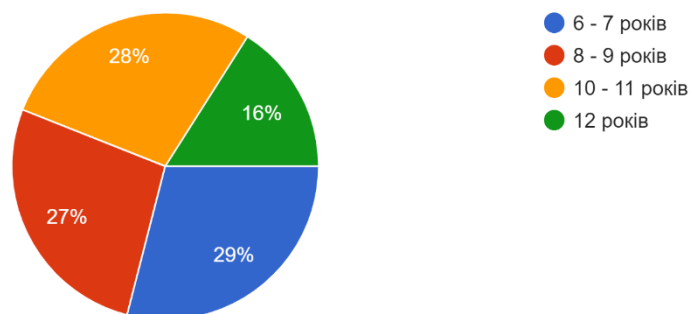
100 відповідей



Вік досліджуваних дітей експериментальної групи мав наступну розділеність:

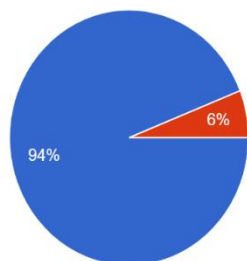
Вік дитини?

100 відповідей



Більшість реципієнтів на момент проведення опитування мали змогу надати дітям можливість шкільного навчання. 45% навчалися у місцевій школі

Чи відвідує Ваша дитина місцевий дитячий садок або школу?
100 відповідей

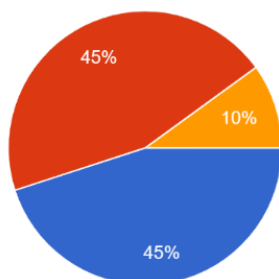


● Так
● Ні

закордоном, 45% мали дистанційне навчання в українській школі, 10% поєднували два попередніх варіанти навчання. Таким чином можемо стверджувати, що більшість дітей експериментальної групи мали період

адаптації не тільки у середовищі нового навчального закладу, але й у новому культурному, мовленнєвому середовищі. Цю інформацію теж можна розглядати, як один з факторів, що впливає на відчуття тривожності дитини.

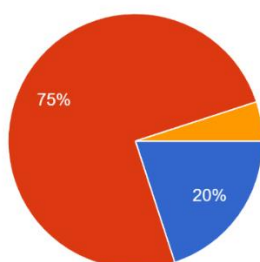
Чи навчається Ваша дитина дистанційно в українській школі?
100 відповідей



● Так
● Ні
● Окремі 1-2 предмети

Реципієнти зазначили також свій фінансовий стан, що теж може свідчити про загальну задоволеність життям батьків та впливом цього фактора на емоційний стан дитини.

Ваш фінансовий стан на сьогодні?
100 відповідей

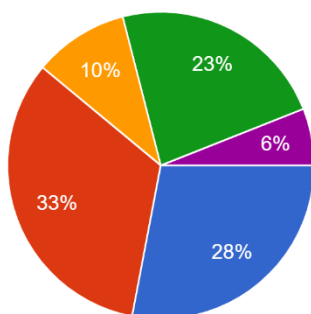


● Коштів вистачає на все, не потребує економії
● Коштів вистачає лише на необхідні товари та послуги
● Коштів не вистачає навіть на необхідне

Житлове питання під час біженства відчувається першим як найгостріше та як те, що істотно впливає на психоемоційний стан родини. Покинувши рідні домівки батьки часто вимушені проживати в умовах, які не сприяють відчуттю звичного домашнього затишку та комфорту.

Де саме ви мешкаєте?

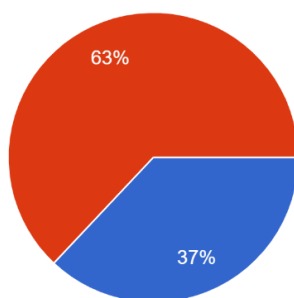
100 відповідей



- Винаймаю житло самостійно
- Окрема квартира/дім у приймаючих людей (житло за соціальними виплатами)
- Окрема кімната у приймаючих людей (житло за соціальними виплатами)
- Гуртожиток/центр для біженців (житло за соціальними виплатами)
- У знайомих/родичів

Чи є у Вашої дитини окрема кімната?

100 відповідей

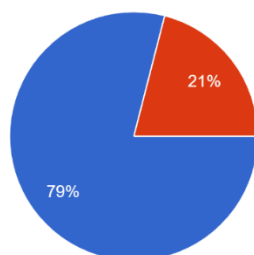


- Так
- Ні

Часто саме житлове питання змушує біженців повертатися назад до територій яку вони покинули. Так серед експериментальної групи 79% реципієнтів планують повернутися в Україну.

Чи плануєте Ви та ваша дитина повертатися в Україну?

100 відповідей

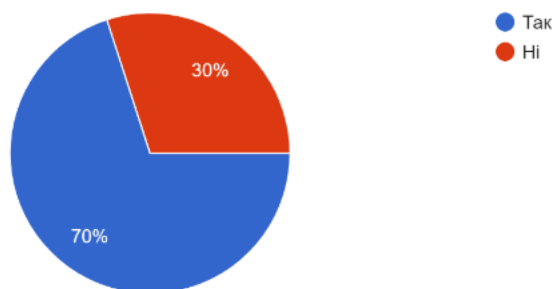


- Так
- Ні

Цікаві дані отримано на питання про задоволеність дітей з експериментальної групи новим місцем перебування. На новому місці подобається 70% дітей у той самий час 69% дітей хочуть повернутися до колишнього навчального закладу в Україні.

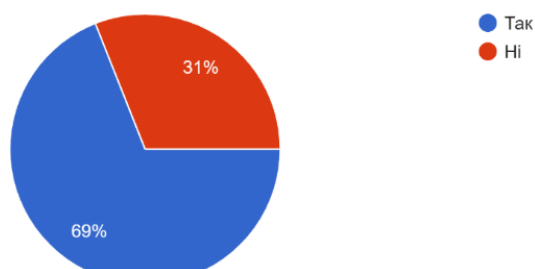
Чи подобається Вашій дитині жити у новому місці?

100 відповідей



Чи хоче ваша дитина повернутися до колишнього садочка або школи в Україні?

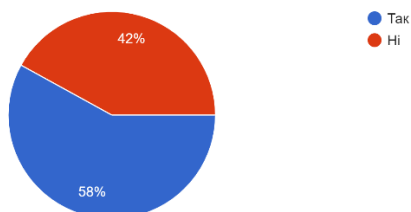
100 відповідей



Травматичні події. Згідно отриманих даних діти з експериментальної вибірки які були свідками військових дій становлять 58%, а 23% дітей мали досвід перебування в окупації.

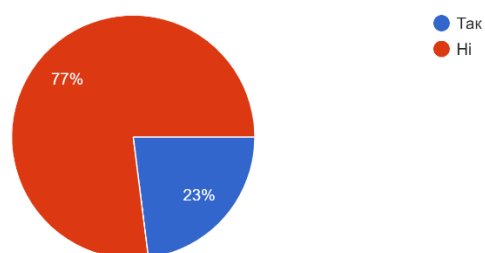
Чи була Ваша дитина свідком військових дій?

100 відповідей



Чи була Ваша дитина в окупації?

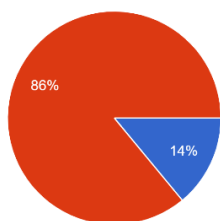
100 відповідей



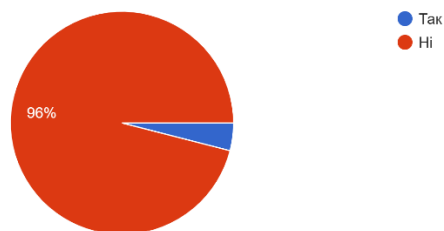
Блок питань про дитячу травматизацію війною охоплював також питання про втрату близької людини через війну, де 14% дітей мали цей досвід.

Питання чи була дитина свідком насилля, спричиненого військовими показав що 4% дитини мали такий досвід.

Чи переживала дитина втрату близької їй людини?
100 відповідей



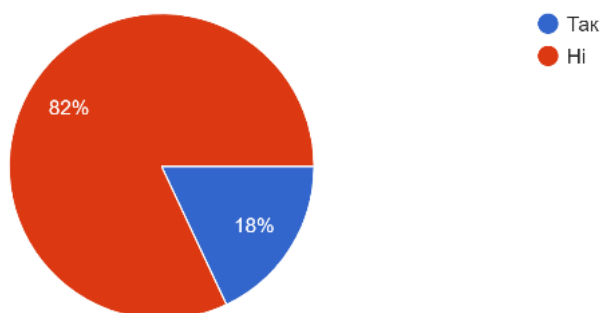
Чи була Ваша дитина свідком насилля, спричиненого військовими?
100 відповідей



Останнє питання анамнестичної анкети показало, що біженці не часто звертаються за психологічною підтримкою до фахівців, лише 18% респондентів мали досвід звернення до психологів.

Чи зверталися Ви за психологічною допомогою для Вашої дитини після 24 лютого 2022 року?

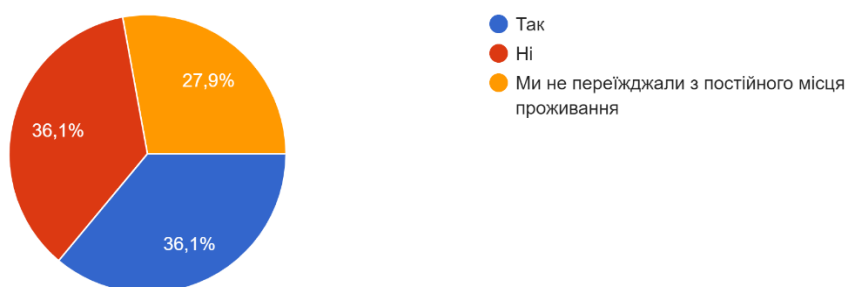
100 відповідей



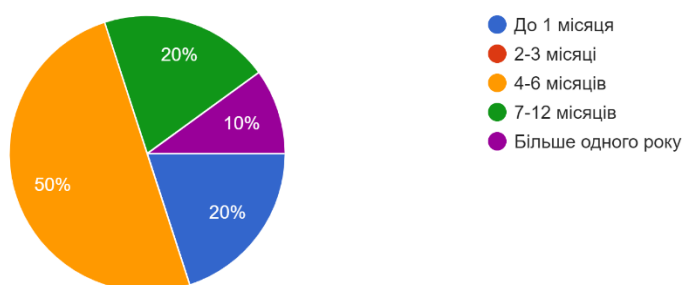
Додаток Є

Анамнестична анкета контрольної групи. Анамнестична анкета містить 25 питань та дає нам відомості про батьків, або опікунів досліджуваних дітей.

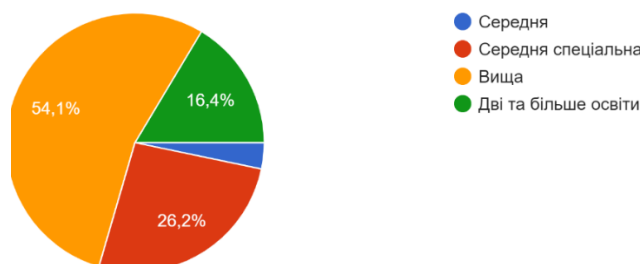
Серед реципієнтів в Україні цікаве розподілення щодо переміщення реципієнтів після 24 лютого 2022 року. На питання «Чи плануєте ви повертатися на постійне місце проживання?» відповіді рівномірно розділилися серед трьох категорій: хочуть повернутися до своїх домівок 36,1%, не хочуть повертатися - 36 %, і реципієнти, що не покидали постійного місця проживання становлять - 27%.



50% українців контрольної групи мали досвід біженства в іншу країну через війну та перебували закордоном від 4 до 6 місяців. Ці дані ми з'ясували за допомогою питання «Якщо ви мали досвід біженства від війни закордон, скільки часу ви пробули закордоном?»



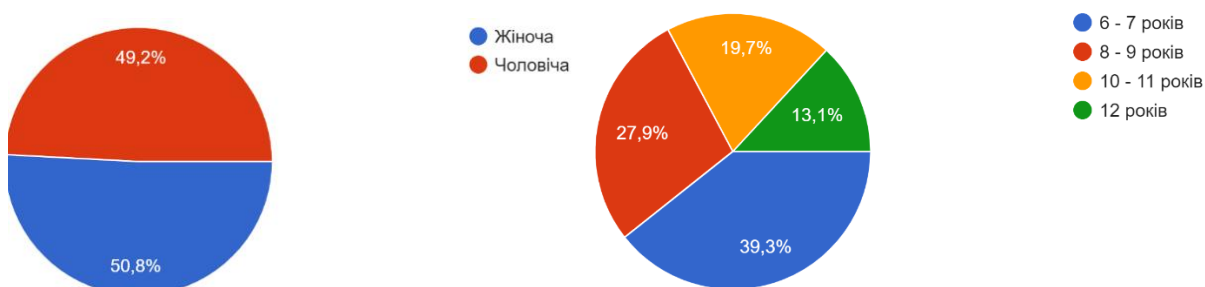
Переважна більшість реципієнтів батьків експериментальної групи мають вищу освіту - 54,1 %.



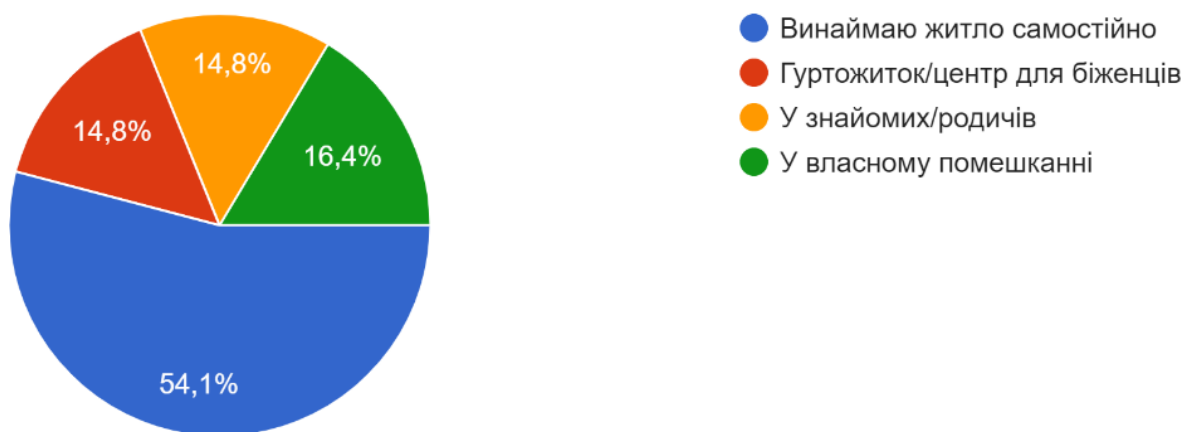
Опитувані батьки у 80% осіб мають статус «заміжня/одружений». У той же час у 39 % партнер не перебуває із родиною.



Щодо розподілення за статтю та віком серед контрольної групи дітей, маємо наступні данні: 49 % - хлопців, 51% - дівчат.



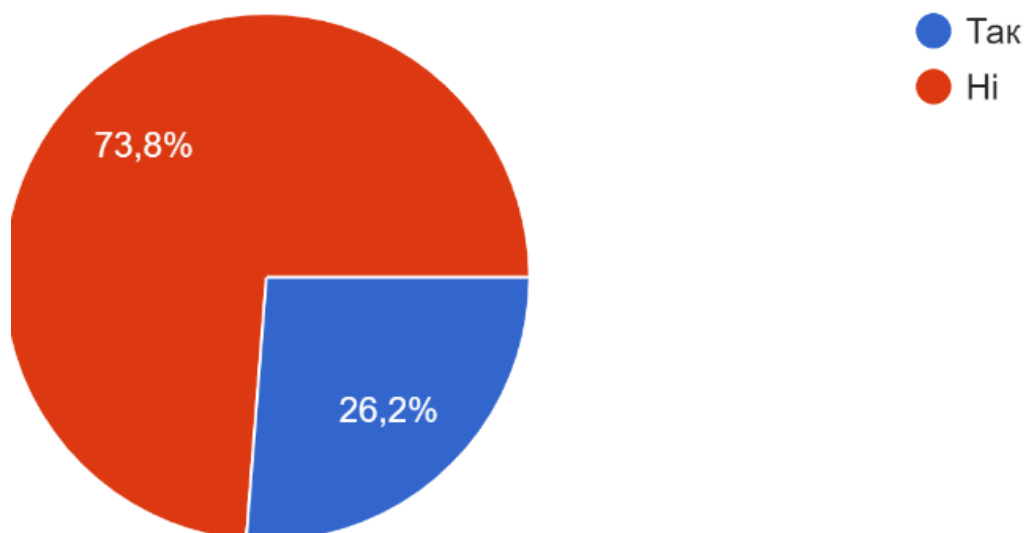
У контрольній групі реципієнти здебільшого винаймали житло самостійно, на відміну від експериментальної групи, де житло надавала приймаюча країна.



Травматичний досвід дітей з контрольної групи. Свідками військових дій були 61% опитаних, в окупації була 21 % дітей, 4 % були свідками насилля,

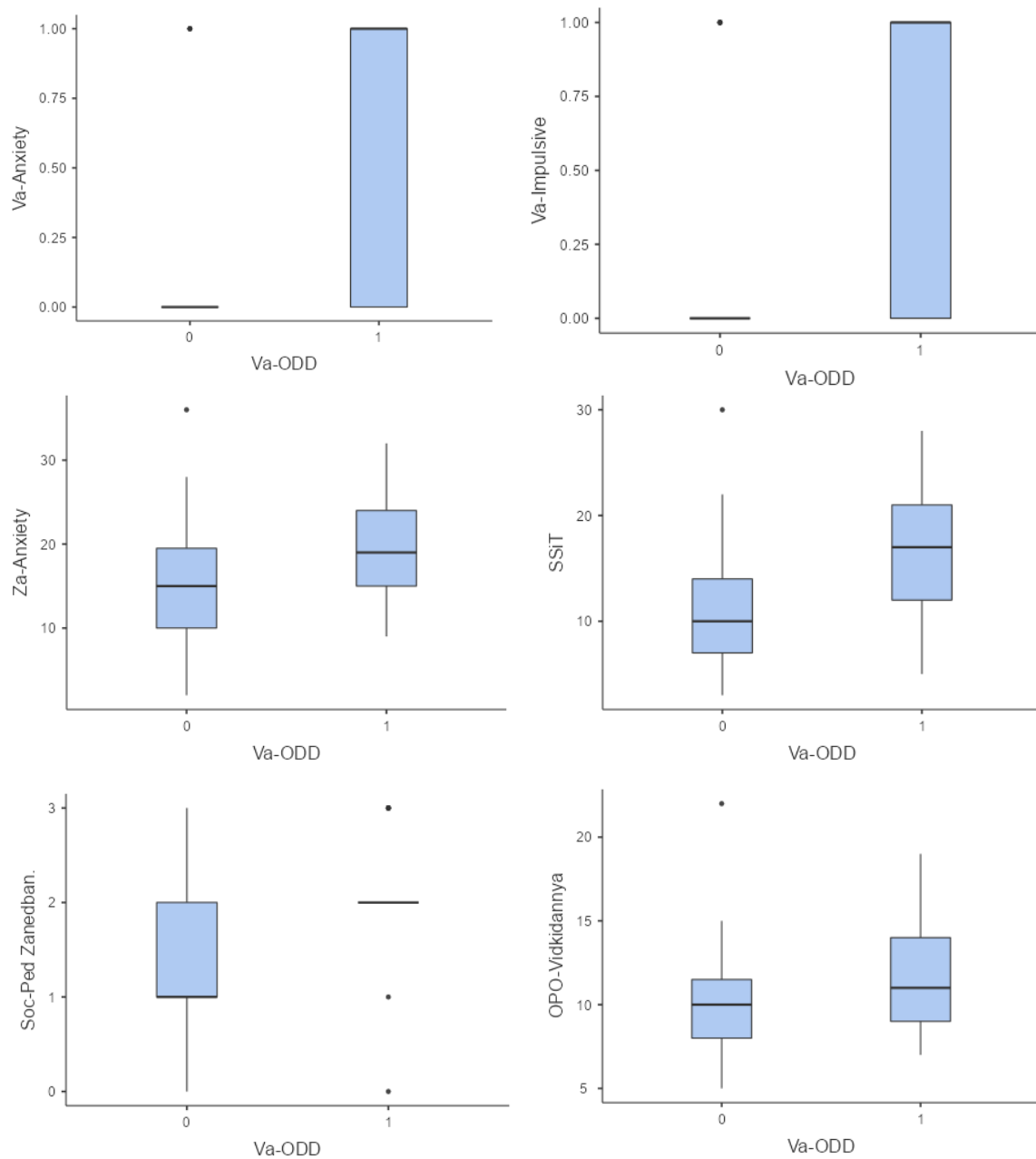
спричинених військовими, 13 % дітей втратили близьку людину через війну, у 14% дітей їх батько знаходився у лавах ЗСУ.

У контрольній групі відсоток реципієнтів, що зверталися за психологічною допомогою трохи вищий за експериментальну.



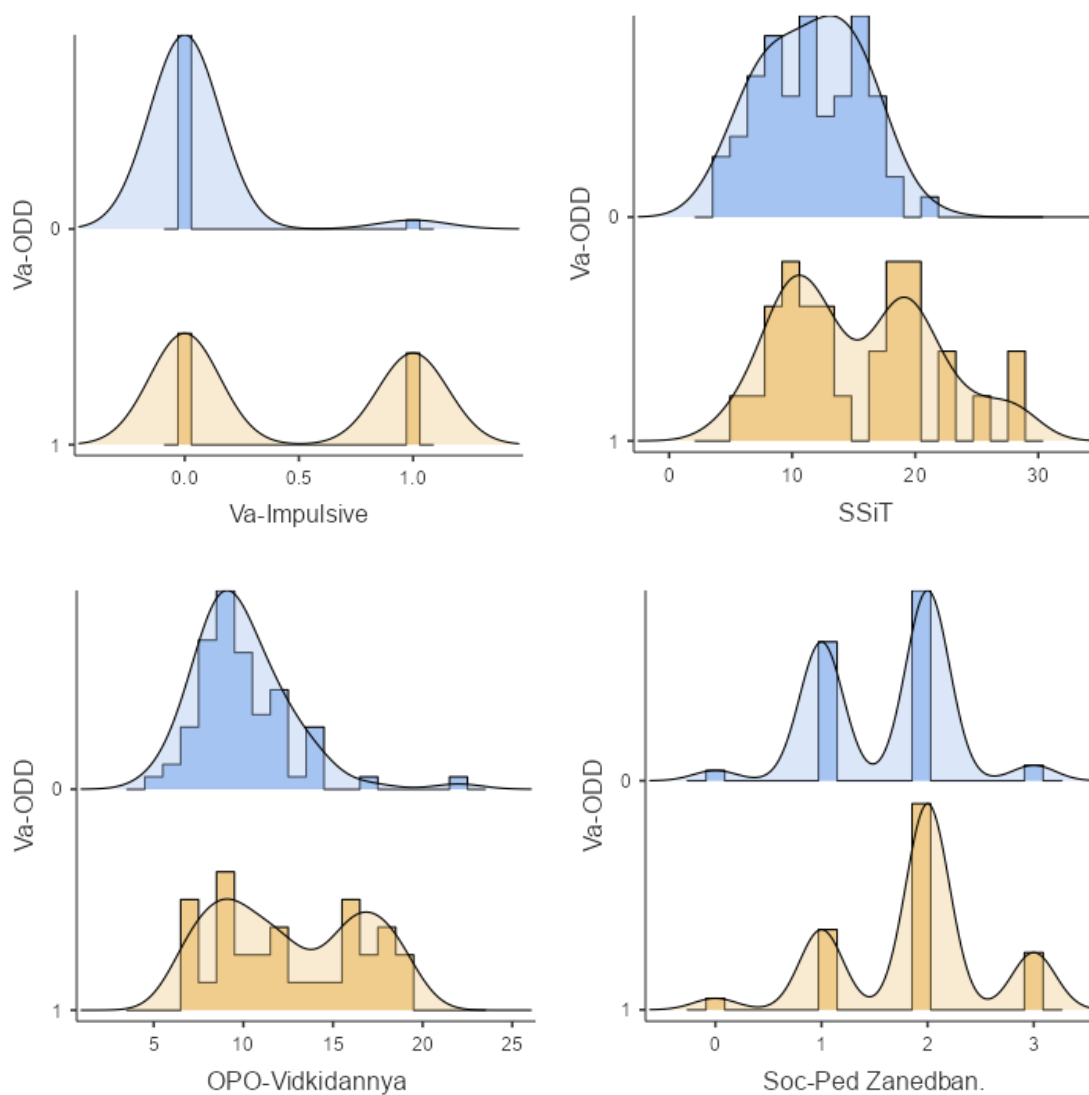
Додаток Ж

Графік середніх значень в групі дітей що мають ознаки опозиційно-викличного розладу (група 1) від групи дітей, що не мають ознак опозиційно-викличного розладу (група 0) згідно опитувальника Вандербільда у експериментальній групі.

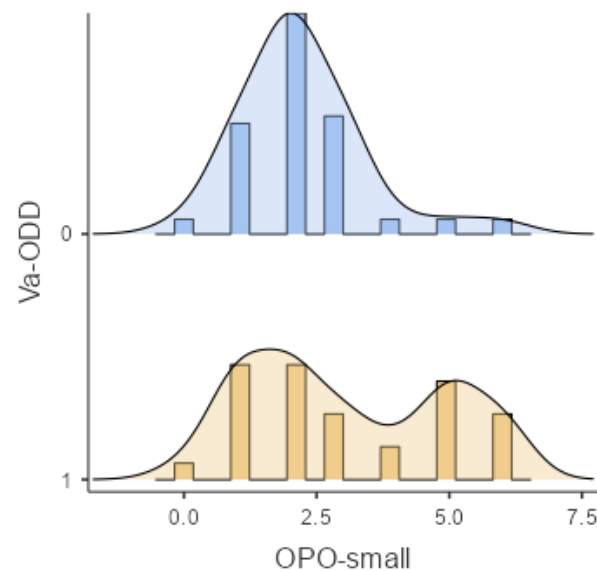
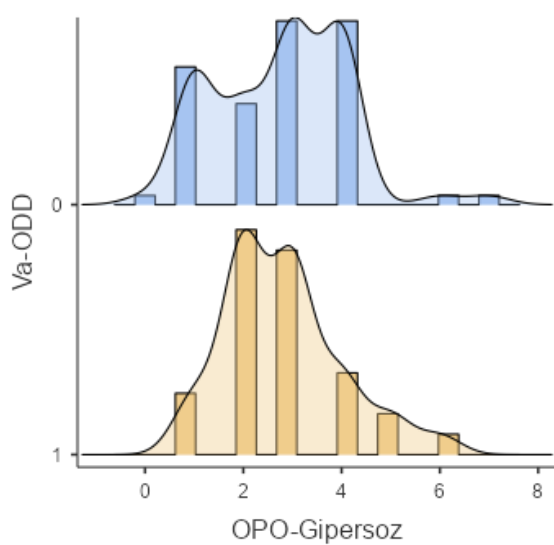
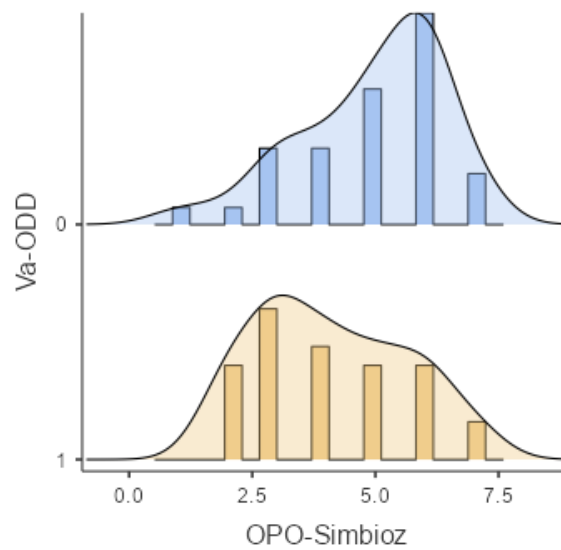
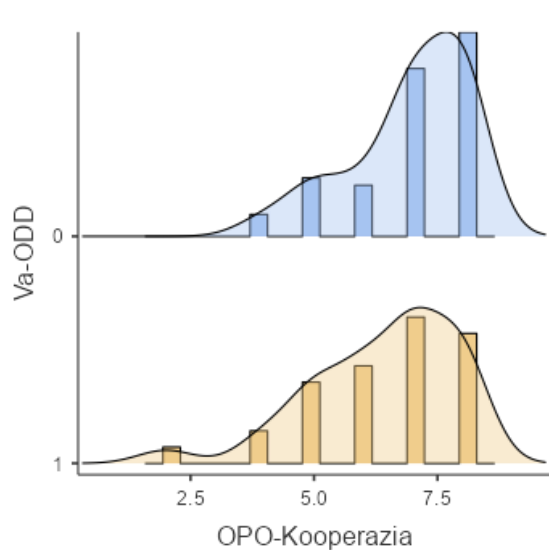


Додаток З

Щільність ознак серед популяції, що відповідають та не відповідають критеріям ОВР у контрольній групі.

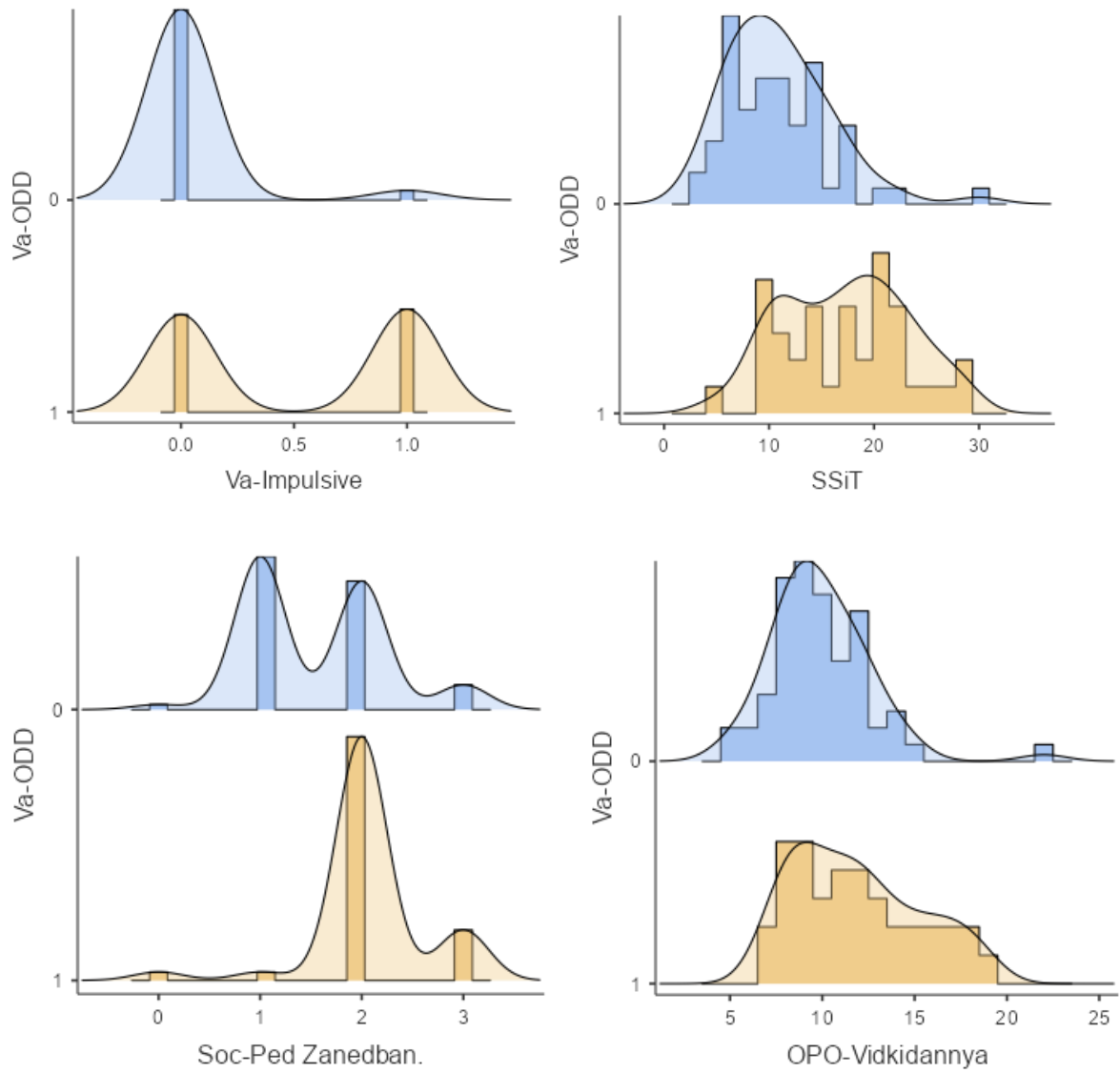


Щільність ознак серед популяції, що відповідають та не відповідають критеріям ОВР контрольної групи



Додаток И

Щільність ознак серед популяції, що відповідають та не відповідають критеріям ОВР у експериментальній групі



Додаток I

Визначення нормальності згідно критеріїв Шапіро-Уїлкінса для експериментальної групи.

Приймаємо нульову гіпотезу для критерію Шапіро-Уїлкінса щодо нормального розподілення значень. Якщо р-значення, отримане з цього критерію, більше заданого рівня значущості (наприклад, 0.05), то ми не відхиляємо нульову гіпотезу і припускаємо, що дані мають нормальний розподіл. Тому, ви можете стверджувати, що нульову гіпотезу не можна відкидати, якщо р-значення більше заданого рівня значущості.

Низьке р-значення <0.001 говорить, що то ми відхиляємо нульову гіпотезу і припускаємо, що дані не мають нормального розподілу.

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
Va-Anxiety	0.801	< .001
Va-Impulsive	0.806	< .001
Za-Anxiety	0.984	0.255
SSiT	0.975	0.052
OPO-Vidkidannya	0.947	< .001
Soc-Ped Zanedban.	0.907	< .001

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
OPO-Kooperazia	0.818	< .001
OPO-Simbioz	0.941	< .001
OPO-Gipersoz	0.918	< .001
OPO-small	0.935	< .001

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Додаток І

Середнє та медіанне значення популяції відповідності та не відповідності критеріям ОВР експериментальної групи.

Group Descriptives

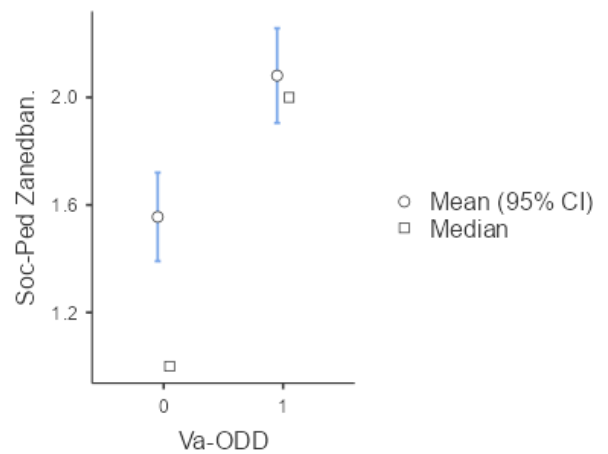
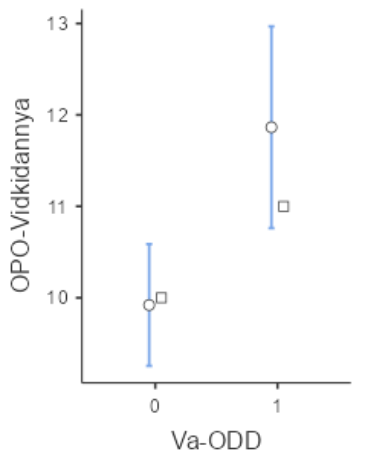
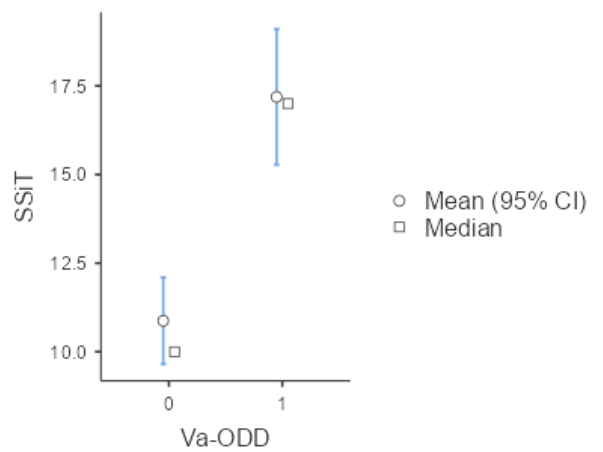
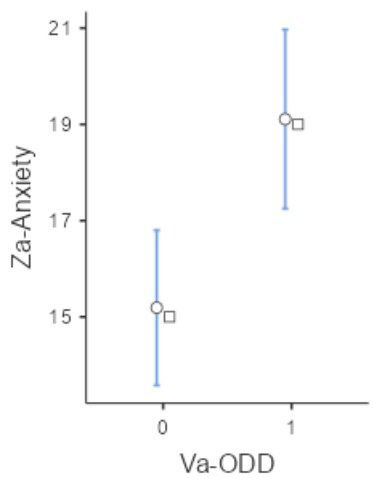
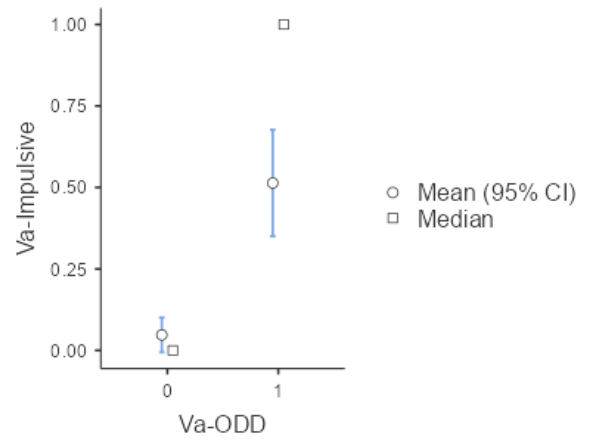
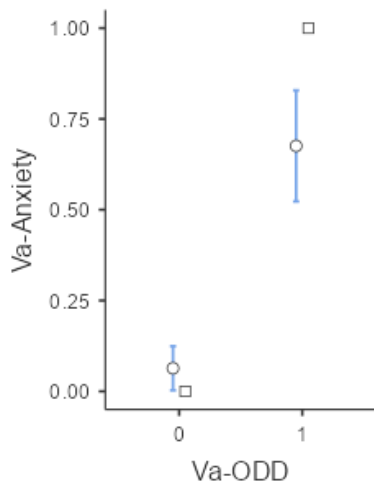
	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Va-Anxiety	0	63	0.0635	0.00	0.246	0.0310
	1	37	0.676	1.00	0.475	0.0780
Va-Impulsive	0	63	0.0476	0.00	0.215	0.0270
	1	37	0.514	1.00	0.507	0.0833
Za-Anxiety	0	63	15.1905	15.00	6.532	0.8230
	1	37	19.108	19.00	5.777	0.9498
SSiT	0	63	10.8730	10.00	4.950	0.6236
	1	37	17.189	17.00	5.943	0.9771
OPO- Vidkidannya	0	63	9.9206	10.00	2.696	0.3396
	1	37	11.865	11.00	3.425	0.5631
Soc-Ped Zanedban.	0	63	1.5556	1.00	0.667	0.0840
	1	37	2.081	2.00	0.547	0.0899

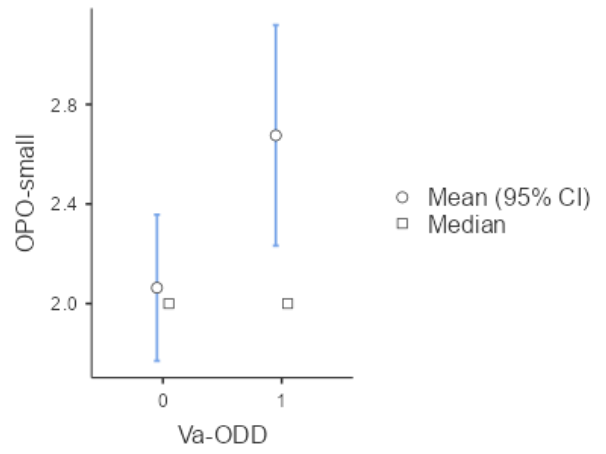
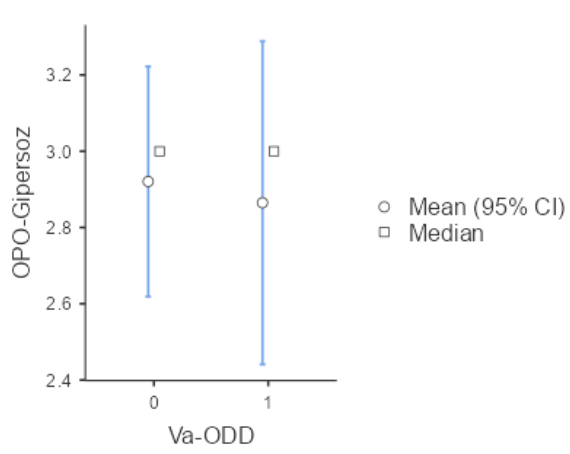
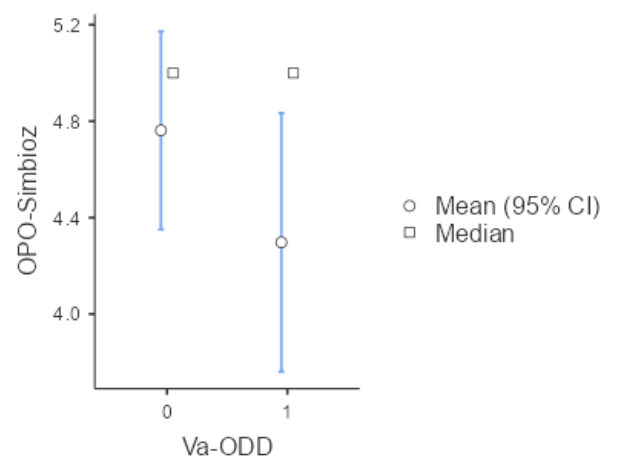
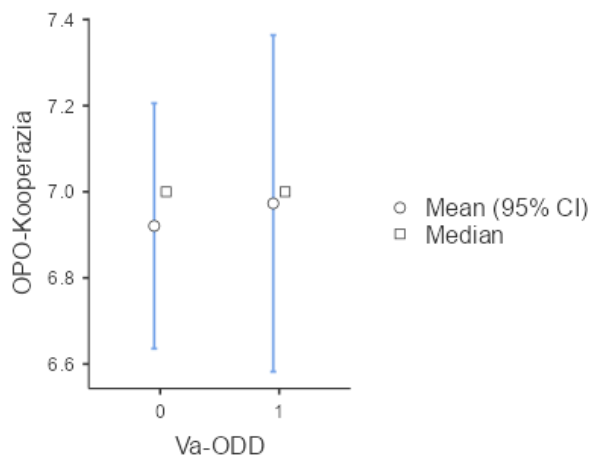
Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
OPO- Kooperazia	0	63	6.92	7.00	1.15	0.145
	1	37	6.97	7.00	1.21	0.199
OPO- Simbioz	0	63	4.76	5.00	1.66	0.209
	1	37	4.30	5.00	1.66	0.274
OPO- Gipersoz	0	63	2.92	3.00	1.22	0.154
	1	37	2.86	3.00	1.32	0.216
OPO-small	0	63	2.06	2.00	1.19	0.150
	1	37	2.68	2.00	1.38	0.226

Додаток Й

Графічне зображення критерію Стюдента через стовпчикову діаграму середнього значення з довірчим інтервалом 95% у експериментальній групі.





Додаток К

Факторний аналіз даних експериментальної групи. Де 1- це психологічні ознаки ОВР, а 2- це тривожність

Factor Loadings

	Factor		Uniqueness
	1	2	
C1	0.559		0.699
C2	0.455		0.649
C3		0.512	0.581
C4	0.473		0.692
C5			0.821
C6			0.998
C7			0.981
C8			0.969
C9	0.395		0.849
C10	0.351		0.882
C11	0.405		0.835
C12	0.408		0.841
C13	0.342		0.877
C14	0.396		0.827
C15			0.813
C16		0.642	0.557
C17	0.512		0.719
C18			0.955
C19	0.315		0.899
C20	0.673		0.567
C21	0.679		0.537
D1		0.424	0.734
D4			0.899
D9			0.856
D17			0.921
D20	0.300		0.794
D2		-0.657	0.586
D10		-0.557	0.704
D15		-0.756	0.433
D21		0.605	0.651

Factor Loadings

	Factor		Uniqueness
	1	2	
D25		0.612	0.620
D3	-0.407		0.817
D8	-0.448		0.748
D13	-0.589		0.629
D16	-0.545		0.661
D24	-0.654		0.593
D7		0.536	0.633
D5	-0.512	-0.374	0.513
D12		-0.486	0.774
D18		-0.366	0.851
D22			0.882
D11	0.405		0.732
D14		0.304	0.896
D6	-0.365		0.873
D19	-0.328		0.783
D23			0.926

Note. 'Minimum residual' extraction method was used in combination with a 'oblimin' rotation

Factor Loadings

	Factor		Uniqueness
	1	2	
F1			0.896
F2	0.377		0.852
F3			0.954
F4	0.417		0.805
F5			0.957
F6			0.999
F7	0.437		0.790
F8			0.936
F9		0.374	0.751

Factor Loadings

	Factor		Uniqueness
	1	2	
F10	0.489		0.731
F11	0.323		0.856
F12	0.434	0.448	0.541
F13	0.337	0.335	0.734
F14	0.318		0.840
F15	0.415		0.792
F16			0.857
F17	0.451		0.678
F18			0.984
F19	0.562		0.660
F20	0.413		0.809
F21	0.644		0.598
F22	0.516	-0.323	0.690
F23	0.432		0.787
F24	0.569		0.681
F25			0.896
F26		0.652	0.585
F27		0.603	0.647
F28		0.484	0.770
F29		0.528	0.719
F30		0.498	0.673
F31		0.510	0.659
F32		0.663	0.559
F33	0.437		0.757
F34			0.940
F35		0.422	0.820
F36	0.588		0.661
F37	0.567		0.668
F38		0.615	0.577
F39			0.843
F40			0.929
F41	0.634		0.533
F42	0.568		0.599
F43	0.618		0.598

Factor Loadings

	Factor		Uniqueness
	1	2	
F44	0.508	0.375	0.533
F45			0.857
F46	0.389		0.846
F47			0.925
F48	0.600		0.621
F49	0.344		0.843
F50	0.665		0.558
F51	0.625		0.596
F52	0.369	0.319	0.721
F53		0.468	0.701
F54			0.940
F55	0.407		0.823
F56			0.910
F57	0.471		0.768
F58	0.411		0.768
F59	0.412		0.814
F60	0.435		0.806
F61			0.996
F62			0.912
F63			0.832
F64	0.328		0.792
F65			0.986
F66	0.354		0.877
F67			0.990
F68			0.965
F69			0.993
F70	0.381		0.836
F71			0.916
F72		0.399	0.806
F73		0.327	0.856
F74			0.936
F75			0.889
F76			0.912
F77	0.497		0.761

Factor Loadings

	Factor		Uniqueness
	1	2	
F78	0.363		0.813
F79		0.660	0.578
F80		0.391	0.850
F81	0.390		0.834
F82			0.847
F83			0.973
F84			0.997
F85			0.986
F86			0.997
F87			0.962
F88		0.436	0.816
F89		0.510	0.707
F90		0.332	0.891
F91	0.363		0.863
F92			0.956
F93			0.997
F94			0.896
F95			0.977
F96			0.948
F97			0.949
F98			0.999
F99			0.966
F100			0.929
F101			0.969
F102			0.950
F103			0.965
F104			0.857
F105			0.985
F106		0.442	0.804
F107		0.480	0.691

Note. 'Minimum residual' extraction method was used in combination with a 'oblimin' rotation

Додаток Л

Визначення нормальності згідно критеріїв Шапіро-Уїлкінса контрольної групи.

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
Va-Anxiety	0.760	< .001
Va-Impulsive	0.748	< .001
Za-Anxiety	0.985	0.321
SSIT	0.979	0.111
OPO-Vidkidannya	0.958	0.003
Soc-Ped Zanedban.	0.897	< .001

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
OPO-small	0.938	< .001
OPO-Gipersoz	0.928	< .001
OPO-Simbioz	0.949	< .001
OPO-Kooperazia	0.894	< .001

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Додаток М

Тест Левена для перевірки однорідності/рівності дисперсії контрольної групи

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df	df2	p
Va-Anxiety	30.72297	1	98	< .001
Va-Impulsive	144.50063	1	98	< .001
Za-Anxiety	0.00896	1	98	0.925
SSiT	13.62340	1	98	< .001
OPO-Vidkidannya	17.55643	1	98	< .001
Soc-Ped Zanedban.	0.31613	1	98	0.575

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of equal variances

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df	df2	p
OPO-small	18.779	1	98	< .001
OPO-Gipersoz	0.958	1	98	0.330
OPO-Simbioz	0.479	1	98	0.490
OPO-Kooperazia	2.970	1	98	0.088

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of equal variances

Додаток Н

Середнє та медіанне значення популяції відповідності та не відповідності критеріям ОВР у контрольній групі.

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Va-Anxiety	0	69	0.1449	0.00	0.355	0.0427
	1	31	0.484	0.00	0.508	0.0912
Va-Impulsive	0	69	0.0435	0.00	0.205	0.0247
	1	31	0.452	0.00	0.506	0.0909
Za-Anxiety	0	69	15.6957	16.00	6.146	0.7399
	1	31	19.613	20.00	6.222	1.1175
SSIT	0	69	11.5507	12.00	4.002	0.4818
	1	31	15.452	14.00	6.169	1.1080
OPO- Vidkidannya	0	69	9.9420	9.00	2.673	0.3218
	1	31	12.613	12.00	4.055	0.7283
Soc-Ped Zanedban.	0	69	1.5942	2.00	0.626	0.0753
	1	31	1.871	2.00	0.718	0.1290

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
OPO-small	0	69	2.22	2.00	1.17	0.141
	1	31	3.06	3.00	1.88	0.337
OPO- Gipersoz	0	69	2.75	3.00	1.33	0.160
	1	31	2.81	3.00	1.19	0.215
OPO-Simbioz	0	69	4.94	5.00	1.45	0.175
	1	31	4.10	4.00	1.54	0.276
OPO- Kooperazia	0	69	6.94	7.00	1.17	0.141
	1	31	6.39	7.00	1.48	0.265

Додаток О

Графічне зображення критерію Стюдента через стовпчикову діаграму середнього значення з довірчим інтервалом 95% контрольної групи.

