

КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА
СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

Кафедра психології особистості та соціальних практик

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

Навчально-професійний проєкт

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми 053.00.05 Екстремальна та кризова психологія

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ІЗ ПСИХОТРАВМОЮ
ЗАСОБАМИ АРТТЕРАПІЇ

Виконала: студентка групи ЕКПм-1-24-1.4з

заочної форми навчання

Коваль Аліна Олександрівна

Науковий керівник:

Ткачишина О.Р., кандидат психологічних наук,

старший викладач кафедри

психології особистості та соціальних практик

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі досліджується одна з найчутливіших тем сучасної психології - допомога дітям, які пережили психотравмувальні події. У фокусі уваги - те, як творчість, кольори, образи та символи можуть стати для дитини безпечним способом говорити про те, про що словами сказати важко.

Об'єкт дослідження - психотравма у дітей.

Предмет дослідження - арттерапія як засіб подолання травматичного досвіду.

Мета дослідження полягає у тому, щоб на основі теорії та практичного аналізу показати можливості арттерапії у відновленні дітей після травми та створити дієву програму, яка може стати опорою для практичних психологів.

У роботі поставлено такі **завдання**:

- зібрати та осмислити наукові підходи до розуміння психотравми у дітей різного віку;
- визначити, як саме проявляється травма і які емоційні наслідки вона залишає;
- проаналізувати потенціал арттерапії та те, чому творчість стає «мовою почуттів» дитини;
- провести емпіричне дослідження психоемоційного стану дітей;
- розробити арттерапевтичну програму, яка допомагає м'яко опрацьовувати травматичний досвід.

Дослідження складається зі вступу, двох розділів (теоретичного та практичного), кожен із яких містить кілька підрозділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг виконаного дослідження – 88 сторінок.

Методи дослідження включали теоретичний аналіз літератури, психодіагностичні методики (Спілбергера–Ханіна, Дембо–Рубінштейн,

Люшера), а також проєктивні техніки та якісний аналіз дитячих робіт, що дозволило уважно побачити внутрішній стан кожної дитини.

У першому розділі розглянуто теоретичні основи проблеми: проаналізовано медико-психологічні, психоаналітичні, гуманістичні, екзистенційні та соціокультурні підходи до розуміння психотравми, узагальнено погляди З. Фрейда, П. Жане, Г. Сельє, Б. ван дер Колка, К. Роджерса, А. Маслоу та сучасних дослідників. Особливу увагу приділено віковим проявам психотравми - від раннього дитинства до підліткового віку - з описом порушень емоційної регуляції, самооцінки, поведінкових реакцій та формування прив'язаності. Також представлено аналіз міжнародного та українського досвіду допомоги дітям, які пережили травму, з акцентом на ролі соціокультурного контексту.

Другий розділ має практично-емпіричний характер і містить результати дослідження дітей 7–12 років, які пережили психотравмувальні події. Використано низку діагностичних методик (Спілбергера–Ханіна, Дембо–Рубінштейн, тест Люшера, проєктивні малюнкові тести), що дозволило виявити підвищені рівні тривожності, емоційної напруги, занижену самооцінку та прояви внутрішніх конфліктів. На основі отриманих результатів розроблено та апробовано арттерапевтичну програму з 10 занять, що включає малюнкову терапію, пісочні техніки, роботу з кольором, колаж і казкотерапію.

Підсумкові результати підтверджують, що арттерапія є ефективним, м'яким та доступним засобом психологічної допомоги дітям із травматичним досвідом.

Практичне значення дослідження полягає у можливості впровадження розробленої програми у роботі шкільних психологів, фахівців центрів підтримки та реабілітаційних установ у воєнний і повоєнний період.

Ключові слова: психотравма, дитина, арттерапія, емоції, тривожність, психологічна підтримка, творчість, відновлення.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	8
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОТРАВМИ У ДІТЕЙ	8
1.1. Науково-теоретичні підходи до поняття «психотравма».....	8
1.2. Особливості проявів психотравми та її психологічні наслідки для дітей різного віку	14
1.3. Теоретичні засади та досвід використання арт-терапії у подоланні психотравм у дітей	20
Висновок до 1 розділу.....	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ПСИХОТРАВМОЮ ЗАСОБАМИ АРТТЕРАПІЇ	26
2.1. Теоретико-прикладні аспекти арттерапії у роботі з дітьми щодо подолання психотравматичного досвіду	26
2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження	30
2.3. Програма для психологів щодо роботи з дітьми із психотравмою ..	36
Висновок до розділу 2.....	52
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58
ДОДАТКИ	63

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні суспільно-політичні події, зокрема війна в Україні, значною мірою впливають на психоемоційний стан дітей, провокуючи виникнення психотравм. Дитина, яка стала свідком насильства, втрати, тривалого стресу чи вимушеного переселення, перебуває у стані підвищеного психічного ризику, що може мати довготривалі наслідки. З огляду на це, постає необхідність у розробці та впровадженні ефективних методів психологічної підтримки, адаптованих до дитячого віку.

Особливої уваги потребує пошук гуманних, м'яких, але водночас результативних способів подолання травматичного досвіду. У цьому контексті арттерапія є одним із провідних напрямів психологічної допомоги дітям, адже через творчу діяльність діти здатні символічно виразити свій біль, переживання та віднайти внутрішні ресурси для адаптації. Вивчення арттерапії у контексті роботи з психотравмованими дітьми є не лише актуальним, а й необхідним кроком до формування системної психологічної підтримки.

Наразі у вітчизняній та зарубіжній психологічній науці накопичено чималий теоретичний і практичний досвід щодо подолання наслідків психотравми у дітей, однак відчувається потреба в комплексному аналізі цих підходів, їх узагальненні та адаптації до реалій сучасної України. Особливої уваги потребує аналіз міжнародного досвіду, а також створення методичного інструментарію, що може бути використаний практикуючими психологами у воєнний і повоєнний період.

Таким чином, дослідження арттерапевтичних технік як ефективного засобу психологічної допомоги дітям із психотравмою дозволяє поєднати теоретичне осмислення феномена психотравми з практичною спрямованістю на подолання її наслідків. Саме цим зумовлена актуальність обраної теми дослідження.

Вивченню психотравматичних наслідків у дітей присвячено значну кількість досліджень, проте наукові підходи залишаються різноспрямованими. Серед перших праць, що описували феномен психологічної травми, вирізняються роботи З. Фрейда, який розглядав психотравму як результат витіснення непереносимих переживань у несвідоме, та П. Жане, котрий визначав травму як дисоціативне порушення інтеграції свідомості.

Сучасні психологічні концепції зосереджуються на віковій специфіці травматизації. Дослідження А. Терр, Д. Бреттацінгера та Д. Пайн показують, що психотравма в дитячому віці спричиняє глибші довготривалі зміни особистості, впливаючи на формування прив'язаності, емоційної регуляції та самооцінки. Українські вчені (О. Авер'янова, І. Васильєва, М. Гаврилова) підкреслюють підвищену вразливість дітей, які пережили насильство, втрату близьких або воєнні події, що особливо актуально в нинішніх умовах.

Водночас, попри збільшення кількості робіт у цій галузі, відчутною залишається наукова прогалина, пов'язана з практичним використанням сучасних психокорекційних методів у роботі з травмованими дітьми. Зокрема, дослідники відзначають ефективність арттерапії як способу м'якого проживання та символічного опрацювання емоцій (Е. Крамер, В. Лоувенфельд, J. Herman), однак недостатньо вивченими залишаються питання її застосування у вітчизняній практиці та адаптації арттерапевтичних технік до особливостей українських дітей, що пережили події війни.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити можливості арттерапії як засобу психологічної допомоги дітям із психотравмою та розробити програму для її практичного застосування.

Об'єкт дослідження – психотравма у дітей.

Предмет дослідження – арттерапія як метод подолання психотравматичних переживань у дітей.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до визначення поняття психотравми, її типів та наслідків для дітей.
2. Теоретично обґрунтувати принципи та техніки арттерапії у роботі з дітьми.
3. Емпірично дослідити особливості психоемоційного стану та прояви психотравматичного досвіду у дітей молодшого шкільного віку.
4. Розробити програму арттерапії для роботи психологів із дітьми з психотравмою.

Теоретична значущість дослідження полягає в систематизації та розширенні наукових уявлень про психотравму в дітей, особливості її прояву залежно від вікової категорії, а також у формуванні цілісного підходу до використання арттерапії як засобу психологічної допомоги.

Практична значущість зумовлена можливістю впровадження розробленої програми арттерапії у діяльність практичних психологів, які працюють з дітьми, що зазнали психотравматичного досвіду, зокрема у воєнний або поствоєнний період.

Методи дослідження: теоретичний аналіз наукових джерел; систематизація та узагальнення літератури; емпіричні методи (спостереження, бесіда, метод аналізу продуктів діяльності); якісний аналіз ефективності арттерапевтичних практик; метод моделювання (створення програми).

Структура роботи. Дослідження складається зі вступу, двох розділів (теоретичного та практичного), кожен із яких містить кілька підрозділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОТРАВМИ У ДІТЕЙ

1.1. Науково-теоретичні підходи до поняття «психотравма»

Медико-психологічний підхід розглядає психологічну травму як результат впливу надзвичайного або екстремального стресового чинника, що істотно перевищує індивідуальні адаптаційні можливості людини та призводить до патопсихологічних змін. У межах цього підходу психотравма трактується не лише як епізод психічного дискомфорту чи емоційного напруження, а як якісне порушення структури психіки, що має потенціал до тривалого, іноді хронічного впливу на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості.

З. Фрейд (1895) у роботі «Студії з истерії» вперше описав психотравму як переживання, яке через свою афективну інтенсивність не може бути інтегроване у свідомість і витісняється, продовжуючи впливати на психіку через невротичні симптоми. П. Жане (1889) визначав травму як «вужчення поля свідомості» (*rétrécissement du champ de la conscience*), що призводить до дисоціації психічних функцій.

Психотравмувальна подія визначається як така, що викликає шок, безпорадність, інтенсивний страх, почуття втрати контролю над ситуацією. Вона руйнує базове уявлення особистості про безпеку, довіру до світу, стабільність і контроль. Відповідно, психотравма постає як критичне порушення гомеостазу психіки, яке може мати як негайні, так і відтерміновані наслідки, включаючи розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних, депресивних, дисоціативних, соматоформних симптомів [17, с.109].

На початку XX століття було закладено основи розуміння травми як переживання, яке витісняється зі свідомості через свою нестерпну інтенсивність, але продовжує несвідомо впливати на особистість. У психоаналітичній традиції психотравма вважається джерелом патологічних симптомів, зокрема істеричних, через механізми витіснення, репресії, проєкції.

У другій половині XX століття поняття стресу стало ключовим у медико-психологічному осмисленні травми. Вагомий внесок зробив Г. Сельє, який теоретично обґрунтував концепцію загального адаптаційного синдрому (General Adaptation Syndrome), продемонструвавши, що тривале перебування у стресогенному середовищі призводить до виснаження адаптаційних ресурсів організму. Пізніше Б. ван дер Колк поглибив цей підхід, акцентувавши на соматичних і нейробіологічних наслідках травматизації. [25, с.96].

У контексті сучасних досліджень, важливим є вивчення того, як травма “записується” на тілесному та нейрофізіологічному рівнях, спричиняючи дисрегуляцію нервової системи, зміну нейрохімічного балансу, порушення міжособистісних зв’язків. Ураження структур мозку, зокрема амігдали, гіпокампу, префронтальної кори, пояснює порушення пам’яті, постійне переживання минулої загрози, неможливість відокремити минуле від теперішнього.

Окрему нішу в межах медико-психологічного підходу займає вивчення дітей та підлітків, які зазнали психологічної травматизації. Вважається, що травма у дитячому віці спричиняє глибші й триваліші зміни у розвитку емоційної регуляції, самооцінки, здатності до прив’язаності. Згідно з висновками, саме дитячі психотравми найчастіше є фоновим чинником у розвитку депресивних розладів, залежностей, межової особистісної організації.

У клінічній практиці медико-психологічний підхід передбачає використання комплексної діагностики (клінічне інтерв’ю,

опитувальники, психофізіологічне тестування), психотерапевтичної інтервенції (когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, тілесно-орієнтовані практики), а також медикаментозної підтримки у випадках ПТСР, депресії чи тривожних розладів.

Психологічний підхід, орієнтований на особистісний вимір, розглядає психотравму як унікальний внутрішній досвід, який виникає внаслідок розриву між очікуваннями, базовими переконаннями особистості та реальністю, що її раптово руйнує. На відміну від медико-клінічного розуміння, цей підхід акцентує не на біологічній шкоді чи патологічних реакціях, а на екзистенційному та ідентифікаційному кризовому зсуві, який переживає особистість у відповідь на травмувальну ситуацію.

Психотравматичні події руйнують умови позитивного самоприйняття, формуючи у людини викривлену самооцінку, відчуття безпорадності, втрати сенсу життя. Водночас, психотерапевтична взаємодія, побудована на емпатії, прийнятті та автентичності, сприяє реінтеграції травмованого досвіду в узгоджене "Я" [47, с. 103].

У межі особистісного підходу також вивчається посттравматичне зростання (PTG), яке стає можливою відповіддю на психотравму, якщо включається внутрішній мотиваційний механізм сенсоутворення.

Особистісно-орієнтоване розуміння психотравми також включає:

- аналіз особистісної структури (самоконцепції, системи цінностей, типу реагування);
- інтерпретацію травмувального досвіду крізь призму біографії;
- визначення внутрішніх ресурсів і механізмів подолання;
- формування нової ідентичності на основі переосмисленого досвіду.

Такий підхід широко застосовується в психотерапії травми, коучингу, консультативній психології, адже дозволяє не лише долати дистрес, а й сприяти цілісному відновленню життєвої перспективи.

Стислий огляд ключових підходів до розуміння психотравми подано у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1.1.

Узагальнення наукових підходів до поняття «психотравма»

Підхід	Ключові представники	Суть підходу	Особливості трактування психотравми
Психоаналітичний	З. Фрейд, А. Фрейд, К. Юнг	Психотравма розглядається як конфлікт між підсвідомим бажанням і соціальними заборонами	Увага зосереджена на витісненні травматичних спогадів у підсвідоме
Біхевіористичний	Дж. Ватсон, Б. Скіннер	Стрессова реакція - результат умовного або оперантного навчання	Травма - як результат формування негативних зв'язків між подразниками
Когнітивно-поведінковий	А. Бек, А. Елліс	Психотравма розглядається як наслідок ірраціональних переконань і викривленого сприйняття	Фокус на зміні когнітивних схем, які породжують дистрес
Гуманістичний	К. Роджерс, А. Маслоу	Травма - це досвід, який перешкоджає самореалізації особистості	Психотравма заважає розвитку ідентичності, цілісності
Екзистенціально-гуманістичний	В. Франкл, І. Ялом	Психотравма - досвід втрати сенсу, зіткнення з екзистенційною кризою	У центрі - пошук сенсу, подолання почуття абсурду
Системно-сімейний	М. Боуен, В. Сатир, С. Мінухін	Психотравма розглядається в контексті взаємодії в родині та ролей, які виконує індивід	Травма - як відображення дисфункції в системі взаємозв'язків
Нейропсихологічний	О. Лурія, Б. ван дер Колк	Травматичні події викликають зміни в роботі мозку та нервової системи	Фізіологічне пояснення травматичних реакцій, ПТСР, дисоціацій
Психосоціальний (соціально-когнітивний)	А. Бандура, У. Бронфенбреннер	Розглядає травму як результат взаємодії соціального середовища й особистих ресурсів	Особлива увага до соціальних чинників: війна, міграція, насильство

Медико-психологічний підхід є найбільш системним і міждисциплінарним, поєднуючи знання медицини, нейропсихології, психіатрії та клінічної психології. Його внесок полягає у точному описі патогенезу психотравми, механізмів її формування та методів

терапевтичного впливу, що робить його фундаментальним у сучасному травматологічному дискурсі [34, с.126].

К. Роджерс розглядав психотравму як досвід, що суперечить уявленням про себе (self-concept) і блокує природний процес самоактуалізації. А. Маслоу підкреслював, що травматичні події фруструють базові потреби в безпеці та приналежності, унеможливлюючи рух до вищих рівнів розвитку особистості.

Визначальною рисою особистісно-орієнтованого підходу є увага до індивідуального способу переживання, смислотворення та подальшої інтеграції травмуючого досвіду в структуру "Я". Психотравма тут постає не як діагноз, а як життєвий перелом, що загрожує цілісності особистості, водночас відкриваючи можливості для її трансформації - позитивної чи деструктивної.

У сучасному науковому дискурсі психотравма дедалі частіше трактується як комплексний феномен, що включає не лише індивідуальні психологічні реакції, а й глибокий вплив соціального середовища, культурного контексту та нейрофізіологічних змін. Такий міждисциплінарний підхід дозволяє глибше зрозуміти природу травматичних переживань та краще моделювати ефективні методи психологічної допомоги.

Таким чином, психологічний особистісно-орієнтований підхід підкреслює, що психотравма є унікальним внутрішнім досвідом, який не завжди зводиться до клінічних діагнозів, а часто вимагає екзистенційного, етичного та смислового осмислення. Саме ця парадигма дозволяє не лише «лікувати» людину, а й розуміти її досвід як потенціал до особистісного оновлення.

Соціокультурний підхід до вивчення психотравми розглядає її не лише як індивідуальний або клінічний феномен, а як наслідок глибокої взаємодії особистості з історичними, політичними, соціальними та культурними контекстами, в яких вона живе. Цей підхід акцентує увагу

на тому, що травматичний досвід формується та осмислюється не лише особистістю, але й через призму суспільних наративів, норм і колективної пам'яті [58, с.43].

Дж. Александер ввів поняття «культурної травми» (cultural trauma), визначивши її як колективне переживання катастрофічних подій, що руйнують базові ідентичності спільноти. К. Еріксон описав феномен «колективної травми», коли руйнується не лише індивідуальна, а й соціальна тканина групи.

Одним із ключових положень соціокультурного підходу є теза про культурну визначеність психотравматичного досвіду: те, що в одній культурі може вважатися глибоко травмуючим, в іншій може сприйматися як прийнятна або навіть ритуалізована подія. Наприклад, досвід утрати, насильства, еміграції, війни або соціальної ізоляції набуває різного травматичного статусу залежно від соціальних уявлень, цінностей та моделей реагування.

Важливим у цьому підході є поняття колективної травми, яке охоплює досвід соціальних груп або цілих націй у зв'язку з геноцидами, війнами, політичними репресіями, епідеміями тощо. Прикладом може слугувати досвід постгеноцидних чи поствоєнних суспільств, де психотравма не обмежується окремими індивідами, а передається через покоління, формуючи трансгенераційний травматичний наратив.

Соціокультурний підхід до психотравми розкриває системний характер травматизації, в якій взаємодіють особистісне, колективне, історичне та символічне. Цей підхід є надзвичайно важливим для формування гуманітарної політики, системи реабілітації, а також для глибшого розуміння ідентичності особистості в умовах соціальних змін.

Таким чином, науково-теоретичний аналіз свідчить про надзвичайну складність і багатогранність поняття «психотравма», що вимагає комплексного підходу в її вивченні та подоланні. Така різноманітність підходів створює підґрунтя для глибшого аналізу того,

як саме психотравматичні переживання виявляються у дітей різного віку та які наслідки мають для їх психічного розвитку. Цим питанням присвячено наступний підрозділ.

1.2. Особливості проявів психотравми та її психологічні наслідки для дітей різного віку

У дітей раннього віку психотравматичні впливи залишають глибокий відбиток на етапі становлення базових психічних структур - насамперед афективно-емоційної регуляції, сенсомоторного розвитку та початкових форм самоусвідомлення. Цей віковий період критичний щодо формування базової довіри до світу, згідно з концепцією Е. Еріксона, і травматичний досвід у цей час може стати етапом порушеної прив'язаності (англ. *disorganized attachment*), що, у свою чергу, призводить до стійких афективних порушень у дорослому віці.

Діти у віці до шести років ще не володіють сформованим символічним мисленням, тому вони не можуть раціоналізувати психотравмуючий досвід, і він зберігається у вигляді афективно заряджених тілесних та поведінкових реакцій. Психотравма не репрезентується у вербальній формі, а інтегрується у несвідому сферу досвіду, впливаючи на базові механізми саморегуляції, поведінки та тілесного реагування.

Тривалий або інтенсивний стрес у цей період здатен змінити нейробіологічну регуляцію, зокрема гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову систему (НРА-axis), що веде до підвищеної тривожності, розладів сну, соматичних скарг та проблем з адаптацією до соціального середовища. Характер проявів психотравми у дітей різного віку має свої специфічні особливості, що відображаються у формах емоційного, поведінкового та когнітивного реагування. Узагальнені дані щодо вікових проявів психотравми подано в таблиці 1.2.1.

Таблиця 1.2.1.

Прояви психотравми у дітей раннього віку:
вікові особливості та форми реагування

Віковий етап	Основні психотравматичні симптоми	Характер реагування	Можливі наслідки в подальшому віці
Немовлячий (0–2 р.)	Порушення сну, гіпертонус, плач, уникання контакту	Сенсомоторний рівень реагування	Розлади прив'язаності, затримка розвитку
Ранній (2–4 р.)	Регресія, страхи, енурез, агресія до себе чи іграшок	Поведінкове моделювання травми	Порушення комунікації, імпульсивність
Переддошкільний (4–6 р.)	Ігрове відтворення травми, ізоляція, вербальна агресія, фобії	Часткове символічне осмислення досвіду	Ризик формування невротичних структур

Як свідчить емпіричний аналіз, реакція дитини на психотравму є не лише віковозалежною, але й тісно пов'язаною з рівнем сформованості емоційного інтелекту та особливостями сімейного оточення. У дітей віком до 3-х років травма має тілесно-афективний характер і проявляється переважно на рівні вегетативних симптомів: порушення апетиту, сну, гіпертонус, відмова від контакту. У період 3–6 років спостерігається поява вербальних компонентів реакції, але вони ще не мають чіткої логічної структури - діти можуть “грати в травму”, відтворюючи її фрагменти у формі гри, лялькових сцен або малюнків [25].

Становлення символічної репрезентації відбувається поступово, і саме в цей період формуються архетипні уявлення про безпеку, авторитет і зло, що можуть спотворюватися під впливом травматичного досвіду. Ранній контакт із психологічною травмою без належної психоемоційної підтримки з боку значущих дорослих здатен стати ядром формування деструктивних моделей поведінки в подальшому, що

проявиться у вигляді порушень саморегуляції, емоційної незрілості, агресивності або соціальної відчуженості.

Важливо підкреслити, що в цей період лише ігрові форми терапії, арттерапія та терапія прив'язаності можуть мати корегуючий ефект. Без належної роботи з психологом рання психотравма здатна закласти основу для формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), симптоми якого можуть проявитися лише у підлітковому або навіть дорослому віці [45, с.98].

З віком характер переживання психотравматичного досвіду змінюється: емоційні реакції поступово набувають когнітивного забарвлення, а поведінкові прояви стають більш усвідомленими. Якщо в ранньому дитинстві травма фіксується переважно на рівні тілесних та емоційних реакцій, то в подальшому вона починає впливати на формування самооцінки, соціальних ролей і моральних уявлень. Саме тому наступним етапом доцільно розглянути специфіку проявів психотравми у дітей молодшого шкільного віку.

Молодший шкільний вік є періодом інтенсивного когнітивного розвитку, становлення соціальної ідентичності та етичної самосвідомості дитини. У цьому віці дитина вже здатна вербалізувати емоції, однак її уявлення про причинно-наслідкові зв'язки, природу людських відносин та власну внутрішню картину світу ще залишаються недостатньо структурованими. У зв'язку з цим психотравма в цьому віці проявляється на рівні суперечності між знанням і почуттям, раціональним розумінням і афективним переживанням.

Діти цього віку схильні інтеріоризувати травматичні події як наслідок власної провини - типова когнітивна помилка, притаманна віковому етапу, коли домінує егоцентричне мислення. Це призводить до виникнення почуття сорому, провини та страху, яке може бути прихованим, але довготривалим. Окрім того, у шкільному віці значно зростає роль соціального контексту: думки вчителів, однокласників та

дорослих стають джерелом оцінки власної значущості. Тому психотравма в цьому віці часто трансформується у порушення самооцінки, зниження мотивації до навчання, поведінкові відхилення або соматичні реакції.

У багатьох випадках відбувається дисоціація - дитина наче "вимикається" емоційно, демонструючи зовнішній спокій, але в глибині залишається емоційно вразливою. Це проявляється у вигляді алекситимії (нездатності називати свої емоції), що може маскувати глибоку внутрішню тривогу, яка пізніше трансформується у тривожні або депресивні розлади.

У цьому віці також можуть з'являтися obsесивно-компульсивні симптоми, ритуалізована поведінка, а також фіксація на певних темах (наприклад, смерть, втрата, безпека), що є наслідком недостатньо опрацьованого травматичного досвіду. Діти можуть багато разів повертатися до обговорення травматичної події або уникати будь-якого згадування про неї, що свідчить про амбівалентну інтеграцію травматичного досвіду в структуру особистості [22, с. 95].

З огляду на вікову особливість мислення, що характеризується конкретно-операційним стилем, важливо зазначити, що діти на цьому етапі вже починають усвідомлювати незворотність втрат, однак ще не мають ресурсів для їхньої повної емоційної переробки. Це створює ризик формування хронічного емоційного стресу, який поступово вбудовується в особистісну структуру і може стати передумовою формування тривожних розладів, гіперкомпенсаторної поведінки або ідентифікації з агресором.

Окрім того, психотравма у цьому віці часто виявляється у формі соматизації: головні болі, болі в животі, тики, енурез, порушення апетиту. Це є наслідком недостатньо сформованого зв'язку між психічними процесами та вербальною рефлексією. Дитина буквально "говорить тілом", сигналізуючи про внутрішнє порушення гомеостазу.

Психотравма найчастіше починає проявлятися у формі комплексних поведінкових синдромів, які важко ідентифікувати як реакцію на травму без спеціалізованої психодіагностики. Тому раннє виявлення симптомів та психотерапевтичне втручання є критичним для запобігання подальшій ескалації психологічного неблагополуччя.

Підлітковий вік є періодом глибоких особистісних, когнітивних і соціально-афективних змін. Формування Я-концепції, усвідомлення соціальної ролі, статевої ідентичності, а також перші серйозні екзистенційні переживання - усе це створює фон для особливої чутливості до психотравматичних подій. У цей період психотравма має тенденцію проявлятися у складних і багатовимірних формах, охоплюючи афективну, когнітивну, поведінкову та соціальну сфери [49, с.104].

Однією з головних особливостей психотравми у підлітковому віці є розщеплення ідентичності, що зумовлюється конфліктом між потребою в автономії та залежністю від дорослих. Травматичний досвід може призводити до дезорганізації процесу особистісного самовизначення, викликаючи амбівалентність у самоідентифікації, відчуження від власного Я, тривожні розлади та девіантні форми поведінки. Порушення в ході формування ідентичності можуть призвести до стану «дифузії ідентичності», що проявляється у нестійких цінностях, труднощах у побудові міжособистісних зв'язків і підвищеній вразливості до соціального тиску.

Психотравма у підлітковому віці часто переживається як екзистенційна криза, особливо якщо вона пов'язана з втратою, насильством, війною чи руйнуванням соціальних структур. У цьому віці підліток уже володіє абстрактним мисленням, отже здатен осмислювати подію на метафізичному, моральному та філософському рівні. У зв'язку з цим виникає гіперрефлексивність, тобто надмірне заглиблення у власні думки та почуття, що в умовах психотравми веде до драматизації

переживань, почуття безнадійності, емоційного вигорання та аутоагресивних тенденцій.

Важливим аспектом є формування травматичних наративів, які підліток самотійно конструює на основі пережитого досвіду. У багатьох випадках ці наративи мають негативне забарвлення та включають ідеї провини, безпорадності або фатальності подій. Підліток схильний інтерпретувати травму як підтвердження власної недосконалості або неприйнятності світу, що посилює відчуження, самозвинувачення та ризик формування суїцидальних думок [60, с. 154].

На афективному рівні психотравма може спричинити емоційні «гойдалки» - чергування депресивних епізодів із періодами гіперактивності або демонстративної байдужості. Такі реакції нерідко інтерпретуються дорослими як поведінкові порушення або особистісні девіації, хоча вони є наслідком неусвідомленого травматичного досвіду. Крім того, може формуватися афективна глухота - небажання або нездатність говорити про свій внутрішній стан.

Особливо чутливою сферою стає тілесність. Травматизація нерідко супроводжується тілесними практиками, такими як селф-харм (самопошкодження), порушення харчової поведінки (анорексія, булімія), а також надмірною увагою до зовнішності, що компенсує втрату внутрішнього контролю. Саме тілесність стає ареною, на якій розгортається боротьба між травматичним минулим і бажанням самоствердження.

Важливу роль у цьому віці відіграє соціальне середовище. Втрата довіри до дорослих, недовіра до інституцій (школа, сім'я, держава), а також пошук підтримки в субкультурах чи онлайн-просторах є типовими проявами дезадаптації. У цьому контексті психотравма може посилювати потребу у втечі в ілюзорні світи, залежності (ігрові, наркотичні, емоційні), або навпаки - у самозамиканні.

У довгостроковій перспективі травма, пережита в підлітковому віці, може залишити стійкі наслідки у вигляді порушення емоційної регуляції, схильності до тривожних розладів, поглиблення депресивних епізодів, формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Травматичний досвід не був інтерпретований, а переживання - не були інтегровані в особистісний досвід.

Психотравма у дітей є явищем, яке не лише змінює поведінку в моменті, але й має довготривалий вплив на всі рівні психічного функціонування - когнітивний, емоційний, соціальний. Її прояви залежать від віку, індивідуальних особливостей, типу травматичної події та наявності підтримуючого середовища. Усвідомлення цих особливостей є ключовим для побудови ефективної системи профілактики й підтримки, зокрема на державному та міжнародному рівнях. Саме тому в наступному підрозділі буде проаналізовано міжнародний досвід профілактики психотравм у дітей, що дає змогу побачити ефективні практики, які можуть бути адаптовані до українського контексту.

1.3. Теоретичні засади та досвід використання арт-терапії у подоланні психотравм у дітей

Проблема подолання дитячих психотравм через арттерапію посідає центральне місце в сучасній психологічній науці. Арттерапія як психокорекційний метод розвивається на перетині клінічної психології, педагогіки, психоаналізу та гуманістичної психології. Її мета - відновлення психоемоційної рівноваги, інтеграція травматичного досвіду та розвиток адаптивних механізмів через творчість і символічну діяльність [8; 17].

Зарубіжні підходи до арттерапії сформувалися ще у середині ХХ століття, коли дослідники, такі як А. Крамер, Е. Крамер, Е. Крамптон і В. Лоуенфельд, довели, що творчість може бути засобом лікування

психічних травм у дітей. У контексті психоаналітичної традиції З. Фрейд [64] і К. Юнг вважали мистецтво формою проєкції несвідомих імпульсів, що дозволяє їх безпечно опрацювати. Пізніше Л. Терр [6] у своїх дослідженнях дитячих травм довела, що символічне відтворення травматичних подій у малюнках допомагає зменшити інтенсивність страхів.

На сучасному етапі зарубіжна арттерапія базується на біопсихосоціальній моделі травми, згідно з якою відновлення психіки неможливе без інтеграції емоційного, когнітивного і соматичного рівнів [7; 24]. Б. ван дер Колк [7] показав, що мистецтво здатне “перезаписати” тілесну пам’ять травми, активуючи ті ділянки мозку, які блокуються у стані стресу. Це дозволяє дитині “повернути тіло до життя”, відновити довіру до власних відчуттів.

Американські дослідники К. Сміт [59] та С. Крісті [44] розглядають арттерапію як засіб формування резилієнтності у дітей, які пережили насильство або втрату. Вони наголошують, що творча діяльність не лише знижує рівень тривоги, а й сприяє формуванню почуття контролю над власним життям, що є ключовим чинником посттравматичного зростання.

Великий внесок у розвиток дитячої арттерапії зробила Дж. Герман [3], яка описала мистецтво як простір реконструкції внутрішньої історії. За її теорією, малюнок або ліплення стають “переказом” травми у безпечних образах, що дозволяє дитині переосмислити свій досвід. Подібну думку висловлюють Р. Пінос і К. Надер [5], які відзначають, що творчі техніки забезпечують “психологічну першу допомогу”, особливо в умовах катастроф чи війни.

Суттєвий вплив на арттерапевтичну практику мала концепція нейропластичності Б. Перрі [4]. Учений довів, що повторювана творча діяльність відновлює порушені нейронні зв’язки після травми, особливо

у дітей молодшого віку. Це наукове підґрунтя пояснює, чому арттерапія є настільки ефективною в роботі з посттравматичними симптомами.

Зарубіжні арттерапевтичні школи також приділяють увагу колективним формам роботи. У Британії та Ізраїлі (А. Грін, 2018; Р. Уоррен, 2017) групова творчість використовується для відновлення почуття спільності після втрати або вимушеного переселення. Досвід колективного малювання, театралізації чи музичної імпровізації допомагає дітям відчувати підтримку, розділити переживання з однолітками, що має потужний терапевтичний ефект [24; 61].

Європейська практика також інтегрує арттерапію в систему освіти. Зокрема, у скандинавських країнах творчі заняття є частиною програм емоційного навчання (*Social Emotional Learning*), що спрямовані на розвиток емпатії, саморегуляції та командної взаємодії [62]. Такий підхід поєднує психопрофілактику та виховання психологічної стійкості.

Вітчизняна наука активно переймає та адаптує ці підходи до українських умов. За даними О. М. Авер'янової [8], арттерапія у вітчизняній практиці набула особливої актуальності в умовах соціальних потрясінь, війни та внутрішньої міграції. Вона розглядає творчість як природний механізм зцілення, який дозволяє дитині в безпечній формі виражати ті емоції, які неможливо висловити словами.

Л. В. Адамчук [9] у своїх дослідженнях підкреслює, що малюнкова терапія, колаж та пісочна терапія мають високу ефективність у роботі з дітьми, які пережили втрату, насильство або вимушене переселення. Вона вказує, що навіть короткі цикли занять дають відчутний ефект зниження тривожності та нормалізації емоційної регуляції.

І. В. Васильєва [19] розробила системний підхід до арттерапевтичного втручання, який включає три етапи: емоційне вивільнення, символічне переосмислення і відновлення соціальної взаємодії. Така модель відповідає концепції цілісної допомоги, де

творчість виступає “мостом” між внутрішнім світом дитини та зовнішнім середовищем.

Вагомий внесок у розвиток арттерапії зробили українські фахівці М. С. Гаврилова [22] та І. С. Кучер [45], які наголошують на значенні національного культурного контексту у виборі методик. Вони стверджують, що використання народних мотивів, орнаментів і пісень посилює терапевтичний ефект, бо викликає у дитини відчуття приналежності та коріння.

У дослідженнях Л. А. Жукової [31] простежується зв'язок між арттерапією та розвитком емоційного інтелекту. Авторка доводить, що через малювання й колаж діти вчаться розпізнавати, називати й регулювати власні емоції, що є важливим кроком до подолання посттравматичних реакцій.

Цікавим є досвід Л. А. Коробкіної [40], яка розробила арттерапевтичну програму для дітей молодшого шкільного віку з проявами ПТСР. Програма включала вправи на створення “малюнка настрою”, “карти безпеки”, роботу з кольором і символами. Після проходження курсу у дітей спостерігалось зменшення рівня тривоги та підвищення позитивної самооцінки.

Психотерапевтичний потенціал арттерапії також підкреслює І. А. Клименко [37], яка розглядає творчість як форму інтеграції особистості. У процесі творчої діяльності дитина не лише опрацьовує травму, а й формує почуття цілісності - відновлює здатність до довіри, спілкування, самоприйняття.

Український досвід також свідчить про ефективність колективних арттерапевтичних форм. За результатами програм, описаних О. В. Мельник [52] та І. І. Данилюк [27], групові заняття сприяють зниженню соціальної ізоляції та підвищенню почуття підтримки серед дітей, які втратили дім або родину через війну.

Важливим напрямом розвитку є інтеграція арттерапії в систему освіти. На думку А. Ю. Довгань [28], школа може стати безпечним середовищем для профілактики й подолання дитячих травм, якщо в навчальний процес впроваджуються елементи творчого самовираження та емоційної грамотності.

Деякі сучасні українські психологи (В. М. Коваль [38], Н. Олійник [54]) акцентують на етичних аспектах арттерапії - важливості добровільності, поваги до меж дитини та недопустимості нав'язування інтерпретацій. Вони підкреслюють, що арттерапія - це не діагностичний, а гуманістичний процес, який ґрунтується на довірі.

Водночас у вітчизняній літературі зростає інтерес до інтегративних методів, що поєднують арттерапію з тілесноорієнтованими й когнітивними техніками [19; 22]. Такий підхід дозволяє одночасно працювати на рівні емоцій, мислення та фізичних відчуттів, що особливо важливо при глибоких травмах.

Підсумовуючи, можна зазначити, що теоретичні засади арттерапії спираються на поєднання символічного вираження, емоційної регуляції та соціальної інтеграції. У вітчизняній практиці цей метод поступово стає не лише засобом реабілітації, а й інструментом виховання психологічної стійкості, що особливо актуально в умовах сучасних суспільних викликів.

Висновок до 1 розділу

Аналіз наукової літератури дозволив нам встановити, що психотравма є не тільки наслідком гострих стресових ситуацій, а й явищем, яке має глибокі психологічні й емоційні корені, що може проявлятися через різноманітні симптоми в залежності від віку та індивідуальних особливостей дитини. У цьому контексті важливе значення має вивчення як фізіологічних, так і психологічних аспектів

психотравматичних переживань, що визначають механізми реагування на стресори та формування адаптаційних стратегій у дітей.

Класифікація проявів психотравми в дітей різного віку дозволяє виявити особливості психологічних реакцій дітей на травмуючі події та розробити відповідні стратегії для надання психологічної допомоги в кожному конкретному випадку. Дослідження різних підходів до лікування і підтримки психічного здоров'я дітей демонструє, наскільки важливими є інтеграція медичних, психологічних та соціальних послуг для забезпечення комплексного підходу до вирішення проблеми психотравми.

У міжнародному досвіді підкреслюється важливість профілактики психотравми через створення багаторівневих систем підтримки, що включають не тільки медичних і психологічних спеціалістів, але й соціальних працівників, педагогів і громадські організації. Це дозволяє надавати дітям ефективну підтримку на різних етапах їхнього розвитку та забезпечувати комплексний підхід до профілактики та лікування психотравми.

Отже, проведене нами теоретичне дослідження дозволяє зрозуміти, що психотравма у дітей є багатовимірним процесом, який потребує комплексного та інтегрованого підходу. Це включає як вивчення психологічних наслідків для різних вікових груп, так і застосування ефективних міжнародних моделей підтримки та профілактики. Для забезпечення довгострокових позитивних результатів треба враховувати потреби дітей на всіх етапах їхнього розвитку, зокрема, через інтеграцію освітніх, медичних та соціальних послуг, а також активну взаємодію з громадами.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ПСИХОТРАВМОЮ ЗАСОБАМИ АРТТЕРАПІЇ

2.1. Теоретико-прикладні аспекти арттерапії у роботі з дітьми щодо подолання психотравматичного досвіду

Організація дослідження ефективності арттерапії у подоланні психотравм у дітей вимагала дотримання чіткої методологічної логіки, що поєднує етапи діагностики, формувального впливу та оцінювання результатів. Дослідження мало емпіричний характер і проводилося у формі корекційно-розвивального експерименту, спрямованого на виявлення змін у психоемоційному стані дітей після проходження арттерапевтичної програми.

У дослідженні взяли участь 20 дітей віком від 7 до 12 років, які перебували у процесі психологічного супроводу після переживання психотравмувальних подій (втрата близької людини, вимушене переселення, спостереження насильства, розлучення батьків тощо), на базі закладу освіти «Білоцерківської спеціальної школи № 19» м. Біла Церква. Всі учасники брали участь добровільно, з письмової згоди батьків або законних представників. Конфіденційність, анонімність та етичні норми взаємодії дотримувалися відповідно до стандартів психологічних досліджень, визначених Міжнародною асоціацією прикладної психології (IAAP, 2018).

Метою емпіричного етапу було оцінити зміни в рівні емоційної напруги, тривожності, самооцінки та проявів психотравматичного досвіду після застосування комплексу арттерапевтичних занять. Дослідження проводилося протягом двох місяців і включало три послідовні етапи: констатувальний, формувальний та контрольний.

На констатувальному етапі здійснювалася психодіагностика вихідного емоційного стану учасників. Для цього застосовувалися

загальноприйняті валідні методики, рекомендовані у дитячій психологічній практиці. Першою з них була Шкала тривожності Ч. Спілбергера – Л. Ханіна (див. додаток А) в українській адаптації (CDAS), яка дозволяє визначити рівень ситуативної та особистісної тривожності. Вона є чутливою до емоційних змін і широко використовується у діагностиці дітей молодшого шкільного віку.

Другою застосованою методикою стала Дитяча проєктивна методика “Малюнок людини” (Draw-A-Person Test, Ф. Гудінаф – Д. Харріс) (див.додаток Б). Ця методика дозволяє виявити рівень емоційного напруження, самооцінки та внутрішнього конфлікту через аналіз особливостей зображення. Вона ефективна для оцінки невербальних проявів травматичного досвіду, що важливо при роботі з дітьми, які не завжди можуть чітко висловити свої переживання словами.

Для оцінки рівня самооцінки та емоційної стабільності використовувалася Методика “Сходінки” Дембо – Рубінштейн (Див.додаток В), адаптована для дитячого віку. Вона дає змогу простежити, як дитина оцінює власні можливості, успіхи, соціальну значущість і ступінь задоволеності собою. Психотравмовані діти часто мають занижену самооцінку та відчуття безпорадності - тому динаміка цього показника є одним із ключових критеріїв ефективності арттерапії.

Крім того, для якісного аналізу емоційних проявів було використано Кольоровий тест Люшера, який дозволяє визначити рівень емоційної напруги, тривоги, внутрішніх конфліктів і адаптаційних можливостей. Його перевагою є відсутність потреби у вербальному контакті, що робить його особливо зручним у роботі з дітьми, які пережили стрес або травму.

Ще однією проєктивною методикою став “Малюнок неіснуючої тварини” (МНТ) (див.додаток Г), який дає змогу оцінити рівень внутрішньої агресії, тривожності, самоідентифікації та способів

реагування на стрес. Аналіз зображення, деталей, сили натиску, кольорової гами та пропорцій дозволяє виявити приховані ознаки емоційного дискомфорту.

На діагностичному етапі було використано комплекс п'яти методик, що охоплюють як вербальні, так і невербальні аспекти психоемоційного стану дитини. Це забезпечило об'єктивність та комплексність оцінки.

Формувальний етап включав розробку та проведення програми арттерапевтичних занять. Програма складалася з 10 тематичних сесій тривалістю 45–60 хвилин, які відбувалися двічі на тиждень. Структура кожного заняття включала три частини: етап емоційного налаштування (“вступна гра”), основну творчу діяльність (малювання, ліплення, робота з кольором, казкотерапія, пісочна терапія) та завершальну рефлексію (“коло настрою”).

Під час реалізації програми використовувалися методи малюнкової терапії, пісочної терапії, колажування, музикотерапії та казкотерапії. Вибір технік визначався індивідуальними особливостями дітей і характером їхніх переживань. Наприклад, для дітей з високим рівнем тривожності застосовувалися вправи на “заспокоєння через колір”, для агресивних - ліплення, що дозволяло вивільняти напруження у безпечній формі.

Для статистичної обробки результатів використовувалися методи кількісного аналізу (підрахунок середніх значень, визначення відсоткових змін) і якісного аналізу (інтерпретація малюнків, кольорових виборів, поведінкових проявів). Отримані дані дозволили виявити як загальні тенденції, так і індивідуальні особливості змін.

Під час роботи над дослідженням велика увага приділялася етичним аспектам. Арттерапія проводилася у формі доброзичливої взаємодії, без примусу чи оцінювання. Діти сприймали заняття не як

лікування, а як гру або цікаву творчу діяльність, що сприяло природному включенню у процес і зниженню опору.

Загалом, у процесі дослідження було зафіксовано, що діти охоче включалися в арттерапевтичну діяльність, проявляли більшу відкритість, частіше говорили про свої почуття, що само по собі свідчить про підвищення рівня довіри та емоційної стабільності. Це дозволило зробити попередній висновок про ефективність застосованих методів у корекції психотравматичних переживань.

Підсумовуючи, можна зазначити, що використання валідних діагностичних інструментів у поєднанні з продуманою арттерапевтичною програмою створює надійну основу для оцінки ефективності психологічної допомоги дітям. Такий підхід відповідає принципам наукової обґрунтованості, етичності та гуманістичної орієнтації психокорекційної практики.

2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження

Констатувальний етап був спрямований на первинну оцінку психоемоційного стану дітей до початку арттерапевтичної програми. До вибірки увійшли 20 дітей віком 7–12 років, які перебували у психологічному супроводі після пережитих психотравматичних подій. Діагностичний комплекс охоплював валідовані методики: Шкалу тривожності для дітей Спілбергера–Ханіна (CDAS), методику самооцінки Дембо–Рубінштейн (дитяча адаптація), Кольоровий тест Люшера, а також проєктивні техніки «Малюнок людини» (DAP) і «Малюнок неіснуючої тварини» (МНТ). Нижче послідовно подано узагальнення кількісних і якісних даних із докладними інтерпретаціями.

Узагальнені результати за шкалами ситуативної (СТ) і особистісної (ОТ) тривожності представлено в таблиці 2.2.1. та на рисунку 2.2.1.

Таблиця 2.2.1.

Рівень тривожності дітей за шкалою Спілбергера–Ханіна (CDAS),

n = 20

Показник	M ± SD	Низький n (%)	Середній n (%)	Високий n (%)
Ситуативна тривожність (СТ)	36,8 ± 8,4	4 (20%)	10 (50%)	6 (30%)
Особистісна тривожність (ОТ)	39,6 ± 7,9	3 (15%)	9 (45%)	8 (40%)

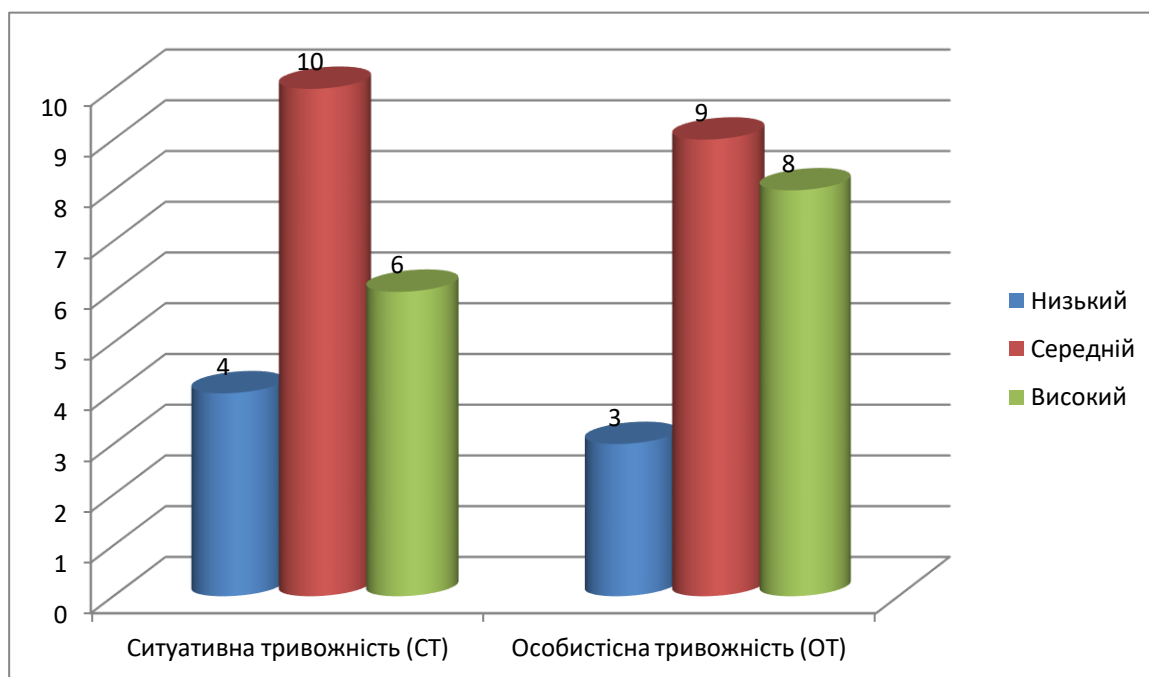


Рис.2.2.1. Рівень тривожності дітей за шкалою Спілбергера–Ханіна

Отримані дані свідчать, що вже на старті втручання у більшості дітей фіксується щонайменше середній рівень тривожності, причому показники ОТ дещо вищі за СТ. Це означає, що для значної частини вибірки тривожність виступає не лише реакцією на поточні події, а й більш стійкою рисою емоційного реагування. Високі значення ОТ у 40 % учасників вказують на потребу у методах, які не лише знижують напруження «тут-і-зараз», а й впливають на базові навички емоційної саморегуляції.

Порівняння СТ і ОТ демонструє характерний для травматичного досвіду «подвійний контур» тривожності: ситуативна напруга пов'язана з тригерами (нагадуваннями про подію, незнайомими умовами, оцінюванням дорослого), тоді як особистісна - із внутрішніми очікуваннями небезпеки та зниженою відчуттям контрольованості. Це визначає логіку подальшого формувального етапу: поєднання вправ на тілесне заземлення, дихальні техніки та символічне «перепроживання» у творчому форматі.

Результати за методикою самооцінки Дембо–Рубінштейн. Для окреслення «Я-образу» та зони потенційної вразливості самооцінки перед наведенням числових результатів зауважимо, що методика дозволяє оцінити рівень домагань (РД) і рівень реальної самооцінки (РС) за декількома шкалами. Узагальнені показники подано в таблиці 2.2.2 та на рисунку 2.2.2.

Таблиця 2.2.2.

Самооцінка та рівень домагань за Дембо–Рубінштейн, n = 20

Шкала	РС, М ± SD	РД, М ± SD	Δ (РД– РС) М ± SD	Низька РС n (%)
«Успішність/здібності»	48,5 ± 12,3	64,1 ± 11,7	15,6 ± 9,8	7 (35%)
«Спілкування/прийнятність»	51,2 ± 11,1	66,7 ± 10,5	15,5 ± 8,7	6 (30%)
«Самоконтроль/вольова регуляція»	46,9 ± 13,5	63,0 ± 12,6	16,1 ± 10,2	8 (40%)
«Загальна самооцінка»	49,7 ± 10,8	65,3 ± 10,9	15,6 ± 8,9	6 (30%)

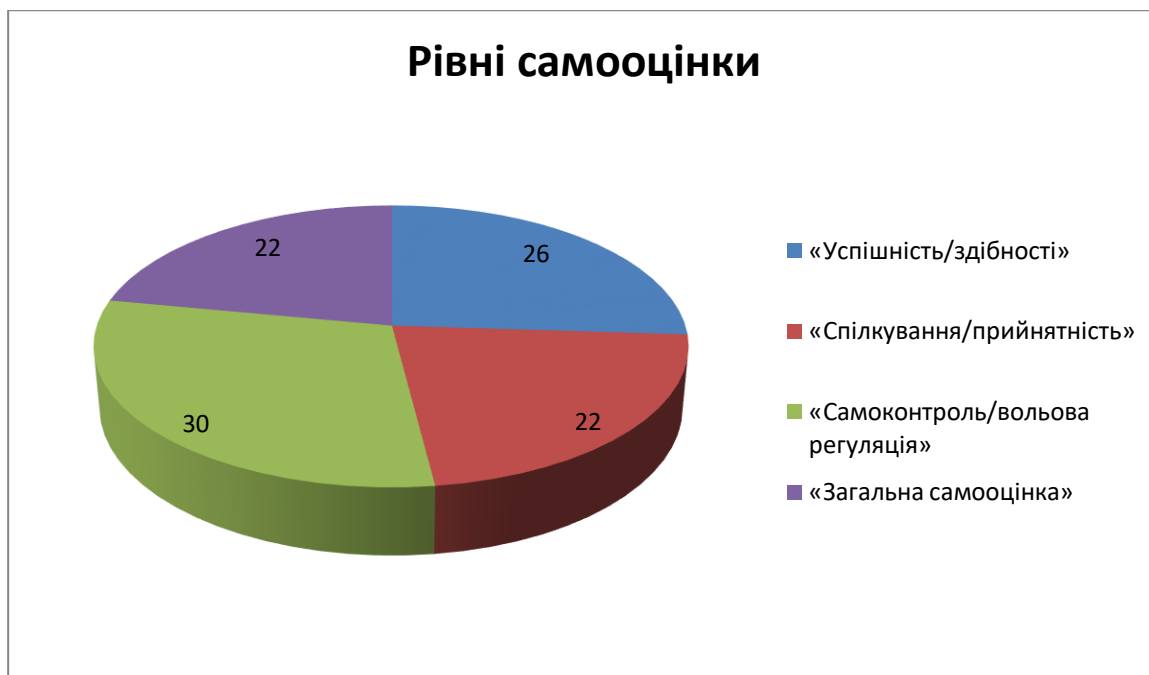


Рис.2.2.2. Рівні самооцінки та рівні домагань за Дембо-Рубінштейн (%)

Профіль самооцінки свідчить про системний розрив між рівнем домагань і реальною самооцінкою (Δ близько 15–16 балів на всіх шкалах). Найбільш уразливою виявилася сфера самоконтролю: 40 % дітей демонструють низьку РС у цій площині, що у контексті травматичного досвіду часто відповідає відчуттю «я не можу вплинути на події». Для ефективного впливу важливо зміцнювати відчуття компетентності через послідовні, досяжні кроки в артпроцесі (завершеність роботи, видимий результат, позитивна вербалізація успіху).

Розрив між РД і РС інтерпретується як індикатор внутрішнього конфлікту: прагну - але «не вірю, що зможу». Для дитячої вибірки це загрожує фрустрацією та вторинним зниженням мотивації. Саме тут арттерапія виконує роль «містка»: перевести абстрактне «хочу бути кращим» у конкретні творчі дії, які дитина спроможна виконати і пережити успіх.

Результати за методикою «Кольоровий тест Люшера». Далі розглянемо результати, отримані за методикою Люшера, яка дозволяє визначити домінантні емоційні тенденції та рівень внутрішньої

напруги у дітей. Для інтерпретації узагальнювалися перші два вибори кольорів (емоційні пріоритети) та показники стрес-профілю (конфліктні поєднання, наявність «відкиданих» кольорів). Дані наведено в таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3.

Кольорові переваги та індикатори напруги за Люшером, n = 20

Показник	Значення
Домінуючі перші вибори (1–2 позиції): синій 35%, зелений 25%, червоний 20%, жовтий 10%, інші 10%	Перевага «заспокійливих» кольорів (синій/зелений) над стимулюючими (червоний/жовтий)
Частота негативних позицій основних кольорів (синій/зелений/червоний/жовтий у хвості)	40% дітей мають ≥ 1 основний колір у «зоні відкидання»
Індекси напруги (умовні: наявність конфліктного вибору/контрасту)	Помірна/висока напруга у 55% вибірки
Ознаки астенизації (сірий/чорний у фаворитах)	15% випадків

Переважання синього та зеленого у перших позиціях свідчить про потребу у спокої, захищеності, стабільних взаєминах. Водночас значна частка червоного у фаворитах (20 %) відображає імпульс до подолання й активного опрацювання напруги - потенціал, на який доцільно спертися під час творчих завдань. Наявність «відкидання» базових кольорів у 40 % піддослідних та індикатори підвищеної напруги (55 %) узгоджуються з результатами CDAS і підкреслюють хронічний характер емоційного напруження.

Фіксована у 15 % тенденція до «астеничних» виборів (сірий/чорний у перших позиціях) маркує зону ризику: виснажуваність, уникання стимулу, можливі соматичні скарги. Для цієї підгрупи важливо дозувати навантаження і частіше застосовувати сенсорні техніки (пісочна терапія, робота з природними матеріалами, плавні ритми у музикотерапії).

Результати за проєктивними методиками «Малюнок людини» (DAP) та «Малюнок неіснуючої тварини» (МНТ). Далі проаналізуємо результати, отримані за допомогою двох проєктивних методик, які дозволяють виявити емоційні, поведінкові та особистісні прояви

психотравматичного досвіду у дітей. Сукупні якісні показники за «Малюнком людини» та «Малюнком неіснуючої тварини» наведено в таблиці 2.2.4 та на рисунку 2.2.3.

Таблиця 2.2.4.

Узагальнені проєктивні ознаки за «Малюнком людини» (DAP) і «МНТ», n = 20

Ознака / індикатор	Частота n (%)	Інтерпретаційний коментар
DAP: дрібний розмір фігури, слабкий натиск	9 (45%)	Знижена впевненість, уникання контакту, тривожність
DAP: відсутність/спрощення рук	7 (35%)	Почуття безсилля, труднощі з активною дією/взаємодією
DAP: надмірна штриховка окремих зон (очі/рот/живіт)	6 (30%)	Осередкова тривога, фіксація на переживанні (зоровий контроль, мовлення, тілесний дискомфорт)
МНТ: загострені деталі (зуби/кігті)	8 (40%)	Зовнішня/внутрішня агресія як захист, підвищене напруження
МНТ: замкнений контур, «панцир»	6 (30%)	Психологічна оборона, потреба у безпеці, ригідність
МНТ: диспропорції, фрагментація	5 (25%)	Труднощі інтеграції образу «Я», нестабільність самосприйняття

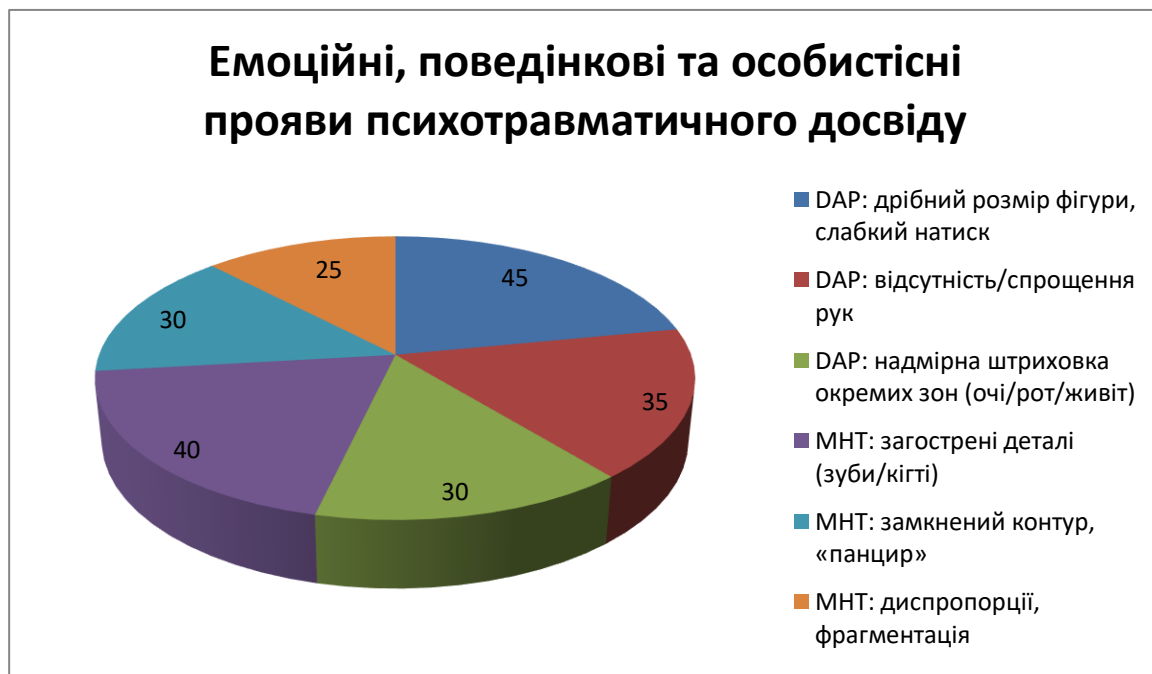


Рис.2.2.3. Узагальнені проєктивні ознаки за «Малюнком людини» (DAP) і «МНТ» (%)

Найтиповішим профілем виглядає поєднання дрібного розміру фігури зі слабким натиском (45 %) і редукцією рук (35 %). Такий патерн відповідає переживанню обмеженої дієздатності, униканню ініціативи та водночас потребі в опіці дорослого. Для частини дітей (40 %) характерні «захисні» агресивні елементи у МНТ (зуби/кігті), що радше свідчить про напружений захист, ніж про стабільну зовнішню агресивність. Замкнені контури («панцир») у 30 % підтверджують важливість безпеки як провідної потреби.

Поєднання фрагментації образу та штрихування окремих зон указує на нерівномірний розподіл напруги в тілі та психіці - так звані «вузли» переживань. Саме через тілесно-образні техніки (фарби, глина, пісок) доцільно забезпечити «м'яке розрядження» і поступову інтеграцію образу «Я».

По-перше, кількісні метрики (CDAS, Дембо–Рубінштейн, Люшер) і якісні індикатори (DAP, МНТ) взаємно підтверджують наявність у вибірці стійкого емоційного напруження із домішкою рис невпевненості, зниженої віри у власний вплив і підвищеної потреби у безпеці. Це узгоджується з природою травматичного досвіду, коли базове відчуття захищеності порушується і вимагає цілеспрямованого відновлення.

По-друге, профіль «низька самооцінка - високі домагання» свідчить про внутрішній дисбаланс очікувань і можливостей. В умовах навчання і соціальної взаємодії це може призводити до фрустрації, уникання нових завдань або, навпаки, до «сверхнапруги» з подальшим виснаженням. Арттерапевтичні завдання з чіткою структурою, покроковістю і гарантованим результатом здатні редукувати цей розрив.

По-третє, за Люшером простежується домінування запиту на спокій і підтримку (синій/зелений) при одночасній наявності у частини дітей імпульсу до активного опрацювання напруги (червоний у перших позиціях). Це вказує на необхідність балансувати релаксаційні техніки з

помірно активними видами творчості (динамічне малювання, ліплення, музично-рухові вправи).

По-четверте, проєктивні маркери (редукція рук, «панцир», агресивні елементи) вказують на два критичні механізми, із якими має працювати програма: відновлення почуття впливу/дії («я можу») і безпечне розрідження захисної агресії через матеріал, форму, фактуру (а не через поведінку). Поступове розширення «зони контакту» у малюнку/грі віддзеркалює розширення реальної зони психологічного комфорту дитини.

Загалом, результати констатувального зрізу окреслили чіткі орієнтири для розробки арттерапевтичної програми: необхідність зниження базового рівня тривожності, підсилення відчуття контролю над власними емоціями та вчинками, підтримка самооцінки й формування почуття психологічної безпеки.

Саме ці дані було покладено в основу побудови змісту, структури та принципів запропонованої арттерапевтичної програми. Подальша оцінка її ефективності розглядається як перспектива майбутніх досліджень, у межах цієї роботи практична реалізація програми не проводилася.

2.3. Програма для психологів щодо роботи з дітьми із психотравмою

На основі результатів констатувального етапу дослідження було встановлено, що більшість дітей, які пережили психотравмувальні події, мають підвищений рівень тривожності, занижену самооцінку, труднощі емоційної саморегуляції та ознаки фрагментації образу «Я». Ці прояви визначили потребу у розробці цілеспрямованої психокорекційної програми, що поєднувала б стабілізаційні техніки та творчі методи емоційного вираження.

Зважаючи на особливості емоційного реагування дітей з травматичним досвідом, було теоретично обґрунтовано доцільність використання арттерапевтичного підходу, який дозволяє у безпечний спосіб виражати складні почуття, формувати внутрішні ресурси й поступово відновлювати відчуття психологічного контролю.

На підставі отриманих результатів було розроблено авторську арттерапевтичну програму, орієнтовану на можливість подальшого практичного застосування у діяльності фахівців, що працюють із дітьми, які зазнали травматичних подій (втрати, насильства, воєнних дій, вимушеного переселення, тривалої розлуки з близькими тощо). Її структуру сформовано з урахуванням психологічних потреб дітей молодшого та середнього шкільного віку, проте програма може бути адаптована і для інших вікових груп.

У межах цього дослідження програма не впроваджувалася, а представлена як методична пропозиція для подальшого використання та перспективних емпіричних перевірок.

Розроблена програма спирається на узагальнення сучасних наукових підходів та на результати власного емпіричного дослідження, проведеного з використанням валідних діагностичних інструментів (CDAS, Дембо–Рубінштейн, Люшер, DAP, МНТ). Її концепція базується на трьох ключових принципах арттерапевтичної роботи з дітьми після травми:

1. безпечність – створення емоційно стабільного простору, у якому дитина не відчуває загрози чи осуду;
2. виразність – надання можливості відкрито проявляти свої почуття в образній, невербальній формі;
3. інтеграція – поступове з'єднання травматичного досвіду з позитивними спогадами, ресурсами і планами на майбутнє.

Структура програми охоплює вісім послідовних занять тривалістю 60–90 хвилин, які можуть проводитися індивідуально або в малих

групах (4–6 дітей). Кожне заняття має чітку мету, емоційно-терапевтичний фокус і добір арттерапевтичних вправ, які дозволяють поступово пройти шлях від стабілізації та відчуття безпеки – до вираження травматичних емоцій – і далі до формування внутрішньої сили, віри в себе та ресурсності.

Програма передбачає, що психолог, який її реалізує, виконує роль фасилітатора процесу, тобто не оцінює результати роботи дитини, а супроводжує її у власному темпі переживання і вираження емоцій. Матеріали для занять можуть бути найпростіші - папір, фарби, кольорові олівці, глина, пісок, природні матеріали, музика чи візуальні образи. Важливішим за технічний результат є сам процес творчої дії, у якому дитина вчиться знову довіряти собі та світу.

Основна мета програми - допомогти дітям, які пережили психотравму, відновити емоційний баланс, знизити тривогу, навчитися розпізнавати і виражати почуття без страху, розвинути навички саморегуляції, підвищити самооцінку і сформувати відчуття внутрішньої безпеки. Паралельно вона виконує й профілактичну функцію - запобігає формуванню стійких посттравматичних симптомів, таких як уникання, відчуження, соматизація чи тривале почуття безсилля.

Програма може використовуватись як модуль у комплексі психокорекційної чи реабілітаційної роботи, а також як самостійний цикл занять у межах шкільної психологічної служби чи центрів психосоціальної підтримки дітей, постраждалих від воєнних дій або кризових подій.

Нижче представлено детальний опис програми занять для психологів, що працюють із дітьми, які мають досвід психотравми. Вона орієнтована на візуальну арттерапію (малювання, колаж, символічну роботу з кольором) і може бути доповнена елементами пісочної чи музичної терапії залежно від можливостей фахівця.

Заняття 1: «Знайомство і безпечний простір».

Мета: встановити довірливу атмосферу, познайомити дітей між собою і з терапевтом, зняти початкову тривогу; створити асоціацію кімнати занять з безпечною територією.

Вправи:

1) «Моє ім'я у кольорах» – кожна дитина отримує аркуш і різнокольорові олівці/фарби. Завдання: красиво написати або намалювати своє ім'я, прикрасити його візерунками, кольорами, що подобаються. Кожна літера імені може бути різного кольору або стилю. Пояснення дії: вправа дуже проста і позитивна, вона дозволяє дитині презентувати себе творчо, зняти скутість. Малюючи своє ім'я, дитина утверджує свою ідентичність («це я, і це моє місце тут»), обирає улюблені кольори – це підвищує настрій. Після завершення всі по черзі показують свої імена (якщо хочуть) – так відбувається знайомство, але в ігровій формі, через малюнок.

2) «Малюю свій безпечний простір» – основна техніка першої сесії. Психолог просить дітей намалювати місце або уявну країну, де вони почуваються в безпеці і добре. Це може бути реальне місце (наприклад, «моя кімната під ковдрою» чи «дім бабусі»), або фантастичне («замок, де живуть тільки друзі», «острів без війни» тощо) – будь-що, де дитині спокійно. Пояснення дії: ця вправа спрямована на активацію ресурсного стану. У процесі малювання дитина фокусується на образі захищеності, це знижує рівень страху і тривоги. Навіть якщо спершу дитина не дуже знає, що малювати, розмірковування про «безпечне місце» вже переключає її думки з негативу на позитив. У групі після малювання кожен (за бажанням) описує свій «безпечний простір». Психолог підкреслює, що тепер діти мають в уяві таке місце, куди можна подумки повертатися, коли стане лячно.

Таким чином, з першого заняття закладається техніка самодопомоги – візуалізація безпечного місця. Батькам потім можна

порадити, щоб вдома дитина тримала цей малюнок під рукою: глянула – і трохи заспокоїлась.

Заняття 2: «Емоції і кольори».

Мета: навчити дітей розпізнавати та виражати свої почуття через колір і абстрактні образи; показати, що всі емоції нормальні і їх можна «виплеснути» безпечно на папір.

Вправи:

1) «Кольоровий автопортрет настрою» – короткий розігрів. Дітям роздаються шаблони контурів людської фігурки або просто силует (можна обвести кожну дитину на папері – якщо індивідуально, або маленька фігурка, якщо група). Завдання: за допомогою кольорів зафарбувати цей силует, відобразивши, який у тебе сьогодні настрій та почуття. Тобто якщо дитина зла – можливо, розмалює свою фігурку червоними хаотичними лініями; якщо сумна – блакитними плямами, якщо весела – яскравими різнобарвними тощо. Можна комбінувати кольори в різних частинах тіла. Пояснення дії: ця вправа допомагає усвідомити свої емоції та самопочуття, перевести їх у образ. Дитина може помітити: «Ой, у мене вийшло багато чорного – мабуть, я злий чи переляканий». Психолог м'яко коментує, підтримує («Ти використав синій для голови – може, в тебе сумні думки? Це нормально сумувати»). Важливо наголосити, що будь-які кольори і малюнки – це добре, це те, що зараз всередині, і це має право бути.

2) «Дощ радості – дощ гніву» – вправа на вираження емоцій через абстракцію. Дітям дають великий аркуш і гуаш або акварель, багато води. Завдання складається з двох частин: спочатку всі малюють «дощ злий» – беруть темні, холодні кольори (чорний, синій, темно-сірий тощо) і малюють лінії, краплі, розводять фарбу водою, можна навіть капати пензлем, щоб були патьоки. Цей малюнок символізує поганий настрій, злість, смуток – все, що хочеться «вилити». Через ~ 5 хвилин – друга частина: на іншому аркуші малюємо «дощ радості» – тепер діти

обирають яскраві, веселі кольори (жовтий, оранжевий, зелений і т.д.) і таким же способом бризкають, малюють веселий дощик, який все напуває, після нього виростають квіти.

Пояснення дії: перша частина дозволяє випустити негативні емоції активно, фізично – розмашисті мазки, бризки фарби знімають напруження (для багатьох дітей це дуже приємно – дозволено розбризкати, забруднити, що в звичайному житті часто заборонено). Друга частина перемикає на позитив, показує, що після «грози емоцій» настає полегшення, приходять хороші почуття. Заодно дитина бачить наочно: злість і радість – обидві реальні, обидві можна зобразити і про них можна говорити. Психолог може по завершенні спитати: «Який “дощ” тобі більше сподобався? Що ти відчував, коли малював чорний дощ? А кольоровий?». Це вчить рефлексії над своїми переживаннями. Діти зазвичай після такої вправи стають трохи втомлені, але розслабленіші, вивільняється багато напруги. Таким чином, друге заняття закріплює базову навичку: виражати емоції через творчість і не боятися цього [49, с.105].

Заняття 3: «Мій страх у образі».

Мета: допомогти дітям безпечно зіткнутися зі своїми страхами, перенести їх на зовнішній об'єкт і спробувати змінити, контролювати цей страх.

Вправи:

1) Для налаштування – «Чарівний щит». Коротка вправа-фантазія: психолог просить уявити, що у кожного є невидимий чарівний щит, який може захистити від будь-якої небезпеки. Діти отримують невеличкі аркуші і малюють на них емблему або символ свого «захисного щита» – щось, що дає їм відчуття сміливості (це може бути кольоровий знак, тваринка-охоронець, супергеройський знак тощо). Потім ці аркуші можна прикріпити на груди або перед собою – «ми під захистом, можна сміливо малювати про страхи».

2) «Образ мого страху» – центральна вправа. Психолог говорить: «А тепер спробуймо намалювати те, що вас лякає. Це може бути щось реальне або казкове, будь-який образ страху». Діти малюють свої страхи. У когось це буде конкретна річ (наприклад, намалює грім, темну кімнату, агресивного солдата, вогонь тощо – залежно від того, що травмувало дитину найбільше). Хтось намалює абстрактного монстра, що символізує страх загалом. Важливо: терапевт підтримує, заохочує не стримуватися («Можеш намалювати навіть щось дуже страшне, це ж малюнок – він тебе не зачепить, пам'ятаєш, у тебе щит є»). Після завершення кожен дивиться на свій малюнок страху. Далі – дуже значущий другий етап: трансформація страху.

Психолог пропонує: «А тепер давайте зробимо з нашим страхом щось, щоб він більше не був таким страшним». Це можна зробити різними способами – залежно від матеріалів та віку: намальованому страху можна домалювати смішні деталі (наприклад, одягти монстра в кумедний одяг, додати сонечко, що освітлює темряву, і т.п.), або якщо використані міцні матеріали – можна фізично взаємодіяти (скажімо, якщо страх виліплений з пластиліну – пом'яти його, розірвати; якщо намальований олівцем – домалювати йому карикатурні вуса чи змінити злу гримасу на смішну і т.д.).

Діти дуже люблять цю частину, адже вона дає відчуття влади над страхом: малюк бачить, що він може зляканого зайчика на малюнку перетворити на усміхненого, або намальовану темряву розігнати ліхтариком (намалювавши промінь світла). Якщо дитина боїться зображати свій реальний страх (наприклад, дитина прямо говорить: «Мені страшно малювати вибух»), психолог може запропонувати намалювати страх як казкового персонажа – «намалюй Монстрика Страхайлика», тобто абстрагувати.

Пояснення дії: ця вправа надзвичайно важлива для травмованої психіки – вона дає ефект десенсибілізації і контролю. Дитина спершу

робить крок – зустрічається зі страхом на папері (це легше, ніж в уяві, бо є відчуття, що це «лише малюнок»). Потім другий крок – активно змінює цей образ, тим самим психологічно заявляючи: «Я більше не жертва страху, я можу над ним посміятися чи його перемалювати». Навіть якщо реальний страх (наприклад, сирени чи війна) нікуди не подівся, у внутрішньому світі дитини відбувається зрушення: страшне вже не таке всесильне [69, с.82].

Під час обговорення після вправи діти зазвичай із задоволенням показують трансформовані малюнки – хтось каже: «А моя чорна хмара стала смішною, бо я намалював їй очі та рот – тепер це не хмара, а обличчя, і воно дурненьке!»; інший: «А мій танк я перекреслив – і він уже все, зламався». Психолог хвалить: «Ви великі молодці, ви сміливо подивились у лице страху і змогли його змінити. Пам'ятайте: страшні речі не всемогутні – ваша уява сильніша!» Діти після такої роботи відчують гордість і полегшення. Цю вправу можна повторювати і в майбутньому, якщо з'являться нові страхи.

Заняття 4: «Історія мого досвіду»

Мета: надати дітям можливість послідовно й осмислено «розповісти» про свій травматичний досвід у символічній формі – перетворити розрізнені страшні спогади на впорядковану історію з початком і кінцем, що зменшує хаотичність і тривожність спогадів.

Вправи:

1) «Стрічка життя» (короткий варіант). Психолог дає кожній дитині довгу смужку паперу або кілька аркушів, склеєних по горизонталі – щоб вийшла стрічка часу. Завдання: намалювати на цій стрічці кілька важливих подій зі свого життя (як кадри коміксу або комікс-панель). Пояснюється, що з одного кінця стрічки – що було давно, а з іншого – теперішній момент. Малювати можна будь-які події, які пригадуються: веселі чи сумні. Діти можуть зобразити, наприклад, «ось я був маленький і грався з татом», далі «а тут почалася війна – ми

ховалися в підвалі», далі «потім ми поїхали, і я пішов в нову школу» і т.д. Пояснення дії: це вправа на наратив, структурування переживань.

Діти, які хаотично сприймають свій травматичний досвід, отримують можливість побачити його як частину своєї історії, а не всю історію. Вони розміщують травматичну подію на лінії життя, що має минуле і майбутнє – це знижує ефект «вічного застрягання» в моменті травми. Після створення стрічок психолог (особливо в індивідуальній роботі) може поговорити з дитиною: попросити розказати про кожен кадр. Тут важливо підтримувати: якщо дитина ділиться травматичним епізодом (наприклад, «ось тут будинок горить, бо прилетіло...»), уважно слухати, похвалити за сміливість. Потім обов'язково акцентувати на останньому кадрі – теперішньому, і на можливих майбутніх (можна запропонувати домалювати, що хоче намалювати в кінці стрічки – яку подію очікує в майбутньому, наприклад, «наша перемога і я повернувся додому»). Так у свідомості дитини травма займає своє місце, але не є кінцем історії.

2) «Казка в картинках». Альтернативно або доповнюючи стрічку життя, можна зробити більш творчу вправу: діти створюють короткий комікс або казку про вигаданого героя, який схожий на них і переживає схожу пригоду. Наприклад, психолог може почати розповідь: «Жив-був один хлопчик Петрик, і ось одного дня сталася біда...» – а діти продовжують малюнками і словами. Якщо група – можна колективно придумати сюжет (кожен малює свій епізод). Це дозволяє пропрацювати травму в трохи відстороненій формі казки, де наприкінці обов'язково настає щасливий фінал (герой долає труднощі, знаходить помічників, повертається додому – ця частина під керівництвом психолога моделюється позитивно). Пояснення дії: через казковий сюжет дитина переписує сценарій свого травматичного досвіду з акцентом на ресурсах і благополучному завершенні. Ця вправа розвиває почуття, що навіть

страшні історії можуть мати продовження і розв'язку, а значить, і власне життя після травми триває [23, с.70].

Заняття 5: «Ресурси і підтримка»

Мета: актуалізувати в свідомості дітей наявність ресурсів – людей, місць, якостей, що допомагають долати труднощі; зміцнити їхнє відчуття підтримки і власної сили. Після попереднього глибинного заняття про історію, цей блок спрямований на балансування негативних переживань позитивними.

Вправи:

1) «Дерево підтримки». Кожна дитина малює дерево, але замість листочків пише або малює символи тих, хто чи що її підтримує в житті. Наприклад, на гілках можуть з'явитися фігурки близьких (мама, бабуся, друзі), якісь зображення (улюблена іграшка, домашній улюбленець, Бог чи ангел – залежно від переконань, хобі що приносить радість, тощо). Під корінням дерева можна написати свої «сили» – наприклад, «мої знання», «уміння малювати», «почуття гумору» – все, що є ресурсом самої дитини. Психолог заздалегідь допомагає перелічити, що таке ресурси, наводить приклади, аби діти зрозуміли завдання.

Пояснення дії: образ дерева добре демонструє зв'язок із джерелами життєвої підтримки. Дитина наочно бачить, що в її житті, попри втрати, є коріння і гілки опори – вона не одна. Навіть якщо хтось із близьких відсутній (наприклад, тато на фронті чи друг лишився в іншому місті), їх можна намалювати як пташок на гілках – вони все одно «прилітають» подумки і допомагають. Ця вправа піднімає настрій, викликає почуття вдячності і захищеності.

2) «Портрет мого помічника». Дитині пропонується намалювати когось або щось, що особливо допомагає або колись допомогло їй впоратися зі страхом. Це може бути реальна людина (наприклад, хтось намалює волонтера, який вивіз його з-під обстрілів, або друга, який підтримував), або уявний персонаж (супергерой, ангел, вигаданий друг).

Можна навіть вигадати собі нового помічника: «Якби в тебе був чарівний помічник, як би він виглядав? Намалюй його».

Пояснення дії: створення образу захисника дає дитині психологічну опору. Якщо це реальна людина – дитина усвідомлює, що їй вже колись допомогли, і світ не ворожий. Якщо вигаданий – це своєрідна інтеграція захисної фігури в психіку, яка знижує відчуття безпорадності. Діти нерідко малюють супергероїв або казкових персонажів (наприклад, Дракон, що охороняє від зла). Психолог може запитати: «А що твій герой може зробити, якщо знов буде страшно?», «Як ти можеш його покликати на допомогу?» – так дитина проговорює сценарій підтримки (наприклад: «Я тоді візьму його малюнок і він прийде» або «Я просто згадаю, що він є поруч») [6, с.112].

Заняття 6: «Вираження гніву та смутку конструктивно»

Мета: навчити дітей здорових способів вираження негативних емоцій, що залишаються від травми – зокрема, агресії, злості, образи, а також смутку за втраченим; дати відчуття полегшення через творчий «викид» цих почуттів. (За потреби це заняття можна розбити на два: окремо для гніву і окремо для горя, але у нашій програмі умовно поєднано, оскільки діти часто змішано переживають ці емоції).

Вправи:

1) «Лист злості (рву і мну)». Психолог роздає всім аркуші і пропонує намалювати чи написати на них усе, що їх злітує, обурює. Це може бути і абстрактне (просто каракулі), і конкретні слова чи малюнки (хтось, можливо, намалює обличчя «поганої людини» або напише: «Я злий на війну, яка зруйнувала мою школу» тощо). Наголошується, що цей «лист злості» нікому не треба показувати – це тільки щоб виговоритися на папері. Коли всі закінчили (на це небагато часу – 5–7 хв.), терапевт каже: «А зараз – найцікавіше. Беремо цей лист... і мнем його, рвемо на шматки!» – і особисто демонструє, як рве свій аркуш. Діти з ентузіазмом починають рвати свої малюнки злості на дрібні

кусочки. Потім можна навіть утворити «смітник злості» – поставити коробку, куди всі кидають ті шматочки. Можна в кінці символічно викинути чи знищити їх (якщо безпечно – спалити у відрі, наприклад, під наглядом дорослого, або просто викинути в сміття за двері кімнати – «ми позбулися цього»).

Пояснення дії: цей метод походить від технік гештальт-терапії і чудово працює для розрядки агресивної енергії. Дитина отримує дозвіл висловити негатив («напиши все погане»), а потім – активно, тілесно позбутися його (рве, мнеться, шумить). Це дає миттєве відчуття полегшення і навіть веселощів: багато дітей починають сміятися, відчуючи, що зняли з себе тягар. До того ж такий символічний жест («викинув злість») підсвідомо закріплює навичку відпускати образи.

2) «Місточка пам'яті і смутку». Ця вправа більш спокійна і глибока, перетікає з першої, бо після виразу злості часто виходять на поверхню сумні, журливі емоції. Психолог пропонує: «А тепер давайте зберемо щось хороше з тих шматочків». Він роздає нові чисті аркуші і клей. Діти беруть деякі шматочки порваного малюнка (з того «смітника злості») – ті, що самі захочуть – і наклеюють їх на аркуш у довільному порядку. Потім можна доповнити цей колаж малюнком або написом. Ідея: створити «місточку» (колаж) з фрагментів свого болю, але додати до них щось, що викликає світлий смуток чи пам'ять, перетворити на спогад, з яким можна жити. Наприклад, дитина може наклеїти шматочок, а поруч намалювати квітку чи промінчик – як знак, що після негоди життя триває. Це доволі інтуїтивний процес, психолог лише спрямовує: «Ви можете зробити з цих шматочків будь-яку картину – можливо, вона буде прощання з чимось, або спогад про когось, або просто візерунок». Деякі діти придумують конкретно: припустімо, наклеять шматочки півколом і домалюють у них обличчя – «це люди, яких я втратив, але пам'ятаю про них». Інші можуть залишити абстракцію.

Пояснення дії: ця вправа вчить трансформувати біль у пам'ять або досвід. Дитина буквально збирає «розбиті» частини і робить з них нову картину – це метафора психологічного зцілення, що з уламків переживань можна скласти новий зміст. Якщо у когось із дітей є горе втрати близького, можна м'яко спрямувати його зробити «пам'ятний колаж» – наклеїти шматочки, що асоціюються з цією людиною, можливо додати її маленьке фото чи намалювати серце. Це викликає сльози, але цілющі сльози: дитина бачить, що її смуток зрозумілий, вона може його висловити красиво і берегти пам'ять. Наприкінці цього емоційно насиченого заняття психолог обов'язково проводить більше часу на стабілізацію: разом з дітьми робить дихальні вправи («подмухаймо на уявну свічку повільно»), пропонує подивитись на яскраву лампу чи небо з вікна, зробити легку зарядку – щоб повернути дітей до «тут і тепер».

Заняття 7: «Я і моє майбутнє»

Мета: відновити у дітей здатність мріяти і планувати, закріпити їхнє відчуття контролю над життям, показати, що попереду – хороші події; допомогти інтегрувати травматичний досвід як пройдений етап і сфокусуватися на майбутньому.

Вправи:

1) «Лист самому собі у майбутнє» (з елементом малювання). Дітям пропонується уявити себе в майбутньому – через рік чи кілька років, коли все налагодиться. Психолог роздає аркуші у вигляді листа (можна з лініями, конверт намальований тощо). Кожен пише або малює послання від себе теперішнього – собі майбутньому. Дошкільнята і молодші можуть малювати, старші – написати кілька речень і оформити малюнками. У листі можна висловити свої мрії («Сподіваюся, ти, майбутній, уже живеш вдома і ходиш до звичайної школи...»), підтримку («Я знаю, ти зміг подолати ці труднощі...»). Ця вправа тиха, рефлексивна, вона вчить дитину думати про майбутнє позитивно.

2) «Малюнок “Ким я виросту” або «Моя мрія». Діти малюють себе в дорослому віці або просто у майбутньому, займаючися улюбленою справою, здійснюючими мрію. Хтось намалює «я – військовий, що захищає країну і приносить мир», інший «я – вчителька з букетом у класі», хтось «я з татом вдома, все відбудовано».

Пояснення дії: такі малюнки формують установку на посттравматичний ріст, надають сенс зусиллям справлятися: заради того майбутнього варто жити далі. У дітей після важких подій часто обривається відчуття майбутнього («я не знаю, що буде, я не хочу думати»), а ці вправи м'яко повертають віру, що майбутнє є – і воно може бути хорошим. Обговорення наприкінці можна побудувати радісно: влаштувати «виставку мрій», нехай кожен розкаже про свій малюнок майбутнього, а інші підтримають оплесками. Це піднімає самооцінку і згуртовує групу в оптимізмі [36, с.215].

Заняття 8: «Завершення: Я подолав – я виріс»

Мета: підсумувати пройдений шлях, відзначити прогрес кожної дитини, закріпити позитивні зміни; м'яко попрощатися, надавши дітям «набір інструментів» для самостійного подальшого використання творчості при стресі.

Вправи:

1) «До/Після: коло змін». Психолог розвішує в кімнаті або розкладає перед кожною дитиною її малюнки, зроблені раніше (якщо зберігалися роботи). Якщо роботи не зберегли – можна усно пригадати або побачити зошит із вправами. Пропонується намалювати коло або спіраль, що символізує весь шлях занять, і позначити на ньому, що змінилося. Наприклад: «тут спочатку був страх – я намалюю темну крапку, а от тут наприкінці – у мене вже сонечко, бо не так страшно». Дітям допомагають побачити їхній прогрес: можна показати перший малюнок (часто він похмурий) і останні (значно більш життєствердні). В

коло змін діти можуть вписувати слова: «було – стало» (було: “я боявся спати сам”, стало: “я вже сплю краще”).

Пояснення дії: рефлексія над пройденим шляхом дає дітям усвідомлення свого зростання: вони розуміють, що стали сміливішими, навчилися говорити про почуття, що підтримка існує. Це дуже важливо для закріплення терапевтичного ефекту – дитина має сама побачити і повірити, що результат є.

2) «Подарунок самому собі». Завершальна творча робота – зробити невеличкий сувенір або амулет на згадку про ці заняття і як ресурс на майбутнє. Це може бути що завгодно залежно від матеріалів: намалювати маленьку листівку з побажанням собі, зліпити з глини маленьку фігурку (наприклад, сердечко – «моє міцне серце» чи зірочку – «світло в житті»), зробити браслетик із нитки і бісеру з закладеним змістом. Психолог допомагає кожному придумати, що саме буде його символом зцілення. Наприклад: «Ось цей браслет – щоб нагадував, який ти сильний і творчий. Коли тобі сумно, дивись на нього і згадуй, як ти впорався». Діти роблять і обов’язково забирають з собою такі вироби.

Пояснення дії: ритуал подарунка собі підсилює самопідтримку. Предмет, зроблений власноруч, слугуватиме якорем: у стресовій ситуації дитина згадає про терапію, про свої успіхи, відчує, що не беззахисна.

3) «Дерево побажань групи» (якщо група) або просто «обмін побажаннями». На великий аркуш паперу малюють дерево, і кожен дитина малює або пише на ньому невеличкий символ-побажання для інших (наприклад, малює квітку – «бажаю тобі розквітнути і радіти», або сонце – «щоб у тебе завжди було тепло і світло»). Якщо індивідуально – тоді просто терапевт і дитина разом складають список досягнень і побажань на майбутнє для дитини. Завершується заняття урочистим тоном: психолог хвалить кожного, підкреслює шлях, який вони пройшли: «Ви всі неймовірно відважні і творчі. Подивіться,

скільки чудових картин ви створили, скільки страхів перемогли. Я вами пишаюся. Пам'ятайте, якщо стане важко – ви знаєте, що робити: брати олівці, фарби і малювати все, що на душі. Це завжди допоможе трішки розвиднити всередині. Ви тепер самі собі арт-терапевти!» Діти прощаються, знаючи, що в разі потреби можуть знову звернутися за допомогою.

Представлена програма, звісно, є орієнтовною – психолог може варіювати кількість сесій, змінювати вправи залежно від віку, контексту (наприклад, додати спеціальне заняття на подолання горя, якщо в групі є діти, що втратили близьких; або більше часу приділити стабілізації, якщо діти мають тяжкі симптоми). Проте її загальна логіка – від встановлення безпеки і контакту, через вираження травматичних переживань, до відновлення цілісності і надії – є базовою для роботи з психотравмою. Важливою складовою програми є методи оцінки ефективності, що дозволять зрозуміти, наскільки дитина просунулася в подоланні травми.

Ключовим завданням дослідження стало не практичне впровадження програми, а її науково-методична розробка на основі результатів первинної діагностики. Запропоновані арттерапевтичні заняття були спроектовані з урахуванням принципу емоційної безпеки дитини, можливості творчого самовираження в комфортному темпі, права не розкривати травматичний досвід вербально. Основою побудови занять є підтримка внутрішніх ресурсів та поступове формування навичок емоційної саморегуляції.

Контрольні вимірювання в межах даного дослідження не проводилися, оскільки програма наразі представлена як перспективний напрям психологічної допомоги. Її ефективність може бути оцінена на етапі майбутнього впровадження в діяльність практичних психологів, які працюють із дітьми з психотравмою.

Таким чином, розроблена програма виступає методично обґрунтованою рекомендацією для подальшого застосування, а емпіричні дані констатувального етапу стали підґрунтям для визначення її структури, змісту та технологічних рішень.

Висновок до розділу 2

Проведене дослідження дозволило теоретично обґрунтувати актуальність використання арттерапії як засобу психологічної підтримки дітей, які пережили психотравматичні події. У першому підрозділі було уточнено сутність арттерапевтичного підходу, описано його корекційно-відновлювальні можливості та показано, що творчість виступає безпечним способом символічного вираження емоцій і підтримки психологічної рівноваги.

На констатувальному етапі емпіричного дослідження було визначено особливості психоемоційного стану дітей молодшого та середнього шкільного віку, які пережили психотравматичні події. Діагностичні результати (CDAS, Дембо–Рубінштейн, Кольоровий тест Люшера, «Малюнок людини», «Малюнок неіснуючої тварини») засвідчили підвищений рівень тривожності, знижений рівень самооцінки, труднощі емоційної саморегуляції та наявність внутрішньої напруги. У проєктивних роботах фіксувалися ознаки психологічного захисту, переживання втрати та невизначеності, що свідчить про потребу у комплексній психокорекційній підтримці.

З огляду на отримані результати було розроблено авторську програму арттерапевтичної допомоги, яка є методичною пропозицією для подальшого практичного застосування психологами, що працюють з дітьми, які мають досвід психотравми. Структура програми ґрунтується на принципах емоційної безпеки, поступовості, опори на творчий ресурс і передбачає можливість адаптації до різних вікових та індивідуальних особливостей дітей.

У межах даного дослідження програма не впроваджувалася, а її ефективність потребує подальшої емпіричної перевірки на базі освітніх або психологічних установ.

Отже, результати другого розділу дозволили визначити напрями психокорекційної роботи з дітьми та створити програму арттерапевтичної підтримки, яка становить перспективу для майбутніх практичних досліджень і може бути використана фахівцями для зменшення негативних наслідків дитячої психотравми.

ВИСНОВКИ

У дослідженні було проаналізовано психологічні наслідки психотравми у дітей молодшого та середнього шкільного віку. Теоретичний огляд праць сучасних науковців показав, що психотравма суттєво впливає на розвиток емоційної регуляції, самооцінки та соціальної взаємодії дитини. Наголошено на важливості ранньої діагностики та психологічного супроводу дітей, які пережили воєнні події, втрату, насильство або вимушене переселення. Узагальнення наукових підходів дозволило визначити арттерапію як перспективний напрям підтримки психоемоційної стабільності. Арттерапевтичні техніки розглядаються як безпечний спосіб вираження складних переживань у символічній формі.

Теоретичний аналіз показав, що психотравма визначається по-різному залежно від наукової школи: як витіснений несвідомий конфлікт (З. Фрейд), дисоціативне порушення (П. Жане), стресова реакція виснаження (Г. Сельє), порушення нейробіологічної регуляції (Б. ван дер Колк), блокування самоактуалізації (К. Роджерс, А. Маслоу) або культурно-детермінований феномен (Дж. Александер).

Психічна травма порушує базові уявлення дитини про безпеку, контроль і можливість впливати на події власного життя. У науковій літературі підкреслюється, що травматичний досвід у дитинстві часто формує хронічний тип тривожного реагування й негативно позначається на формуванні «Я-образу». Особливу небезпеку становить поєднання емоційної нестійкості, невпевненості та труднощів саморегуляції. Саме тому сучасні підходи рекомендують застосування методів, орієнтованих на підтримку, опанування та інтерпретацію власного стану у безпечний спосіб. Це забезпечує підґрунтя для конструктивної адаптації дитини після травматичних подій.

У межах констатувального етапу дослідження було обстежено 20 дітей віком 7–12 років. За шкалою Спілбергера–Ханіна середній рівень ситуативної тривожності становив 36,8 балів, тоді як особистісної – 39,6 балів. Високі показники особистісної тривожності зафіксовано у 40 % вибірки, що свідчить про стійку установку на небезпеку та підвищену психоемоційну чутливість. Це підтверджує, що тривога для більшості дітей не є разовою реакцією, а виступає стабільною рисою, що потребує психокорекційного впливу. Наявні тенденції узгоджуються з природою дитячої травматизації.

За результатами методики Дембо–Рубінштейн було встановлено значний дисбаланс між рівнем домагань і реальною самооцінкою дітей. У середньому розрив становив 15–16 балів практично на всіх шкалах, а низький рівень самооцінки спостерігався у 30–40 % респондентів залежно від сфери. Найбільш уразливою виявилася сфера самоконтролю: низька самооцінка була притаманна 40 % учасників. Відчуття «я не можу впливати на ситуацію» є типовим для дітей із травматичним досвідом і вимагає спеціальної фахової підтримки. Це вказує на потребу в підходах, які зміцнюють віру у власні можливості.

Результати кольорового тесту Люшера показали, що 55 % дітей перебувають у стані помірної або високої внутрішньої напруги. У 40 % учасників виявлено «відкидання» основних кольорів, що свідчить про внутрішню конфліктність та емоційне виснаження. Домінування синього (35 %) та зеленого (25 %) кольорів вказує на високий запит на підтримку, стабільність та відчуття безпеки. Водночас 20 % дітей обирали червоний у перших позиціях, що відображає потенціал активного подолання стресу. Така різновекторність потребує поєднання технік заспокоєння та творчої активності.

За результатами проєктивних методик «Малюнок людини» та «Малюнок неіснуючої тварини» встановлено характерні форми реагування на травму. У 45 % дітей спостерігався дрібний розмір фігури

з ослабленим натиском, що інтерпретується як уникання та невпевненість у власній дієздатності. У 35 % робіт фіксувалась редукція рук, що може вказувати на відчуття безсилля у взаємодії з оточенням. Ознаки захисної агресії (зуби, кігті) у 40 % дітей свідчать про напружений тип самозахисту. Ці дані підтверджують важливість формування базового почуття безпеки в психокорекції.

Узагальнюючи всі результати констатувального етапу, можна стверджувати, що для вибірки характерні підвищена тривожність, знижена самооцінка, труднощі емоційної саморегуляції та потреба у захисних стратегіях поведінки. Зібрані емпіричні дані створили чітку карту психологічних потреб дітей з травматичним досвідом. На підставі отриманої інформації були визначені ключові орієнтири для створення відповідної психокорекційної програми. Саме діагностичні результати стали основним підґрунтям для розробки структури та змісту арттерапевтичних занять.

У межах цього дослідження арттерапевтична програма лише розроблена, але не впроваджувалася на практиці, що відповідає обраному дизайну дослідження. Вона є методичним проектом, спрямованим на подальше використання у роботі психологів, педагогів та фахівців системи соціально-психологічної допомоги. Програма поєднує техніки емоційної стабілізації, творчого самовираження та підтримки «Я-образу». Оцінювання ефективності її застосування віднесено до перспективи майбутніх емпіричних досліджень. Це гарантує методологічну коректність сформульованих висновків.

Таким чином, гіпотеза дослідження щодо доцільності застосування арттерапевтичного підходу в роботі з дітьми, які пережили психотравму, знайшла своє теоретичне та емпіричне підтвердження, але не через перевірку ефективності програми, а через встановлення специфіки психологічних труднощів цієї категорії дітей. Результати продемонстрували високий запит на психологічну підтримку та

окреслили перспективні напрями арттерапевтичного втручання. Робота має як наукове, так і практичне значення, оскільки пропонує готовий програмний інструментарій для фахівців. Подальші дослідження мають бути спрямовані на апробацію та удосконалення програми в реальних умовах практики. Це сприятиме мінімізації наслідків психотравми та підвищенню психологічної стійкості дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1 Авер'янова, О. М. Психологія травматичного досвіду: навч. посіб. Київ : Академвидав, 2017. 232 с.
- 2 Адамчук, Л. В. Посттравматичний стресовий розлад у дітей: виявлення та психокорекція. Практична психологія та соціальна робота. 2020. № 10. С. 45–51.
- 3 Александер, Д. Культурна травма та колективна ідентичність. К.: Лібра, 2015. 312 с.
- 4 Барановська І. Психологічна травма: клініко-психологічний аналіз. К.: Академвидав, 2014. 198 с.
- 5 Бейсснер, Г. Психічна травма та її лікування: Теорія і практика. Львів: Світ, 2010. 224 с.
- 6 Бернс, М. Психологія стресу та травми: клієнтський та освітній контексти. Норвегія: Publishing House, 2020. 212 с.
- 7 Блекман, Л. Діти і стрес: Психологічна допомога у кризових ситуаціях. Нью-Йорк: HarperCollins, 2020. – 204 с.
- 8 Бойко, І. Психотравма як чинник формування невротичних розладів. Вісник Національного медичного університету. 2019. №3. С. 56–60.
- 9 Бондаренко, С. О. Травма розвитку: психологічні особливості та наслідки. Психологія: реальність і перспективи. 2019. № 13. С. 74–81.
- 10 Борисова, І. В. Дитяча психотравма: вітчизняні та зарубіжні підходи. Психологія і суспільство. 2018. № 3. С. 105–112.
- 11 Васильєва Л. М. Соціокультурна детермінація психологічної травми: філософський аспект. Вісник ХНУ ім. В. Н. Каразіна. 2020. №36. С. 28–35.
- 12 Васильєва, І. В. Психологічна допомога дітям після психотравми: концепції та практики. Харків : Факт, 2016. 176 с.

- 13 Волинець Ю. Трансгенераційна травма: теоретико-практичні аспекти. К.: Психея, 2021. 160 с.
- 14 Гаврилова, Л. С. Психологічні механізми формування ПТСР у дітей та підлітків. Психологія і сучасність. 2022. № 2(34). С. 28–33.
- 15 Гаврилова, М. С. Психологія травми: теорія та практика. Київ: Видавництво «Наукова думка», 2015. 252 с.
- 16 Гресь, В. О. Травматичний досвід у підлітків: нейропсихологічний підхід. Вісник Київського університету. Серія «Психологія». 2021. № 2. С. 67–72.
- 17 Грін, А. Травма у дітей: психологічна допомога та стратегії реабілітації. Лондон: Routledge, 2018. 320 с.
- 18 Губська Т. Філософські підходи до психотравматичного досвіду. Науковий вісник ХДУ. 2021. Вип. 2(3). С. 94–98.
- 19 Гуменюк Л. В. Психологічна травма в соціальному вимірі. Психологія і суспільство. 2018. №4. С. 101–108.
- 20 Данилюк, І. І. Психологічні наслідки війни у дітей: травма і зцілення. Львів : Світ, 2023. 208 с.
- 21 Довгань, А. Ю. Психологічне здоров'я у школах: інтеграція профілактики. Київ: Наукова думка, 2020. 318 с.
- 22 Еріксон К. Колективна травма: досвід та наслідки катастрофи. American Journal of Sociology. 1994. Vol. 99. P. 121–132.
- 23 Жижек С. Витончене насильство: Психотравма та ідеологія. К.: Лаурус, 2020. 274 с.
- 24 Жукова, Л. А. Сучасні методи профілактики та лікування психотравм у дітей. Київ: "Психотерапевт", 2019. 220 с.
- 25 Зимова, В. О. Психологічна допомога дітям після катастроф: нові підходи. Одеса: Видавництво "Академія", 2017. 256 с.
- 26 Зінченко, С. Ю. Досвід переживання психотравмуючих подій дітьми дошкільного віку. Наукові записки ТНПУ ім. В. Гнатюка. Психологія. 2020. № 1. С. 39–43.

- 27 Злотник А. Травматичний досвід у культурі пам'яті. Соціальні виміри суспільства. 2019. №20. С. 123–129.
- 28 Йоахім, Л. Психологія дитячої травми. Мюнхен: Verlag Hans Huber, 2017. 230 с.
- 29 Карр, Дж. Психотерапія з дітьми, які пережили психотравму. Сідней: Australian Psychological Society, 2019. 316 с.
- 30 Клименко, І. А. Психологічна травма та розвиток особистості. Одеса: ПНПУ, 2019. 192 с.
- 31 Коваль, В. М. Біоетика та психотерапевтичні аспекти роботи з дітьми, які пережили травму. Чернівці: Книжковий клуб «Літа», 2021. 274 с.
- 32 Козяр М. Травма та культура: філософсько-антропологічний вимір. Гілея. 2020. №152(9). С. 49–53.
- 33 Коробкіна, Л. А. Психотравма у дітей молодшого шкільного віку: виявлення та підтримка. Психологічна наука і освіта. 2021. № 3. С. 89–94.
- 34 Кочубей Т. Війна як чинник психотравматизації особистості. Психологічний часопис. 2022. №1(12). С. 33–40.
- 35 Кочюнас, Р. Основи психологічного консультування. К. : Либідь, 2001. 352 с.
- 36 Крейг, Р. Теорія стресу і травми: міжособистісний підхід. Харків: Центр психології, 2016. 208 с.
- 37 Крісті, С. Превентивні програми та їх роль у профілактиці психотравм у дітей. Лондон: Springer, 2019. 298 с.
- 38 Кучер, І. С. Психологічне відновлення дітей: теорія та практика. Київ: Інститут психології, 2015. 212 с.
- 39 Лебедева, О. А. Емоційна регуляція у дітей з досвідом психотравми. Дитяча психологія. 2019. № 4. С. 23–27.
- 40 Лернер, Р. А. Психологічна допомога дітям після травм. Вашингтон: American Psychological Association, 2016. 270 с.

- 41 Леру, С. Соціальна конституція травми в сучасній Європі. *European Review*. 2018. Vol. 26, №3. – Р. 350–363.
- 42 Лурія, О. В. Вікові особливості переживання травматичного досвіду. *Соціальна психологія*. 2022. № 1. С. 101–107.
- 43 Макаренко О. А. Психологічна травма: генезис, типологія, механізми подолання. К.: Видавництво НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2017. 236 с.
- 44 Мельник, В. І. Когнітивні стратегії подолання психотравми в підлітковому віці. *Психологія і педагогіка: методика і проблеми*. 2020. № 5. С. 56–60.
- 45 Мельник, О. В. Психологічна допомога дітям, які пережили психотравму: навчальний посібник. Харків: ХНУ, 2016. 310 с.
- 46 Міллер, А. Драма обдарованої дитини. К.: КМ-Букс, 2019. 152 с.
- 47 Олійник Н. Психотравма в соціальному дискурсі: міждисциплінарний підхід. *Соціальні технології*. 2021. №31. С. 63–67.
- 48 Потапенко, Л. Л. Соціально-емоційне навчання: концепція, методи, практика. Київ: Академвидав, 2018. 248 с.
- 49 Розенцвейг П. Травматерапія: між минулим і теперішнім. К.: Альтернатива, 2018. 190 с.
- 50 Сміт, К. Травма та стійкість у дітей: теоретичні та практичні аспекти. Кембридж: Cambridge University Press, 2021. 275 с.
- 51 Тейлор, Н. Психологія впливу стресу на дітей. Нью-Йорк: Oxford University Press, 2019. 345 с.
- 52 Уоррен, Р. Психологія травми у дітей: міжнародний досвід. Торонто: University of Toronto Press, 2017. 208 с.
- 53 Форд, Дж. В. Програми соціально-емоційного навчання для дітей. Лондон: Sage Publications, 2020. 280 с.
- 54 Форсайт, Т. Діти в умовах соціальних потрясінь: навчання та відновлення. Торонто: University of Toronto Press, 2018. 180 с.
- 55 Херсон, Д. В. Психотерапевтичні програми в освіті: міжнародний досвід. Київ: Видавництво "Універсум", 2021. 295 с.

- 56 Чудновський М. Психотравма у структурі особистості: діагностика та корекція. Харків: Основа, 2020. 168 с.
- 57 Шенк, І. М. Культура психічного здоров'я дітей. Львів: Літера, 2017. 265 с.
- 58 Шнейдер, К. Соціальна травма та нові форми колективної ідентичності. *Trauma Studies Review*. 2020. Vol. 12. P. 75–90.
- 59 Becker-Blease, K. A. Research Ethics in the Study of Child Trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2006. Vol. 12(1–2). P. 103–120.
- 60 Courtois, C. A., & Ford, J. D. Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents. New York: Guilford Press, 2013. 338 p.
- 61 Herman, J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. New York: Basic Books, 1997. 276 p.
- 62 Perry, B. D., & Szalavitz, M. The Boy Who Was Raised as a Dog, M. Szalavitz. New York: Basic Books, 2006. 320 p.
- 63 Pynoos, R. S., & Nader, K. Psychological First Aid and Treatment Approaches for Children Exposed to Traumatic Events. *Journal of Child Psychology*. 1989. Vol. 30(3). P. 321–329.
- 64 Terr, L. Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood. New York: Basic Books, 1990. 279 p.
- 65 Van der Kolk, B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. Bessel van der Kolk. New York: Penguin Books, 2014. 464 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала тривожності для дітей Ч. Спілбергера – Л. Ханіна (CDAS), українська адаптація

Мета методики:

Визначення рівня **ситуативної (СТ)** та **особистісної тривожності (ОТ)** у дітей молодшого та середнього шкільного віку.

Автори:

Charles D. Spielberger, адаптація для дитячої вибірки — Ю. Л. Ханін
(український варіант, використаний у дослідженні)

Інструкція для досліджуваного

Прочитай кожне твердження та обери відповідь, яка найбільше підходить тобі зараз (для *СТ* — «як ти почуваєшся зараз», для *ОТ* — «як ти почуваєшся зазвичай»). Немає правильних чи неправильних відповідей. Обирай так, як ти відчуваєш.

Варіанти відповіді:

- 1 - Ніколи / Зовсім ні
- 2 - Іноді / Трохи
- 3 - Часто / Помітно
- 4 - Завжди / Дуже сильно

Структура методики

Підшкала	Кількість тверджень	Що вимірює
Ситуативна тривожність (СТ)	20	Реакції на поточні події
Особистісна тривожність (ОТ)	20	Стійка тривожність як риса

Бланк для відповідей

№ твердження	1	2	3	4
1	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐

Ключ до методики

Частина тверджень - **прямі**

Частина - **зворотні** (бали перевертаються)

Під час оцінювання відповіді перераховуються у бали та поділяються на дві шкали: СТ та ОТ.

Оцінювання

Сума балів:

20–29 балів → низький рівень тривожності

30–45 балів → середній рівень

46 і більше балів → високий рівень

Додаток Б

Методика “Малюнок людини” (Draw-A-Person Test, Ф.**Гудінаф – Д. Харріс).**

Тест розроблений К.Маховер в 1946 році на основі тесту Ф.Гудінаф з метою визначення індивідуальних особливостей особистості. Використовується з 3-х років.

Виділяють такі характеристики, які можна перевірити за даним тестом: уявлення про себе, комунікабельність, тривожність, агресивність, міжособистісні відносини, образ тіла, статево-рольова ідентичність, патологія розвитку, інтелект.

Процедура тесту полягає в тому, що дитині дають простий олівець середньої м'якості, гумку та стандартний чистий аркуш паперу формату А4 (210 х 297 мм.) І надають **інструкцію**: “Намалюй, будь ласка, людину, якомога краще”. На питання, які, як правило, носять уточнюючий характер (“а яку людину ?”), Слід відповідати ухильно , наприклад: “будь-яку”, “малюй кого хочеш”. На будь-які вираження сумнівів можна сказати: “ти почни, а далі легше буде...”

Якщо у відповідь на ваше прохання дитина намалювала людину частково, щось на кшталт бюста або у вигляді карикатури, мультиплікаційного героя, абстрактного зображення, досліджуваного просять взяти інший аркуш паперу і намалювати людину ще раз, тепер в повний зріст, цілком: з головою, тулубом, руками і ногами.

Протягом всього процесу малювання варто **спостерігати за дитиною** (як вона поставилась до завдання, чи висловлювала опір або різку відмову, чи задавала додаткові питання і як багато, чи висловлювала гостру потребу в подальших вказівках – заявляв про це прямо чи це виражалось в його поведінці, чи дитина сміливо приступила до виконання...). Це надасть безцінну інформацію про особливості досліджуваного.

Наступний етап – **бесіда**, у процесі бесіди ви можете прояснити всі неясні моменти, а через почуття і переживання, які дитина висловлює під час бесіди, ви може отримати унікальну інформацію щодо її емоційного стану. Для актуалізації почуттів може задавати такі питання:

- Хто ця людина?
- Де вона живе?
- Чи є у нього друзі?
- Чим вона займається?
- Добрий, він або вона, чи злий?
- На кого вона дивиться?
- Хто дивиться на неї?
- Чи знайома тобі ця людина?
- Про що вона думає?
- Що вона відчуває?
- Він тобі подобається?
- Що найбільше хоче ця людина? і т. д.

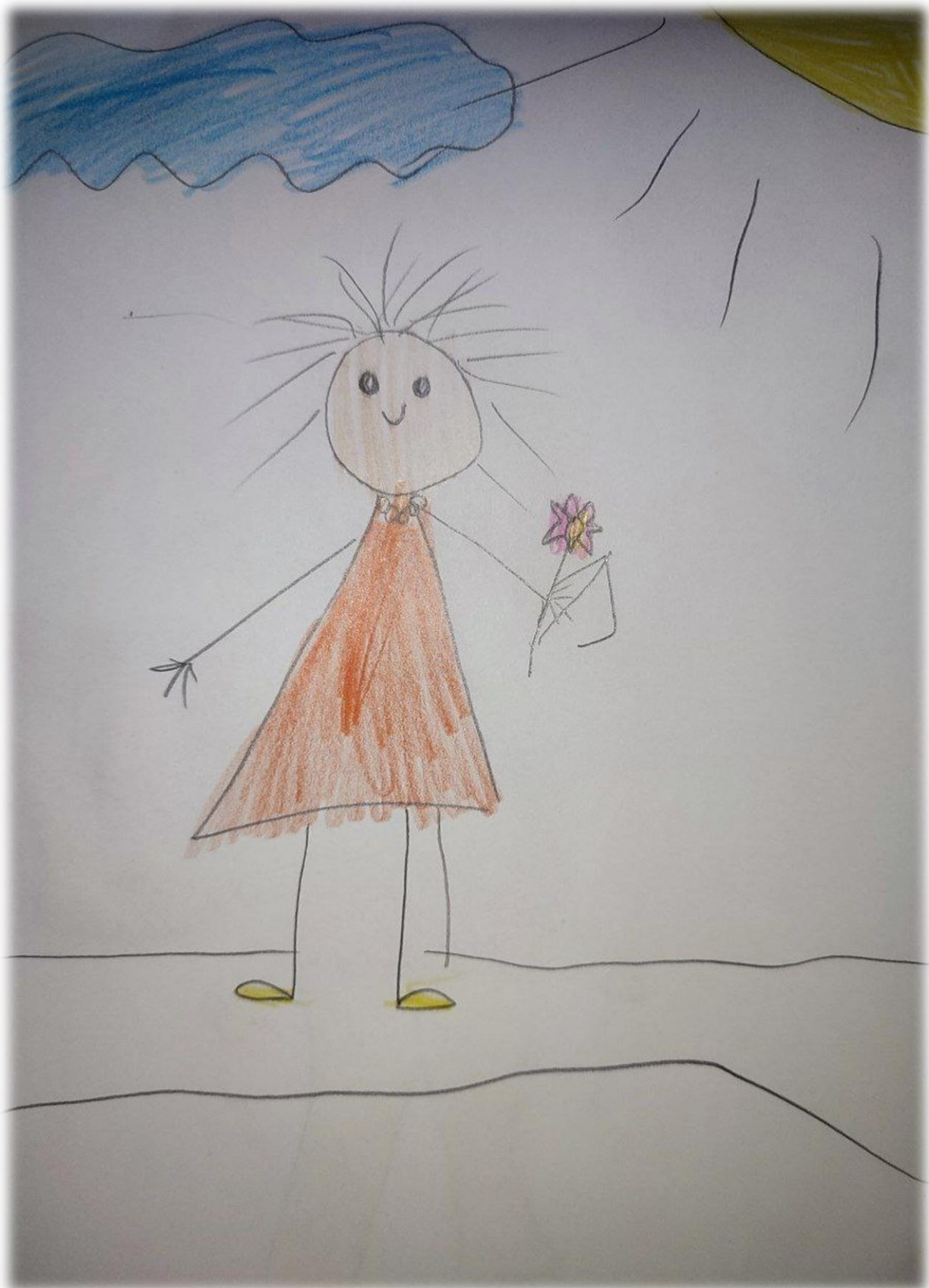
Інший варіант бесіди з дитиною – попросити її **скласти історію про цю людину**.

Перш ніж перейти до інтерпретації методики варто зазначити одну **особливість**, яка полягає в тому, існує закономірність, що з *віком дітей малюнок людини збагачується все новими деталями, тобто що кожному віковому проміжку характерні певні особливості малювання*. Тому інтерпретуючи малюнок в першу чергу треба звертати увагу на вік дитини і від цього відштовхуватись.







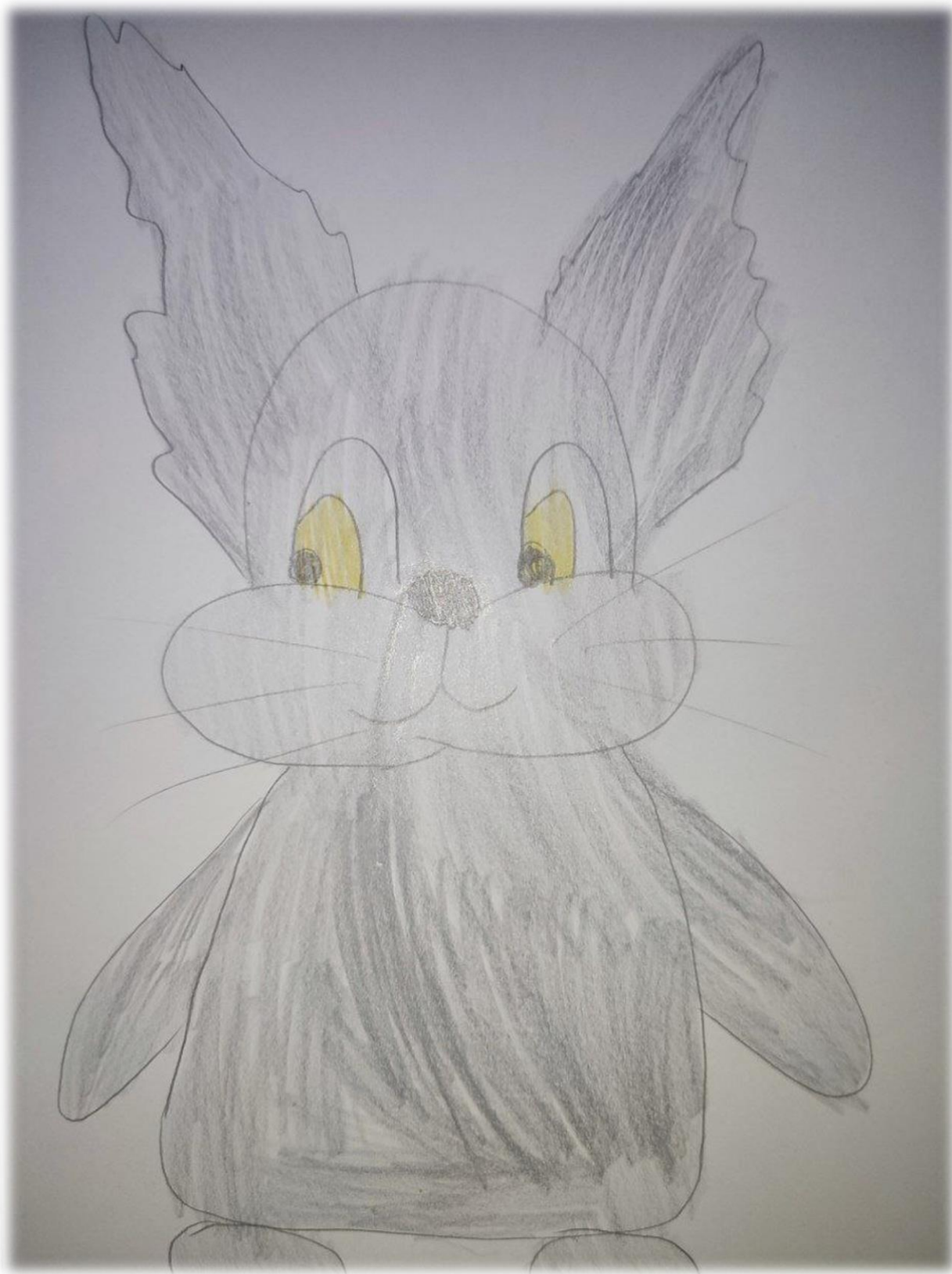






«Малюнок неіснуючої тварини» (МНТ)















Додаток В**Методика діагностика самооцінки Дембо-Рубінштейн в модифікації
А. М. Парафіян**

Методика діагностика самооцінки Дембо-Рубінштейн в модифікації А. М. Парафіян заснована на безпосередньому оцінюванні (шкалюванні) школярами ряду особистих якостей, таких як здоров'я, здібності, характер і т. д. Обстежуваним пропонується на вертикальних лініях відзначити певними знаками рівень розвитку у них цих якостей (показник самооцінки) і рівень домагань, тобто рівень розвитку цих же якостей, який би задовольняв їх. Кожному випробовуваному пропонується бланк методики, що містить інструкції та завдання.

Хід виконання завдання***Інструкція***

Будь-яка людина оцінює свої здібності, можливості, характер та ін. Рівень розвитку кожної якості, сторони людської особистості можна умовно зобразити вертикальною лінією, нижня точка якої символізуватиме найнижчий розвиток, а верхня - найвище. На наступній сторінці зображені сім таких ліній. Вони позначають:

- 1) здоров'я;
- 2) розум, здібності;
- 3) характер;
- 4) авторитет у однолітків;
- 5) уміння багато робити своїми руками, умілі руки;
- 6) зовнішність;
- 7) впевненість у собі.

Під кожною лінією написано, що вона означає. На кожній лінії рискою (-) відзначте, як ви оцінюєте розвиток у себе цієї якості, сторони вашої особи в даний момент часу. Після цього хрестиком (х) відзначте, при якому рівні розвитку цих якостей ви були б задоволені собою або відчували гордість за себе.

Завдання

Зображено сім ліній, довжина кожної - 100 мм, із зазначенням верхній, нижній крапок і середини шкали. При цьому верхня і нижня точки відрізняються помітними рисами, середина - ледь помітною крапкою. Методика може проводитися як фронтально - з цілим класом (або групою), так і індивідуально. При фронтальній роботі необхідно перевірити, як кожен учень заповнив першу шкалу. Треба переконатися, чи правильно застосовуються запропоновані значки, відповісти на

питання. Після цього випробовуваний працює самостійно. Час, що відводиться на заповнення шкали разом з читанням інструкції, 10-12 хв.

Обробка результатів

Обробка проводиться по шести шкалах (перша, тренувальна - "здоров'я" - не враховується). Кожна відповідь виражається в балах. Як вже зазначалося раніше, розміри кожної шкали 100 мм, відповідно до цього відповіді школярів отримують кількісну характеристику (напр., 54 мм = 54 балам).

1. По кожній з шести шкал визначити:

а) рівень домагань - відстань в мм від нижньої точки шкали ("Про") до знаку "х";

б) висоту самооцінки - від "0" до знаку "х";

в) значення розбіжності між рівнем домагань і самооцінкою - відстань від знаку "х" до знаку "-", якщо рівень домагань нижче самооцінки, він виражається негативним числом.

2. Розрахувати середню величину кожного показника по всіх шести шкалах.

Оцінка та інтерпретація окремих параметрів

Параметр	Кількісна характеристика (бал)			
	Норма			дуже високий
	Низький	середній	високий	
Рівень домагань	менше 60	60-74	75-89	90-100
Рівень самооцінки	менше 45	45-59	60-74	75-100

Рівень домагань

Норму, реалістичний рівень домагань, характеризує результат від 60 до 89 балів. Найбільш оптимальний - порівняно високий рівень - від 75 до 89 балів, що підтверджує оптимальне уявлення про свої можливості, що є важливим чинником особистісного розвитку. Результат від 90 до 100 балів зазвичай засвідчує нереалістичне, некритичне відношення дітей до власних можливостей. Результат менше 60 балів свідчить про занижений рівень домагань, він - індикатор несприятливого розвитку особистості.

Висота самооцінки

Кількість балів від 45 до 74 ("середня" і "висока" самооцінка) засвідчують реалістичну (адекватну) самооцінку. Кількість балів від 75 до 100 і вище свідчить про завищену самооцінку і вказує на певні відхилення у формуванні особистості. Завищена самооцінка може підтверджувати особистісну незрілість, невміння правильно оцінити результати своєї діяльності, порівнювати себе з іншими; така самооцінка може вказувати на істотні спотворення у формуванні особистості - "закритості для досвіду", нечутливості до своїх помилок, невдач, зауважень та оцінками оточуючих. Кількість балів нижче 45 вказує на занижену самооцінку (недооцінку себе) і свідчить про крайнє неблагополуччя в розвитку особистості. Ці учні складають "групу ризику", їх, як правило, мало. За низькою самооцінкою можуть ховатися два абсолютно різних психологічних явища: справжня невпевненість в собі і "захисна", коли декларування (самому собі) власного невміння, відсутність здатності і т. п. дозволяє не докладати жодних зусиль.

Додаток Г

Інструкції до повного колірного тесту Люшера

Про тест

Повний колірний тест Люшера - це психологічний інструмент, який використовує вибір 23 кольорів для аналізу вашого емоційного стану, особистих рис і внутрішніх потреб. Тест базується на унікальному зв'язку між кольоровими уподобаннями та психоемоційними процесами, що дозволяє виявити як поточні емоції, так і стійкі особливості характеру.

Підготовка до тесту

Знайдіть тихе і комфортне місце, де вас не відволікатимуть.

Переконайтеся, що освітлення м'яке, без яскравих відблисків, щоб кольори відображалися коректно.

Розслабтеся, зробіть кілька глибоких вдихів і налаштуйтеся на спонтанні відчуття.

Не розмірковуйте про значення кольорів або їх «правильність» - довіряйте першому імпульсу.

Процедура тесту

Тест складається з двох етапів, кожен з яких включає вибір усіх 23 кольорів. Ваше завдання - вибрати кольори в порядку переваги, від найприємнішого до найменш приємного.

Етап 1: Перша ітерація. Натискайте на кольори в порядку, який здається вам найбільш привабливим. Виберіть усі 23 кольори, починаючи з того, який викликає найпозитивніші емоції, і закінчуючи тим, який подобається найменше.

Етап 2: Друга ітерація. Після завершення першого етапу ви повторите вибір усіх 23 кольорів. Не намагайтеся згадати попередні вибори - орієнтуйтеся на поточні відчуття. Це дозволяє виявити стійкі риси та тимчасові емоції.

Час. Тест займає 5–7 хвилин. Не поспішайте, але й не аналізуйте занадто довго.

Після тесту

Інтерпретацію ваших кольорових уподобань в обох ітераціях.

Аналіз парного вибору кольорів для виявлення ключових потреб.

Рекомендації, включаючи техніки НЛП, медитації та вправи для самоаналізу.