

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту



ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ
Завідувачка кафедри ПП та М

Юлія ГЕРАСИМЕНКО

(підпис)

« 14 » травня

(дата)

2025 р.

**«ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ КОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ»**

**Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня «магістр»**

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Здобувачка вищої освіти
групи ПС-23-11-зМ

ЛИТВИН Тетяна Олександрівна

(підпис)

Науковий керівник:
доктор психологічних наук,
старший науковий співробітник

ІГНАТОВИЧ Олена Михайлівна

(підпис)

Біла Церква 2025

Протокол аналізу звіту подібності

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання щодо роботи:

Автор: Литвин Тетяна Олександрівна, група ПС-23-11-ЗМ

Назва: Психологічні засоби корекції посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку

Керівник: Ігнатович Олена Михайлівна

Підрозділ: кафедра педагогіки, психології та менеджменту

Коефіцієнт подібності 1: 12.2%

Мікропробіли: 40

Заміна букв: 1

Інтервали: 0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

☒ Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

☐ Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

☐ Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 26. ЗУ Про фахову передвищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедур. Таким чином робота не приймається.

Висновок:

Кваліфікаційна робота Литвин Т.О. має високий рівень оригінальності академічного тексту, містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

Дата 06.05.2025

Відповідальний за антиплагіатну технічну експертизу у Білоцерківському інституті неперервної професійної освіти
ДЗВО «Університет менеджменту освіти»
НАПН України:

БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія, освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувачка кафедри ПП та М,

д.е.н., доцентка

Ю.С. ГЕРАСИМЕНКО

« 3 » січня 2025 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ ОСВІТИ

Литвин Тетяні Олександрівні

Тема роботи: **«Психологічні засоби корекції посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку»**

керівник роботи: Ігнатович Олена Михайлівна, доктор психологічних наук,
старший науковий співробітник

затверджені наказом БІНПО від «03» січня 2025 року № 01-06/03

Строк подання здобувачем освіти роботи: «02» травня 2025р.

Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до першого, другого та третього розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 128 сторінок, з них обсяг основного тексту 100 сторінок, список використаних джерел нараховує 72 позиції.

Перелік питань, які потрібно розробити: зміст роботи, вступ; перший розділ роботи «Теоретичні засади психологічної корекції ПТСР у дітей дошкільного віку», другий розділ «Емпіричне дослідження ознак ПТСР у дітей дошкільного віку», третій розділ «Практичне впровадження психологічних засобів корекції ПТСР у дітей старшого дошкільного віку»; висновки до розділів, загальні висновки до роботи; список використаних джерел; додатки.

5. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Ігнатович О.М. доктор психологічних наук, старший науковий співробітник	03.01.2025 р.	03.01.2025 р.
2	Ігнатович О.М. доктор психологічних наук, старший науковий співробітник	04.03.2025 р.	04.03.2025 р.
3	Ігнатович О.М. доктор психологічних наук, старший науковий співробітник	04.04.2025 р.	04.04.2025 р.

6. Дата видачі завдання 03.01.2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної Роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Узгодження теми, складання змісту	січень	виконано
2	Вивчення літературних джерел	лютий	виконано
3	Збирання матеріалу на підприємстві	лютий	виконано
4	Обробка матеріалу	лютий	виконано
5	Виконання розділу 1	лютий	виконано
6	Виконання розділу 2	березень	виконано
7	Виконання розділу 3	квітень	виконано
8	Формулювання висновків	квітень	виконано
9	Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії перевірка на плагіат.	травень	виконано
10	Подання роботи на кафедру	травень	виконано

Студентка Т.О.ЛитвинКерівник роботи О.М. Ігнатович

ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ» НАПН УКРАЇНИ
**БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ
ОСВІТИ**

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

В І Д Г У К

**керівника на кваліфікаційну роботу магістра
Литвин Тетяни Олександрівни**

Тема кваліфікаційної роботи магістра «Психологічні засоби корекції посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку» є актуальною, має наукову новизну та теоретичне значення, охоплює широке коло теоретичних і прикладних положень педагогічної та вікової психології щодо корекційно-розвивальної роботи психолога з дітьми дошкільного віку.

Загальна характеристика кваліфікаційної роботи магістра. Актуальним питанням цієї роботи є відображення в ній теоретичних, дослідницько-аналітичних і проектно-рекомендаційних положень щодо корекції посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку. Крім цього, не менш важливим питанням, що заслуговує на належну увагу є низка розкритих науково-практичних питань у вищевказаній роботі, зокрема аналіз авторкою змісту різноманітних концепцій і теорій про ознаки ПТСР та його вплив на психічний розвиток дітей дошкільного віку.

Авторкою теоретично обґрунтовано модель психологічної корекції ПТСР у дітей дошкільного віку та емпірично досліджено ознаки ПТСР у дошкільників, на підставі отриманих теоретичних та емпіричних результатів дослідження нею розроблено та апробовано корекційно-розвивальну програму подолання наслідків ПТСР у дітей дошкільного віку засобами арт-терапії.

Матеріали, представлені у змісті кваліфікаційної можуть бути

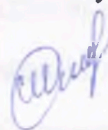
корисними у роботі психологів дошкільних установ під час реалізації корекційних заходів з питань подолання наслідків постравматичного стресового розладу дітей дошкільного віку.

Оригінальність авторського тексту кваліфікаційної роботи Литвин Т.О., що визначено за допомогою комплексу Strike Plagiarism, складає 87,8 відсотків.

Кваліфікаційна робота Литвин Т.О. є завершеним самостійним науковим дослідженням, у якій не виявлено академічного плагіату, відповідає всім вимогам щодо підготовки таких робіт, заслуговує на позитивну оцінку – 90/А/відмінно.

Науковий керівник –

докторка психологічних наук, професорка
кафедри педагогіки, психології та менеджменту
БІНПО ДЗВО «Університет менеджменту освіти»
НАПН України



Олена ІГНАТОВИЧ

РЕФЕРАТ

Магістерська робота: 129 стор, 4 рисунка, 13 таблиць, 8 додатків, 72 літературних джерела.

Мета дослідження: розробити та апробувати психологічні засоби корекції посттравматичного стресового розладу у дітей старшого дошкільного віку.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад у дітей дошкільного віку.

Предмет дослідження: психологічні засоби корекції посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань було використано такі методи: теоретичні – аналіз, систематизація та узагальнення наукових джерел з проблеми; емпіричні – спостереження, бесіда, анкетування батьків (з використанням опитувальників для виявлення симптомів ПТСР у дітей) та психодіагностичне обстеження дітей; експеримент (формульальний) – апробація розробленої корекційної програми; методи кількісного та якісного аналізу отриманих даних.

Для здійснення експериментального дослідження було використано такі методики: «Шкала оцінки дитячого посттравматичного стресового розладу» (CPTSD-RI), що дозволяє визначити рівень прояву симптомів ПТСР у дітей, включаючи нав'язливі спогади, уникнення, гіперзбудливість і порушення емоційної регуляції; методика «Казковий тест» (за О. Венгером), яка дає змогу оцінити емоційний стан дитини через створення казкових сюжетів, що відображають її внутрішні переживання; проективна методика «Будинок, Дерево, Людина» (НТР), спрямована на виявлення емоційних порушень, таких як тривожність, страхи та рівень внутрішньої напруги; методика «Спостереження у грі», що застосовується для аналізу емоційного стану

дитини через оцінку її поведінки у вільній та структурованій грі, а також анкетування батьків, яке дало змогу отримати додаткові відомості про зміни у поведінці дитини, рівень її тривожності, замкненості або агресивності.

Основний науковий результат дослідження полягає у визначенні психологічних механізмів розвитку посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку, аналізі основних психотравмуючих факторів та їхнього впливу на психоемоційний стан дитини. У межах роботи було розроблено та апробовано корекційно-розвивальну програму психологічної допомоги дітям із ПТСР, яка включає методи арт-терапії, ігрової терапії та когнітивно-поведінкової корекції. Теоретичні й емпіричні результати можуть бути використані практичними психологами, педагогами та фахівцями у сфері дитячої психотерапії для організації ефективного психолого-педагогічного супроводу дітей із посттравматичними розладами в умовах закладів дошкільної освіти.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, психологічна корекція, психоемоційний стан, арт-терапія, ігрова терапія, дошкільники.

ABSTRACT

Master's thesis: 129 pages, 4 figures, 13 tables, 8 appendices, 72 literary sources.

The aim of the study is to develop and test psychological methods for correcting post-traumatic stress disorder in older preschool children.

The object of the study is preschool children with post-traumatic stress disorder.

The subject of the study is psychological methods for correcting post-traumatic stress disorder in preschool children.

Research methods. To achieve the research objectives, the following methods were used: theoretical methods – analysis, systematization, and synthesis of scientific sources on the problem; empirical methods – observation, interviews, parental surveys (using questionnaires to identify PTSD symptoms in children), and psychodiagnostic examination of children; experimental (formative) method – testing the developed correctional program; and methods of quantitative and qualitative analysis of the obtained data.

For conducting the experimental study, the following psychodiagnostic techniques were used: the "Child Post-Traumatic Stress Disorder Scale" (CPTSD-RI), which allows assessing the severity of PTSD symptoms in children, including intrusive memories, avoidance, hyperarousal, and emotional dysregulation; the "Fairy Tale Test" (by O. Venger), which enables the evaluation of a child's emotional state through the creation of fairy-tale plots that reflect their inner experiences; the "House-Tree-Person" (HTP) projective technique, aimed at identifying emotional disturbances such as anxiety, fears, and levels of internal tension; the "Play Observation" method, which is used to analyze a child's emotional state by assessing their behavior in free and structured play; and parental surveys, which provided additional insights into changes in the child's behavior, levels of

anxiety, social withdrawal, or aggression.

The main scientific result of the study is the identification of the psychological mechanisms of post-traumatic stress disorder development in preschool children, analysis of the main psychotraumatic factors, and their impact on the child's psycho-emotional state. As part of the study, a corrective developmental program for psychological assistance to children with PTSD was developed and tested. This program includes methods of art therapy, play therapy, and cognitive-behavioral correction. The theoretical and empirical results can be used by practical psychologists, educators, and specialists in child psychotherapy for the effective psychological and pedagogical support of children with post-traumatic disorders in preschool education institutions.

Keywords: post-traumatic stress disorder, psychological correction, psycho-emotional state, art therapy, play therapy, preschool children.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	11
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПТСР У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	16
1.1. Теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу дітей дошкільного віку в контексті сучасних психологічних досліджень.....	16
1.2. Ознаки ПТСР та його вплив на психічний розвиток дітей дошкільного віку	22
1.3. Теоретична модель психологічної корекції ПТСР у дітей дошкільного віку.....	33
Висновки до першого розділу	39
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОЗНАК ПТСР У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	41
2.1. Організація та методологія емпіричного дослідження ознак ПТСР у дітей дошкільного віку.....	41
2.2. Психодіагностичні методики виявлення та оцінки психічного стану дошкільників, що зазнали впливу психотравмуючих факторів	45
2.3. Результати дослідження ознак ПТСР у дітей дошкільного віку.....	49
Висновки до другого розділу	64
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНЕ ВПРОВАДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ КОРЕКЦІЇ ПТСР У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	67
3.1. Корекційно-розвивальна програма подолання наслідків ПТСР у дітей дошкільного віку засобами арт-терапії.....	67
3.2. Результати формувального впливу корекційно-розвивальної програми подолання наслідків ПТСР у дітей дошкільного віку засобами арт-терапії	84
3.3. Практичні рекомендації щодо використання арт-терапевтичних методів у роботі з дошкільниками, які пережили психотравму	93
Висновки до третього розділу.....	98
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	100
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	103
ДОДАТКИ.....	113

ВСТУП

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей дошкільного віку є серйозною психологічною проблемою сучасності. Він виникає внаслідок переживання дитиною екстремально стресових або травматичних подій і проявляється низкою дезадаптивних симптомів, які негативно впливають на емоційний стан та розвиток дитини. Особливе значення проблема ПТСР набуває у контексті повномасштабної війни в Україні. За даними Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, з 2022 року високий рівень прояву симптомів ПТСР серед дорослого міського населення спостерігається у 57% опитаних. Водночас діти, підлітки та люди похилого віку є більш вразливими до психопатологічних реакцій на стрес [13]. Ті, хто зазнав безпосереднього впливу бойових дій, вимушеного переселення, втрати близьких або інших травматичних ситуацій, перебувають у групі підвищеного ризику щодо формування стійких посттравматичних симптомів [9]. Це свідчить про необхідність своєчасної діагностики та розробки ефективних методів психологічної корекції, які відповідали б віковим та індивідуальним особливостям людей. Оскільки дошкільний вік є критичним періодом для становлення психоемоційної регуляції, збереження нормального розвитку дитини в умовах хронічного стресу вимагає комплексного підходу до психокорекційного впливу. Таким чином беззаперечною є необхідність дослідження сучасних підходів до корекційної роботи, які включають когнітивно-поведінкові, ігрові, арт-терапевтичні та сімейні методи психокорекції. Проблематика дитячого ПТСР активно досліджується вітчизняними та зарубіжними науковцями. У міжнародній практиці питання діагностики та психокорекції ПТСР у дітей детально вивчається, наприклад, Американською психіатричною асоціацією, в межах протоколу DSM-5-TR, де

окреслено основні симптоми та механізми розвитку розладу в дитячому віці [33]. Зокрема, дослідження показують, що дошкільники з ПТСР часто демонструють регресивну поведінку, порушення сну, підвищену тривожність, емоційну відстороненість або агресивні реакції [3].

Проблематика виникнення гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є предметом досліджень як вітчизняних, так і зарубіжних учених. Серед дослідників, які зробили значний внесок у цю сферу, можна виокремити В.Г. Василевського, М. Горовіца, Т.Б. Дмитрієву, А.Б. Довгополюка, Е.М. Єпачинцеву, К. Калмикову, А. Кардінера, В. Конторовича, Н. Ласко, С.В. Литвинцева, А. Меркера, Дж. Мітчела, М. Падуна, В. Петрухіна, Г.О. Растовцева, В. Ромека, Г. Сельє, Є.В. Снедкова, Н. Тарабріну, Г.М. Тимченка, О.М. Харитонова, Г.А. Фастовцева, З. Фрейда, Р. Яноф-Бурмана та інших.

Наукові дослідження механізмів стресу та посттравматичних станів проводили такі вчені, як М. Горовіц, Л. Китаєв-Смик та Р. Лазарус. Вони вивчали вплив стресових факторів на психіку людини, розробляли концепції адаптації до травматичних подій та механізми формування ПТСР.

Психологічні аспекти діагностики та корекції стресових розладів, включаючи ПТСР, досліджували І. Котенєв, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тимченко та С. Яковенко. Їхні роботи зосереджені на розробці методів психодіагностики, психологічної допомоги та терапевтичних підходів до лікування осіб, які зазнали психічної травматизації. Таким чином, дослідження ПТСР охоплює широкий спектр аспектів – від вивчення механізмів стресу до практичних підходів у діагностиці та корекції наслідків травматичних подій.

У вітчизняній літературі проблема ПТСР у дітей висвітлюється у працях Н.В. Пророк та С.А. Гончаренко, які наголошують на особливій ролі сімейної підтримки у відновленні психоемоційного стану дитини після

травми. Дослідження Б.А. Гунько підтверджують ефективність комплексного підходу до корекції ПТСР, що включає елементи когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії та технік тілесно-орієнтованої терапії [8].

Важливим аспектом є вивчення впливу війни на психічне здоров'я дітей. Н.В. Греса [7] аналізує особливості адаптації дітей, які зазнали впливу воєнних подій, та відзначає необхідність ранньої діагностики симптомів ПТСР у дошкільників для запобігання їх закріпленню у підлітковому та дорослому віці. Окремі дослідження акцентують увагу на ролі батьків та педагогів у створенні безпечного середовища, що сприяє зниженню рівня тривожності та відновленню почуття безпеки у дитини [1].

Таким чином, науковий інтерес до проблематики корекції ПТСР у дітей дошкільного віку постійно зростає, проте потребує подальшого дослідження з урахуванням сучасних викликів, таких як війна, вимушена міграція, вплив медіа та соціальна нестабільність. Виявлення ефективних психологічних засобів допомоги дітям із ПТСР є актуальним завданням як для наукової спільноти, так і для практичних психологів та освітян.

Водночас аналіз джерел показує, що питання адаптації існуючих психотерапевтичних методик до специфіки дітей дошкільного віку, особливо з урахуванням сучасних реалій війни, опрацьовано ще недостатньо. Недостатня розробленість саме проблеми створення комплексної корекційної програми для дошкільників з ПТСР зумовлює потребу в проведенні даного дослідження. Отже, обрана тема «Психологічні засоби корекції ПТСР у дітей дошкільного віку» є надзвичайно актуальною у сучасних умовах.

Мета дослідження: розробити та апробувати психологічні засоби корекції посттравматичного стресового розладу у дітей старшого дошкільного віку.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад у дітей дошкільного віку.

Предмет дослідження: психологічні засоби корекції посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу у дітей, визначивши його основні симптоми, причини та фактори ризику.
2. Вивчити особливості проявів ПТСР на прикладі групи дітей старшого дошкільного віку (Макарівський ЗДО «Веселка»).
3. Розробити комплекс психологічних засобів корекції ПТСР з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей дітей, що є вихідцями з сімей внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та перевірити його ефективність.
4. Розробити практичні рекомендації для вихователів, батьків і психологів щодо впровадження програми корекції у закладах дошкільної освіти.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, систематизація та узагальнення наукових джерел з проблеми; емпіричні – спостереження, бесіда, анкетування батьків (з використанням опитувальників для виявлення симптомів ПТСР у дітей) та психодіагностичне обстеження дітей; експеримент (формульальний) – апробація розробленої корекційної програми; методи кількісного та якісного аналізу отриманих даних.

Апробація результатів дослідження відбувалася під час оприлюднення її основних положень на науково-практичних конференціях, серед них: IV Всеукраїнська студентська науково-практична конференція «Соціально-освітні доміанти професійної підготовки сучасного компетентного фахівця» (15 травня 2025 року); регіональний науково-практичний семінар «Психолого-педагогічні чинники формування професійної компетентності кваліфікованих робітників в умовах воєнного стану» (м. Біла Церква, 26 квітня 2024 р.).

Результати дослідження висвітлено у електронному збірнику

Матеріалів регіонального науково-практичного семінару
«Психолого-педагогічні чинники формування професійної компетентності
кваліфікованих робітників в умовах воєнного стану»

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох
розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПТСР У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1. Теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу дітей дошкільного віку в контексті сучасних психологічних досліджень

Одним із перших, хто систематично описав симптоми, що виникають унаслідок серйозних психічних потрясінь і мають подібність до сучасних посттравматичних розладів, був Й. Еріхсен у 1867 році. Дослідник пов'язував ці прояви з порушеннями пам'яті та концентрації уваги, тяжкими сновидіннями, що супроводжувалися відтворенням травматичних подій, а також із загальним психологічним дискомфортом [8].

У 1889 році Х. Оппенгейм запровадив термін «травматичний невроз», акцентуючи увагу на психологічних і емоційних аспектах бойової психотравми. Подальші дослідження цього явища активізувалися під час Першої світової війни. Солдати масово страждали від порушень сну, судом, тремтіння, амнезії та шуму у вухах як у період бойових дій, так і після їх завершення, що спричинило серйозні труднощі для військового командування.

До 1916 року військові медики почали розробляти методи лікування таких розладів у солдатів, які, не маючи фізичних ушкоджень, не могли продовжувати службу або адаптуватися до мирного життя. У 1915 році британський психолог Ч. Майєрс опублікував у журналі *Lancet* статтю, де вперше запропонував термін «shell shock» для позначення цього стану. Вважалося, що причиною розладу є вплив високого тиску під час

інтенсивного артилерійського обстрілу. Згодом виникла альтернативна гіпотеза, що розділилася на два напрями: одна група дослідників припускала, що такі психопатологічні стани розвиваються лише у людей із вродженою схильністю до психічних відхилень, а інша вважала основною причиною факт пережитого психотравматичного досвіду в бою [8].

Друга світова війна стала періодом значного прогресу у вивченні травматичних неврозів. У 1941 році А. Кардінер визначив зміни, викликані бойовим стресом, як хронічний військовий невроз. На його думку, цей розлад має комплексний характер, оскільки включає як психологічні, так і фізіологічні (вегетативні) прояви. Він розширив уявлення про механізми впливу бойових дій на психічний стан військовослужбовців і представив детальний опис основних симптомів цього стану, серед яких:

- підвищена збудженість та дратівливість;
- фіксація на травматичних епізодах минулого;
- схильність до агресивної поведінки та труднощі з її контролем;
- уникнення реальності;
- гостра реакція на раптові подразники [8,45].

Аналіз досліджень засвідчив, що ключову роль у вивченні посттравматичного стресового розладу відіграло дослідження особистісних змін у військовослужбовців, які брали участь у локальних конфліктах. Спостереження, проведені під час Корейської війни за участю американських солдатів, дозволили ідентифікувати низку психічних розладів, які невдовзі класифікували як «сильні реакції на стрес».

Посилення інтересу до цього феномену відбулося в середині 1970-х років, коли американське суспільство вперше зіткнулося з проблемами соціальної дезадаптації ветеранів війни у В'єтнамі. У представників цієї категорії відзначалася підвищена частота самогубств, актів насильства, а також серйозні труднощі у сімейному та суспільному житті. Це змусило

державні органи розробити заходи для реабілітації в'єтнамських ветеранів, що призвело до створення спеціалізованих науково-дослідних центрів, орієнтованих на надання соціальної допомоги учасникам бойових дій [28].

Численні дослідження та соціологічні опитування серед військових, які брали участь у збройних конфліктах (В'єтнам, Афганістан, Велика Вітчизняна війна, АТО тощо), свідчать, що більшість ветеранів відчують себе «використаними» та «покинутими». Часто вони переживають розчарування та гнів через відсутність належної підтримки, почуваються забутими суспільством і зіштовхуються із зростаючою потребою у визнанні, розумінні та моральній підтримці.

Згідно з дослідженнями низки науковців [23], унаслідок бойового досвіду в особистості формується глибокий комплекс змін, що отримав назву «мілітаризована психіка». Це явище проявляється через кілька характерних стадій:

- гостра потреба у виправданні своєї моральної участі у насильстві через соціальне визнання, що сприяє подоланню почуття провини та мінімізує психологічну травму, пов'язану зі спогадами про агресивні дії;

- прагнення отримати суспільне схвалення та високу оцінку власних зусиль і вчинків, щоб цей факт набув широкого розголосу серед колег, рідних і знайомих;

- бажання інтегруватися у мирне життя, але з вищим соціальним статусом, ніж до військових подій;

- розчарування та здивування реальністю мирного життя, коли військові стикаються з тим, що їхня відсутність залишилася непомітною для суспільства, а загальна ситуація в країні та армії залишилася без змін.

Одним із перших дослідників, який систематизував ці явища, був П. Борн. Він визначив один із найпоширеніших симптомів – «обсесивно повторювані спогади», що часто виникають у формі яскравих чуттєвих

уявлень («флешбеків»). Такі епізоди супроводжуються інтенсивним страхом, депресивними станами, порушеннями вегетативної нервової системи, нічними кошмарами бойового характеру, почуттям провини, а також емоційною відстороненістю від попередніх інтересів [24].

Оскільки подібні розлади з однаковими симптомами не підпадали під жодну з існуючих медичних класифікацій, М. Горовиц запропонував виокремити їх у самостійний синдром під назвою «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР). У 1980 році цей синдром був офіційно включений до американського діагностичного стандарту DSM-3 [3].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) визначається як відстрочена реакція на сильний психотравмуючий стрес, здатний спричинити серйозні психологічні порушення. Виникнення ПТСР зумовлене переживанням стресових ситуацій, що виходять за межі звичайного людського досвіду та викликають виражений дистрес [9]. До таких факторів належать загроза життю або фізичній недоторканності, випадкове вбивство, тяжкі тілесні ушкодження, а також втрата бойового товариша, що може спричинити розвиток посттравматичного розладу.

За визначенням Н.А. Агаєва, О.М. Кокуна, Н.С. Лозінської, В.В. Остапчука та І.О. Пішка, ПТСР є реакцією організму на надмірні емоційні подразники та фактичні стресові ситуації, що перевищують звичайний рівень людського досвіду. Він може розвиватися як відстрочена або затяжна реакція на кризові події катастрофічного характеру, провокуючи у людини стан дистресу [23].

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) посттравматичний стресовий розлад позначено рубрикою F43.1 та визначено як синдром, що виникає внаслідок впливу надзвичайно сильного стресу [20].

Основні симптоми ПТСР включають:

- порушення сну;

- нав'язливі спогади (обсесивне повернення пережитого);
- амнезію щодо певних подій (уникнення);
- підвищену пильність та гіперчутливість;
- надмірне збудження, що проявляється неадекватною супермобілізацією [47].

Серед вторинних симптомів ПТСР дослідники відзначають депресію, тривожні стани, імпульсивну поведінку, зловживання алкоголем, а також різноманітні соматичні розлади.

Науковці [45,48,65] виділяють три основні групи симптомів, які можуть посилюватися з віком:

- надмірне збудження, що супроводжується порушеннями сну, тривожними станами, нав'язливими спогадами та фобічним уникненням ситуацій, пов'язаних із травматичною подією;
- періодичні стани пригніченого настрою, що включають емоційне заціпеніння, втрату відчуття радості, відчай та усвідомлення безвиході;
- істеричні реакції, які можуть проявлятися у вигляді функціональних порушень, таких як параліч, тимчасова сліпота, глухота або нервовий тремор.

Згідно з дослідженням, проведеним E.J. Costello та його колегами (2003), приблизно чверть дитячого населення протягом життя стикається з подіями, які Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів четвертого видання (DSM-IV) відносить до категорії екстремальних стресових факторів. Ще щонайменше третина дітей переживають події, що можуть мати травматичні наслідки за певних обставин, серед яких розлучення батьків, втрата близьких, агресивне ставлення з боку однолітків тощо [8].

У період миру серед основних чинників, що викликають психологічну травматизацію в дитячому та підлітковому віці, є жорстоке поводження (англ. child maltreatment). Це поняття охоплює ситуації нехтування батьківськими

обов'язками, а також різні форми насильства – фізичне, емоційне й сексуальне [67]. К.І.Могоз (2005) виокремила особливий тип фізичного та емоційного насильства щодо дітей, який вона назвала «домашнім насильством» [52].

Дослідження сімей, що належать до соціально незахищених категорій у Парижі, значну частку яких складали родини біженців із високим рівнем психотравматизації, показало високий рівень насильницької поведінки в таких осередках. Це мало негативні наслідки для психічного здоров'я дітей: 28,3% з них мали виражені емоційні розлади, 23,9% проявляли ознаки дезадаптації, у 17,7% спостерігалися труднощі з увагою та активністю, а 10,7% стикалися з проблемами у взаємодії з ровесниками [70].

Також понад 20% дорослих, які в дитинстві самі потерпали від насильства або нехтування, згодом проявляли жорстоке ставлення до власних дітей [68]. S.E. Evans та його команда (2008) звернули увагу на те, що в деяких випадках діти не були безпосередніми жертвами насильства, але ставали свідками агресивних дій у сім'ї щодо інших членів їхнього найближчого оточення [8].

У США щороку близько трьох мільйонів дітей стикаються з жорстоким поводженням, насильством або нехтуванням їхніми потребами. Випадки недбалого ставлення до дитини фіксуються втричі частіше, ніж випадки фізичного чи психологічного насильства, і зазвичай асоціюються з жінками, оскільки в більшості культур саме вони традиційно відповідають за виховання та догляд за дітьми.

Чоловіки, своєю чергою, частіше фігурують у випадках жорстокого поводження та фізичного насильства щодо дітей; зокрема, понад 80% випадків сексуального насильства здійснюється особами чоловічої статі. Хлопчики втричі частіше, ніж дівчата, зазнають фізичного насильства, емоційного нехтування та депривації [63]. Так само значним травматичним

фактором для дітей є цькування (булінг) з боку однолітків як у шкільному середовищі, так і поза його межами.

За результатами крос-секційного дослідження, проведеного W. Craig та співавторами (2009), було виявлено, що в низці країн, зокрема і в Україні, приблизно третина дітей залучені до булінгу, причому половина з них стає жертвами шкільного насильства [59]. Наслідки шкільного цькування проявляються у вигляді зниження навчальної мотивації, погіршення успішності та розвитку певних психічних розладів, включно зі зростанням ризику суїцидальних намірів [70].

Дитячі травматичні події впливають як на фізичне, так і на психічне здоров'я. Згідно з визначенням Національної мережі з питань дитячого травматичного стресу США, такі події викликають у дітей сильний страх або завдають серйозної шкоди їхньому емоційному та фізичному благополуччю [45].

Тяжкі одноразові травматичні переживання можуть призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тоді як хронічне нехтування потребами дитини та систематичне жорстоке поводження мають глибокий вплив на її розвиток [21].

1.2. Ознаки ПТСР та його вплив на психічний розвиток дітей дошкільного віку

Дитячий та підлітковий вік включають періоди критичного когнітивного, емоційного, поведінкового та соматичного розвитку, під час яких особливо зростає чутливість до зовнішніх впливів, зокрема до травматичних подій [8]. Одним із ключових механізмів, що визначають біологічну реакцію на травматичний досвід, є

гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь, дисфункція якої пов'язана з патологічною відповіддю на стресові фактори [21]. У дослідженні B.S. McEwen (2001) описано роль естрогену та прогестерону у процесі дозрівання окремих мозкових структур дитини, а також їхній вплив на серотонінергічну і дофамінергічну системи нейротрансмітерів, що регулюють когнітивну діяльність та емоційні реакції [8].

Згідно з діагностичними критеріями, визначеними в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є психічним станом, який діагностують у осіб, що зазнали впливу подій катастрофічного масштабу, здатних викликати сильний дистрес у будь-якої людини [23]. Відповідно до положень DSM-5, для встановлення діагнозу ПТСР стресова подія повинна включати загрозу життю чи здоров'ю людини та супроводжуватися вираженням страхом, відчуттям безсилля або жаху [21].

За даними різних досліджень, рівень поширеності ПТСР серед дітей і підлітків у мирний час коливається в межах 3–7% у загальній популяції, тоді як серед осіб, що пережили воєнні дії або природні катаклізми, цей показник може становити від 10% до 90% [22, 24, 27-29].

Роботи E.J. Brown та співавторів (2004), а також J.A. Cohen зі співавторами (2006) засвідчили, що у дітей, які зазнали гострої травматизації внаслідок раптової втрати близької людини, зокрема смерті батьків через катастрофи чи аварії, спостерігається високий рівень проявів травматичних симптомів [53, 57].

Під час природних катастроф, воєнних конфліктів і терористичних атак діти та підлітки зазнають впливу надзвичайно сильних та виразних травматичних факторів. Такі види травматизації не лише завдають значної шкоди фізичному здоров'ю, а й формують атмосферу постійного страху, небезпеки та невизначеності, що призводить до глибоких психічних травм

[25,26].

Дослідження, що аналізують рівень травматизації серед населення, постраждалого внаслідок воєнних або терористичних дій, свідчать про значно вищу поширеність психічних розладів, пов'язаних із травмою, особливо серед цивільного населення та дітей. L. Itani зі співавторами (2014) у межах крос-секційного дослідження населення Лівану (включаючи як дітей, так і дорослих) встановили, що понад 70% учасників зазнали психічної травми, спричиненої війною, а більше ніж половина осіб із ПТСР отримали травматичний досвід у віці до 18 років [8].

Психічна травматизація дітей, які постраждали від воєнної агресії, характеризується особливою тяжкістю психотравмуючих факторів, що напряду загрожують життю як самих дітей, так і їхніх найближчих родичів. Крім того, комплексний вплив цих чинників посилюється додатковими травматичними подіями, такими як зниження рівня соціально-економічного життя, відсутність стабільної правової системи, вимушена міграція тощо [26].

Частина дітей, які були змушені покинути свої домівки через воєнні дії, стикаються з фрустрацією через життя в новому середовищі без постійної батьківської опіки або під наглядом родичів чи батьків, які самі можуть мати глибокі психічні травми та перебувати в стані деморалізації через соціально-економічні труднощі. У таких умовах діти нерідко потерпають від тривожних і депресивних розладів, а також можуть ставати свідками або жертвами домашнього насильства. У деяких випадках спостерігається зловживання психоактивними речовинами серед членів таких родин [18].

Дослідження С. Catani та співавторів (2008), проведене на прикладі Афганістану та Шрі-Ланки – країн, що пережили військові конфлікти та природні катаклізми, – продемонструвало, що 82% дітей у цих державах зазнали принаймні одного психотравмувального впливу, пов'язаного з війною або природною катастрофою. Понад половина опитаних дітей

піддавалися впливу кількох таких факторів одночасно. Зокрема, близько 50% дітей у цих країнах стали жертвами домашнього насильства, жили в умовах крайньої бідності, були ізольовані від однолітків і не мали можливості відвідувати навчальні заклади [55].

Діти-біженці та члени їхніх родин, які перебувають у зоні військового конфлікту, часто стикаються з обмеженим доступом до медичної та психологічної допомоги, а також виявляють неспроможність або небажання скористатися підтримкою, запропонованою волонтерськими організаціями. У дослідженні, проведеному О.О. Хаустовою, О.С. Чабаном і Л.М. Трачук, було вивчено посттравматичні психопатологічні прояви у дітей і підлітків, які мешкають у районах, що безпосередньо або частково зачеплені військовими діями на сході України.

Аналіз дітей, які проживали в Харківській, Дніпропетровській, Запорізькій областях, а також в окупованих районах Донецької та Луганської областей, засвідчив високий рівень психічних і поведінкових розладів серед дитячого населення, що перебувало у безпосередній зоні бойових дій. Показники поширеності цих порушень сягали 83%. Було виявлено, що старші діти мали значно більше психологічних проблем порівняно з молодшими. Водночас батьки дітей, які брали участь у дослідженні, дуже рідко зверталися по професійну психологічну допомогу для своїх дітей, навіть попри те, що можливості отримати таку підтримку від волонтерських організацій були доступними. Основним джерелом підтримки для таких сімей залишалися родичі та друзі, а рівень довіри до спеціалізованої допомоги з боку волонтерів був низьким [23].

Серед сімей, які змушені були залишити зону бойових дій, рівень загальної недовіри поширювався не лише на соціальні та медичні служби. Лише близько половини дітей-біженців одразу розпочали навчання у школах за місцем нового проживання. Багато з них не отримували достатньої

соціальної підтримки у навчальних закладах, через що відчували себе самотніми та ізольованими у шкільному середовищі [27].

Незадоволеність практичним використанням діагностичних критеріїв DSM-IV для виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дитячій популяції спричинила розробку окремих критеріїв для дітей віком до 6 років, що були вперше впроваджені в DSM-5. Таким чином, ПТСР став першим розладом у DSM, для якого було визначено різні діагностичні критерії залежно від вікової групи: для дорослих і для дітей молодшого віку (до 6 років) [64].

Робоча група DSM-5 звернула увагу на значний рівень травматизації серед дітей і зазначила, що при застосуванні критеріїв DSM-IV частота діагностування ПТСР у дошкільнят була суттєво нижчою порівняно зі школярами та дорослими. Це могло бути зумовлено як віковими особливостями сприйняття дітьми травматичних подій, так і недостатньою чутливістю наявних діагностичних підходів для раннього віку.

З огляду на ці фактори дослідники провели серію наукових робіт із залученням дітей молодшого віку, адаптувавши діагностичні критерії DSM-IV. Це дало змогу оцінити вплив змін на поширеність ПТСР серед різних вікових груп. Зокрема, виявлено, що застосування більш чутливих критеріїв для дітей віком до 6 років збільшувало кількість діагностованих випадків у 3–8 разів. Спираючись на отримані результати, робоча група ухвалила рішення не лише переглянути критерії ПТСР у DSM-5, а й виокремити підтип розладу для дітей дошкільного віку.

Щодо критеріїв для старших дітей, підлітків і дорослих, то вони зазнали мінімальних змін порівняно з DSM-IV. Водночас було усунуто поділ на гостру та хронічну форму ПТСР, оскільки наявних наукових доказів, що підтверджували б необхідність такої диференціації, виявилось недостатньо. Крім того, було додано підтип «із дисоціативною симптоматикою», який

передбачає наявність у пацієнтів додаткових проявів деперсоналізації та/або дереалізації поряд із загальними симптомами ПТСР.

У системі класифікації DSM-5 підхід до діагностики тривожних розладів і розладів настрою, асоційованих зі стресом, відрізняється від принципів, застосовуваних до ПТСР. В оновленій редакції DSM-5 було створено новий діагностичний розділ – «Травма і пов'язані зі стресом розлади», який об'єднав низку категорій, що раніше належали до різних розділів DSM-IV. До цього нового розділу увійшли реактивний розлад прихильності, розгальмований розлад соціальної активності, посттравматичний стресовий розлад, гострий стресовий розлад і розлад адаптації. Крім того, у ньому також представлені тривожні розлади і розлади настрою, що пов'язані з впливом стресових подій. Основною причиною об'єднання зазначених нозологій в один розділ стало усвідомлення спільного механізму їхньої етіології, а саме розвитку дистресу внаслідок пережитих травматичних або стресових ситуацій [63].

Дослідження С.Р. Pryce (2008), проведене на експериментальних моделях, продемонструвало, що психічна травматизація в періоди чутливого дозрівання мозкових структур сприяє активації глюкокортикоїдних рецепторів у префронтальній корі. Це, у свою чергу, підвищує чутливість даної ділянки до впливу стресових гормонів. Подібні нейрохімічні зміни в поєднанні з генетичною схильністю можуть спричиняти розвиток захворювань, пов'язаних зі стресом, як у найближчій, так і у віддаленій перспективі [8].

Отримані дані підтверджуються клінічними дослідженнями А. Maercker та його команди, результати яких були опубліковані в «Британському журналі психіатрії» (2004). Зокрема, встановлено, що вік, у якому відбулася травматизація, а також її тривалість можуть розглядатися як предиктори розвитку психічних розладів у подальшому житті. Дослідники виявили, що

серед осіб, які зазнали психотравмуючих подій у дитинстві, рівень маніфестації ПТСР та рекурентної депресії був значно вищим [24].

На думку J.Read та його колег (2005) з факультету психології Оклендського університету (Нова Зеландія), вплив травматичних подій на мозок дитини раннього віку викликає нейробіологічні зміни, подібні до тих, що спостерігаються при ендогенно-процесуальних захворюваннях. Зокрема, серед таких змін виділяють:

- активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи;
- порушення процесів диференціації моноамінових нейротрансмітерних трактів;
- порушення механізму синаптичного скорочення із збереженням надмірної щільності дофамінергічних рецепторів у структурах гіпокампа;
- розвиток медіобазальної та церебральної атрофії;
- розширення шлуночкової системи головного мозку (вентрикулодилатацію) [40].

На сьогодні існує значна кількість наукових публікацій, що містять результати досліджень, які підтверджують зв'язок між психічною травматизацією в дитинстві та подальшими нейрокогнітивними порушеннями. Зокрема, встановлено, що такі події можуть бути чинниками ризику для розвитку рекурентної та біполярної депресії, а також психотичних симптомів у дорослому віці (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Ознаки ПТСР відповідно до виду психічної травми в зарубіжних дослідженнях [21]

Вид психічної травми	Ознаки ПТСР	Автор / дослідники
Жорстоке поводження або педагогічна занедбаність	Загальна затримка розвитку, порушення когнітивних, мовленнєвих, психомоторних та соціальних навичок, поліморфні емоційні та поведінкові симптоми, нестабільний перебіг.	B. Draper et al.
Хронічна ювенільна травма	Порушення свідомості, нав'язливі ретроспективні спогади, нічні кошмари, порушення орієнтації, сенсомоторні розлади, амнезія, деперсоналізація, дереалізація, труднощі з ідентичністю.	J. Read et al.
Сексуальна наруга	Високий ризик психотичних розладів, депресія з психотичними симптомами, параноїдальні маячення, тактильні та нюхові галюцинації, нав'язливі спогади з сенсорними феноменами.	A. Maercker et al. P. Vostanis,
Ювенільна травматизація	Деформація психологічного розвитку, порушення інтеграції сенсорної, емоційної та когнітивної інформації, реактивна лабільність, розлади поведінки, агресивність, антисоціальна поведінка.	A. Maercker et al. J. Read et al.
Травматичні події у дитинстві	Збільшений ризик психічних розладів, депресія, тривожність, дисоціативні симптоми, порушення поведінки, підвищений ризик зловживання психоактивними речовинами.	W.E. Copeland et al. I. Schalinski et al.
Військові дії та соціальна депривація	Тривожність, депресивні симптоми, фобії, поведінка уникання, соціальна ізоляція, агресія, низький рівень проблемно-вирішувальних навичок, асоціальна та жорстока поведінка.	A. A.M. Thabet та E. Salcoğlu i M. Başoğlu, V.V. Ruchkin et al.

Науковці вважають доведеним, що вплив психотравмуючих подій призводить до адаптивних змін у синапсах нейронів, що відповідають за регуляцію поведінки. Це явище отримало назву «синаптичної пластичності», тобто здатності нервової системи до формування або ліквідації нових синаптичних зв'язків. Реакція на «гострий стрес» супроводжується підвищенням щільності синаптичних утворень, тоді як хронічний стрес, навпаки, спричиняє зменшення кількості міжнейронних з'єднань у різних

ділянках мозку, що, у свою чергу, впливає на адаптивну поведінку та механізми емоційної регуляції.

Такі зміни негативно позначаються на психічному та соматичному здоров'ї дітей, їхньому подальшому розвитку та якості життя як у короткотривалій, так і довготривалій перспективі [21].

Поліморфний характер клінічної картини ПТСР у дітей дошкільного віку значно ускладнює діагностику, що може призводити до помилкового встановлення інших розладів або їхньої коморбідності [63]. Коморбідний розлад – це наявність у людини двох або більше захворювань чи розладів, які існують одночасно і можуть взаємно впливати одне на одне.

У контексті психічного здоров'я це означає, що людина, наприклад, має ПТСР і депресію або ПТСР і тривожний розлад. Коморбідність може ускладнювати діагностику та лікування, оскільки симптоми одного розладу можуть маскувати або посилювати прояви іншого. Наприклад, при ПТСР часто спостерігаються депресивні симптоми (зниження настрою, втрата інтересу до життя), що може призвести до помилкового діагностування депресії без врахування основного травматичного чинника. У випадку дітей з ПТСР коморбідні розлади часто включають тривожні стани, депресію, РДУГ (розлад дефіциту уваги з гіперактивністю), поведінкові розлади або навіть соматичні симптоми (наприклад, головний біль, порушення сну, проблеми з апетитом), які мають психологічне походження.

Дослідження S.A. Husain et al. (2008) показало, що симптоми гіперзбудження та поведінкового уникнення нерідко помилково сприймаються як ознаки гіперактивності та імпульсивності, характерні для розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ). Це вказує на необхідність ретельного скринінгу перенесених травматичних подій перед призначенням медикаментозного лікування [21].

Порушення сну, емоційна нестабільність, втрата мотивації та труднощі

з концентрацією уваги, характерні для дітей з ПТСР, мають значне перехрещення з симптомами депресивних розладів, що ускладнює диференційну діагностику та вибір відповідної терапії. Депресія є однією з найбільш поширених коморбідних патологій при ПТСР, хоча рівень її розповсюдженості варіюється залежно від особливостей травматичного досвіду дитини та діагностичних критеріїв [68].

М. Başoğlu et al. у своєму дослідженні, проведеному серед дітей, які пережили землетрус у Туреччині, встановили, що 23% дітей із зони стихійного лиха та 14% з інших регіонів відповідали критеріям ПТСР. Більш ніж половина з них також мала ознаки депресії. Аналогічні результати отримані під час досліджень наслідків природних катастроф в Індії, де рівень коморбідності між ПТСР і депресивним розладом сягав 63,2%. У дослідженні дітей із Сектора Газа було виявлено, що 68,9% із них відповідали критеріям для діагностики ПТСР, а 40% мали супутню депресію [21].

Таким чином, психічні порушення у дітей, які зазнали психотравматизації, часто мають комплексний характер і вимагають диференційного підходу до діагностики. Специфічність проявів ПТСР у дошкільному віці вимагає врахування як особливостей вікового розвитку, так і можливих коморбідних розладів, що впливають на загальний психічний стан дитини.

Аналізуючи вплив соціально-психологічних чинників на розвиток ПТСР та депресивних розладів у дітей дошкільного віку, дослідники звертають увагу на ключові фактори ризику. Вивчення особливостей середовища постраждалих дітей дозволяє пояснити формування симптомів реперезивання, емоційних розладів та поведінкових порушень, таких як дратівливість та імпульсивність.

В. Tang et al. (2014) у своєму метааналітичному огляді визначив основні фактори ризику розвитку депресії у дітей, які зазнали наслідків стихійного

лиха. Виявлено, що діти, які отримали фізичні ушкодження, пережили сильний страх, стали свідками смерті або тяжкого поранення інших осіб, мали підвищену вразливість до депресивних станів. Також важливу роль відігравала відсутність соціальної підтримки [21].

Дослідження К.В. Nooner et al. (2012) виявило, що серед підлітків найбільш значущими факторами ризику ПТСР були жіноча стать, серйозні соматичні захворювання, психологічна травматизація в анамнезі та низький рівень соціальної підтримки. Водночас автори не встановили прямого зв'язку між типом травми та розвитком ПТСР [8].

D. Trickey et al. (2012), провівши метааналіз 64 досліджень, підтвердили, що несприятливі соціальні обставини після психотравмуючої події – зокрема низький рівень підтримки в родині, соціальна нестабільність, вторинна травматизація – є значущими предикторами розвитку ПТСР. Також було встановлено, що ризик виникнення цього розладу є вищим серед дівчат, причому ця тенденція посилюється з віком [66].

Окремі дослідження підтверджують взаємозв'язок між віком дитини під час психічної травматизації та характером подальших розладів. Встановлено, що у дітей, які зазнали травматичного досвіду до 12 років, частіше розвивається депресія, тоді як підлітки, які пережили психотравмуючі події у віці 13 років і старше, мають вищий ризик розвитку ПТСР [21].

Такі відмінності пояснюються нейробіологічними особливостями розвитку дитячого та підліткового мозку, гормональним впливом на процеси саморегуляції, а також різними механізмами емоційної адаптації [31].

Особливу увагу дослідники звертають на проблему низького рівня діагностики ПТСР у дітей дошкільного віку, що пояснюється специфічністю клінічних проявів, адже саме у дошкільному віці симптоматика ПТСР часто маскується під поведінкові порушення, тривожність або розлади адаптації, що ускладнює своєчасне виявлення та відповідне втручання [21].

1.3. Теоретична модель психологічної корекції ПТСР у дітей дошкільного віку.

Аналіз теоретичних і емпіричних досліджень дозволяє виокремити кілька основних моделей, що пояснюють походження посттравматичного стресового розладу [25]:

- а) Реактивна модель, яка базується на поведінковій концепції (теорія Б. Колодзина) та нейропсихологічному підході (теорія Л. Колба);
- б) Диспозиційна модель, що спирається на експериментальні дослідження (теорія Ф. Васижа);
- в) Інтерактивний підхід, представлений у нейропсихологічній концепції гіпнозу за Еріксоном;
- г) Особистісно-екологічний підхід, сформульований Дж. Вільсоном, який поєднує кілька концептуальних напрямів.

Відсутність єдиної концепції етіології та механізмів розвитку ПТСР зумовлює необхідність розгляду загальнотеоретичних моделей. Дослідники [28] виокремлюють дві ключові групи:

- а) Психологічні моделі, які охоплюють психосоціальні, психодинамічні та когнітивні концепції;
- б) Біологічна модель, що набула популярності в останні роки та зосереджена на вивченні нейроендокринних, нейроанатомічних та інших біологічних факторів, які сприяють розвитку ПТСР.

Варто зазначити, що початковим порушенням є травматичний стрес (ТС), який проявляється безпосередньо під час критичного інциденту та у перші дві доби після нього. Якщо симптоматика зберігається до чотирьох тижнів, йдеться про гострий стресовий розлад (ГСР). У разі, коли розлади тривають понад місяць після події, розвивається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Надалі, у разі відсутності належної терапії та підтримки,

можливе формування посттравматичного розладу особистості, що може зберігатися впродовж усього життя людини, яка пережила травматичний досвід (рис.1.1).



Травматичний стрес (ТС) у дітей дошкільного віку є природною реакцією на ситуації, що значно перевищують їхній звичний життєвий досвід та можливості емоційного опрацювання. Діти цього віку особливо вразливі до стресових подій через недостатню сформованість механізмів психологічного захисту та обмеженість вербальних ресурсів для вираження переживань.

Гострий стресовий розлад (ГСР) у дошкільнят проявляється у вигляді нав'язливих повторюваних спогадів про травматичну подію, які можуть з'явитися впродовж перших чотирьох тижнів після пережитого чи побаченого. Діти можуть реагувати як на прямі (особистий досвід травми), так і на непрямі (спостереження за стресовими подіями або отримання інформації про них від близьких) фактори. Симптоми включають порушення сну, підвищену збудливість, страх, уникання місць або людей, які нагадують про подію. На відміну від посттравматичного стресового розладу, ці прояви тривають не більше одного місяця.

Для діагностики станів дітей після травматичних воєнних подій використовується комплекс методик (Додаток А). Дослідження українських науковців, присвячені вивченню посттравматичного стресового розладу в

умовах воєнного періоду [26], здебільшого зосереджені на адаптації діагностичних методик для дорослого населення, зокрема для військовослужбовців. Це зумовлено особливостями сучасної воєнної ситуації, яка потребує оперативного оцінювання та корекції психоемоційного стану військових. Водночас, нагальна потреба у розробці технології оцінювання рівня психотравматизації дітей, що зазнали впливу медіатравматичних факторів, залишається на надзвичайно високому рівні.

Така технологія має бути доступною для використання в дистанційному форматі та передбачати мінімальні бар'єри для фахівців у сфері психічного здоров'я. В умовах війни, незважаючи на можливості комерційного використання діагностичних інструментів, доцільним є впровадження державної програми, яка б гарантувала безкоштовний доступ до таких технологій або можливість їх застосування за мінімальну оплату, що покривала б лише витрати на технічне обслуговування.

Розробка дистанційних діагностичних систем сприятиме підвищенню точності оцінки психологічного стану дітей, які зазнали впливу воєнних подій, та забезпечить своєчасне надання необхідної психологічної допомоги. Реалізація таких досліджень матиме значний соціально-економічний ефект, оскільки посттравматичний стресовий розлад розглядається на глобальному рівні як серйозна проблема громадського здоров'я, що призводить до значних фінансових витрат для системи охорони здоров'я та суспільства загалом.

Сучасні дослідження показують, що дитячий ПТСР має свої особливості, зокрема спотворене переживання часу, регресивну поведінку та ігрові сценарії, у яких відтворюється травматичний досвід. З огляду на це, необхідний комплексний підхід, що враховує як психологічні й соціальні чинники, так і вікові особливості психоемоційного розвитку дитини.

Для ефективної корекції ПТСР у дошкільнят необхідно створювати спеціальні психокорекційні програми, які інтегрують методи

когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії та ігрової терапії. Основною метою такої роботи є поступове зниження рівня тривожності, відновлення емоційної рівноваги та формування адаптивних стратегій реагування на стрес.

Психологічна допомога дітям, які пережили травматичні події, є невід'ємною частиною загальної системи психосоціальної реабілітації. Вона має бути спрямована на підтримку емоційного стану дитини, розвиток безпечного середовища та активну взаємодію з батьками, які відіграють ключову роль у процесі відновлення [62].

Попри те, що глобальне запобігання травмуючим подіям є складним завданням, своєчасне застосування науково обґрунтованих методів корекції дозволяє значно зменшити негативні наслідки травматичного досвіду та допомогти дітям дошкільного віку повернутися до гармонійного розвитку.

Теоретична модель психологічної корекції ПТСР у дітей дошкільного віку передбачає комплексний підхід, що охоплює чотири ключові стратегії: розвиток адаптивних навичок, формування позитивного ставлення до симптомів, подолання уникнення та зміну сенсу пережитого досвіду (табл.1.2). Вона базується на принципах психологічної підтримки, що сприяють гармонійному відновленню психоемоційного стану дитини. Одним із важливих аспектів моделі є розвиток адаптивних навичок, що передбачає формування позитивного ставлення до корекційної роботи та створення безпечного середовища для дитини. Це забезпечує комфортний простір для роботи з травматичним досвідом. Арт-терапія, сенсорні ігри та рольові вправи допомагають дитині опрацьовувати власні емоції та відновлювати навички соціальної взаємодії.

Таблиця 1.2

**Теоретична модель психологічної корекції ПТСР у дітей
дошкільного віку (складено автором)**

Етап психокорекції	Стратегія	Опис	Методи психокорекції
Оцінка та діагностика		Аналіз психічного стану дитини, оцінка симптомів ПТСР, рівня стресу та потреби у психологічній допомозі.	
Загальна терапія	Розвиток адаптивних навичок Позитивне сприйняття симптомів	Допомога дитині у прийнятті своїх переживань як нормальної реакції на стрес, що зменшує ризик додаткової психологічної травматизації.	Казкотерапія, музикотерапія, драматизація.
Загальна терапія	Подолання уникнення	Діти з ПТСР часто уникають ситуацій, що нагадують їм про травму, тому важливо поступово інтегрувати їх у нові позитивні соціальні контексти.	Дихальні техніки, тілесно-орієнтовані методи.
Загальна терапія	Зміна сенсу пережитого досвіду	Допомога дитині у переосмисленні травматичної події, щоб сформувати відчуття контролю над ситуацією.	Арт-терапія, сенсорні ігри, рольові вправи.
Самоствердження та позитивна підтримка	Розвиток самооцінки та навичок управління стресом	Підвищення самооцінки, розвиток стресостійкості та навичок позитивного мислення.	Ігрова терапія, когнітивно-поведінкова терапія.
Подолання травматичних спогадів	Робота з травматичними спогадами	Поступове опрацювання травматичних спогадів, експозиція до травматичних ситуацій для навчання управління страхами.	КПТ, коучинг, розвиток емоційного інтелекту, психодрама, десенсибілізація та обробка рухів очима (ДПРР).
Підтримка сім'ї	Залучення батьків до процесу психокорекції	Робота з батьками та родичами для забезпечення підтримки дитини у процесі одужання.	Сімейна терапія, психологічне консультування батьків.

Формування позитивного ставлення до симптомів спрямоване на допомогу дитині у прийнятті своїх переживань як нормальної реакції на стрес. Це запобігає повторній травматизації через усвідомлення власного стану. Казкотерапія, музикотерапія та драматизація дозволяють малюкам краще висловлювати свої емоції через символічні образи, що знижує рівень тривожності та сприяє стабілізації психоемоційного стану.

Подолання уникнення є критично важливим компонентом, оскільки діти з ПТСР часто уникають ситуацій, що нагадують їм про травму. Створення безпечного середовища, в якому вони можуть поступово взаємодіяти з цими тригерами, дозволяє відновлювати довіру до навколишнього світу. Дихальні техніки та тілесно-орієнтовані методи допомагають зменшити напруження, що виникає внаслідок спогадів про травматичні події.

Зміна сенсу пережитого досвіду дозволяє дитині відчути контроль над ситуацією та переосмислити її таким чином, щоб вона не асоціювалася виключно з негативними емоціями. Це сприяє поступовому відновленню психічної рівноваги. Використання ігрової терапії та когнітивно-поведінкової терапії допомагає малюкам формувати конструктивне ставлення до власного досвіду та будувати позитивні моделі поведінки в майбутньому.

Загальний аналіз моделі демонструє її комплексний характер, що поєднує психологічні, поведінкові та фізіологічні методи. Вона спрямована не лише на усунення симптомів ПТСР, а й на створення міцного психологічного фундаменту, що дозволяє дитині ефективно адаптуватися до подальшого життя. Успішність моделі залежить від індивідуального підходу, активної участі батьків і професійної підтримки спеціалістів, що робить її ефективним інструментом у процесі реабілітації дошкільників з ПТСР.

Висновки до першого розділу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей дошкільного віку є складним феноменом, що розвивається внаслідок впливу психотравмуючих подій і має глибокі наслідки для емоційного, когнітивного та соціального розвитку дитини. Вперше системний опис симптомів, подібних до сучасних проявів ПТСР, здійснив Й. Еріхсен у 1867 році, пов'язуючи їх із порушеннями пам'яті, концентрації уваги та тяжкими сновидіннями. Надалі поняття ПТСР отримало наукове обґрунтування та уточнення, зокрема завдяки дослідженням вітчизняних і зарубіжних учених.

У науковій літературі ПТСР розглядається як серйозне порушення психічного здоров'я, що може виникнути після переживання або спостереження травматичної події. Для дітей дошкільного віку особливу роль відіграє несформованість механізмів психологічного захисту, що робить їх вразливішими до тривалих негативних наслідків травматичного досвіду. Сучасні дослідження свідчать, що понад чверть загальної кількості дітей до досягнення повноліття зазнають травматизації внаслідок фізичного чи емоційного насильства, життя в несприятливих соціальних умовах або переживання катастрофічних подій. Це підвищує ризик розвитку ПТСР та потребує розробки відповідних заходів для його профілактики та корекції.

Аналіз наукових підходів до вивчення ПТСР у дітей засвідчив, що цей розлад має низку специфічних проявів, серед яких інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари), уникнення травматичних обставин, гіперзбудження, пильність, соціальне відсторонення та негативні думки про себе. Діагностика ПТСР у дітей дошкільного віку є складним процесом через вікові особливості їхнього мислення та комунікації, що вимагає застосування комплексного підходу, зокрема використання спеціалізованих скринінгових та проєктивних методик.

Значний внесок у систематизацію знань про ПТСР зроблено останніми десятиліттями, що дозволило розширити розуміння його природи та механізмів розвитку. Вітчизняні та зарубіжні дослідники наголошують на необхідності інтегративного підходу, який включає психологічні, соціальні та біологічні аспекти у процесі подолання наслідків ПТСР. Важливою є роль психіатричної, медичної та психологічної допомоги, яка має забезпечити полегшення гострих психічних реакцій, організацію довготривалого лікування та медико-психологічну підтримку дітей, що зазнали травматизації.

Таким чином, аналіз літератури та наукових досліджень засвідчує, що ПТСР є серйозним викликом у сфері дитячої психології. Врахування специфіки його проявів та чинників ризику є необхідним для подальшої розробки ефективних заходів психологічної допомоги та корекції. Системний підхід до вивчення цього явища сприятиме розробці науково обґрунтованих стратегій роботи з дітьми, які зазнали травматичного досвіду, та їх успішній подальшій адаптації в соціальному середовищі.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОЗНАК ПТСР У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1 Організація та методологія емпіричного дослідження ознак ПТСР у дітей дошкільного віку

Як було з'ясовано в попередньому розділі, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозною психологічною проблемою, що виникає внаслідок переживання травматичних подій. Особливо гостро це питання постає у дітей, які є більш вразливими до впливу травматичних ситуацій, таких як війна, насилля або стихійні лиха. За статистикою, від 15% до 43% дівчаток і від 14% до 43% хлопчиків стикаються хоча б з одним травматичним досвідом, з яких у 3-15% дівчаток і 1-6% хлопчиків розвивається ПТСР. [21]

Симптоми ПТСР у дітей можуть проявлятися у вигляді нав'язливих спогадів, уникнення ситуацій, що нагадують травматичну подію, емоційного напруження, агресивності або апатії, порушення сну, підвищеної тривожності та когнітивних проблем. У дошкільників часто спостерігається повторне відтворення пережитого у грі, що вимагає особливого підходу до корекційної роботи.

Причини розвитку ПТСР включають інтенсивність, тривалість та несподіваність травматичних подій. Війна, яка триває в Україні вже 10 років, є одним із ключових факторів формування цього розладу у дітей. Події, які безпосередньо зачіпають дітей, такі як переселення, насилля чи втрати, суттєво впливають на їх емоційний стан. Вплив травматичних подій посилюється нестабільністю у суспільстві, що є складним викликом для дитячої психіки.

Корекція ПТСР у дітей вимагає індивідуального підходу та залучення

сучасних психотерапевтичних методик. Основним методом є когнітивно-поведінкова терапія, яка включає роботу з батьками, навчання дітей методикам релаксації, розвиток навичок керування емоціями, аналіз деструктивних думок та поступове зниження емоційного напруження. Важливим елементом корекції є створення безпечного середовища, у якому дитина може відчувати підтримку.

Дітям дошкільного віку доцільно застосовувати ігрові методики для переробки травматичного досвіду, водночас уникаючи трансформації гри в реконструкцію травматичних подій. Проведення сімейних занять дозволяє забезпечити взаємну підтримку та сприяє відновленню психологічного благополуччя дітей. Ефективна корекційна робота є запорукою адаптації дитини до суспільства, важливим кроком у подоланні наслідків війни в Україні, тож наше дослідження за напрямом «Психологічні засоби корекції ПТСР у дітей дошкільного віку» можемо вважати вкрай актуальним.

Вибір вікової категорії – старший дошкільний вік, обумовлено різницею в розвитку та розумінні світу між дітьми різного віку, що значно впливає на вибір і ефективність психокорекційних стратегій (таблиця 2.1)

Таким чином, можна припустити, що психологічні засоби корекції ПТСР у дітей старшого дошкільного віку відповідно до їх когнітивного, мовного та емоційного розвитку будуть відрізнятись більшою різноманітністю та складністю, а динаміка змін буде більш виразною за умови належної адаптації підходів та методів до їхніх індивідуальних потреб та рівня розвитку. [11]

Метою дослідження є всебічне вивчення особливостей проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей старшого дошкільного віку, які зазнали психотравмуючих подій, та визначення ефективних психологічних засобів його корекції. Відповідно до мети було висунуто **гіпотезу:** цільова психокорекційна робота сприятиме зниженню рівня проявів ПТСР у дітей дошкільного віку.

Таблиця 2.1

Особливості роботи з дітьми з ПТСР залежно від їхнього віку [14]

Вік	Когнітивний розвиток	Мовний розвиток	Спосіб вираження емоцій
Діти молодшого та середнього дошкільного віку (до 6 років)	Обмежений словник, абстрактне мислення та увага. Найкраще розуміють конкретні ідеї та ситуації.	Обмежений словник. Труднощі з висловленням почуттів.	Використання малюнків, рольових ігор, казок. Проста та конкретна мова. Терпіння та увага.
Діти старшого дошкільного віку (6-7 років)	Розвиток абстрактного мислення. Здатність аналізувати та розуміти складніші поняття.	Більший словник. Здатність висловлювати думки та почуття.	Використання термінів та концепцій, що більш складні. Групова робота, дискусії. Більша самостійність у розв'язанні проблем.

Вибірка респондентів

Емпіричне дослідження проводилося на базі Макарівського закладу дошкільної освіти (ясла-садок) «Веселка», що розташований у Київській області, Бучанському районі, с. Калинівка. У дослідженні взяли участь 16 дітей старшого дошкільного віку (6–7 років): 8 дівчаток та 8 хлопчиків. Вибірка респондентів була поділена на дві групи:

Основна група (експериментальна) – 8 дітей (4 хлопчики та 4 дівчатка), які мали діагностовані симптоми ПТСР.

Контрольна група – 8 дітей (4 хлопчики та 4 дівчатка), що пережили психотравмуючі події, але не мали діагностованих ознак ПТСР.

Участь дітей у дослідженні була добровільною, із забезпеченням письмової згоди батьків або офіційних опікунів. Вся робота здійснювалася у спеціально обладнаному кабінеті практичного психолога закладу.

Завдання дослідження

Для реалізації поставленої мети були визначені такі завдання:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку, визначивши його основні симптоми, причини та фактори ризику.
2. Виявити та проаналізувати особливості проявів ПТСР у дітей старшого дошкільного віку, які відвідують ЗДО «Веселка».
3. Розробити комплекс психологічних засобів корекції ПТСР, враховуючи вікові та індивідуальні особливості дошкільників.
4. Надати практичні рекомендації щодо впровадження розробленої програми в освітній процес.

Основні етапи дослідження

Емпіричне дослідження здійснювалося у три етапи:

1. Підготовчий етап:

Визначення загальної стратегії дослідження, уточнення мети, гіпотези та завдань.

Відбір респондентів за визначеними критеріями (вік, досвід психотравмуючих подій, попередня діагностика ПТСР).

Отримання необхідних дозволів та письмової згоди батьків.

Підготовка приміщення та інструментарію для дослідження.

2. Основний етап (констатувальний):

Проведення психодіагностичних обстежень дітей за допомогою стандартизованих методик.

Індивідуальне тестування кожної дитини у комфортних умовах, у присутності знайомого дорослого.

Фіксація отриманих даних для подальшого аналізу.

3. Підсумковий етап:

Аналіз отриманих даних, узагальнення та порівняння показників між групами.

Перевірка висунутої гіпотези щодо існування статистично значущих відмінностей між дітьми з ПТСР та їхніми однолітками.

Формулювання висновків і практичних рекомендацій.

Етичні аспекти

У дослідженні було дотримано етичних норм роботи з дітьми, зокрема принципів добровільності, конфіденційності та мінімізації стресових факторів для учасників. Під час взаємодії з дітьми забезпечувалася емоційна підтримка, а всі дані були знеособлені для захисту особистої інформації.

Таким чином, організація дослідження дозволила отримати достовірні результати щодо особливостей прояву ПТСР у дошкільників та визначити шляхи його корекції.

2.2. Психодіагностичні методики виявлення та оцінки психічного стану дошкільників, що зазнали впливу психотравмуючих факторів

Модель психокорекційного втручання для дітей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) охоплює декілька важливих фаз, спрямованих на всебічну оцінку, психотерапію, підтримку сім'ї, а також на моніторинг та оцінку прогресу.

Початковий етап полягає в детальній оцінці, під час якої збирають інформацію про дитину, її переживання травми та симптоматику ПТСР, здійснюється діагностика розладу та формується персоналізований план лікування. [13]

На наступному етапі реалізується психотерапевтичне втручання, яке включає застосування різних методик, таких як когнітивно-поведінкова терапія для корекції негативних думок і поведінки, десенсибілізація з повторною обробкою рухами очима для адаптації до травматичних спогадів,

психодинамічна терапія для аналізу впливу минулих подій, а також ігрова терапія для вираження емоцій і сімейна терапія, щоб зміцнити сімейне оточення та навчити родичів ефективно підтримувати дитину [14].

Третій етап передбачає підтримку сім'ї, включаючи інформування та психотерапевтичну підтримку, сімейні терапії та залучення до груп підтримки. Остання фаза полягає в моніторингу та оцінці прогресу, що дозволяє психотерапевту систематично переглядати досягнення дитини та за потреби коректувати лікувальний план. Цей комплексний та індивідуалізований підхід допомагає дитині відновитися і одужати після пережитих травм [11].

Складемо поетапну модель проведення психокорекції ПТСР, виходячи з потреб дітей старшого дошкільного віку, які відвідують Макарівський ЗДО «Веселка». Запропонована модель для дітей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) містить декілька фундаментальних фаз, що включають оцінку, психотерапію, сімейну підтримку, моніторинг та оцінку результатів:

1. Оцінка:

Збір інформації: психолог спілкується з батьками та дитиною, проводить інтерв'ю та використовує анкети для збору даних про травму, симптоми ПТСР та сімейне оточення.

Діагностика: застосування стандартних діагностичних інструментів дозволяє психотерапевтам об'єктивно оцінити психічний стан дитини та виявити ПТСР чи інші розлади (див. таблиця 2.2).

Розглянемо методики детальніше:

Перша методика – CPTSD-RI – дозволяє отримати кількісні дані щодо рівня прояву симптомів ПТСР, що важливо для аналізу динаміки змін під час корекційної роботи. Вона включає оцінку таких компонентів, як нав'язливі спогади, уникнення, гіперзбудливість та порушення емоційної регуляції.

Друга методика – «Казковий тест» (за О. Венгером) – забезпечує якісну оцінку емоційного стану дитини через створення казкових сюжетів, що

можуть відображати її внутрішні переживання. Це особливо цінно у випадках, коли вербальне опитування ускладнене через вікові особливості дітей.

Третя методика – «Будинок, Дерево, Людина» (НТР) – є проєктивним тестом, що дозволяє виявити емоційні порушення, зокрема страхи, тривожність та рівень емоційного напруження у дитини.

Спостереження за поведінкою у грі дозволяє фіксувати, як діти відтворюють пережитий травматичний досвід у своїй грі. Наприклад, повторювані сцени втечі, загрози або катастрофічні сюжети можуть свідчити про наявність невирішених травматичних переживань.

Додатково використовувався опитувальник для батьків, який містив питання щодо змін у поведінці дитини, наявності кошмарів, замкненості, агресії чи тривожності.

Таблиця 2.2

Діагностичний інструментарій

Методика	Опис
CPTSD-RI	Дозволяє отримати кількісні дані щодо рівня прояву симптомів ПТСР, що важливо для аналізу динаміки змін під час корекційної роботи. Включає оцінку таких компонентів, як нав'язливі спогади, уникнення, гіперзбудливість та порушення емоційної регуляції.
«Казковий тест» (за О. Венгером)	Забезпечує якісну оцінку емоційного стану дитини через створення казкових сюжетів, що можуть відображати її внутрішні переживання. Це особливо цінно у випадках, коли вербальне опитування ускладнене через вікові особливості дітей.
«Будинок, Дерево, Людина» (НТР)	Проективний тест, що дозволяє виявити емоційні порушення, зокрема страхи, тривожність та рівень емоційного напруження у дитини.
Спостереження за поведінкою у грі	Дозволяє фіксувати, як діти відтворюють пережитий травматичний досвід у своїй грі. Наприклад, повторювані сцени втечі, загрози або катастрофічні сюжети можуть свідчити про наявність невирішених травматичних переживань.
Опитувальник для батьків	Містить питання щодо змін у поведінці дитини, наявності кошмарів, замкненості, агресії чи тривожності.

Розробка корекційної програми: виходячи з зібраної інформації, психолог з вихователями та за необхідності логопедом створює

корекційно-розвивальну програму, враховуючи вік, рівень розвитку дитини та специфіку травми.

2. Психотерапія:

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): навчання дитини ідентифікувати та коригувати негативні думки, що виникають у зв'язку з травмою, з виконанням вправ, спрямованих на зміну поведінки та сприйняття [15].

Застосування медитативних та розслаблювальних вправ для поступової адаптації до спогадів про травму.

3. Ігрова та арт-терапія: використання ігор та творчості для вираження емоцій та аналізу проблем.

4. Сімейна терапія: залучення членів сім'ї до обговорення впливу ПТСР на сімейні відносини та вивчення методів підтримки дитини [15].

Підтримка сім'ї:

Індивідуальна консультація: психолог проводить окремі зустрічі з батьками для надання підтримки та інформації про ПТСР та методики допомоги.

Спільні сесії для розробки стратегій покращення сімейних відносин і вирішення виникаючих проблем.

5. Моніторинг та оцінка результативності:

Регулярні зустрічі: психолог регулярно оцінює прогрес дитини та коригує програму [11].

Оцінка змін: моніторинг симптомів ПТСР, аналіз змін та визначення рівня адаптації дитини в різних життєвих сферах. Цей підхід дозволяє створити індивідуалізований та комплексний план допомоги для дитини з ПТСР, забезпечуючи їй та її сім'ї необхідну підтримку та сприяючи відновленню. Використані методики повністю відповідають поставленим завданням і меті дослідження, що дає змогу отримати цілісну картину проявів ПТСР у дошкільників та визначити ефективні корекційні заходи.

2.3. Результати дослідження ознак ПТСР у дітей дошкільного віку

Через відсутність лабораторних методів діагностики, виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей базується на психофізіологічному обстеженні. Особлива увага приділяється виявленню симптомів розладу, з урахуванням віку дитини. Для дітей до 6 років рекомендовано опитування батьків щодо якості сну та соціальної взаємодії дитини з однолітками. Для дітей старше 6 років діагностика включає безпосереднє спілкування та психологічне тестування. [16]

Діагностичні критерії ПТСР у дітей та підлітків охоплюють:

Наявність травматичної події;

Тривалість симптомів більше місяця.

Дослідження ПТСР у дітей може бути поділене на кілька типів: [1,3]

1. Клінічні дослідження - аналізують симптоми, психологічні та біологічні особливості дітей з ПТСР порівняно з контрольною групою.
2. Дослідження випадків - фокусуються на детальному аналізі конкретних історій дітей з ПТСР, їхніх симптомах та впливі на життя.
3. Епідеміологічні дослідження - вивчають поширеність ПТСР серед дитячої популяції, визначають фактори ризику та захисту.
4. Нейробіологічні дослідження - досліджують мозкові зміни, пов'язані з ПТСР, за допомогою методів, таких як зображення мозку, електроенцефалографія тощо [2].

Етика досліджень, безпека та конфіденційність інформації є критично важливими, тому фахівці – психологи, психотерапевти, психіатри – повинні дотримуватись високих стандартів для захисту прав та благополуччя дітей під час досліджень.

Відповідно до опитування, проведеного серед батьків дітей старших груп та групи підготовки Макарівського ЗДО «Веселка» (Додаток Б),

встановлено, що частина дітей віком від п'яти до шести (семи) років, переважно з родин ВПО, демонструють різноманітні психологічні відгуки на травматичні події та їхні наслідки (див. таблиця 2.3).

Таблиця 2.3

Емоційний стан, поведінка, когнітивні порушення та фізичні симптоми ПТСР у дітей старших та підготовчої груп Макарівського ЗДО «Веселка»

Тип симптомів	Опис
Емоційний стан	
Тривожність та страх	Діти можуть відчувати підвищену тривожність і періодичний страх перед конкретними ситуаціями.
Дратівливість та гнів	Діти можуть швидко дратуватись або виходити з себе навіть через незначні приводи.
Смуток та безнадія	У дітей може виникати відчуття суму, особливо при думках про травматичну подію.
Поведінка	
Регресія	Виявлення дитячих звичок, таких як смоктання пальців або «збирання в клубок».
Уникнення	Уникнення речей або місць, що нагадують про травму.
Зміни у навчально-пізнавальній діяльності	Труднощі з концентрацією уваги та зосередженістю на заняттях підготовки до школи.
Когнітивні порушення	
Кошмари та флешбеки	Повторювані кошмари або флешбеки, пов'язані з травматичною подією.
Проблеми з концентрацією	Ускладнення у зосередженні на звичних заняттях.
Збої у пам'яті	Зниження здатності запам'ятовувати та використовувати інформацію.
Фізичні симптоми	
Головний біль, біль у шлунку та розлади сну	Головний біль, проблеми зі шлунком, порушення сну.
Втома	Постійна втома, навіть при належному відпочинку.

Як бачимо, діти можуть проявляти емоційну нестабільність, чергуючи періоди високої тривожності, дратівливості та схильності до сльозливості. Їхній емоційний стан може швидко мінятися, від радості до смутку чи гніву, з несподіваними реакціями на незначні подразники.

Також діти можуть показувати зміни у поведінці, включно з агресією, соціальною ізоляцією або регресом у розвитку, як то повернення до дитячих звичок (смоктання пальців чи іграшок) або нічне здригання. ПТСР може спричинити у дитини страхи та фобії, пов'язані з травматичним досвідом, наприклад, боязнь певних місць чи об'єктів, які викликають асоціації з травмою.

Проблеми з концентрацією та увагою також можуть негативно вплинути на навчальну діяльність дитини, відмову від участі у програмі підготовки до школи чи труднощі з організацією та виконанням завдань. Дитина може мати спотворені або неповні спогади про травму чи переживати інтенсивні спогади, які призводять до стресу.

В нашому дослідженні було застосовано «Шкалу для оцінки дитячого посттравматичного стресового розладу» (CPTSD), розроблену спеціально для аналізу симптоматики ПТСР у дітей. Цей інструмент ураховує психологічні та розвиткові особливості дітей, надаючи можливість оцінити наслідки травматичних подій (Додаток В) [18].

Шкала CPTSD включає 17 симптомів, розподілених на п'ять підшкал, які відображають ключові аспекти посттравматичного стресу:

Повторне переживання травми - міряє частоту, з якою дитина згадує чи переживає знову травматичні моменти.

Уникання - оцінює ступінь, у якому дитина уникає думок, емоцій, місць, або людей, асоційованих з травмою.

Негативні зміни у пізнанні та настрої - визначає негативні зміни в мисленні, емоціях або поведінці дитини після травми.

Гіперзбудження - вимірює прояви занадто високої тривожності, роздратування, проблеми з концентрацією уваги чи інші симптоми збудження.

Дисоціація - оцінює стан відчуття відчуженості від власного тіла чи розуму, відчуття нереальності життя чи інші дисоціативні симптоми.

Кожен симптом оцінюється за шкалою від 0 до 3, де загальна сума балів за всі симптоми допомагає класифікувати тяжкість ПТСР, від легкої форми до важкої. Цей метод доведено ефективним і надійним для діагностики ПТСР у дітей, оцінки тяжкості їх симптомів, та моніторингу прогресу корекції [18].

Дослідження проводилося в населеному пункті Калинівка, Київської області, на базі Макарівського закладу дошкільної освіти (ясла-садок) «Веселка», серед дітей старшого дошкільного віку (6-7 років), частина з яких – місцеві, частина - з родин ВПО. Загальну кількість учасників склало 16 респондентів, з яких 8 хлопчиків та 8 дівчат. Дослідження проводилось офлайн на базі кабінету психолога ЗДО по підписаній згоді батьків.

У рамках нашого дослідження учасники були розподілені на дві групи для порівняльного аналізу симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за допомогою «Шкали для оцінки дитячого посттравматичного стресового розладу» (CPTSD):

Група ПТСР: Складається з 8 учасників (4 дівчинки та 4 хлопчики), котрі були діагностовані з ПТСР. Ця група вважається основною у дослідженні, а їхні симптоми та реакції на психокорекційні заходи є предметом детального вивчення.

Контрольна група: Також нараховує 8 учасників (4 дівчинки та 4 хлопчики), які не мають діагнозу ПТСР. Ця група використовується для порівняльного аналізу, допомагаючи виявити різниці у показниках між дітьми з ПТСР та тими, хто не має цього розладу.

Обидві групи дослідження включають дітей віком 6-7 років, що мали травматичний досвід через війну.

На першому етапі дослідження проводилося тестування за допомогою шкали CPTSD, результати якої були зафіксовані у таблиці 2.4. Для аналізу отриманих даних було застосовано статистичний метод, що дозволило визначити середні показники відповідей на кожне з питань тесту в обох групах.

Таблиця 2.4

Середні бали за кожне питання тесту

Питання	Група 1 (ПТСР)	Група 2 (Без ПТСР)
Питання 1	2.25	0.75
Питання 2	2.00	0.25
Питання 3	1.75	0.25
Питання 4	1.50	0.50
Питання 5	1.75	0.50
Питання 6	1.25	0.25
Питання 7	1.50	0.25
Питання 8	1.75	0.50
Питання 9	1.50	0.25
Питання 10	1.75	0.50
Питання 11	1.25	0.25
Питання 12	1.00	0.00
Питання 13	1.50	0.25
Питання 14	1.25	0.25
Питання 15	1.00	0.25
Питання 16	1.25	0.25

Загальна кількість балів подана на рис. 2.1. - група 1 (ПТСР) набрала 47 балів, група 2 (без ПТСР) – 12 балів.

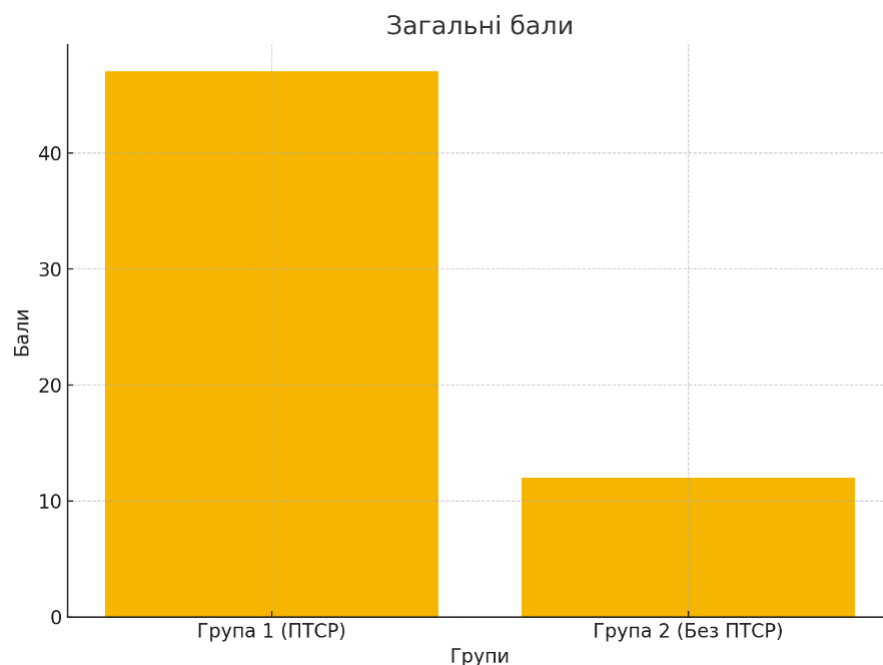


Рис. 2.1. Результати обстеження дошкільників за методикою «Шкала оцінки дитячого посттравматичного стресового розладу» (CPTSD)

Результати тесту CPTSD, який був застосований до двох груп дітей у віковій категорії 6-12 років, продемонстрували статистично значущу різницю в реакціях на посттравматичний стрес між дітьми з діагнозом ПТСР та дітьми без цього розладу. Отримане значення $p < 0.001$ вказує на те, що вірогідність випадковості спостережуваних відмінностей є надзвичайно низькою, що забезпечує високий рівень довіри до отриманих даних і підкреслює їх практичне значення.

Діти з групи ПТСР (Група 1) з родин ВПО показали значно вищі показники по кожному з елементів шкали CPTSD порівняно з контрольною групою (Група 2, місцеві діти), що включало:

1. Повторне переживання травми: частіші випадки спогадів або відчуття повторного переживання травматичних подій.

2. Уникання: більш виражене уникання думок, місць, людей, пов'язаних з травмою.
3. Негативні зміни у пізнанні та настрої: глибші зміни у сприйнятті себе та навколишнього світу, песимістичні настрої та емоційна відчуженість.
4. Гіперзбудження: вищий рівень тривожності, збудливості.
5. Дисоціація: більш часті випадки відчуття відокремленості від свого тіла чи реальності.

Результати тесту CPTSD, згруповані за статтю (табл. 2.5), відображають значну різницю в балах між дітьми з ПТСР і без цього розладу, підтверджуючи значущість та вплив травматичного досвіду на психологічний стан дітей.

Таблиця 2.5

Середні бали за кожне питання тесту CPTSD, гендерний розподіл

Питання	Дівчатка (ПТСР)	Хлопчики (ПТСР)	Дівчатка (без ПТСР)	Хлопчики (без ПТСР)
1	2.50	2.00	0.50	1.00
2	2.25	1.75	0.25	0.25
3	1.75	1.75	0.25	0.25
4	1.25	2.00	0.50	0.50
5	1.75	1.75	0.50	0.50
6	1.00	1.50	0.25	0.25
7	1.50	1.50	0.25	0.25
8	1.75	1.75	0.50	0.50
9	1.25	1.75	0.25	0.25
10	2.00	1.50	0.50	0.50
11	1.25	1.25	0.25	0.25
12	1.00	1.00	0.00	0.00
13	1.50	1.50	0.25	0.25
14	1.00	1.50	0.25	0.25
15	1.00	1.00	0.25	0.25
16	1.25	1.25	0.25	0.25

Детальний аналіз результатів подано на рисунку 2.2:

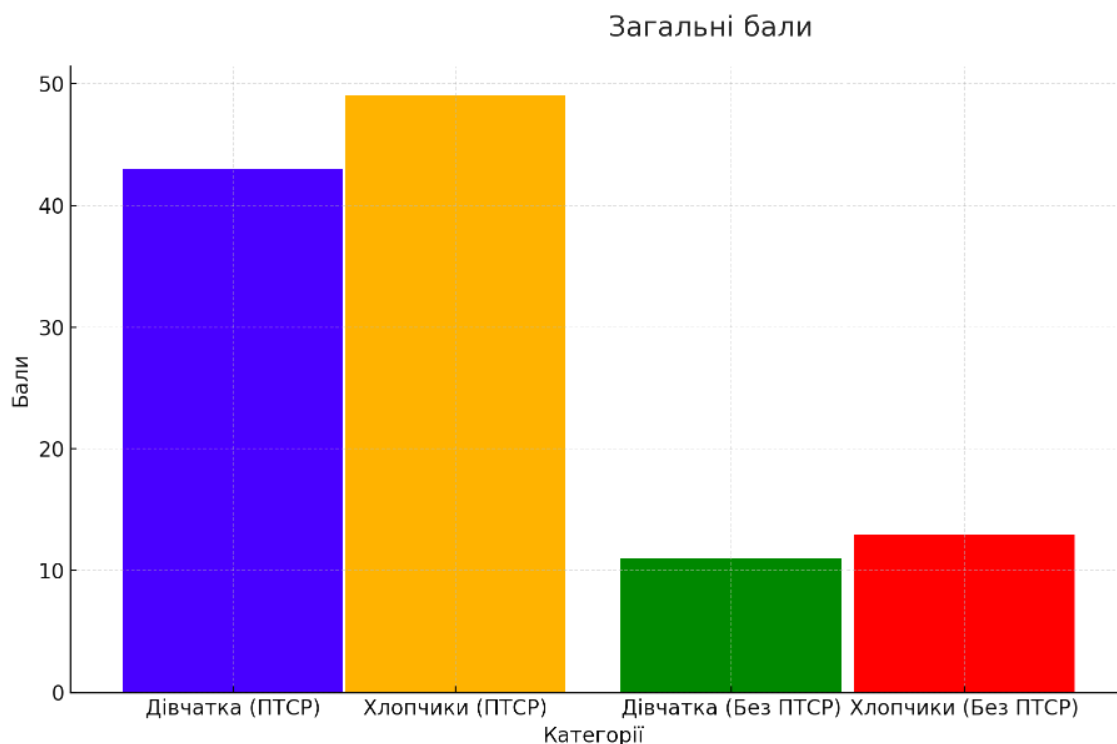


Рис.2.2. Вплив травматичного досвіду на психологічний стан дітей

Дівчатка з ПТСР мають середній бал **43.00**, що свідчить про серйозність симптомів ПТСР в цій підгрупі. Це може включати високий рівень повторного переживання травми, уникнення, негативних змін у пізнанні та настрої, гіперзбудження, та дисоціації.

Хлопчики з ПТСР показують ще вищі середні бали – **49.00**, що може вказувати на більш виражену реакцію на травматичні події або більшу складність у їх обробці, порівняно з дівчатками.

Дівчатка без ПТСР мають набагато нижчий середній бал – **11.00**, що вказує на відсутність або мінімальну кількість посттравматичних стресових симптомів.

Хлопчики без ПТСР також показують низькі середні бали – **13.00**, схожі на показники дівчаток без ПТСР, що свідчить про загальний добрий

психологічний стан у дітей без ПТСР.

Отримані результати наголошують на важливості гендерно-специфічного підходу в діагностиці та корекції ПТСР.

Результати застосування тесту CPTSD продемонстрували статистично значущі відмінності між дитячими групами ($p < 0.001$). Зокрема, значущі розбіжності виявлено між оцінками дівчаток і хлопчиків з ПТСР ($p < 0.05$). Це свідчить про високу ймовірність того, що спостережувані відмінності між балами двох дитячих груп (групи з ПТСР та контрольної групи без ПТСР) не є випадковими. Ймовірність випадковості таких розбіжностей у групі з ПТСР становить менше 0.1%.

Додатково, було виявлено статистично значущу різницю між балами дівчат та хлопців, які мають ПТСР, з ймовірністю помилкового висновку менше 5%. Це вказує на істотні відмінності у проявах ПТСР між різними статтями серед дітей, що може мати значення для розробки методів діагностики, психокорекції та підтримки дітей з ПТСР.

Обидва ці висновки підкреслюють наявність об'єктивних різниць у симптомах ПТСР між різними групами дітей або між статтями дітей з ПТСР. Це має важливе значення для клінічної практики.

Діти із групи 1 (з ПТСР) отримали помітно вищі оцінки за кожним елементом тесту CPTSD порівняно з дітьми з групи 2 (без ПТСР). Це свідчить про те, що діти з першої групи виявляють більш виражені симптоми ПТСР, такі як повторне переживання травматичних подій, уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, негативні зміни в психіці та емоційному стані, підвищена збудливість та дисоціативні розлади.

ПТСР також може впливати на якість сну дитини, спричиняючи труднощі з засипанням, часті прокидання вночі та кошмари, що мають відношення до травматичної події. Встановлення та підтримка соціальних контактів з ровесниками можуть бути утруднені; дитина може уникати

спілкування чи проявляти агресію у взаєминах.

Ці психологічні особливості можуть проявлятися по-різному у кожної дитини, в залежності від особистісних характеристик, контексту травматичної події та рівня підтримки, яку вона отримує в родині.

Результати застосування тесту CPTSD виявили статистично значущу різницю між двома групами дітей у всіх підшкалах ($p < 0.001$). Це свідчить про значні відмінності в проявах симптомів ПТСР між дітьми з ПТСР та дітьми з контрольної групи. Значення $p < 0.001$ підкреслює низьку ймовірність випадковості цих відмінностей, що надає високу достовірність цим результатам і підтверджує серйозність впливу ПТСР на психічний стан дітей.

Основні симптоми, які виявлені в дітей з групи ПТСР та які були значно вираженіші порівняно з контрольною групою, включають:

1. Повторне переживання травми: діти регулярно переживають спогади про травму, що нерідко відтворюється в їхній уяві як реальна подія.
2. Уникання: вони активно уникають будь-яких думок, об'єктів чи осіб, пов'язаних з травмою, що може значно обмежувати їх повсякденне життя.
3. Негативні зміни у пізнанні та настрої: діти можуть відчувати зміни у своєму сприйнятті себе та оточуючих, часто виявляють песимістичні чи відчужені емоції.
4. Гіперзбудження: проявляється через постійну тривожність, дратівливість та утруднення з концентрацією уваги, що може перешкоджати навчанню та соціалізації.
5. Дисоціація: симптоми включають відчуття відчуженості від власного тіла або враження, що дійсність є нереальною, що може дезорієнтувати дитину та ускладнити взаємодію з оточуючим світом.

Методика «Казковий тест» була використана для аналізу емоційного стану дітей через створення власних казкових сюжетів. Під час дослідження

кожній дитині пропонувалося розповісти історію на основі нейтрального або позитивного початкового фрагмента. Завдання не обмежувало фантазію дітей, і вони могли розвивати сюжет у будь-якому напрямку. Додатково дітям було запропоновано намалювати ілюстрацію до своєї історії, що дозволило отримати візуальні дані про їхній внутрішній стан.

Результати тестування показали суттєві відмінності між дітьми експериментальної та контрольної груп. Діти з ПТСР у своїх розповідях часто обирали мотиви небезпеки, втрати або агресії. Їхні історії містили сцени переслідування, руйнування, самотності або безвиході. Головні персонажі казок часто були слабкими, не могли впоратися з труднощами або потребували зовнішньої допомоги. Малюнки цієї групи дітей характеризувалися темними кольорами, фрагментованими образами, відсутністю деталей або використанням символічних елементів страху – великих очей, тіней, високих бар'єрів чи загрозливих фігур.

На противагу цьому, діти з контрольної групи створювали казки, що мали позитивний або нейтральний характер. У їхніх історіях герої стикалися з труднощами, але знаходили способи подолати їх самотійно або за допомогою доброзичливих персонажів. У сюжетах часто зустрічалися теми дружби, взаємодопомоги, чарівної підтримки чи успішного вирішення конфліктів. Малюнки цієї групи містили більше яскравих кольорів, детально промальовані персонажі, елементи природи, житла, сонця, що символізувало психологічну стабільність та позитивне сприйняття навколишнього світу.

Аналіз отриманих результатів дозволяє зробити кілька висновків. По-перше, діти з ПТСР схильні несвідомо відтворювати у своїх розповідях та малюнках пережиті травматичні переживання, що свідчить про високу емоційну напругу та потребу у психокорекційній роботі. По-друге, використання «Казкового тесту» виявилось ефективним методом для оцінки глибоких переживань дітей, які можуть бути прихованими у вербальному

спілкуванні. По-третє, різниця між двома групами підтверджує важливість надання психологічної допомоги дітям з ПТСР, оскільки їхні історії відображають емоційний стан безнадії, тривожності та страху, що може ускладнювати їхню адаптацію у соціальному середовищі.

Отримані результати підкреслюють важливість інтеграції методики «Казковий тест» у комплексну діагностику психічного стану дітей з травматичним досвідом. Використання цього підходу в подальшій психокорекційній роботі дозволить не лише ідентифікувати наявні проблеми, а й оцінювати ефективність проведених інтервенцій, забезпечуючи кращу підтримку для емоційного відновлення дітей.

Методика «Будинок, Дерево, Людина» (НТР) була застосована для оцінки емоційного стану дітей через аналіз їхніх малюнків. Дітям пропонувалося намалювати три об'єкти: будинок, дерево та людину, що дозволяло виявити приховані емоційні переживання, рівень тривожності та особистісні особливості. Після завершення малювання психолог проводив бесіду з дитиною, запитуючи про значення кожного з елементів малюнка, його емоційний зміст і ставлення до зображених об'єктів.

Отримані результати показали виражені відмінності між експериментальною та контрольною групами. У дітей з ПТСР малюнки часто містили ознаки ізоляції та тривоги. Будинки зображувалися без вікон або дверей, що символізувало почуття закритості та відсутність безпеки. Деревя мали пошкоджену або занадто тонку крону, що вказувало на емоційну нестабільність і внутрішню вразливість. Фігури людей у багатьох випадках виглядали непропорційними, з недеталізованими обличчями або темними елементами, що свідчило про труднощі у соціальних контактах і підвищений рівень тривожності. Використання темних кольорів, сильний тиск олівця та наявність грубих, ламаних ліній підтверджували емоційну напругу та пригнічений стан.

На відміну від цього, діти контрольної групи створювали більш гармонійні малюнки. Будинки мали відкриті двері та вікна, що свідчило про почуття довіри та комфорту. Деревя були густолистими та міцними, що відображало емоційну стійкість. Фігури людей були пропорційними, деталізованими та зазвичай усміхненими, що свідчило про позитивне сприйняття себе та оточення. Колірна гама була яскравішою, а лінії – плавними та впевненими, що підтверджувало загальний стан психологічної рівноваги.

Аналіз результатів підтвердив ефективність методики НТР для виявлення емоційного стану дітей. Діти з ПТСР у своїх малюнках відтворювали страхи, почуття самотності та відчуження, що вказувало на необхідність подальшої психокорекційної роботи. У свою чергу, контрольна група демонструвала більш стабільний емоційний стан, що підтверджувало адаптивність дітей без симптомів ПТСР. Отримані результати підкреслюють важливість застосування методики НТР у комплексній діагностиці психічного стану дітей, що пережили психотравмуючі події, а також для подальшої оцінки ефективності психологічної підтримки.

Методика «Спостереження у грі» застосовувалася для оцінки емоційного стану та поведінкових особливостей дітей через аналіз їхніх дій під час вільної та структурованої гри. Дослідження проводилося у знайомому для дитини середовищі, що дозволяло мінімізувати стрес і отримати максимально природні реакції. Процес спостереження включав два етапи. На першому, вільному етапі, дитині пропонувалося вибрати будь-які іграшки та діяти з ними за власним бажанням. Це дозволяло досліднику зафіксувати, які теми та сюжети домінують у грі, а також виявити повторювані мотиви, які могли свідчити про наявність травматичних переживань. Діти з ПТСР часто відтворювали сцени загрози, небезпеки, втечі або агресії, використовували воєнну техніку, зброю чи фігурки негативних персонажів. Також

спостерігалися ігри з руйнуванням будівель, що могло символізувати внутрішній стан нестабільності та страху. Часто діти повторювали одні й ті ж дії, наприклад, рятували когось або переховувалися, що могло вказувати на пережитий травматичний досвід.

Другий етап передбачав структуровану гру, коли дитині пропонувалося взяти участь у певному сюжеті, зокрема про співпрацю, допомогу, дружбу чи вирішення проблем. Спостерігалися відмінності між двома групами. Діти з ПТСР часто уникали взаємодії або проявляли домінантну поведінку, встановлюючи жорсткі правила гри, контролюючи дії персонажів або демонструючи підвищену тривожність у відповідь на будь-які зміни сюжету. У них спостерігалася недостатня гнучкість у розігруванні подій, а також труднощі з побудовою позитивних взаємодій. У контрольній групі, навпаки, ігрові сценарії містили кооперацію, розв'язання проблем мирним шляхом, а самі діти проявляли більше ініціативи у встановленні позитивних контактів.

Отримані результати дозволили зробити висновок, що «Спостереження у грі» є ефективним методом для діагностики емоційного стану дітей, оскільки через ігрові сюжети вони несвідомо відтворюють свої переживання. У дітей з ПТСР виявлено підвищену тривожність, труднощі у взаємодії та схильність до повторюваних негативних сценаріїв. Водночас контрольна група демонструвала гнучкість, емоційну стабільність та здатність до конструктивної взаємодії. Методика дозволила зафіксувати симптоми травматичних переживань та оцінити потенціал дитини до подолання емоційних труднощів, що також є важливим елементом у формуванні психокорекційних програм.

Опитування батьків проводилося з метою оцінки психологічного стану дітей, які пережили травматичні події. Анкета включала питання щодо емоційного стану, поведінкових змін, когнітивних проявів і фізичних симптомів, що могли свідчити про наявність посттравматичного стресового

розладу. Заповнення відбувалося анонімно, що дозволяло отримати чесні відповіді без соціального тиску. Учасниками дослідження стали батьки дітей старшого дошкільного віку, які відвідують Макарівський ЗДО «Веселка», серед яких значну частину становили сім'ї внутрішньо переміщених осіб.

Результати анкетування показали, що діти зазнали різних видів психотравмуючих подій. Значна частина батьків зазначила, що їхні діти стали свідками обстрілів, бомбардувань, евакуації або втрати близьких. Це свідчить про високу інтенсивність травматичного досвіду, який впливає на психологічний стан дошкільників. Найпоширенішими емоційними реакціями були підвищена тривожність і страх, які особливо проявлялися у відповідь на гучні звуки, темряву або розлуку з батьками. Діти ставали більш дратівливими, гнівливими або, навпаки, демонстрували ознаки апатії й безнадії, що вказувало на значне емоційне напруження.

Значні зміни спостерігалися і в поведінці дітей. Деякі повернулися до ранніх дитячих звичок, таких як смоктання пальців або потреба у постійній присутності дорослого. Уникнення певних місць або предметів, що нагадували про травматичні події, стало ще одним характерним проявом. Крім того, у багатьох дітей виникли труднощі з концентрацією уваги, що призводило до зниження навчальної успішності та проблем із запам'ятовуванням нового матеріалу. Когнітивні прояви також мали значний вплив на психоемоційний стан. Велика кількість дітей почала страждати від повторюваних кошмарів, пов'язаних із пережитими подіями, а деякі мали раптові стресові реакції у відповідь на тригери, які нагадували їм про травму. Проблеми з концентрацією, зниження рівня уваги та запам'ятовування також стали помітними наслідками пережитого стресу.

Фізичні симптоми, які описували батьки, включали скарги на головний біль, біль у животі та інші психосоматичні розлади. Значна частина дітей мала труднощі зі сном, що виражалося у важкості засинання, частих нічних

пробудженнях і нічних страхах. Деякі виглядали втомленими та знесиленими, що могло свідчити про хронічний стрес і емоційне виснаження.

Отримані результати підтверджують значний вплив травматичних подій на психоемоційний стан дітей, що проявляється у підвищеній тривожності, порушеннях сну, труднощах у навчанні, психосоматичних проявах і регресивній поведінці. Діти, які зазнали втрати або стали свідками бойових дій, демонстрували більш виражені симптоми посттравматичного стресового розладу.

Результати дослідження є важливим підтвердженням того, що діти з групи ПТСР мають глибокі та різноманітні психологічні відхилення порівняно з дітьми без ПТСР, що може мати значні наслідки для них у майбутньому. Це підкріплює потребу у специфічних психокорекційних та підтримуючих заходах для дітей, що страждають від ПТСР, і служить базою для розробки відповідних терапевтичних стратегій.

Висновки до другого розділу

У ході емпіричного дослідження встановлено, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є поширеним явищем серед дітей старшого дошкільного віку, які зазнали впливу психотравмуючих подій. Аналіз отриманих результатів свідчить про значні відмінності у психологічному стані дітей із симптомами ПТСР порівняно з їхніми ровесниками без діагностованого розладу.

Дослідження показало, що у значної частини дітей із ПТСР спостерігаються характерні симптоми, серед яких емоційне напруження, тривожність, порушення сну, нав'язливі спогади та уникнення ситуацій, пов'язаних із травмою. У деяких респондентів виявлено ознаки поведінкових

порушень, такі як агресивність або замкненість, що свідчить про наявність проблем у соціальній адаптації. Крім того, спостерігається когнітивний дефіцит, що проявляється у труднощах із концентрацією уваги, навчальною діяльністю та загальним зниженням рівня активності.

Аналіз отриманих результатів продемонстрував, що у дітей із ПТСР найбільш критичним аспектом є повторне переживання травматичних подій у вигляді флешбеків і нічних кошмарів. Значна частина респондентів демонструє уникнення певних соціальних ситуацій, місць або людей, пов'язаних із травматичним досвідом. Високий рівень тривожності, гіперзбудження та порушення сну додатково ускладнюють емоційний стан дітей, що може призводити до вторинних проблем у соціальній взаємодії та адаптації в дошкільному закладі.

Дослідження також підтвердило, що прояви ПТСР залежать від низки факторів, зокрема від віку дитини, рівня підтримки з боку дорослих та інтенсивності пережитих подій. У дітей, які отримують належну емоційну підтримку з боку батьків або вихователів, симптоматика проявляється менш виражено.

Отримані результати підтверджують необхідність розробки та впровадження ефективних психологічних засобів корекції ПТСР у дітей дошкільного віку. Психодіагностичне обстеження дозволило виявити основні проблемні аспекти, які слід враховувати при формуванні програми психологічної допомоги. Особливо важливим є застосування підходів, спрямованих на зниження тривожності, стабілізацію емоційного стану та розвиток адаптаційних механізмів у дітей, які зазнали травматичного досвіду.

Таким чином, результати дослідження підтверджують необхідність подальшого пошуку ефективних психологічних підходів до роботи з дошкільниками, які мають симптоми ПТСР. Визначені особливості їхнього психічного стану свідчать про потребу в комплексній психологічній

підтримці, що включатиме індивідуальні та групові форми роботи, а також залучення до процесу батьків і вихователів. Подальше дослідження можливостей психокорекції ПТСР дозволить розробити науково обґрунтовану програму допомоги дітям, спрямовану на їх емоційне відновлення та соціальну адаптацію.

РОЗДІЛ 3.

ПРАКТИЧНЕ ВПРОВАДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ КОРЕКЦІЇ ПТСР У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

3.1. Корекційно-розвивальна програма подолання наслідків ПТСР у дітей дошкільного віку засобами арт-терапії

Діти віком від 5 до 7 років перебувають на критичному етапі розвитку, де формуються основні когнітивні, емоційні та поведінкові навички. Цей віковий період робить їх особливо чутливими до стресів та травматичних подій, які можуть спричинити розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Психокорекційні програми для цієї вікової категорії мають бути адаптовані до їхнього розвиткового рівня, інтересів та особливостей сприйняття інформації. Важливим є використання ігрових та творчих методів для залучення уваги дітей та стимулювання їхнього емоційного вираження. Такі підходи, як гра, малювання, рольові ігри, вважаються ефективними для психокорекції ПТСР у дітей даної вікової групи.

Під час психокорекційної роботи з дітьми важливо враховувати їхні індивідуальні потреби та рівень розвитку для адаптації методів та підходів. Інформація та форми комунікації мають бути простими та зрозумілими для дітей, оскільки від цього залежить ефективність психокорекційних стратегій. Різниця у розвитку та сприйнятті між дітьми різного віку може значно впливати на ефективність психокорекційних стратегій, тому важливо враховувати індивідуальні особливості кожної вікової групи при розробці методів психокорекції.

Особливо корисними для виявлення та вираження емоцій є наступні методи:

1. Гра: натуральний спосіб для дітей виразити свої емоції у безпечному середовищі, що дозволяє експериментувати з різними почуттями.
2. Малювання: візуальний спосіб, який діти можуть використовувати для передачі своїх почуттів, страхів та сподівань. Процес малювання також може допомогти зосередитись і заспокоїтись, що сприяє вираженню емоцій та розв'язанню проблем.
3. Рольові ігри: дають можливість дітям виразити свої почуття та переживання через різні ролі та сценарії, що допомагає їм зрозуміти власні та чужі емоції.
4. Казки: інструмент для вираження складних емоцій через персонажів та сюжети, допомагаючи дітям відчувати себе в безпечному середовищі та знайти відповіді на їхні питання та страхи.

Створення безпечної та емоційно підтримуючої атмосфери є фундаментальним аспектом успішної психокорекції для дітей. Професіонали в галузі психокорекції повинні демонструвати теплоту, розуміння та емпатію, щоб дитина відчувала себе комфортно та захищено. Надзвичайно важливим є, аби дитина усвідомлювала, що її почуття та емоції мають значення і що її особистий простір та безпека будуть поважатися [5].

Фахівець повинен створювати умови, за яких дитина може відчувати себе прийнятою та підтриманою. Це означає, що спілкування має бути відкритим та спокійним, дозволяючи дитині безперешкодно ділитися своїми думками та почуттями. Важливо уникати будь-якого судження чи критики, а замість цього активно підтримувати дитину у її вираженні.

Здатність фахівця до співпереживання та розуміння є ключовою для підтримки дитини під час психокорекції. Важливо демонструвати готовність слухати та приймати почуття дитини без засудження чи переривання. Всі прояви емоцій мають бути уважно вислухані, підтримані та визнані.

Також критично важливо створити невимушену атмосферу, яка сприяє

довірі та відкритості. Фахівець повинен створити середовище, де дитина може вільно виражати себе та свої почуття. Використання різноманітних методів комунікації, таких як ігри, малювання, рольові ігри чи просто розмови, дозволяє дитині обрати найбільш зручний для себе спосіб вираження.

Завданням фахівця є створення такої атмосфери, де кожна дитина могла б відчувати себе безпечно, прийнято та здатна вільно виражати свої емоції та почуття. Це сприяє не тільки розумінню їхніх емоцій, але й пошуку способів їх подолання та адаптації до них.

Кожна дитина володіє унікальним набором особистісних рис, який формується не тільки її віком, але й внутрішніми характеристиками, досвідом та індивідуальними потребами. Для досягнення успіху у психокорекції, важливо глибоко зрозуміти кожну дитину, враховуючи її унікальність [7].

Передусім, фахівець повинен оцінити сильні сторони дитини, такі як таланти, вміння або особисті ресурси, що можуть бути задіяні для покращення її психологічного стану. Акцентування на позитивних аспектах особистості може підвищити самооцінку дитини та сприяти розвитку позитивного самовідчуття.

Разом з тим, вкрай важливо брати до уваги і слабкі сторони дитини та можливі труднощі, з якими вона стикається. Це можуть бути проблеми з соціальною адаптацією, стресова толерантність або інші аспекти, що потребують особливої уваги та підтримки.

Ключову роль у психокорекційному процесі грає також ступінь готовності дитини до змін. Деякі діти можуть бути відкриті та готові до активної участі у змінах у своєму житті, тоді як інші можуть потребувати більш обережного та поступового підходу. Фахівець має бути чутливим до цих індивідуальних особливостей кожної дитини та адаптувати свої методики та стратегії з урахуванням її потреб та готовності до змін.

Таким чином, детальне врахування індивідуальних потреб, сильних і

слабких сторін, а також ступеню готовності дитини до змін є важливими елементами психокорекційної роботи. Адекватне застосування підходів та стратегій, які відповідають особливостям кожної дитини, допомагає забезпечити ефективність та досягнення позитивних результатів у процесі корекції психологічного стану.

Сімейна підтримка є ключовим чинником у процесі психокорекції дітей, що страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Батьки або опікуни відіграють вирішальну роль у створенні умов, що сприяють зціленню та психологічному відновленню дитини [5].

Першочергово, залучення сім'ї передбачає інформування батьків чи опікунів про особливості ПТСР, його симптоми та методи психокорекції. Навчання родини професійним термінам та концепціям дозволяє краще розуміти стан дитини і забезпечує відповідну підтримку.

Сім'я є важливим соціальним компонентом, що пов'язує дитину з соціумом, формуючи необхідні життєві цінності. Всі негативні сторони життя, що виникають у сім'ї, наприклад, конфлікти між подружжям, негативні переживання, агресія чи елементи домашнього насилля відбиваються на особистості дитини, призводять до змін у її емоційній сфері та порушень у поведінці.

Якщо при авторитарному вихованні батьки суворо карають дитину за будь-яку непослух та прояв упертості, то вона, приховуючи свій гнів у присутності батьків, намагається зганяти його на «слабших» об'єктах. Потурання примх дитини, непослідовність у вихованні, відсутність належної уваги до неї з боку батьків також призводять до появи агресивних рис. Діти в таких сім'ях прагнуть будь-що-будь привернути до себе увагу дорослого, нерідко використовуючи для цього агресивну поведінку.

Схожа причина прояву агресії спостерігається і у дітей, чиї батьки не впевнені в собі, схильні у всьому поступатися і потурати дитині. Окрім

привернення до себе уваги такі діти використовують агресію для того, щоб домогтися від батьків виконання своїх бажань. Наявність дискомфорту і протиріч у душі дитини, відсутність певної стабільності у зовнішньому оточення, відсутність почуття безпеки й упевненості у собі, внутрішнє відчуття певної неповноцінності – все це може бути причиною негараздів у поведінці дитини молодшого шкільного віку.

Аналіз сім'ї – один із перших кроків у процесі психологічної діагностики дітей, у якій вивчення соціального оточення перетинається з дослідженням вроджених індивідуальних особливостей дитини». Не секрет, що всі проблеми дітей – це продовження проблем їхніх батьків. Можливо, що притаманні мамам тривожність, здатність до співпереживання та почуття провини призводять до придушення агресивності там, де чоловіки її приховують, адже «...оскільки агресивність традиційно приписується чоловікам і служить предметом їхньої гордості, вони схильні підкреслювати або перебільшувати її». Сьогодні, у часи озброєного протистояння та ворожої агресії РФ, перед батьками стоїть особливо велика відповідальність у справі правильного виховання дітей, особливо необхідні знання психології дитини, її індивідуально-вікових особливостей, проблем, що виникають у родині, а також проблем, що виникають між дитиною та однолітками, наявність загальних уявлень про педагогічну психологію тощо. Все це – той мінімум відомостей, які повинні мати батьки. Виховання (в тому числі й у сім'ї) має бути спрямоване на розширення можливостей компетентного самовизначення дитини. Згідно з цим батько і мати з репродукторів істини мають перетворитися на «соціальних архітекторів» конструктивного, гуманістично спрямованого способу життя дитини, допомогти їй знайти своє відповідне місце у сучасному складному світі. Варто для початку усвідомити особливості впливу сім'ї на дитину, які можуть бути як сприятливими, так і несприятливими (табл.3.1). Усвідомлення батьками позитивних та ймовірних

негативних наслідків вимушеного перебування дитини впродовж дошкільного віку у вузькому сімейному колі допоможе їм впевнитися у доцільності поєднання сімейного виховання із суспільним. Це сприятиме кращій соціалізації малюка, формуванню в нього комунікативних здібностей, вміння рахуватися з іншими людьми.

Таблиця 3.1

Особливості впливу сім'ї на дитину

Сприятливі	Несприятливі
Інтимне, особистісне спілкування становить для дітей і батьків надзвичайну цінність, виступає важливим життєвим контекстом	Переважаання особистісного спілкування над діловим може уповільнити розвиток вміння налагоджувати взаємодію, спільну з іншими діяльність, гальмувати появу конструктивних навичок
Взаємини дитини з батьками та іншими членами родини емоційні, базуються на почуттях любові, прихильності, довіри, захищеності	Сильна прив'язаність дитини до рідних гальмує розвиток соціальної компетентності, ускладнює процес її входження в дитяче співтовариство.
Основні функції батьків - турбота про фізичне, психічне та моральне здоров'я дитини, її захист від негативних впливів довкілля	Надмірна опіка дитини призводить до формування залежної поведінки, звички до виконання вказівок та розпоряджень інших, уповільнюють розвиток самостійності дитини
На дитину впливають люди різного віку та статевої належності, носії різних соціальних функцій, що урізноманітнює та розширює її життєві враження та уявлення, сприяє гнучкості її поведінки	Нечіткість, непослідовність, суперечливість вимог, стандартів та оцінок дорослих дезорієнтує дитину, уповільнює процес унормованості її особистості
Члени родини впливають на дитину в різних життєвих ситуаціях та умовах, що розширює діапазон виховних можливостей	Хронічно зайняті й втомлені батьки віддають перевагу дистанційним, поверхневим, короткотривалим контактам із дитиною, які формалізують і схематизують її життєві враження
Гнучка унормованість життя сім'ї надає дитині право на вільний час, вибір змісту та тривалості ігор і занять, сприяє задоволенню її основних інтересів	Відсутність змістових і часових рамок діяльності не виробляє у дитини вміння її контролювати, ускладнює процес входження дошкільника в унормоване життя дитячого навчального закладу та школи
Дитина пов'язана з сім'єю міцними узами, батьки зберігають своє значення для неї впродовж всього її життя. Сила впливу матері та батька на дитину не має собі рівних	Сімейні традиції, цінності, звички можуть утруднювати процес прийняття дитиною відмінних від них установок, гальмувати розвиток толерантності як важливої якості особистості, спричиняти опір новому

Нині особливої значущості набуває чітка, визначена й дійова педагогічна позиція кожного дорослого, відповідального за розвиток, виховання і навчання своїх дітей. Призначення батьків, як найближчих для зростаючої особистості людей, полягає не лише в тому, щоб виступати для неї постачальниками нової інформації, контролерами дій і вчинків, поціновувачами її життєвих здобутків, партнерами по спілкуванню, але й бути свого роду «амортизаторами», які пом'якшують життєві удари, нівелюють вплив стресогенних чинників, відновлюють рівновагу між зовнішніми подіями та їх переживанням дитиною, заспокоюють, розсіюють сумніви, знімають напруження, вчать спиратися на власні сили.

Також важливо надати батькам необхідні знання та інструменти для ефективної підтримки дитини вдома. Це може включати техніки релаксації, методи керування стресом та тривогою, а також способи спілкування, які сприяють відкритому обміну емоціями та почуттями.

Сімейна терапія може слугувати важливим засобом підтримки, надаючи можливість всім членам родини виразити свої емоції, відчувати підтримку один одного та разом розробляти стратегії підтримки дитини.

Щодо професіоналів, що працюють з дітьми з ПТСР, вони повинні володіти не лише фаховими знаннями, а й емоційним інтелектом, здатністю співчувати та розуміти внутрішні переживання дитини [6]. Створення емоційно підтримуючого середовища, де дитина відчуватиме себе комфортно та безпечно, є важливим для будування довіри та відносин довіри між фахівцем і пацієнтом. Підтримка та позитивне підкріплення з боку фахівця є критичними для допомоги дитині у подоланні ПТСР, де визнання та заохочення кожного позитивного кроку в процесі відновлення можуть стимулювати дитину до подальших зусиль.

Загалом, створення умов, де дитина може відчувати тепло, розуміння, співчуття та підтримку, є фундаментом для успішної психокорекції та

зцілення, дозволяючи дитині ефективно працювати над власними емоціями та знаходити шляхи їх подолання.

Мультидисциплінарний підхід до лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), виявленого у дітей старших та підготовчої групи Макарівського закладу дошкільної освіти (ясла-садок) «Веселка» вважаємо ключовим у забезпеченні ефективної психологічної допомоги. Цей підхід включає використання різних терапевтичних методів, які доповнюють одне одного та адаптовані до унікальних потреб кожної дитини [8].

Програма психокорекції посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у дітей у дітей старших та підготовчої групи Макарівського закладу дошкільної освіти (ясла-садок) «Веселка», розроблена на базі педагогічного спостереження, анкетування батьків та результатів тестування за методикою CPTSD та проєктивними методиками, має на меті поліпшення емоційного стану та психосоціального благополуччя дітей. Програма спрямована на зниження симптомів ПТСР і надання дітям підтримки в процесі подолання травматичних подій.

Основні компоненти програми включають:

Індивідуальна психотерапія: використання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та експозиційної терапії з поступовим зниженням навантаження (ЕПЗН) допомагає дітям ідентифікувати і модифікувати негативні думки та поведінку, пов'язані з травмою. Ігрова терапія також використовується для тих дітей, які важко вербалізують свої переживання.

Групова психотерапія: сприяє зменшенню почуття ізоляції, надає дітям можливість ділитися досвідом і вчить навичкам спілкування та співпраці.

При груповій формі роботи з дітьми-переселенцями найбільш ефективними методами вважаються:

терапія малюнком;

театралізована арт-терапія;

ігрова терапія;

Терапія малюнком проводиться з дітьми від 4 до 12 років і включає малювання, ліплення з глини, пластиліну тощо. Заняття проходять протягом 2,5 години, один раз на тиждень і полягають у малюванні на спеціально задані теми та обговоренні цих тем у процесі малювання і після нього з використанням вже готових робіт. Діти можуть приєднатися до роботи в будь-який час, що створює вільну атмосферу і сприяє зниженню тривожності.

Теми підбираються з урахуванням проблем, які, на думку фахівця, необхідно опрацювати з даними учасниками групи. Наведемо приклади тем, що використовуються для роботи з дітьми - переселенцями:

1. Для усвідомлення і відреагування актуальних емоційних переживань: «Страх», «Радість», «Образа», «Дружба», «Смуток», «Веселощі», «Інтерес», «Нудьга» тощо;

2. Для розвитку ідентичності: «Автопортрет», «Обличчя душі», «Що я люблю», «Що я ненавиджу», «Родина», «Минуле-сьогодення-майбутнє», «Мій дім» тощо;

3. Для усвідомлення і відреагування потенційно «проблемних» сфер: «Дім», «Сім'я», «Чого я боюсь», «Від чого мені сумно», «Від чого мені прикро», «Сон».

4. Для актуалізації психологічних «ресурсів»: «Щастя», «Свято», «Улюблений казковий герой», «Мрія».

Малюючи, дитина усвідомлює свої переживання, закладає основу для опрацювання психологічних проблем і цей процес стає одним з найбільш важливих аспектів арт-терапевтичної діяльності. Одне з найбільш яскравих достоїнств арт-терапії – можливість невербального спілкування, що полегшує налагодження міжособистісних контактів. При адекватній організації групи індивідуальний малюнок втрачає егоцентричну спрямованість і становиться формою комунікації, стимулюючої процеси адаптації.

У процесі роботи помітно як емоція, пов'язана наприклад з острахом, через створення ряду «страшних» малюнків слабшає і емоційний стан дитини змінює свою спрямованість.

Однак, зазначає О. Хухлаєв, від реагування досягає своєї мети тільки за адекватної роботи процесу уяви. Іноді у дитини виникає аутостимуляція і процес малювання «проблемної області» не тільки не знижує напруги, а навпаки, веде до виникнення нових негативних переживань. Дитина «зациклюється» на певних сюжетах, формах, поєднанні фарб. Завдання психолога в цьому випадку – допомогти дитині подолати рамки аутостимуляції, що накладаються на уяву.

Важливим терапевтичним фактором для дітей-переселенців, які пережили відрив від коренів, є втрата звичного середовища і знаходяться в ситуації невизначеного сьогодення і ще більш невизначеного майбутнього є створення стабільних міжособистісних взаємин, тому найбільш ефективною виявляється саме тривала і регулярна робота.

Театралізована психотерапія. Як і в інших арт-терапевтичних методах акцент тут робиться на спонуканні дітей до особистої активності, вільного самовираження. Велика роль у такому театрі відводиться імпровізації, спонтанності. Спільна робота над спектаклі, регулярні репетиції дозволяють дітям відчути свою відповідальність за успіх загальної справи.

На відміну від традиційного театру основна увага в театралізованій психологічній роботі спрямована не на зовнішні форми, а на внутрішні переживання учасників. Структура психологічної театральної роботи складається з двох частин: тренінгу і власне постановки спектаклю, основне значення надається саме тренінгу.

Арт-терапія – успішний і цінний метод, використання якого дозволяє досягати не тільки безпосереднього швидкого психотерапевтичного ефекту, але також і глибоко опрацьовувати ціннісні та смислові особистісні структури

дітей та підлітків.

Ігротерапія. За допомогою гри діти висловлюють ті переживання, емоції і почуття, які не вміють або не можуть розкрити в повсякденному житті. Гра вільна від тиску та нагляду дорослих. Діти грають не тільки для задоволення, а й для подолання негативних емоцій.

Потрібно використовувати такі методи в ігровій терапії з дітьми-переселенцями при груповій роботі:

Гра «Не чіпай мене». Мета гри – розслаблення.

Діти рухаються по колу, виконуючи вказівки ведучого гри (психолога), але не торкаючись один до одного. Ведучий, наприклад, просить дітей рухатися як у сні: швидко, повільно, стомлено, радісно і тощо.

Гра з привітаннями. Мета гри – розслаблення.

Діти вільно рухаються по колу. За сигналом ведучого вони вітають один одного тим способом, який пропонує ведучий гри (наприклад, руками, ногами, плечима, мізинцем, носом, всім тілом тощо).

Гра з повітряними кулями. Діти під музику рухаються з повітряними кулями. Їх завдання - утримати повітряні кулі в повітрі за допомогою легких груп.

Рух у вигляді ланцюжка. Мета гри – розслаблення.

Діти складають ланцюг і перша дитина робить якийсь рух, у той же час інші його повторюють. Рухи повинні бути швидкими, кожна дитина повинна реагувати негайно після свого попередника.

«Міністерство веселої прогулянки». Мета гри – розслаблення, підбадьорювання пасивних груп і стимулювання творчості.

У вільній частині кімнати один з групи дітей «міністр» приймає рішення як буде проходити прогулянка. Прогулянка повинна бути забавною і включати багато рухів по можливості, щоб всі частини тіла були задіяні. Інші члени групи намагаються наслідувати «міністра». Принаймні один раз «міністром»

має побувати кожна дитина.

«Пошук успіху». Мета гри – визначення завдань на майбутнє або позитивних результатів, релаксація і розвага.

Ведучий гри пропонує групі уявити собі, що над їх головами знаходяться декілька цілей, яких вони хочуть досягти. Вони настільки високо розташовані, що їх не можна дістати простим підняттям руки, а тільки витягаючи все тіло. Ведучий запитує: «Ви дістали їх? Що вам потрібно для того, щоб їх дістати? З якими цілями ви впоралися, а з якими ні? Тепер, що ви будете робити з тими, яких ви досягли? Ви прийняли нове рішення? ».

«Коло довіри». Мета гри – зміцнення довіри в групі.

Члени групи стають у коло. Одна дитина стоїть в середині кола, закриває очі, розслабляється і повільно нахиляється в одну або іншу сторону таким чином, щоб інші діти могли підходити до неї і злегка штовхати її з різних сторін своїми долонями. Дитина в середині кола повинна твердо стояти на ногах і одночасно бути розслабленою.

«Розповідь по малюнку». Мета гри – розвиток уяви і аналіз проєкції внутрішнього світу дитини на малюнок.

Кожному члену групи пропонують незакінчений малюнок тільки з одним елементом. Потім діти закінчують малюнок і пояснюють роль нових елементів у малюнку, розповідаючи історію. Ведучий гри не повинен вносити ніяких пропозицій, але може надавати індивідуальну допомогу, ставлячи питання і розмовляючи з дітьми.

«Долоні, що розповідають історії». Мета гри – розвиток уяви, а також аналіз проєкції внутрішнього світу дитини на малюнок.

Члени групи фарбують долоні акварельною фарбою за своїм вибором і потім віддруковують їх на чистому аркуші паперу в будь-якому напрямку і будь-якими способами. Потім дитина дає назву своєму малюнку і розповідає історію, яку їй розповіли долоні.

«Писанина». Мета гри – розвиток уяви, відверте вираження внутрішнього світу дитини та аналіз її проекції на малюнок.

Кожен член групи повинен закрити очі і писати на чистому аркуші паперу до тих пір, поки не буде впевнений у тому, що весь листок списаний. Потім гравці відкривають очі, вивчають малюнок і додають деякі лінії для того, щоб завершити бажану картину.

«Моє серце». Мета гри – спонукання до висловлювань про події та речі, що зробили позитивний чи негативний вплив на дитину, і виявлення неусвідомлюваних переживань. Всі члени групи малюють серце, потім всередині серця пишуть імена людей і назви речей, які вони люблять або носять у своєму серці. Зовні вони пишуть слова, які уособлюють те, що їм не подобається. Вони можуть також використовувати різні кольори.

«Маленька чарівниця». Мета гри – стимулювання уяви і спонукання до творчої діяльності, усвідомлення неусвідомлюваного і рішення проблем за допомогою метафор. Ведучий гри розповідає історію про маленьку чарівницю, яка менша, ніж найменший палець на руці. Її могутність величезна: вона може зробити все, чого тільки захочуть діти. Чарівниця, яку вони малюють або ліплять з глини або з якого-небудь іншого матеріалу, матиме силу відновити мир для всіх дітей у світі.

«Гарячий стілець - теплий стілець». Мета гри - стимулювання і підтримка позитивних проявів у поведінці і адаптивних реакцій, навчання спостереженню, поліпшення групової динаміки і розвиток добрих відносин у групі.

Група сидить півколом навколо порожнього стільця. Члени групи по черзі сідають на цей стілець. Коли стілець «гарячий» діти критикують того, хто сидить на стільці за його поведінку і радять, що саме і яким чином йому необхідно поліпшити. Коли стілець «теплий» - дитину підбадьорюють і говорять про її позитивні риси характеру і поведінку.

«Керована фантазія». Мета гри – зменшення м'язової напруги, а також спонукання до прояву пригнічених психотравмуючих переживань. Члени групи сидять і намагаються розслабитись. Їм пропонують закрити очі, щоб вони могли зосередитися на історії, яку читає або розповідає ведучий групи (текст вибирають залежно від мети і проблеми, над якою потім працюють). Цю гру може проводити тільки психолог і до труднощів, пов'язаних із закриванням очей, які можуть відчувати деякі члени групи, потрібно ставитися з повагою.

«Вільне малювання». Мета гри – проекція внутрішнього світу дитини на малюнок, який можна використовувати як основу для подальшої терапії та гри. Дітям дозволяють малювати все, що вони хочуть, у вільній техніці. Після цього вони грають і відтворюють у грі те, що намалювали.

Сімейна терапія: залучення батьків або опікунів дозволяє їм краще розуміти ПТСР та його вплив на дитину, а також навчити їх ефективно підтримувати дитину в процесі одужання. Батька отримують консультацію психолога та рекомендації щодо спільної роботи над колажем «Моя безпечна домівка».

Психопрофілактичні заходи: вихователі отримали важливу інформацію про ПТСР, його симптоми, методи лікування та стратегії допомоги, сприяючи розвитку механізмів подолання стресу дошкільника.

В межах Програми використовувався комплекс вправ і методів арт-терапії, які можна застосувати в рамках психокорекційної допомоги для дітей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Розглянемо кожну категорію та деталізуємо вправи та їх призначення (табл 3.2):

Ці вправи охоплюють різні аспекти психокорекції, спрямовані на підтримку дітей з ПТСР і включають як індивідуальні, так і групові, а також сімейні методики. Важливо індивідуалізувати підходи залежно від конкретних потреб кожної дитини, її сім'ї та специфіки її досвіду.

Таблиця 3.2

**Перелік вправ арт-терапії для включення в Програму психокорекції
ПТСР у дітей старшого дошкільного віку Макарівського закладу
дошкільної освіти (ясла-садок) «Веселка»**

Тип терапії	Назва вправи	Опис вправи
Індивідуальна терапія	«Мій внутрішній світ»	Дитина виражає свої емоції та думки через малювання та доповнює процес словесним описом. Вправа сприяє аналізу негативних думок та поведінки, що викликають стрес, разом зі спеціалістом.
Групова терапія	«Мої безпечні місця»	Дорослий, якому дитина довіряє, допомагає дитині за допомогою зображення ідентифікувати місця чи ситуації, де вона відчувається безпечно, щоб використовувати їх як ресурс для самопідтримки у стресових ситуаціях.
Індивідуальна терапія	«Створення релаксуючого місця»	Дитина переносить на полотно внутрішній образ місця, де відчуває спокій і безпеку, що може використовуватись для моментів заспокоєння та релаксації.
Індивідуальна терапія	«Поділися своєю історією»	У форматі індивідуальної роботи діти готують малюнки про те, що турбує їх найбільше, потім діляться своїми досвідами та емоціями щодо травматичного досвіду, одержуючи підтримку та розуміння від дорослих.
Групова терапія	«Моє плече»	Вправа зосереджена на вираженні взаємопідтримки між дітьми, де вони вчаться разом шукати рішення для проблем та подолання стресу. Завершенням вправи є створення малюнків підтримки для колективної виставки
Сімейна терапія	«Родинний вечір»	Родина проводить час разом за малюванням чи аплікацією на теми родини, обговорюючи свої почуття, досвіди та спогади, що сприяє кращому розумінню та емоційній підтримці.
Сімейна терапія	«Сімейне дерево»	Родина спільно створює родинне дерево-колаж. Вправа сприяє кращому взаєморозумінню та емоційній підтримці між членами родини.

Приблизний алгоритм проведення вправ (табл. 3.5-3.7):

Таблиця 3.5

Алгоритм виконання вправи «Мій внутрішній світ» (Додаток Д)

Етап	Опис діяльності
Підготовка	- Забезпечте комфортне і спокійне місце для сесії. - Підготуйте необхідні матеріали: папір, кольорові олівці, фарби, маркери, журнали або ноутбуки для запису. - Поясніть дитині мету вправи: допомогти артикулювати і зрозуміти свої емоції.
Виконання	1. Вираження через мистецтво: Запропонуйте дитині намалювати або написати про свої почуття, емоції, думки, які їй здаються важливими. Підкресліть, що не існує «правильного» чи «неправильного» способу вираження. 2. Обговорення твору: Разом обговоріть створене зображення або текст, зосередьтеся на тому, що саме дитина хотіла виразити.
Аналіз	- Обговоріть з дитиною, як конкретні думки або емоції впливають на її поведінку або самопочуття. - Допоможіть ідентифікувати негативні думки або установки, які можуть бути переосмислені або змінені.
Рефлексія	- Заохочуйте дитину подумати, як вона може використовувати нове розуміння своїх емоцій у повсякденному житті. - Обговоріть, які зміни у поведінці або думках можуть бути корисними для зниження негативного впливу думок на її життя.
Підсумок	- Разом підбийте підсумки сесії, визначте, що було корисним, і обговоріть можливі кроки для подальшої роботи. - Встановіть «домашнє завдання» для практики артикуляції почуттів і зміни негативних думок, наприклад, вести щоденник емоцій у вигляді смаглів або продовжити роботу з малюнками.

Ця вправа допомагає дитині розвивати свої навички саморефлексії та самовираження, важливі для ефективного управління емоціями і змінення негативних переконань, що сприяє кращому психологічному благополуччю.

Таблиця 3.6

Алгоритм виконання вправи з блоку арт-експозиційної терапії з поступовим зниженням навантаження «Мої безпечні місця» (Додаток Ж)

Етап	Опис діяльності
Підготовка	- Забезпечення спокійного та комфортного середовища для терапії. - Підготовка матеріалів для малювання (папір, олівці, фарби) або використання цифрових засобів для створення візуалізації.
Вступ	- Терапевт вводить дитину в ідею вправи, обговорюючи значення та користь від ідентифікації безпечних місць. - Пояснення, як такі місця можуть служити ресурсом для самопідтримки в стресових ситуаціях.
Виконання	1. Ідентифікація місць: Дитина визначає місця або ситуації, де вона відчувається найбезпечніше. 2. Візуалізація: Дитина створює візуальне зображення цих місць через малювання або опис. 3. Обговорення: Обговорення, чому ці місця є безпечними.
Рефлексія	- Дитина разом з терапевтом рефлектує над створеними зображеннями, обговорюючи, як можна використовувати уявлення про ці місця для заспокоєння себе в моменти стресу.
Підсумок	- Терапевт допомагає дитині розробити план використання цих безпечних місць у повсякденному житті для самопідтримки. - Розглядається можливість створення «комплекту спокою», який дитина може використовувати для відновлення спокою.
Завдання для виконання вдома	- Дитині пропонується практикувати уявлення про свої безпечні місця вдома, особливо перед сном або в моменти занепокоєння. - Запис щоденника емоцій, де дитина може фіксувати свої досвіди використання цих місць у вигляді малюнків або в іншій доступній віку формі.

Ця вправа допомагає дитині розвивати усвідомленість своїх емоцій та навчитися користуватися власними ресурсами для підтримки та саморегуляції в складних або стресових ситуаціях. Важливо, що вправа виконується в безпечному терапевтичному середовищі та з підтримкою досвідченого спеціаліста.

Таблиця 3.7

Алгоритм виконання вправи з блоку сімейної терапії «Сімейне дерево» (Додаток З)

Етап	Опис діяльності
Підготовка	- Використання великого аркуша паперу або плаката. - Підготовка маркерів, кольорових олівців. - Збір наліпок або фотографій членів родини.
Процес	1. Кожен член родини вибирає кольори та символи для представлення своїх емоцій та переживань. 2. Члени родини розміщують символи на «дереві», маркуючи основні життєві події та емоції, пов'язані з кожною подією. 3. Обговорення значення символів.
Обговорення	- Родина разом обговорює, що кожен символ означає. - Обговорення впливу подій на емоційний стан кожного члена родини. - Визначення, як події вплинули на взаємини в родині.
Підтримка	- Вправа сприяє вираженню підтримки та співпереживання між членами родини. - Допомагає дітям відчувати, що їхні почуття важливі та розділені іншими.
Значення вправи	- Емоційна підтримка: Підтримує емоційний зв'язок між членами родини. - Розвиток емпатії: Сприяє розвитку взаєморозуміння та емпатії. - Адаптація підходів: Адаптація залежно від віку дітей та глибини їхнього досвіду.

Важливо адаптувати проведення вправ з урахуванням віку дітей та глибини їхнього травматичного досвіду, щоб забезпечити найкращий результат від психокорекційних занять. Приклади таких занять наведено у Додатку К. За результатами дослідження також розроблено Практичні рекомендації (Додаток Л) для вихователів, батьків і психологів щодо впровадження програми корекції у закладах дошкільної освіти.

3.2. Результати формувального впливу корекційно-розвивальної програми подолання наслідків ПТСР у дітей дошкільного віку засобами арт-терапії

По закінченні 12 тижня занять було зроблено повторне діагностування за допомогою «Шкали для оцінки дитячого посттравматичного стресового

розладу» (CPTSD) дітей експериментальної групи ЗДО «Веселка», в населеному пункті Калинівка, Київської області, на базі Макарівського закладу дошкільної освіти. Група так само складалася з 8 учасників (4 дівчинки та 4 хлопчики), з діагностованим ПТСР. Отримані наступні результати (табл.3.8):

Таблиця 2.4

Середні бали за кожне питання тесту

Питання	Група 1 (ПТСР) до програми	Група 1 (ПТСР) після програми	Група 2 (без ПТСР)
Питання 1	2.25	1.25	0.75
Питання 2	2.00	1.00	0.25
Питання 3	1.75	0.75	0.25
Питання 4	1.50	0.50	0.50
Питання 5	1.75	0.75	0.50
Питання 6	1.25	1.25	0.25
Питання 7	1.50	0.50	0.25
Питання 8	1.75	0.75	0.50
Питання 9	1.50	1.50	0.25
Питання 10	1.75	0.75	0.50
Питання 11	1.25	1.25	0.25
Питання 12	1.00	1.00	0.00
Питання 13	1.50	0.50	0.25
Питання 14	1.25	0.25	0.25
Питання 15	1.00	0.50	1.00
Питання 16	1.25	0.25	1.25

Загальна кількість балів подана на рис. 3.1. - група 1 (ПТСР) набрала 47 балів, група 2 (без ПТСР) – 12 балів.

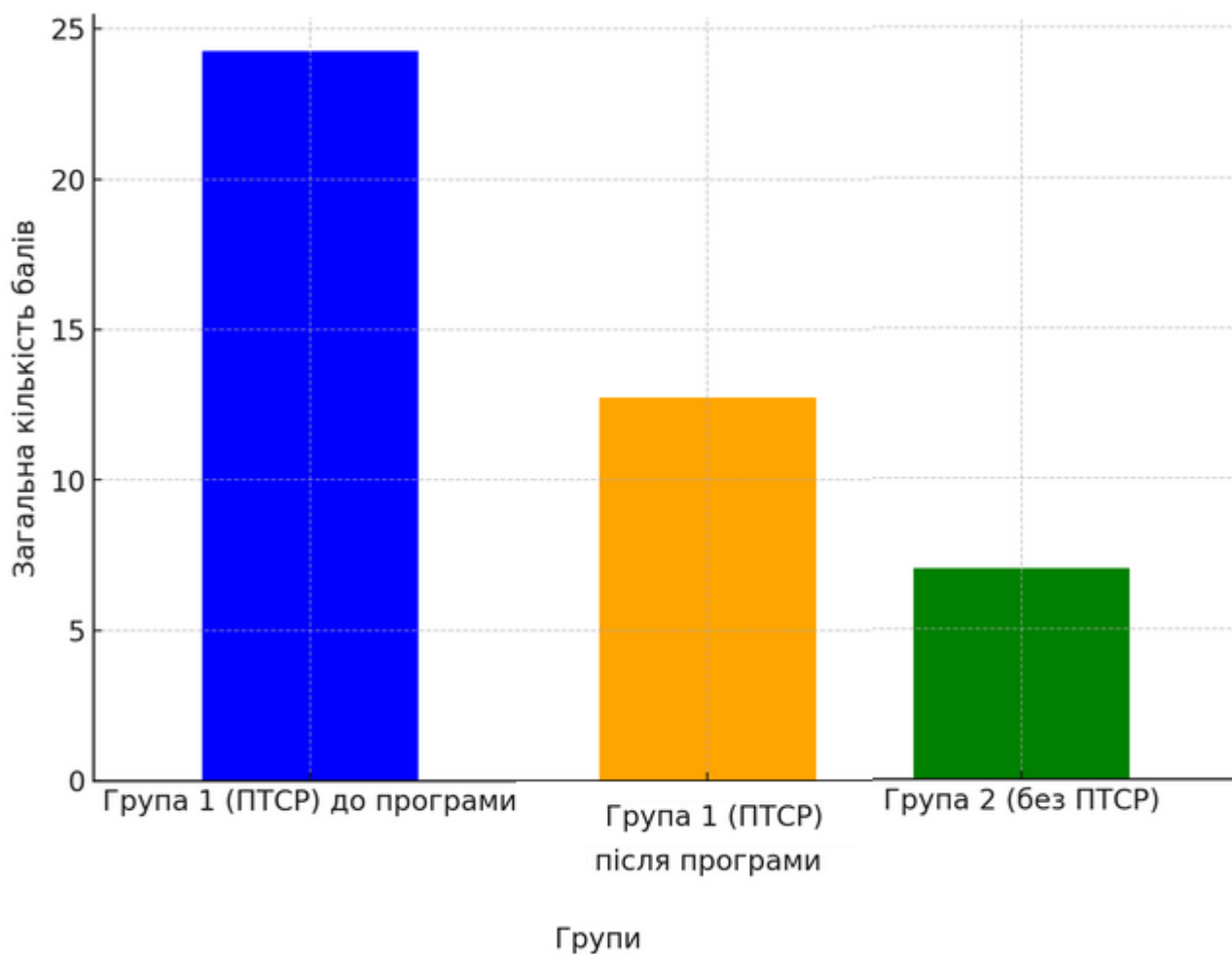


Рис. 3.1. Результати обстеження дошкільників за методикою «Шкала оцінки дитячого посттравматичного стресового розладу» (CPTSD)

Аналіз змін у результатах тестування дітей за шкалою CPTSD після впровадження корекційної програми демонструє значне зниження рівня симптоматики ПТСР. Таблиця 3.8 містить порівняльні показники середніх балів за кожне питання тесту, що дозволяє простежити динаміку змін у двох групах: дітей із ПТСР до та після програми, а також дітей без ПТСР.

До початку корекційної роботи середні бали за шкалою CPTSD у групі дітей з ПТСР були значно вищими, ніж у контрольній групі. Як бачимо в табл

3.8, середній показник за перше питання становив 2.25, що свідчило про високий рівень емоційного збудження та виражені прояви тривожності. Після проходження програми цей показник знизився до 1.25, що вказує на зменшення інтенсивності переживань і покращення загального емоційного стану дітей. Аналогічна тенденція спостерігалася й за іншими питаннями тесту. Наприклад, середній бал за друге питання знизився з 2.00 до 1.00, що свідчить про зменшення нав'язливих думок, тоді як за третє питання показник впав з 1.75 до 0.75, що вказує на значне зниження уникнення тригерних ситуацій.

Отримані результати засвідчили суттєве зменшення рівня симптоматики ПТСР. Якщо до впровадження програми середній показник у дітей, які мали діагностовані прояви посттравматичного стресового розладу, становив 47 балів, то після її завершення цей показник знизився до 24 балів. Спостерігалось помітне зменшення проявів страху, тривожності та емоційної напруженості. Вихователі та батьки зазначають, що діти рідше відчували сильні спалахи емоцій, уникали тригерних ситуацій і демонстрували значно нижчий рівень гіперзбудження. Особливо помітними були зміни у відповідях на питання, що стосувалися якості сну, проявів агресії та загального рівня тривожності. До початку програми ці показники були на високому рівні, однак після застосування методів арт-терапії спостерігалось поступове зниження інтенсивності симптомів, що вказує на ефективність запропонованого підходу.

У контрольній групі, що складалася з дітей без ПТСР, рівень відповідей залишався стабільним, без суттєвих змін. Це підкреслює, що отримані позитивні результати в експериментальній групі є саме наслідком впровадженої програми, а не природної динаміки змін психоемоційного стану дітей. Аналіз загальних тенденцій у розподілі відповідей підтверджує, що арт-терапія відіграла ключову роль у стабілізації емоційного стану дітей та зменшенні інтенсивності посттравматичних симптомів.

Аналіз змін у результатах проведення проєктивних методик «Казковий тест» за О. Венгером та «Будинок, Дерево, Людина» (НТР) показав суттєві зрушення у психоемоційному стані дітей після впровадження корекційної програми.

До початку корекційного впливу аналіз казкових сюжетів, створених дітьми з ПТСР, демонстрував переважання негативних тем. В історіях часто зустрічалися мотиви небезпеки, переслідування, втрати або самотності. Головні герої зазнавали труднощів, не могли впоратися з ними самостійно або потребували зовнішньої допомоги. Візуальний супровід казок також відображав високий рівень тривожності: малюнки містили темні кольори, уривчасті або спотворені образи, відсутність важливих деталей, символи страху, такі як великі очі, високі бар'єри, тіні або загрозливі фігури. Це свідчило про наявність невирішених внутрішніх конфліктів і потребу у подальшій психокорекційній роботі. Після завершення програми, що включала заняття з арт-терапії, у сюжетах казок спостерігалася позитивна динаміка. Діти частіше використовували мотиви допомоги, підтримки, успішного подолання перешкод. Головні герої ставали більш активними та впевненими, з'являлися образи друзів, захисників, сімейних фігур. Малюнки до історій набули більшої структурованості, стали яскравішими, лінії менш різкими, зменшилась кількість загрозливих елементів. Це свідчило про покращення емоційного стану, зниження рівня тривожності та поступове відновлення почуття безпеки.

Результати тесту «Будинок, Дерево, Людина» (НТР) також підтвердили позитивні зміни. До початку корекційної роботи діти з ПТСР малювали будинки без дверей або вікон, що символізувало закритість, ізоляцію, страх перед зовнішнім світом. Деревя часто мали поламані гілки, надто тонкі стовбури або відсутність листя, що свідчило про емоційну нестабільність, пригнічений стан. Зображені люди мали непропорційні фігури, спотворені

риси обличчя, що вказувало на труднощі у соціальних контактах, нестачу довіри до оточення. Колірна гама малюнків була приглушеною, з переважанням темних відтінків, а лінії виглядали ламаними та агресивними, що свідчило про емоційну напруженість.

Після корекційної програми малюнки стали більш гармонійними. Будинки частіше зображувалися з відкритими дверима та вікнами, що відображало відновлення почуття довіри та комфорту. Дерева ставали густолистими, з міцними стовбурами, що вказувало на покращення емоційної стійкості. Фігури людей набували пропорційності, отримували більше деталей, а обличчя частіше мали виражені позитивні емоції. Використання яскравіших кольорів, плавних і м'якших ліній підтвердило загальне зниження рівня тривожності та відновлення емоційної рівноваги.

Отримані результати підтвердили ефективність застосованих методів психокорекції, зокрема арт-терапії, у роботі з дошкільниками, які пережили психотравмуючі події. Вони свідчать про те, що творчі методи сприяють вираженню та переробці травматичних переживань, допомагають знижувати рівень тривожності та емоційної напруженості, формують позитивні механізми подолання стресових ситуацій та сприяють відновленню відчуття безпеки у дітей.

Аналіз змін у поведінці дітей під час спостереження за грою після впровадження корекційної програми показав суттєве покращення їхнього емоційного стану та взаємодії в групі. Методика «Спостереження у грі» дозволила оцінити, як змінювалися реакції дітей у процесі вільної та структурованої гри, виявити їхні переживання, приховані страхи та рівень соціальної адаптації.

До початку програми багато дітей із ПТСР у своїх іграх демонстрували повторювані сюжети загрози, небезпеки, втечі або агресії. Часто вони використовували воєнну техніку, зброю або фігурки негативних персонажів,

відтворюючи сцени боротьби чи захисту. Також спостерігалися деструктивні мотиви, такі як руйнування будівель, що могло символізувати внутрішній стан тривожності та нестабільності. Деякі діти систематично повторювали ті самі дії, наприклад, намагалися рятувати когось або переховуватися, що свідчило про їхній травматичний досвід та потребу у відновленні почуття безпеки

Після проходження корекційної програми поведінка дітей у грі зазнала суттєвих змін. Ігрові сюжети стали більш різноманітними та позитивними. Замість повторюваних сценаріїв загрози та уникнення з'явилися мотиви співпраці, допомоги, дружби та розв'язання проблем мирним шляхом. Діти почали частіше використовувати символи захисту та підтримки, що вказує на покращення емоційної регуляції. В структурованих іграх, де дослідник пропонував певний сюжет, діти з ПТСР спочатку демонстрували обережність і прагнули контролювати гру, встановлюючи жорсткі правила або уникаючи активної взаємодії. Проте поступово їхня поведінка ставала гнучкішою, вони навчалися довіряти іншим гравцям та спонтанно включатися у гру.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що методика «Спостереження у грі» є ефективним інструментом для діагностики та оцінки змін у стані дітей після психокорекції. Діти, які раніше проявляли тривожність, замкненість або домінантну поведінку, поступово ставали більш соціально відкритими, проявляли ініціативу у взаємодії та використовували гру як засіб для вираження позитивних емоцій. Це підтверджує ефективність застосованої корекційної програми, зокрема арт-терапевтичних методів, у зниженні рівня посттравматичних симптомів та відновленні психоемоційного балансу у дітей експериментальної групи.

Арт-терапія, яка стала основою корекційного впливу, сприяла поступовій стабілізації емоційного стану дітей. Малювання, аплікація та ліплення допомогли дошкільникам виразити внутрішні переживання, що було важливим етапом у роботі з травматичним досвідом. Вправа «Мої безпечні

місця» дала змогу дітям створити образи комфортного та безпечного середовища, використовуючи малюнкову терапію для самозаспокоєння та зниження рівня тривоги. Заняття театралізованою арт-терапією покращили комунікативні навички та сприяли формуванню довірливих стосунків з дорослими.

Аналіз результатів продемонстрував значне зниження рівня нічних кошмарів та нав'язливих думок. Діти стали більш емоційно стабільними, краще справлялися з тривожністю, а також виявляли підвищену соціальну активність. Поліпшення було зафіксовано не лише в межах психологічного тестування, а й у реальній поведінці: вихователі та батьки відзначали, що діти стали більш відкритими, спокійнішими та краще взаємодіяли з однолітками.

Застосування арт-терапії в роботі з дошкільниками, які пережили стресові події, підтвердило свою ефективність у подоланні наслідків ПТСР. Важливо відзначити довгострокові позитивні ефекти, зокрема покращення самооцінки та здатності до емоційної регуляції. Отримані дані підтверджують доцільність подальшого використання арт-терапевтичних методів у практиці психологічної реабілітації дітей дошкільного віку.

Повторне опитування батьків дітей, які брали участь у корекційній програмі, засвідчило суттєве покращення емоційного стану та поведінки дошкільників. Анкетування охоплювало оцінку змін у рівні тривожності, сну, соціальної адаптації, когнітивних процесів та фізичних проявів стресу. У порівнянні з первинним опитуванням, у багатьох дітей знизилися прояви страху, нав'язливих спогадів та емоційної нестабільності. Якщо раніше батьки повідомляли про часті раптові напади страху, зокрема у відповідь на гучні звуки, темряву або розлуку з близькими, то після проходження програми такі реакції стали менш вираженими або повністю зникли.

Особливо помітними були зміни у сфері соціальної взаємодії. Батьки відзначили, що діти стали більш відкритими до комунікації, охочіше

взаємодіють з однолітками та рідше демонструють уникнення соціальних ситуацій. До початку корекції спостерігалось прагнення до ізоляції, уникнення колективних ігор або тривожність у нових соціальних умовах. Після завершення програми значна частина дітей виявляла активність у групових іграх, демонструвала ініціативу та готовність до співпраці. Це підтверджує позитивний вплив арт-терапевтичних методів, які сприяли покращенню комунікативних навичок і відновленню почуття безпеки.

Значні покращення спостерігалися і в якості сну. Якщо до корекції батьки скаржилися на часті нічні пробудження, кошмари та труднощі із засинанням, то після завершення програми більшість дітей демонстрували стабільніший сон. Нічні страхи зменшилися, а рівень загальної тривожності під час підготовки до сну знизився. Деякі діти, які раніше уникали спати самотійно, почали легше переносити розлуку з батьками вночі.

Окрім емоційних і поведінкових аспектів, були зафіксовані позитивні зміни в когнітивній сфері. Якщо раніше батьки зазначали труднощі з концентрацією уваги, зниження здатності до запам'ятовування та навчальної діяльності, то після впровадження корекційної програми ці проблеми поступово зменшилися. Діти стали більш зосередженими, швидше засвоювали новий матеріал і демонстрували стійкіший рівень уваги під час занять. Це може бути наслідком зниження загального рівня стресу та відновлення психологічного комфорту.

Фізичні прояви стресу, такі як головний біль, біль у животі, м'язове напруження та швидка втомлюваність, також стали менш поширеними. До початку програми значна частина дітей періодично скаржилася на тілесні симптоми без видимих медичних причин, що є типовою реакцією на хронічний стрес. Після корекції кількість таких випадків суттєво зменшилася, що підтверджує ефективність психологічної підтримки у зниженні психосоматичних проявів.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що впроваджена програма, зокрема методи арт-терапії, мала позитивний вплив на дітей, які пережили травматичні події. Підвищення емоційної стійкості, покращення сну, зниження рівня страхів та нормалізація соціальної взаємодії свідчать про ефективність використаних методик. Це підтверджує необхідність подальшого застосування подібних підходів у роботі з дошкільниками, які зазнали психотравмуючих впливів.

3.3. Практичні рекомендації щодо використання арт-терапевтичних методів у роботі з дошкільниками, які пережили психотравму

У процесі дослідження було встановлено, що застосування арт-терапевтичних методів у роботі з дошкільниками, які пережили психотравму, є ефективним підходом для покращення їхнього емоційного стану та адаптації. На основі аналізу наукових джерел було підтверджено, що використання арт-терапії у роботі з дітьми дошкільного віку має значний терапевтичний ефект, оскільки сприяє розвитку здатності до самовираження, емоційної стабільності та відновлення почуття безпеки. Основна мета цього методу полягає не лише у корекції поведінки, а й у сприянні гармонійному розвитку особистості дитини через творчість та естетичне пізнання себе і навколишнього світу.

Під час вибору арт-терапевтичних засобів для роботи з дошкільниками було виявлено, що мистецтво виконує важливу функцію відволікання від травматичних переживань, допомагаючи дитині зануритися у світ творчості, що сприяє поступовій стабілізації її психоемоційного стану. У процесі виконання художніх завдань дитина несвідомо проектує свій внутрішній світ,

відображаючи переживання, страхи, думки та почуття у різних формах творчості. Завдяки цьому арт-терапія сприяє зниженню рівня тривожності, покращенню соціальної взаємодії та формуванню більш стійкої емоційної регуляції.

Наукові дослідження підтверджують, що арт-терапія є одним із найбільш доступних і природних методів корекції емоційних станів у дітей. Вона широко використовується у різних країнах світу, причому існують різні моделі її застосування, адаптовані до вікових та індивідуальних особливостей дитини. Важливим аспектом є те, що методика практично не має протипоказань і може бути інтегрована у будь-який напрям сучасної психотерапії, що робить її універсальним інструментом для психологічної підтримки дошкільників з ПТСР.

Під час розробки практичних рекомендацій щодо використання арт-терапевтичних методів у роботі з дошкільниками, які пережили психотравму, було враховано широкий спектр підходів, серед яких ізотерапія, музична терапія, робота з піском, пластична терапія та інші. Водночас одним із ключових та найбільш доступних для застосування у роботі з дітьми дошкільного віку методів була обрана ізотерапія, яка забезпечує ефективний інструмент для корекції емоційного стану та формування позитивного психологічного фону.

Основою розробленої програми заходів було врахування специфіки пережитого досвіду дошкільників та необхідності створення умов для вираження накопичених емоцій. Арт-терапія, зокрема ізотерапевтичні методи, сприяє безпечному випуску внутрішньої напруги, переробці травматичного досвіду та стабілізації емоційного стану дитини. Головними напрямками роботи стали допомога у вираженні пригнічених емоцій, усвідомлення та аналіз власних почуттів, розвиток навичок емоційної регуляції, зниження рівня страхів та тривожності, покращення комунікативних здібностей, а також

формування внутрішніх ресурсів для саморегуляції.

Особливістю використання ізотерапії є її здатність приносити терапевтичний ефект незалежно від художніх здібностей дитини. Навіть якщо результат творчої діяльності не відповідає очікуванням, сам процес створення малюнка чи іншого художнього образу забезпечує емоційне розвантаження, формує почуття задоволеності, викликає позитивні емоції та сприяє поступовому зниженню рівня психологічної напруги. Основними цілями такої корекційної роботи були покращення загального психоемоційного стану, створення нових позитивних життєвих вражень, зміцнення внутрішньої гармонії, а також інтеграція емоційних, когнітивних і тілесних процесів у цілісну картину самосприйняття.

Здійснивши аналіз відповідних наукових і науково-методичних джерел щодо застосування ізотерапії у роботі з дітьми дошкільного віку, нами було розроблено комплекс арт-терапевтичних занять, спрямованих на подолання наслідків посттравматичного стресового розладу. Враховуючи особливості психоемоційного стану дітей після пережитих травматичних подій, програма включала вправи, що сприяли вираженню емоцій, зниженню тривожності, формуванню позитивного ставлення до світу та підвищенню рівня саморегуляції.

Одним із ключових завдань була робота з образами, що турбували дитину, тому було застосовано вправу «Мій страх у фарбах». Дошкільникам пропонувалося зобразити на папері свій страх, тривогу або будь-яке неприємне переживання, використовуючи фарби, крейду чи пастель. Основний акцент робився не на естетичному результаті, а на вільному вираженні почуттів. Після завершення малювання відбувалося обговорення, під час якого дітям пропонувалося трансформувати свій страх, наприклад, перетворивши його в щось кумедне або дружнє. Це сприяло зниженню інтенсивності негативних переживань та формуванню відчуття контролю над

емоціями.

Ще одним ефективним методом стала вправа «Чарівний пензлик». Дітям пропонували створити малюнок, що відображає їхній позитивний образ або безпечне місце. Під час малювання психолог коментував роботу, підтримував прагнення дітей додавати яскраві кольори, що допомагало формувати асоціації з позитивними спогадами. Такий підхід сприяв посиленню відчуття безпеки, допомагав відволіктися від травматичних переживань та налаштовував на конструктивне сприйняття світу.

Важливим аспектом програми стала вправа «Сімейний портрет», де дошкільники малювали себе та своїх рідних у звичних ситуаціях. Це дозволяло не лише визначити особливості сімейних взаємин, а й надавало дитині можливість зануритися у теплі спогади. У разі, якщо малюнок відображав емоційний дискомфорт, дитині пропонувалося зробити зміни: додати усмішки, сонце або інші приємні деталі, що формувало позитивний настрій.

Одним із ефективних прийомів ізотерапії виявилася техніка «Малюнок настрою». На початку заняття дошкільникам пропонували намалювати свій настрій у вигляді абстрактних кольорових форм, а після завершення заняття – повторно створити подібний малюнок, порівняти зміни та розповісти про свої почуття. Це сприяло усвідомленню змін у власному емоційному стані та покращувало навички саморегуляції.

У процесі роботи з дошкільниками, які пережили психотравму, важливе місце займає вправа «Малювання карлючок». Її суть полягає в тому, що дитина довільно наносить на папір хаотичні лінії, а потім перетворює їх у впізнавані образи. Виконання цього завдання сприяє не лише вираженню емоцій, а й допомагає усвідомити страхи та знизити рівень тривожності. Під час малювання дошкільники можуть додавати кольори, домальовувати деталі або ж змінювати хаотичні лінії таким чином, щоб створити з них щось позитивне. Такий підхід дозволяє дитині самостійно працювати над своїм емоційним

станом, перетворюючи напругу у творчий процес. Особливістю арт-терапії є її невербальний характер, що робить цей метод доступним навіть для дітей, які мають труднощі з вербалізацією своїх переживань. Дошкільники, не усвідомлюючи цього, несвідомо виражають свій внутрішній світ через спонтанні штрихи, зафарбовані ділянки чи абстрактні форми. Завдяки такому підходу діти поступово опрацьовують свої страхи та переживання, вчаться регулювати емоційний стан без необхідності чітко його пояснювати.

Окрім цього, значного терапевтичного ефекту можна досягти за допомогою вправи «Моя історія у малюнках», що поєднує невербальне вираження емоцій з елементами сторітелінгу. Дітям пропонують намалювати ситуацію, що викликає у них сильні почуття, після чого відбувається обговорення з психологом. Якщо в сюжеті простежуються негативні моменти, спеціаліст допомагає дитині змінити історію, додавши у неї позитивні елементи. Цей підхід сприяє поступовому переосмисленню травматичного досвіду та формуванню відчуття контролю над власними емоціями.

Метод сторітелінгу, що використовується в арт-терапії, може працювати як у структурованому форматі, так і в довільному. В одному випадку дитина створює малюнок за певним сценарієм, дотримуючись основного задуму історії, а в іншому – вільно виражає свої думки та переживання, не замислюючись про логічну послідовність подій. Це дозволяє їй не лише глибше усвідомити свої почуття, а й віднайти позитивні сенси у складних життєвих ситуаціях.

Аналіз проведених вправ підтвердив, що використання арт-терапії сприяє зниженню рівня стресу, покращенню самопочуття дітей та розвитку навичок саморегуляції. Малювання карлючок, сторітелінг та інші техніки арт-терапії виконують корекційну функцію, а також стають інструментом самовираження, що допомагає дітям поступово відновлювати емоційну рівновагу та формувати позитивне ставлення до світу.

Результати проведених вправ засвідчили, що ізотерапія стала дієвим інструментом для зниження рівня тривожності та страхів у дітей, що пережили психотравмуючі події. Діти стали більш емоційно відкритими, рідше демонстрували уникнення тригерних ситуацій та виявляли більшу комунікативну активність. Поетапне впровадження арт-терапевтичних методик дозволило їм поступово опрацьовувати негативний досвід, перетворюючи його на безпечні образи у своїй уяві.

Висновки до третього розділу

Проведення корекційно-розвивальної програми, яка базувалася на застосуванні методів арт-терапії, дозволило суттєво покращити психоемоційний стан дітей дошкільного віку, які пережили психотравму. Тривалість програми склала три місяці, протягом яких здійснювався комплексний вплив на дітей за допомогою ізотерапевтичних, музичних, ігрових та інших арт-терапевтичних методик. Аналіз отриманих результатів підтвердив ефективність застосованих підходів у корекції проявів посттравматичного стресового розладу.

Результати повторного дослідження за методикою «Шкала оцінки дитячого посттравматичного стресового розладу» (CPTSD) засвідчили помітне зниження рівня симптоматики ПТСР серед дітей, що брали участь у програмі. Середній показник у дітей із діагностованими проявами розладу до початку занять становив 47 балів, а після завершення – 24 бали. Відзначалося зменшення рівня страху, тривожності, емоційного напруження, а також зниження частоти виникнення емоційних спалахів. Діти демонстрували знижену схильність до уникнення тригерних ситуацій і більш виражену емоційну стійкість.

Додаткові дослідження, проведені за допомогою проєктивних методик «Казковий тест» (за О. Венгером) та «Будинок, Дерево, Людина» (НТР), показали позитивну динаміку у вербальних та невербальних проявах емоційного стану дітей. У малюнках стали частіше з'являтися зображення з яскравими кольорами, позитивними сюжетами, що свідчить про поступове подолання негативних переживань. Зміни у змісті та стилі виконання малюнків підтвердили зростання рівня емоційного благополуччя та адаптивності дітей.

Спостереження за вільною грою дошкільників після завершення програми також продемонструвало значні покращення у поведінкових проявах. Діти стали менш агресивними, рідше використовували у грі травматичні сценарії, частіше обирали кооперативні ігри, що свідчить про зниження рівня тривожності та страхів.

Важливим доповненням до результатів дослідження стали повторні опитування батьків, які засвідчили покращення загального самопочуття дітей. Було відзначено нормалізацію сну, зниження частоти психосоматичних скарг, покращення настрою та підвищення соціальної активності дітей.

Отримані дані підтверджують високу ефективність застосування арт-терапевтичних методів у роботі з дошкільниками, які пережили психотравму. Комплексний підхід, що включав методи ізотерапії, арт-драматизації, ігрових методик та символічного малювання, дозволив значно знизити рівень проявів ПТСР, сприяв покращенню емоційного стану дітей та сприяв їх соціальній адаптації.

ВИСНОВКИ

1. Проведений теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей дошкільного віку дозволив встановити, що ПТСР є психічним станом, який виникає внаслідок дії надзвичайно сильного або тривалого стресу та проявляється специфічним симптомокомплексом. Основними симптомами ПТСР є: obsesивні спогади про травматичну подію, порушення сну, підвищене збудження, емоційна відстороненість, уникнення ситуацій або стимулів, що нагадують про травму, а також прояви тривожності, депресії та соматичних скарг. У дошкільному віці ці прояви можуть бути масковані під поведінкові порушення, регресивну поведінку або надмірну імпульсивність.

До основних причин розвитку ПТСР у дітей належать: безпосередня участь у події, що загрожує життю чи безпеці (бойові дії, стихійні лиха, насильство), смерть або втрата близьких, а також тривале перебування в умовах соціальної нестабільності. Суттєвими факторами ризику є: вік дитини (молодший вік – вища вразливість), стать (дівчатка частіше демонструють симптоми), низький рівень соціальної підтримки, психотравматичний досвід у сім'ї, а також коморбідні психічні стани (депресія, тривожні розлади тощо).

Встановлено, що ПТСР у дітей має складну патогенезу, яка поєднує нейропсихологічні, емоційно-когнітивні та соціальні механізми. Актуальність вивчення ПТСР у дошкільників зросла в умовах війни, що зумовлює необхідність подальших досліджень для своєчасної діагностики та розробки ефективних методів психологічної допомоги.

2. За результатами емпіричного дослідження особливостей проявів ПТСР у дітей старшого дошкільного віку, що відвідують Макарівський ЗДО «Веселка», встановлено наявність характерних симптомів, які відображають як психоемоційні, так і поведінкові порушення. Аналіз даних, отриманих за

допомогою спостереження, анкетування батьків та використання психодіагностичних методик (зокрема, тестів Розенберга, Ковальова, Томаса та проєктивної методики «Дерево»), показав, що значна частина дітей має ознаки підвищеної тривожності, уникнення контактів, порушень сну, пригніченого настрою, імпульсивної або агресивної поведінки.

Виявлено, що найвиразніші симптоми ПТСР спостерігалися у дітей із досвідом втрати домівки, вимушеної міграції або свідків бойових дій. Також було зафіксовано елементи регресивної поведінки, що вказує на зниження рівня саморегуляції та психологічної адаптації. Діти демонстрували труднощі у вербальному вираженні власного стану, емоційну скутість.

Отримані результати підтверджують наявність посттравматичних змін у структурі психічного реагування дошкільників та актуалізують необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки дітей із травматичним досвідом. Результати дослідження стали основою для розробки подальших корекційних заходів, адаптованих до вікових та індивідуальних особливостей обстежуваної групи.

3. У межах дослідження було створено та апробовано корекційно-розвивальну програму психологічної допомоги дітям старшого дошкільного віку з ознаками ПТСР, розроблену з урахуванням їхнього вікового розвитку, індивідуальних особливостей і специфіки психотравматичного досвіду дітей із сімей внутрішньо переміщених осіб. Програма включала методи арт-терапії, зокрема малювання, казкотерапію, вправи на емоційне розвантаження та ігрові форми роботи, спрямовані на відновлення почуття безпеки, зниження тривожності, розвиток емоційної саморегуляції та позитивного образу Я. Апробація програми відбувалася у формувальному експерименті, результати якого підтвердили її ефективність. Порівняльний аналіз психодіагностичних показників до та після реалізації корекційного впливу виявив позитивні зміни у психоемоційному стані дітей:

знизився рівень тривожності, зменшилась кількість ознак агресії та дезадаптивної поведінки, зросли показники емоційної стабільності та впевненості в собі. Таким чином, комплекс психологічних засобів, що був реалізований у межах експериментальної програми, засвідчив практичну дієвість і може розглядатися як ефективний інструмент психологічної допомоги дітям із ПТСР, зокрема тим, хто пережив досвід втрати домівки та близьких, зміни соціального середовища та емоційної дестабілізації.

4. У межах дослідження були сформульовані практичні рекомендації для вихователів, батьків і практичних психологів, що працюють із дітьми дошкільного віку, які зазнали психотравмуючих впливів. Рекомендації базуються на результатах реалізації корекційної програми та враховують особливості вікового розвитку, типові прояви ПТСР у дітей цієї категорії, а також специфіку соціального середовища внутрішньо переміщених осіб.

Вихователям рекомендовано створювати у групі безпечне та підтримувальне емоційне середовище, використовувати елементи арт-терапії у повсякденній діяльності, активно залучати дітей до сюжетно-рольових ігор, які допомагають їм інтегрувати пережитий досвід. Батькам – звертати увагу на емоційні реакції дитини, забезпечувати передбачуваність і сталість режиму, уникати надмірного контролю та проявів критики, формувати довірливі стосунки й емоційну підтримку. Практичним психологам – здійснювати скринінгову діагностику симптомів ПТСР, проводити індивідуальні та групові заняття з елементами терапії творчістю, а також надавати консультації батькам щодо особливостей реагування дітей на травматичні події. Рекомендації зорієнтовані на інтеграцію психокорекційної програми у педагогічний процес ЗДО та можуть бути адаптовані до умов конкретного освітнього середовища. Їхнє впровадження сприяє покращенню психоемоційного стану дітей, зменшенню проявів посттравматичних реакцій та підвищенню ефективності освітнього супроводу в умовах післястресової адаптації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Блінов О. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР). Psychological Journal. 2018.
2. Варіна Г. Б., Каткова Т. А. Психологічні засади дослідження феномену життєстійкості. Міжнародний журнал загальної та медичної психології. 2019. № 2 (02). С. 94–95. URI: <http://eprints.mdpu.org.ua/id/eprint/8373>. (дата звернення 03 березня 2025 р.)
3. Венгер О.П. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник. Тернопіль: ТДМУ, 2016. 260 с.
4. Використання методів ігрової терапії у роботі з дітьми. URL: <https://lib.chmnu.edu.ua/pdf/posibnuku/348/10.pdf> (дата звернення 23 березня 2025 р.)
5. Вознюк О. Деякі особливості психологічної підтримки дітей із травмою війни. // Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії. Донецький державний університет управління, 2018. С. 95–98.
6. Ган Р.З., Стеблюк В.В. Проблема інтегративного підходу до оцінки стану фізичного та ментального здоров'я дітей, що постраждали через воєнний конфлікт на Сході України. Український журнал перинатології і педіатрії. 2017. № 4. С. 95–96. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/perynatology_2017_4_17. (дата звернення 23 березня 2025 р.)
7. Греса Н.В. Психологічна підтримка дітей під час війни. Особистість, Суспільство, Війна. Харків, 2022. URL: https://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/13741/Psykholohichna%20dopomoha%20ditiam%20_Hresa. (дата звернення 06 березня 2025 р.)

8. Гунько Б.А. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2020. № 1(19). С. 216–219.
9. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. Український медичний часопис. Лікарю-практику. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvann-ya>. (дата звернення 23 квітня 2025 р.)
10. Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: довідник вихователя дошкільного навчального закладу. / Н.В. Пророк, С.А. Гончаренко та ін.; за ред. Н.В. Пророк. Слов'янськ: ПП «Канцлер», 2015. 84 с.
11. Засекіна Л.В. Трансформації епізодичної пам'яті під впливом лікування ПТСР. Генеза буття особистості. Київ, 2022. С. 231–232.
12. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Педагогічна думка. 2020.
13. Інформація про ПТСР. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/scho-treba-znati-proposttravmatichnij-stresovij-rozlad>. (дата звернення 23 лютого 2025 р.)
14. Карачевський А.Б. Адаптація шкал та опитувальників українською та російською мовами щодо посттравматичного стресового розладу. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. 2016. № 25. С. 607–623. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2016. (дата звернення 18 квітня 2025 р.)
15. Кокун О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних сил України : методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2021.

- 16.Коник В. Військові дії як психотравмуючий досвід для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. / Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії. Донецький державний університет управління, 2020. С. 120–122.
- 17.Кулик Н.А., Біловол Л.В. Надання психологічної підтримки дитині в психотравматичній ситуації: методичний посібник. Суми, 2019. 6 с. URL: <http://www.soippo.edu.ua/images.pdf>. (дата звернення 06 березня 2025 р.)
- 18.Найдьонова Л. А., Найдьонов М. І., Григоровська Л. В. Медіатравма і симптоми посттравматичного стресового розладу у дітей // Журнал сучасної психології. – 2022. – № 4 (27). URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740263/1/>. (дата звернення 20 січня 2025 р.)
- 19.Найдьонова Л.А. (Ред.). Медіапсихологія на перетині інформаційного та освітнього просторів: монографія. Київ: Міленіум, 2024.
- 20.Найдьонова Л.А. Медіапсихологія: основи рефлексивного підходу: підручник. Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2023.
- 21.Напрєєнко О.К., Марценковський Д.І. Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків. Неврологія, Психіатрія, Психотерапія. 2019. № 1(48). 13 травня. URL: <https://health-ua.com/article/42493-depres-priposttravmatichnomu-stresovomu-rozlad-udtej-tapdltkv>. (дата звернення 04 березня 2025 р.)
- 22.Особливості післякризової психологічної діагностики дітей у контексті військового конфлікту на Донбасі. Матеріали конференції. 2020. С. 157–161.
- 23.Пінчук І.Я., Гоженко А.І., Псядло Е.М. (Ред.). Діагностика та корекція психофізіологічних та психічних порушень здоров'я в післястресовий період : методичний посібник. Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та

- наркології МОЗ України, ДП Укр. НДІ медицини трансп. М-ва охорони здоров'я України. Одеса: Фенікс, 2020. ISBN 978-966-438-934-8.
24. Посттравматичний стресовий розлад в умовах війни: пояснення психологів. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/posttravmatichnij-stresovij-rozlad-v-umovah-vijni-rozyasnennyapsihologiv>. (дата звернення 13 березня 2025 р.)
25. Посттравматичний стресовий розлад: посібник. / Венгер О.П., Ястремська С.О., Рега Н.І. та ін. Тернопіль: ТДМУ, 2020. 264 с.
26. Пресреліз – Дослідження психологічного стану населення в умовах повномасштабної війни 2022. Інститут соціальної та політичної психології. URL: <https://ispp.org.ua/2022/09/13/doslidzhennya-psixologichnogo-stanu-naselennya-v-umovah-povnomasshtabnoii-vijni/>. (дата звернення 03 лютого 2025 р.)
27. Соловей О.А. Ознаки ПТСР у дітей та особливості кризових інтервенцій дітей, що пережили психотравмуючі події. Матеріали III Міжнар. Науково-практичної інтернет-конференції: Особистість і суспільство: методологія і практика сучасної психології, 12 травня 2016 року.
28. Туриніна О.Л. Психологія травматичних ситуацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: ДП «Видавничий дім Персонал», 2017. 160 с.
29. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при реакції на важкий стрес та розлади адаптації, включаючи ПТСР. Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України 23.02.2016 № 121. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf. (дата звернення 16 березня 2025 р.)

- 30.Черниш О.А. Соціально-психологічний практикум. Психологічний супровід дітей в період військового конфлікту. Вінниця, 2016. 3 с.
- 31.Шрамко О. Втрата в житті дитини: психологічна допомога. Практичний психолог. Дитячий садок. 2013. № 2. С. 34–45.
- 32.Allwood M.A., Bell-Dolan D., Husain S.A. Children's Trauma and Adjustment Reactions to Violent and Nonviolent War Experiences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002. Vol. 41(4). P. 450–457. DOI: 10.1097/00004583-200204000-00018.
- 33.American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington, DC: Author, 1980.
- 34.American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Text Revision (DSM-5-TR)*. URL: <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>. (дата звернення 02 березня 2025 р.)
- 35.Anderson F.G. *Transcending Trauma: Healing Complex PTSD with Internal Family Systems*. 2021. ISBN: 1683733975.
- 36.Anyshchenko L. Теоретичні аспекти соціально-психологічної реадaptaції учасників бойових дій до умов мирного життя. ResearchGate. 2022. URL: https://www.researchgate.net/publication/366086099_Teoreticni_aspekti_socialno-psihologicnoi_readaptacii_ucasnikiv_bojovih_dij_do_umov_mirnogo_zitta. (дата звернення 23 квітня 2025 р.)
- 37.Arvidson J., Kinniburgh K., Howard K., Spinazzola J., Strothers H., Evans M., Blaustein M.E. Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2021. Vol. 4(1). P. 34–51. DOI: 10.1080/19361521.2011.545046.

38. Ataria Y., Gurevitz D., Pedaya H., Neria Y. (Eds.). *Interdisciplinary Handbook of Trauma and Culture*. Springer International Publishing, 2016.
39. Attanayake V., McKay R., Joffres M., Singh S., Burkle F., Mills E. Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict and Survival*. 2009. Vol. 25(1). P. 4–19. DOI: 10.1080/13623690802568913.
40. Bensimon Levine M., Gadi Z., Einat S., Svetlicky V., Zahava S. Elaboration on posttraumatic stress disorder diagnostic criteria: a factor analytic study of PTSD exposure to war or terror. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2023. Vol. 50(2). P. 84–90.
41. Child War Foundation. URL: <http://www.childrenandwar.org>. (дата звернення 23 березня 2025 р.)
42. Dams J., Rimane E., Steil R., Renneberg B., Rosner R., Kunig H.-H. Health-Related Quality of Life and Costs of Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents and Young Adults in Germany. *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 11. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00697.
43. Davis W., Petrovic L., Whalen K., Danna L., Zeigler K., Brewton A., Joseph M., Baker C.N., Overstreet S. Centering trauma-informed approaches in schools within a social justice framework. *Psychology in the Schools*. 2022. DOI: 10.1002/pits.22664.
44. First M.B., Williams J.B.W., Karg R.S., Spitzer R.L. *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2016.
45. Foa E.B., McLean C.P., Zang Y., Zhong J., Rauch S.A., Porter K., et al. Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment*. 2016. Vol. 28(10). P. 1159–1165. DOI: 10.1037/pas0000232.

46. Forbes D., Bisson J.I., Monson C.M., Berliner L. Effective Treatments for PTSD. 3rd ed. New York: Guilford Publications, 2020.
47. Friedman M.J., Keane T.M., Resick P.A. (Eds.). Handbook of PTSD: Science and practice. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2014.
48. Hamblen J. Media Coverage of Traumatic Events: Research on Effects. Dart Center for Journalism and Trauma. 2002. URL: http://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/media_coverage_trauma.asp. (дата звернення 04 березня 2025 р.)
49. Heptinstall E., Sethna V., Taylor E. PTSD and depression in refugee children: Associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 373–380. DOI: 10.1007/s00787-004-0382-5.
50. Holman E.A., Garfin D.R., Lubens P., Silver R.C. Media Exposure to Collective Trauma, Mental Health, and Functioning: Does It Matter What You See? *Clinical Psychological Science*. 2019. Vol. 7(2). P. 1–12. DOI: 10.1177/2167702619858300.
51. Horowitz M.J., Wilner N., Alvarez W. The impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*. 1979. Vol. 41. P. 209–218.
52. Khan A. R., Altalbe A. Potential impacts of Russo-Ukraine conflict and its psychological consequences among Ukrainian adults: the post-COVID-19 era. *Frontiers in Public Health*. 2023. Vol. 11. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1280423.
53. Koenen K.C., Ratanatharathorn A., Ng L., McLaughlin K.A., Bromet E.J., Stein D.J., Karam E.G., Merikangas K.R., Ruscio A.M., Shahly V., Van Ommeren M., Alonso J., Benjet C., Bunting B., Demyttenaere K., Florescu S., de Girolamo G., Gluzman S., Gureje O., Haro J.M., Hinkov H., Hu C., Kovess-Masfety V., Lee S., Medina-Mora M.E., Navarro-Mateu F., Posada-Villa J., Scott K., Torres Y., Kessler R.C. Posttraumatic stress

- disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. 2017. Vol. 47(13). P. 2260–2274. DOI: 10.1017/S0033291717000708.
54. Leese P., Kühne J.B., Crouthamel J. *Languages of Trauma: History, Memory, and Media*. Toronto: University of Toronto Press, 2021.
 55. Malas N. et al. Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2017. Vol. 19(2). DOI: 10.1007/s11920-017-0760-3.
 56. Meiser-Stedman R., Smith P., Yule W., Dalgleish T. The Trauma Memory Quality Questionnaire: preliminary development and validation of a measure of trauma memory characteristics for children and adolescents. *Memory*. 2017. Vol. 15. P. 271–279.
 57. Michalek J. et al. War-related trauma linked to increased sustained attention to threat in children. *Child Development*. 2022. DOI: 10.1111/cdev.13739.
 58. Osokina O. et al. Impact of the Russian Invasion on Mental Health of Adolescents in Ukraine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2022. DOI: 10.1016/j.jaac.2022.07.845.
 59. Pfefferbaum B. Aspects of Exposure in Childhood Trauma: The Stressor Criterion. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015. Vol. 6(2). P. 17–26. DOI: 10.1300/j229v06n02_03.
 60. Pop-Jordanova N. Different Clinical Expression of Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Assessment and Treatment. *PRILOZI*. 2019. Vol. 40(1). P. 5–40. DOI: 10.2478/prilozi-2019-0001.
 61. Prins A., Bovin M.J., Smolenski D.J., Marx B.P., Kimerling R., Jenkins-Guarnieri M.A., et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and evaluation within a veteran primary care sample. *Journal of General Internal Medicine*. 2016. Vol. 31. P. 1206–1211. DOI: 10.1007/s11606-016-3703-5.

- 62.Reavell J., Fazil Q. The epidemiology of PTSD and depression in refugee minors who have resettled in developed countries. *Journal of Mental Health*. 2016. Vol. 26(1). P. 74–83. DOI: 10.1080/09638237.2016.1222065.
- 63.UNHCR. Unhcr operational data portal: Ukraine refugee situation. URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> (дата звернення: 15.09.2022).
- 64.Urbański P. K. et al. Symptoms of depression and anxiety among Ukrainian children displaced to Poland following the outbreak of the Russo-Ukrainian war: Associations with coping strategies and resilience. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2023. DOI: 10.1111/aphw.12510.
- 65.Vervliet M., Lammertyn J., Broekaert E., Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2013. Vol. 23(5). P. 337–346. DOI: 10.1007/s00787-013-0463-1.
- 66.Von der Warth R., Dams J., Grochtdreis T., Kunig H.-H. Economic evaluations and cost analyses in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020. Vol. 11(1). P. 1753940. DOI: 10.1080/20008198.2020.1753940.
- 67.Weathers F.W., Bovin M.J., Lee D.J., Sloan D.M., Schnurr P.P., Kaloupek D.G., Marx B.P., Keane T.M. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5: Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*. 2018. Vol. 30(3). P. 383–395. DOI: 10.1037/pas0000486.
- 68.Weathers F.W., Litz B.T., Herman D.S., Huska J.A., Keane T.M. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Poster presented at the 9th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX. 1993, October.

69. Weiss D.S., Marmar C.R. The Impact of Event Scale-Revised. // In: J.P. Wilson, T.M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, 1997. P. 399–411.
70. Yayan E. H. et al. Mental Health Problems of Syrian Refugee Children: Post-Traumatic Stress, Depression and Anxiety. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020. Vol. 51. P. e27–e32. DOI: 10.1016/j.pedn.2019.06.012.
71. Zasiakina L., Hordovskya T., Kozihora M. Understanding Language and Speech in the Voice of Collective Trauma. *Psycholinguistics in a Modern World*. 2020. Vol. 15. P. 84–88. DOI: 10.31470/2706-7904-2020-15-84-88.
72. Zasiakina L., Kokun O., Kozihora M., Fedotova T., Zhuravlova O., Bojko M. A Concept Analysis of Moral Injury in Ukrainian National Guard Service Members' Narratives: A Clinical Case Study. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2022. Vol. 9(1). P. 296–314. DOI: 10.29038/eejpl.2022.9.1.zas.

ДОДАТКИ

Додаток А

Діагностичний комплекс для оцінки ПТСР у дітей [18]

Методика	Опис	Адаптація в Україні	Примітка
Children's Revised Impact of Event Scale (має два варіанти – короткий з 8 запитань, CRIES-8, що має україномовну версію, і більш деталізований)	Діагностика посттравматичних симптомів у дітей. Має україномовну адаптацію.	Має адаптовану версію	дозволений власником авторських прав, фундацією «Діти і війна» (http://www.childrenandwar.org) для вільного використання фахівцями у сфері психічного здоров'я по всьому світі. Українська адаптація здійснена фахівцями Інституту психічного здоров'я Українського Католицького Університету (www.ipz.org.ua) і так само є дозволеною для вільного безкоштовного використання.
Анкета посттравматичних когніцій (сPTSI)	Оцінка негативних когніцій після травматичної події. Включає 25 або 10 запитань.	Потребує україномовної адаптації	складається з 25 запитань (коротка версія з 10 запитань) і спрямована на виявлення думок і почуттів, які дитина переживає після травматичної події (наприклад, «я почуваюся недобре», «я не довіряю людям», «життя несправедливе», «зі мною вже не зможе трапитися нічого доброго», а також «травматична подія зруйнувала моє життя», «травматична подія змінила мене назавжди», «станеться щось жахливе, якщо я не буду контролювати свої думки про травматичну подію»); виділяється два компоненти негативних думок – тривога, що зміни відбулися назавжди, і відчуття безсилля у страшному світі.
Опитувальник травматичної пам'яті (TMQQ)	Аналіз якості спогадів про травму, рівень їх деталізації та емоційної насиченості.	Потребує україномовної адаптації	містить 11 запитань про стан пам'яті про травматичну подію (наприклад, «я можу легко розмовляти про те, що трапалося», «я не можу висловити словами, що тоді трапалося», «коли я пригадую травматичну подію, я інколи чую у себе в голові ті звуки, які тоді відбувалися», «коли спогад про травматичну подію приходить мені на думку, я ніби бачу фотографію того, що відбувалося»). Дитині пропонується оцінити ступінь

			згоди з кожним твердженням за 4-бальною шкалою від «повністю не згоден» до «повністю згоден».
Шкала самооцінки депресії для дітей (DSRS)	Визначення рівня депресивних симптомів у дітей.	Немає інформації про адаптацію	
Опитувальник дитячої травми війни (CWTe)	Виявлення травматичних подій війни, які вплинули на дитину.	Потребує україномовної адаптації	створений у 1988 р., включає перелік подій війни, які траплялися протягом життя дитини, і рекомендований також для опитування дітей 10–16 років. Складається з двох частин – загальна демографічна інформація і специфічна (наприклад, чи змінювала дитина місце мешкання чи навчання, чи змінювала країну перебування, чи розлучалася з мамою/татом чи з обома батьками, чи втрачала когось близького, чи була свідком насильницьких дій, чи була свідком бойових дій, бомбардувань, чи була жертвою насильства, чи має поранення, чи була змушена брати участь у бойових діях, вбивати, чи була в екстремальних умовах відсутності води, їжі, житла принаймні два дні). В опитувальнику фіксується частота подій, вік дитини на момент, коли з нею це трапилося, з'ясовуються деталі травматичного досвіду.
Методика скринінгу дитячого психологічного дистресу (CPDS)	Швидке визначення психологічного дистресу у дітей.	Немає інформації про адаптацію	
Індекс посттравматичних стресових реакцій (PTSD Reaction Index)	Оцінка реакцій дитини на травматичний стрес.	Немає інформації про адаптацію	
Анкета дитячої депресії (CDI)	Діагностика депресивних проявів у дітей.	Немає інформації про адаптацію	
Чек-лист дитячої	Оцінка поведінкових	Немає інформації	заповнюються дорослими, які спостерігають за дітьми

поведінки (CBC)	проявів та психоемоційного стану дитини на основі спостережень дорослих.	про адаптацію	
Опитувальник досвіду війни (WEQ)	Аналіз пережитого воєнного досвіду та його наслідків для психіки дитини.	Немає інформації про адаптацію	

Анкета для батьків

Мета: Збір інформації для визначення психологічного стану дитини дошкільного віку та виявлення можливих симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Загальна інформація

1. **Прізвище, ім'я дитини:**
2. **Вік дитини:**
3. **Дата народження:**
4. **Місце проживання (поточне та до травматичної події):**
5. **Чи були ваші діти свідками або учасниками таких подій (позначте всі, що підходять):**
 - ☐ Активні бойові дії
 - ☐ Евакуація з окупованих територій
 - ☐ Обстріли/бомбардування
 - ☐ Втрата близьких
 - ☐ Інше (уточніть): _____

Емоційний стан дитини

6. Чи спостерігаєте ви підвищену тривожність або страх у вашої дитини? Якщо так, у яких ситуаціях?
 - ☐ Так
 - ☐ Ні
 - **Опишіть ситуації:** _____
7. Чи стала дитина більш дратівливою або гнівливою останнім часом?
 - ☐ Так
 - ☐ Ні
 - **Приклади проявів:** _____
8. Чи помічали ви, що дитина стала сумною, апатичною або безнадійною?
 - ☐ Так
 - ☐ Ні
 - **Опишіть:** _____

Поведінка дитини

9. Чи повертається дитина до звичок, які були притаманні їй у ранньому дитинстві (наприклад, смоктання пальців, заспокійливі дії)?
 - ☐ Так
 - ☐ Ні
 - **Опишіть:** _____
10. Чи уникає дитина певних місць, предметів або людей, які нагадують про травматичну подію?
 - ☐ Так

- ☐ Ні
 - **Опишіть:** _____
11. Чи знизилася успішність дитини в навчанні (наприклад, труднощі з концентрацією, забування матеріалу)?
- ☐ Так
 - ☐ Ні
 - **Опишіть:** _____

Когнітивні прояви

12. Чи має дитина кошмари, пов'язані з пережитими подіями?
- ☐ Так
 - ☐ Ні
 - **Як часто:** _____
13. Чи скаржиться дитина на проблеми з концентрацією уваги або запам'ятовуванням?
- ☐ Так
 - ☐ Ні
14. Чи згадує дитина події, пов'язані з травмою, у вигляді флешбеків (раптові образи, які викликають стрес)?
- ☐ Так
 - ☐ Ні

Фізичні симптоми

15. Чи скаржиться дитина на головний біль, біль у животі або інші незрозумілі фізичні симптоми?
- ☐ Так
 - ☐ Ні
 - **Як саме:** _____
16. Чи має дитина проблеми зі сном (важкість засинання, часті пробудження)?
- ☐ Так
 - ☐ Ні
 - **Як часто:** _____
17. Чи виглядає дитина постійно втомленою або знесиленою?
- ☐ Так
 - ☐ Ні

Додаткова інформація

18. Як ви вважаєте, що найбільше впливає на стан вашої дитини зараз?
19. Чи отримувала ваша дитина психологічну або іншу підтримку після травматичних подій?
- ☐ Так
 - ☐ Ні
 - **Яку саме:** _____
 - **Дякуємо за ваші відповіді! Ваша участь допоможе краще зрозуміти стан вашої дитини та надати необхідну підтримку.**

Питання шкали CPTSD для дітей 6-12 років

Ця версія CPTSD адаптована для дітей віком 5-7 років.

Вона містить 17 питань, які оцінюють 5 симптомів ПТСР.

Кожне питання оцінюється за шкалою від 0 до 3, де:

- 0: Ніколи.
- 1: Рідко (менше 1 разу на тиждень).
- 2: Іноді (1-2 рази на тиждень).
- 3: Часто (3 рази на тиждень або більше).

Питання

1. Чи часто ти думаєш про [травматичну подію] ?
 2. Чи часто ти бачиш жахливі сни про [травматичну подію] ?
 3. Чи часто ти відчуваєш, що [травматична подія] знову відбувається?
 4. Чи часто ти намагаєшся не думати про [травматичну подію] ?
 5. Чи часто ти уникаєш місць або людей, які нагадують тобі про [травматичну подію]?
 6. Чи часто ти відчуваєш себе винним через те, що сталося під час [травматичної події] ?
 7. Чи часто ти відчуваєш, що ти або хтось із твоїх близьких може померти в будь-який момент?
 8. Чи часто ти відчуваєш себе стривоженим або напруженим?
 9. Чи часто ти відчуваєш себе дратівливим або легко гніваєшся?
 10. Чи часто ти відчуваєш себе неспокійним або не можеш всидіти на місці?
 11. Чи часто ти відчуваєш себе відстороненим або ніби не в собі?
 12. Чи часто ти відчуваєш, що твоє тіло не належить тобі?
 13. Чи часто ти відчуваєш, що втрачаєш пам'ять про [травматичну подію] ?
 14. Чи часто ти відчуваєш, що не можеш зрозуміти, що відбувається навколо тебе?
 15. Чи часто ти відчуваєш, що ти не можеш нікому довіряти?
 16. Чи часто ти відчуваєш себе безнадійним або безпорадним?
- Загальний бал CPTSD розраховується шляхом сумування балів за всі 16 питань.

Інтерпретація балів:

- 17-34: Діти не мають ПТСР.
- 35-49: Діти мають легкий ПТСР.
- 50-64: Діти мають помірний ПТСР.
- 65-81: Діти мають важкий ПТСР.



Візуалізація внутрішнього стану допомагає дитині розвивати свої навички саморефлексії та самовираження, важливі для ефективного управління емоціями і змінення негативних переконань до сприйняття їх нейтральними

Додаток Ж



Перебування у безпечному місці та перенесення такого місця у свою підсвідомість – важлива умова саморегуляції в складних або стресових ситуаціях. Важливо, що вправа виконується в безпечному терапевтичному середовищі та з підтримкою досвідченого спеціаліста.



Вправу «Сімейне дерево» можна використовувати як частину комплексної програми психокорекції для дітей з ПТСР, сприяючи психологічному відновленню та зміцненню сімейних зв'язків

КОРЕКЦІЙНЕ ЗАНЯТТЯ №1

з використанням засобів психокорекції ПТСР з дітьми старшої групи
(5-6 років)

Тема заняття: **«Моє безпечне місце»**

Мета заняття: допомогти дітям з ПТСР розслабитися, знизити рівень тривожності та сформувати почуття безпеки. Стимулювати розвиток емоційної саморегуляції. Надати дітям інструмент для справляння зі стресовими ситуаціями.

Тривалість: 30 хвилин

Матеріали: аркуші паперу, кольорові олівці, фломастери. Легкий килимок або подушки для створення комфортної атмосфери. Спокійна музика для релаксації (за бажанням). Іграшковий песик або м'яка іграшка (для спільної гри).

Структура заняття

1. Привітання (3 хвилини)

Психолог або вихователь вітається з дітьми у колі, використовуючи теплі слова: «Привіт, дорогі друзі! Сьогодні ми разом вирушимо у подорож до дуже особливого місця – місця, де нам завжди спокійно та затишно. Це буде наша маленька подорож у світ уяви!»

Дітям пропонується сісти у коло, послухати заспокійливу музику та зробити три глибоких вдихи, щоб налаштуватися на заняття.

2. Вступна бесіда (5 хвилин)

Психолог розповідає дітям про «безпечні місця»: «Кожен із нас має місце, де ми відчуваємося спокійно та щасливо. Це може бути кімната вдома, улюблений садок або навіть уява про казковий ліс чи чарівну печеру. У такому місці ми можемо почувати себе захищеними».

Психолог задає дітям прості запитання:

«А чи є у вас улюблене місце, де вам дуже добре?»

«Що там є, що вам подобається?»

«Кого б ви хотіли бачити поруч у цьому місці?»

3. Основна частина (15 хвилин)

Вправа 1: «Малюємо своє безпечне місце» (10 хвилин)

Дітям роздають аркуші паперу та кольорові олівці. Психолог просить: «Намалюйте своє уявне безпечне місце. Уявіть, як виглядає це місце: які кольори там є, що ви чуєте, що бачите. Подумайте, хто там може бути поруч із вами, щоб вам було затишно».

Під час малювання психолог підходить до кожної дитини, заохочує їх описувати своє місце та підтримує позитивні емоції: «Які гарні кольори ти обрав! Це місце дійсно виглядає дуже затишним».

Вправа 2: «Подорож у безпечне місце» (5 хвилин)

Діти сідають зручно на килимок або подушки. Психолог пропонує закрити очі й уявити своє намальоване безпечне місце. Далі звучить спокійна музика, і психолог говорить: «Уявіть, як ви йдете до свого безпечного місця. Ви бачите знайомі речі, відчуваєте, як стає тепліше й приємніше. Ви в цьому місці – там, де вас люблять і де завжди можна відпочити. Тут ви можете залишатися стільки, скільки захочете».

4. Заключна частина (7 хвилин)

Групове обговорення (5 хвилин)

Психолог запитує:

«Як ви почуваетесь після подорожі у своє безпечне місце?»

"»Що вам найбільше сподобалося в цьому місці?»

«Як ви можете згадати це місце, коли вам буде тривожно?»

Діти обмінюються враженнями, а психолог підтримує позитивну атмосферу.

Рефлексія і завершення (2 хвилини)

Діти разом з психологом складають «чарівне заклинання спокою» – фразу, яку вони можуть повторювати, щоб згадати своє безпечне місце (наприклад, «Я в своєму затишному місці, тут мені добре!»). Психолог дякує дітям за участь і нагадує, що вони можуть у будь-який момент повернутися до свого безпечного місця.

Очікувані результати

1. Зменшення тривожності та напруги у дітей.
2. Формування відчуття захищеності та спокою.
3. Розвиток навичок емоційної саморегуляції.

Таке заняття можна проводити регулярно, доповнюючи його новими елементами творчості та гри.

КОРЕКЦІЙНЕ ЗАНЯТТЯ №2

з використанням засобів психокорекції ПТСР з дітьми підготовчої групи
(6-7 років)

Тема заняття: **«Дерево Сили»**

Мета заняття: допомогти дітям знайти внутрішні ресурси для подолання тривоги та стресу. Сприяти розвитку впевненості у власних силах. Формувати навички емоційного саморегулювання через творчість та групову взаємодію.

Тривалість: 40 хвилин

Матеріали: великий аркуш паперу (ватман) або дошка для малювання. Фломастери, фарби, кольорові олівці. Наліпки у формі листочків, фруктів чи квітів. М'який м'ячик для гри. Спокійна музика для релаксації.

Структура заняття

1. Привітання та налаштування (5 хвилин)

Діти сідають у коло. Психолог вітається з ними та пропонує гру для налаштування: передавати м'ячик один одному, називаючи свій улюблений предмет, тварину або кольори. Це допомагає створити дружню атмосферу.

Психолог пояснює дітям, що сьогодні вони створять «Дерево Сили», яке допоможе їм відчувати себе сміливими та щасливими навіть у складні моменти.

2. Вступна бесіда (5 хвилин)

Психолог розповідає коротку історію: «Колись у чарівному лісі росло Дерево Сили. Його гілки були міцними, а листя яскравим, тому що воно отримувало свою силу від тих, хто вірив у себе і не боявся труднощів. Сьогодні ми допоможемо виростити своє Дерево Сили, щоб воно підтримувало нас і наших друзів.»

Далі психолог запитує:

«Коли ви відчуваєтеся сильними? Що вам допомагає, коли ви боїтеся?»

«Хто чи що робить вас щасливими та впевненими?»

3. Основна частина (25 хвилин)

Вправа 1: «Малюємо стовбур Дерева Сили» (10 хвилин)

На великому аркуші паперу (або дошці) діти разом малюють стовбур дерева. Кожна дитина додає свій елемент: хтось малює гілку, хтось – коріння. Психолог підказує, що коріння символізує їхню силу, а стовбур – упевненість.

Під час малювання психолог заохочує дітей: «Твоя гілка виглядає дуже міцною! Усі разом ми зробимо наше дерево сильним.»

Вправа 2: «Додаємо листя та фрукти» (10 хвилин)

Діти отримують наліпки у формі листочків, фруктів чи квітів. На кожній наліпці вони пишуть або малюють, що робить їх сильними (наприклад, «моя сім'я», «дружба», «гратися з друзями»). Далі діти прикріплюють наліпки до дерева.

Психолог запитує:

«Що ти намалював на своєму листочку?»

«Чому це важливо для тебе?»

Вправа 3: «Чарівне дерево оживає» (5 хвилин)

Діти сідають у коло навколо дерева. Психолог пропонує закрити очі й уявити, як Дерево Сили захищає їх. Спокійна музика допомагає створити розслаблюючу атмосферу. Психолог промовляє: «Уявіть, як дерево випромінює тепло і силу. Воно огортає вас своїми гілками, і ви відчуваєте, як стаєте сильнішими й спокійнішими. Ви можете повернутися до цього дерева у своїй уяві, коли вам буде потрібно.»

4. Заклучна частина (5 хвилин)

Обговорення та рефлексія (3 хвилини)

Психолог пропонує дітям поділитися:

«Що вам найбільше сподобалося сьогодні?»

«Чи стало дерево сильнішим завдяки вашим листочкам?»

Діти розповідають про свої враження. Психолог дякує кожному за їхній внесок у створення дерева.

Завершення заняття (2 хвилини)

Діти складають разом «заклинання сили» (наприклад: «Моє дерево допомагає мені бути сильним і щасливим»). Психолог нагадує, що дерево завжди буде їхнім другом і підтримкою.

Очікувані результати

1. Діти навчаться визначати свої внутрішні ресурси та використовувати їх у складних ситуаціях.
2. Розвиватимуться емоційна саморегуляція та впевненість у собі.
3. Формуватимуться навички взаємодії та підтримки у групі.

Таке заняття можна використовувати як частину програми корекції, адаптуючи його для конкретних потреб дітей.

Додаток Л**Практичні рекомендації для вихователів, батьків і психологів щодо впровадження програми корекції ПТСР у закладах дошкільної освіти**

Практичні рекомендації для впровадження програми корекції посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей у закладах дошкільної освіти базуються на індивідуальному підході до кожної дитини та активній взаємодії всіх учасників освітнього процесу.

Для вихователів важливо створити в групах атмосферу довіри та емоційної підтримки. Вихователі мають бути уважними до змін у поведінці дітей, виявляти ознаки тривожності, страху чи замкнутості. Вони повинні використовувати ігрові та творчі методи для залучення дітей до групових занять, які сприяють зниженню стресу. Наприклад, це можуть бути вправи на релаксацію, рольові ігри чи малювання, які допомагають дітям виразити свої емоції. Важливо регулярно співпрацювати з психологом для отримання рекомендацій щодо роботи з дітьми, які мають прояви ПТСР.

Для батьків ключовою є підтримка та розуміння. Батьки повинні виявляти терпіння до дітей, які пережили травматичні події, і створювати вдома безпечну, стабільну атмосферу. Рекомендується залучати батьків до групових занять із психологом, під час яких вони можуть навчитися методам підтримки своїх дітей. Наприклад, це може бути спільне виконання релаксаційних вправ або участь у сімейних ігрових сесіях, що сприяють зміцненню емоційних зв'язків. Батькам важливо бути відкритими до обговорення переживань дитини, уникаючи критики чи тиску.

Для психологів важливо впроваджувати комплексні програми корекції, які враховують вік, рівень розвитку дитини та її індивідуальні потреби. Основними інструментами повинні стати когнітивно-поведінкова терапія, ігрова терапія, арт-терапія та вправи на релаксацію. Психологам слід забезпечувати регулярний моніторинг емоційного стану дітей, фіксуючи

прогрес і вчасно коригуючи програму при необхідності. Особливу увагу слід приділяти роботі з дітьми з сімей внутрішньо переміщених осіб (ВПО), надаючи їм додаткову підтримку.

Усі учасники мають підтримувати постійний діалог і обмінюватися інформацією щодо стану дітей. Спільні дії вихователів, батьків і психологів дозволять забезпечити дітям гармонійне середовище для відновлення, допоможуть знизити симптоми ПТСР і сприятимуть їхній соціалізації та емоційному благополуччю.