

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет педагогічної освіти
Кафедра дошкільної і спеціальної освіти

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ КОРЕКЦІЇ ПТСР
У ДОШКІЛЬНИКІВ

Кваліфікаційна робота студентки
групи ДВПм-24
ступінь вищої освіти «магістр»
спеціальності 012 «Дошкільна освіта»
Прохоренко Вікторії Олександрівни
Керівник кандидат педагогічних наук,
доцент Суятинова К. Є.

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, Прохоренко Вікторія Олександрівна, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно, не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавала і не одержувала недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Прохоренко В.О.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР У ДОШКІЛЬНИКІВ.....	8
1.1. Проблема посттравматичного стресового розладу в науковій літературі.....	8
1.2. Специфіка проявів, механізми розвитку та діагностика ПТСР у дітей старшого дошкільного віку	16
1.3. Психолого-педагогічні засоби корекції ПТСР у дітей дошкільного віку	21
Висновки до розділу 1.....	27
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ПТСР У ДОШКІЛЬНИКІВ.....	28
2.1. Обґрунтування вибору та опис психодіагностичних методик для дослідження ПТСР у дітей старшого дошкільного віку.....	28
2.2. Зміст, структура та обґрунтування програми психологічної корекції ПТСР у дітей старшого дошкільного віку.....	37
Висновки до розділу 2.....	44
ВИСНОВКИ.....	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	49
ДОДАТКИ.....	55

ВСТУП

Актуальність дослідження психологічних засобів корекції посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей старшого дошкільного віку зумовлена низкою глобальних та національних чинників. Насамперед, військова агресія та масова травматизація населення України створили безпрецедентну ситуацію, коли значна частина дитячого населення зазнала впливу психотравмуючих подій (бойові дії, обстріли, втрата близьких, вимушене переміщення). Старший дошкільний вік (6–7 (8) років) є критичним періодом для формування довільності, саморегуляції та базової структури особистості. Травматичний досвід, що припадає на цей період, може мати руйнівні наслідки, порушуючи нормативний хід розвитку. Заклад дошкільної освіти (ЗДО) виступає як ключове середовище для відновлення психологічної стабільності та соціальної інтеграції дитини.

На теоретичному рівні дослідження актуальне через необхідність деталізації розуміння специфіки ПТСР у наймолодших вікових групах. Класичні моделі травми, розроблені для дорослих, часто не враховують особливості когнітивної та емоційної сфери дошкільників, які не можуть вербалізувати свій досвід. Це підкреслюється у працях таких зарубіжних дослідників, як Бессел ван дер Колк (Bessel van der Kolk), який наголошує на тілесній природі травматичної пам'яті («The Body Keeps the Score» / «Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому» [15] та Пітер Левін (Peter A. Levine), чиї роботи в рамках соматичної переживання доводять, що травма є незавершеним біологічним актом, який необхідно «розвантажити» через тіло та рух [17].

Українські науковці, зокрема Т. Титаренко, М. Ткалич, О. Зданович, активно вивчають проблеми психологічної стійкості та шляхи подолання наслідків кризових ситуацій. Вони вказують на гостру необхідність адаптації

міжнародних протоколів допомоги до менталітету та освітньої системи України.

Практична актуальність роботи зумовлена відсутністю універсальних, стандартизованих, та водночас гнучких корекційних програм, спеціально розроблених для роботи з ПТСР у старших дошкільників на базі ЗДО. Провідні зарубіжні психотерапевти дитячого віку, такі як Е. Гіл [39] та К. О'Райан [41; 42], підтверджують, що найбільш ефективними засобами в цьому віці є невербальні методи, зокрема:

1. Ігрова терапія - гра є природною мовою дитини, засобом відреагування та контрольованого проживання травматичного досвіду. Гра є провідною діяльністю дітей старшого дошкільного віку.
2. Арт-терапія дозволяє вивести назовні та «контейнувати» інтенсивні емоції (страх, гнів, безпорадність), з якими дитина не може впоратися.
3. Пісочна терапія створює «безпечний простір» для символічної реконструкції та інтеграції травматичної події.

Таким чином, розробка інтегрованої програми, яка поєднує ці психологічні засоби та враховує сучасні критерії діагностики (DSM-5, ICD-11), є нагальною потребою для практичної психології. Ця програма має стати інструментом зокрема для практичних психологів ЗДО, забезпечуючи своєчасне та адекватне втручання.

Особливої актуальності тема набуває у контексті дошкільної освіти. У дошкільників прояви ПТСР часто маскуються під регресивну поведінку, нічні жахи, ігрові повторення травматичного епізоду або порушення прихильності. Практичні психологи ЗДО виконують функцію первинного скринінгу та є основними провайдерами спеціалізованого корекційного впливу. Вони відповідальні за: своєчасне виявлення симптомів ПТСР та диференціальну діагностику; розробку та впровадження індивідуальних і групових корекційних програм, інтегруючи невербальні техніки; консультування батьків та педагогічного колективу.

Водночас, вихователі відіграють ключову роль у створенні травмоінформованого середовища. Їхня щоденна робота полягає у забезпеченні стабільного режиму життєдіяльності, що відновлює відчуття контролю та безпеки у дитини; стимулювання безпечної ігрової діяльності, що є каталізатором для самоцілення.

Ефективність психологічної корекції ПТСР залежить від злагодженої взаємодії практичного психолога та вихователя, а також від рівня підготовленості педагогів до роботи з травмованою дитиною. Таким чином, результати даної кваліфікаційної роботи забезпечать практиків ЗДО не лише обґрунтованою методикою корекції, але й чіткими рекомендаціями щодо побудови ефективної системи психологічного супроводу в умовах освітнього закладу.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та укласти комплекс психологічних засобів корекції ПТСР у дітей старшого дошкільного віку.

Обрана тема зумовила такі **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати ключові поняття, підходи до визначення сутності «стресу», формування посттравматичних порушень у дітей; механізми розвитку ПТСР.
2. Проаналізувати елементи арт-терапії як психологічного засобу корекції дитячого ПТСР.
3. Дібрати та обґрунтувати інструментарій для визначення рівня прояву ПТСР у дітей старшого дошкільного віку.
4. Укласти програму психологічної корекції ПТСР у дітей старшого дошкільного віку із застосуванням обраних засобів.

Об’єкт дослідження – корекція ПТСР у дітей старшого дошкільного віку.

Предмет дослідження – психологічні засоби корекції ПТСР у дошкільників.

У процесі дослідження для розв’язання поставлених завдань і перевірки висунутого припущення використано комплекс **методів**:

а) теоретичні: аналіз і синтез наукової, навчально-методичної літератури, що дало змогу зіставити різні погляди на досліджувану проблему, визначити поняттєво-категоріальний апарат дослідження;

б) емпіричні: аналіз програмних та методичних матеріалів.

Практичне значення одержаних результатів: результати дослідження можуть бути використані здобувачами освіти протягом проходження педагогічної практики в закладах дошкільної освіти та під час проведення та організації занять з дошкільниками.

Структура роботи: вступ, два розділи, висновки до розділів, загальні висновки, список використаних джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР У ДОШКІЛЬНИКІВ

1.1. Проблема посттравматичного стресового розладу в науковій літературі.

Заклад дошкільної освіти (ЗДО) відіграє критично важливу соціальну та психологічну роль, що виходить за межі лише навчальних функцій. Він є фундаментом для гармонійного всебічного розвитку дитини, сприяючи становленню її особистості, плекаючи природні здібності та розкриваючи внутрішній потенціал. Створені в цьому середовищі навички саморегуляції та соціальної взаємодії стають міцною опорою для подальшої адаптації та успішного життя.

Військова агресія виступає як додатковий, суттєвий стресор, який радикально змінює звичний, безпечний світ дитини. Наслідки цього впливу, що поширюються на всіх учасників освітнього процесу – дітей, батьків та педагогів, – не мають однозначної відповіді та вимагають реагування.

В умовах значних соціальних потрясінь та масштабних змін у звичайному життєвому контексті фахівця, роль педагога ЗДО зазнала кардинальної трансформації. Реалії воєнного часу, спричиненого військовою агресією, вимагають від вихователя не лише високої професійної майстерності та виконання освітніх завдань, але й критично високого рівня внутрішньої життестійкості та психоемоційної стабільності. Отже, педагог ЗДО розширює свій функціонал, стаючи ключовим джерелом опори, емоційної підтримки та психологічної стійкості для дітей дошкільного віку, що є необхідною передумовою для мінімізації негативних наслідків стресового впливу.

Ця ситуація актуалізує необхідність глибокого вивчення як у дослідницькому контексті (для розуміння механізмів травматизації та її

наслідків), так і у практичному контексті реалізації психологічної допомоги. Основна мета цієї роботи полягає у розробці та впровадженні ефективних психологічних засобів, спрямованих на мінімізацію психоемоційного навантаження на дітей дошкільного віку, спричиненого, зокрема, війною, та відновлення здорового функціонування системи дошкільної освіти.

Проблему «посттравматичного стресового розладу» (ПТСР) досліджували такі науковці: Л. Дзюбко, І. Мельник [9] (психологічний супровід дітей у стані хронічного стресу в умовах війни); А. Коваль, І. Чугуєва [14] (стратегії реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом: аналіз наукових джерел); М. Оксютович, В. Сабадуха (психотравмуючий досвід дитини та особливості соціалізації при цьому); К. Суятинова [31] (особливості посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку); Г. Цветкова, С. Довбня, Р. Шулигіна, К. Василець [36] (посттравматичний синдром у дітей дошкільного віку: сутність, зміст, шляхи подолання) та ін.

ПТСР тісно пов'язаний із «стресом», «травматичним стресом» та «травматичною подією». Розглянемо сутність цих понять, а також з'ясуємо різницю між стресовою та травматичною подією.

Поняття «*стрес*» увів фізіолог Г. Сел'є. Сформоване Г. Сельє вчення про стрес надало світові один із найупізнаваніших наукових термінів, який, проте, до сьогоднішнього дня не втратив своєї неоднозначності й продовжує викликати активні дискусії серед науковців. Зазначимо, що Г. Сельє відкрив неспецифічну (тобто не зв'язану з певною причиною), універсальну або загальну реакцію організму на зовнішні впливи (зокрема патологічні), що вимагають змін. Саме її він спочатку назвав «загальним адаптаційним синдромом», а згодом перейменував на «стрес». [22, с. 9]. Подальша наукова невизначеність щодо поняття «стрес» була частково спричинена тим, що сам Ганс Сельє, попри свою ерудицію та знання багатьох мов, обрав для позначення відкритого ним явища суперечливий термін, що спричинило зростання термінологічної плутанини. Дослідники зазначають, що початково,

в англійській мові термін «stress» означав зовнішню дію або силу. З XVII століття він був закріплений у фізиці, зокрема, у знаменитому законі Гука, який описує прямо пропорційну залежність деформації пружного тіла від напруження, що на нього діє. Якщо провести очевидну аналогію, то за законом Гука «стрес» виступає саме цим зовнішнім «напруженням» (тобто причиною), тоді як у концепції Ганса Сельє (в його знаменитому «законі») цей термін почав позначати «деформацію» – тобто, саму реакцію організму на зовнішній вплив. Незважаючи на цю термінологічну «неправильність» (зсув від позначення причини до позначення наслідку), слово «стрес» увійшло у своєму незмінному вигляді практично в усі мови світу, включаючи слов'янські, арабську та китайську [22, с. 10].

Існуючі наукові підходи до інтерпретації стресу можуть бути систематизовані у три основні групи:

1. Стрес як зовнішній стимул – до цієї групи належать концепції, де терміни «стрес-фактор» та «стресор» використовуються як синоніми й ототожнюються, фокусуючись на зовнішній вимозі або шкідливому впливі, що спричиняє реакцію.

2. Стрес як внутрішній процес – у цьому підході стрес інтерпретується як внутрішні психологічні феномени: емоції, оборонні реакції організму та складні процеси подолання (копінгу), спрямовані на відновлення рівноваги.

3. Стрес як фізіологічна реакція – ця група визначає стрес як виключно фізичну (біологічну) реакцію організму на будь-яку пред'явлену вимогу чи неспецифічний зовнішній вплив, що вимагає адаптації [22].

Крім того, Г. Сельє запровадив термінологічне розмежування за якістю впливу: еустрес позначає «хороший», позитивний, мобілізуючий стрес (наприклад, радість від перемоги), тоді як дистрес описує «поганий», руйнівний, надмірний стрес (хронічне перевантаження, травма). Учені також традиційно розрізняють три ступені інтенсивності стресової реакції: слабкий, середній і сильний (або надмірний) [22].

На сучасному етапі проблема стресу є актуальною в Україні і нею активно займаються такі науковці: Т. Титаренко (досліджує проблему життєстійкості (резилієнтності), кризової психології та шляхів подолання наслідків травматичних подій в умовах сучасних викликів); М. Ткалич (займається проблемами військової психології, діагностики та корекції посттравматичних станів); О. Зданович (працює над питаннями психологічної допомоги в екстремальних умовах та наслідками ПТСР у дітей); К. Мілютіна (вивчає широкий спектр проблем стресу та стресових розладів, зокрема у контексті психології розвитку); О. Лазоренко (досліджує проблеми травматичного стресу, ПТСР та особливості його проявів у різних груп населення); Н. Пов'якель, В. Татенко, Л. Наугольник, Т. Циганчук (вивчають загальні теоретичні та прикладні аспекти стресу, його наслідків, чинників, що впливають на стресостійкість, а також методи подолання стресових станів у різних вікових та соціальних групах); О. Редька, Ю. Чумаченко (займаються пізнанням нейрогормональних механізмів стресу та його фізіологічного стану в умовах воєнного часу).

Історично склалося, що дослідження загального стресу розвивалися відокремлено від вивчення травматичного стресу. Як наслідок, ці два наукові напрями донині мають обмежену кількість спільних точок перетину. Стрес набуває *ознак травматичного стану*, коли вплив стресогенного чинника спричиняє руйнівні порушення у психічній сфері, які є аналогічними фізичним ушкодженням за своєю інтенсивністю та наслідками. У таких випадках *травматичними подіями*-стресорами виступають екстремальні кризові ситуації, що несуть великий негативний вплив та містять реальну загрозу життю для самої особистості або її значущих близьких. Наслідком такого руйнівного впливу є дисфункція таких ключових психологічних та неврологічних систем, як: структура «Я»; когнітивна модель світу; афективна сфера; система пам'яті; неврологічні механізми навчання; емоційні шляхи засвоєння інформації [22, с. 179].

Різниця між поняттями «травматичний стрес» і «травматична подія» полягає в тому, що *травматична подія* – це зовнішній, критичний випадок (наприклад, аварія, насильство, стихійне лихо), а *травматичний стрес* – це внутрішня, емоційна та психофізіологічна реакція на таку подію. По суті, подія є тригером, а стрес – це наслідок, який може мати різну тривалість та інтенсивність. Травматична подія – це те, що сталося, а травматичний стрес – це те, що людина відчуває в результаті цієї події. Один і той самий випадок може призвести до різних рівнів травматичного стресу в різних людей.

Таким чином, стресова подія – це будь-яка зовнішня чи внутрішня дія, яка порушує звичний, стабільний перебіг життя та вимагає від організму адаптації. До стресорів відносять як надто інтенсивні подразники (нещастя, незаслужена образа, значні втрати, несподівані перешкоди), так і дефіцит стимуляції (монотонність, соціальна ізоляція, самотність, брак руху чи інформації). Отже, стрес – це загальна реакція організму на вимоги, що перевищують його поточні адаптивні можливості. Травматична подія має специфічні риси: вона є несподіваною, сильною та згубною у своїй дії. Це випадок, асоційований із фактом чи справжньою небезпекою загибелі, тяжкого фізичного пошкодження або сексуального насилля, і містить цілком нову, небезпечну інформацію, яку свідомість повинна включити до попереднього життєвого досвіду. Травма може бути пережита особисто (пряма участь), сприйнята як свідок (спостереження за подією) або отримана опосередковано (звістка про важку травму чи смерть близької людини). Ключова відмінність травми від звичайного стресу полягає в її здатності викликати відчуття безпорадності та порушувати базове відчуття безпеки [11, с. 11]. Реакції на стрес представлено в Додатку А [29].

Наростання темпу сучасного буття спровокувало помітне зростання ментального, афективного та фізичного навантаження на індивіда. Це перевантаження спричинене сукупністю чинників, серед яких повсякденні клопоти, особливості міжособистісної взаємодії, зміст трудової діяльності та надмірний потік інформації.

Внаслідок цього людина, зокрема, дитина, часто змушена перебувати у стані глибокої внутрішньої напруги, відчуваючи високий рівень тривожності, неспокою та непевності у власних силах – тобто переживаючи так званий стресовий стан. Ці психоемоційні порушення нерідко ведуть до дестабілізації психічної рівноваги та низку деструктивних змін у роботі фізіологічних систем організму [13, с. 38]. Типові несприятливі форми реагування первинних об'єктів на стресові або кризові обставини, в які потрапляє дитина представлено в Додатку Б [28].

З'ясуємо сутність поняття «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР). Уперше поняття запропоновано М. Хоровіц, також були розроблені діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті за основу при складанні Американської класифікації хвороб [34, с. 25].

«Посттравматичний стресовий розлад – це психіатричний розлад, який зустрічається у 7–8 % цивільних осіб та 20 % військових ветеранів, хоча зміни в діагностичних критеріях можуть дещо змінити ці оцінки» [16].

Посттравматичний стресовий розлад – це «порушення психічного стану, що може розвинутися після пережитої травматичної події. При цьому симптоми розладу з'являються не одразу, а через певний час – як правило, через три-шість місяців» [24].

Посттравматичний стресовий розлад – це «стійка реакція на травмівну подію. Отже, коли ми говоримо, що людина переживає ПТСР, обов'язково наявність травмівного чинника, – так вважають автори довідника вихователя дошкільного навчального закладу» [11, с. 17].

Автори посібника «Дитина та війна: навчання технік зцілення» вважають, що ПТСР є наслідком переживання жахливих та небезпечних для життя подій. Спогад є настільки сильним, що неконтрольовано проникає у свідомість. Природною реакцією є намагання виштовхнути спогад та уникати будь-яких нагадувань про нього, але це приносить тимчасове полегшення. У подальшому така реакція швидше за все ускладнить проблему, через те, що пам'ять не здатна повністю опрацювати спогади. Вони будуть повертатися у

формі інтрузивних образів і нічних жахів, дитини стане більш тривожною. Якщо під час війни дитина зазнає впливу кількох травматичних подій, то проблеми можуть загостритися і стати серйознішими. Звернемо увагу, що посттравматичний стрес один із найпоширеніших, болісних і руйнівних явищ, з яким слід якнайшвидше почати працювати, з метою відновлення та уникнення тривалого перебування у стані стресу [30, с. 6-7].

Діти специфічно переживають травматичні ситуації. Наслідки пережитого стресу, як правило, помітні в емоційних, поведінкових проявах або представлені на тілесному рівні дитини. Водночас, шляхом пильного спостереження за поведінкою дитини, можливо виявити тих, хто гостро реагує на стресову ситуацію. Це зумовлено тим, що часто через вікові особливості, відсутність сформованих навичок вербалізації власних переживань та силу емоційного потрясіння, вони не можуть відкрито висловлювати свої неприємні стани [28, с. 12-13]. Представимо у табл. 1.1. ознаки того, що дитина гостро переживає стресову ситуацію.

Таблиця 1.1.

Ознаки того, що дитина гостро переживає стресову ситуацію

Емоційні прояви	Поведінкові прояви	Когнітивні прояви	Соматичні прояви
• Загострення страхів (особливо страху розлуки); • Тривожні стани; • Агресивність; • Плаксивість; • Схильність до бурхливого прояву емоцій; • Збіднення емоційних проявів тощо	• Порушення сну, нічні кошмари; • Втрата апетиту; • Застрагання; • Регресивні форми поведінки; • Гіперактивність; • Пасивність; • Замкненість; • Посилене прагнення до контакту з дорослими; • Відмова від контакту; • Заперечення; • Зміст тематичних ігор з однолітками тощо	• Погіршення діяльності процесів пам'яті, мислення, уваги; • Збіднення мовлення; • Підвищена мовна активність тощо	• Підвищення на втомлюваність, сонливість • Загострення хронічних хвороб; • Болі у шлунку; • Головні болі; • Розлади дихання; • Розлади у роботі серця; • Нудота, блювання; • Захворювання верхніх дихальних шляхів тощо

Між ПТСР та порушенням здатності регулювати емоції у дітей і підлітків існує чіткий взаємозв'язок. Ранній травматичний досвід має критичний вплив на дозрівання відділів мозку, які безпосередньо беруть участь у керуванні емоціями. Якщо травматична подія виникає під час активного розвитку цих нейронних мереж, це може порушити функцію префронтального гальмування. Такий збій призводить до дисбалансу у контролі емоційних реакцій, який може проявлятися двома способами: як недостатня регуляція (наприклад, гіперзбудження) або як надмірна регуляція (наприклад, емоційне заціпеніння) [16].

Погоджуємося зі стадіями формування постстресових порушень [22, с. 185].

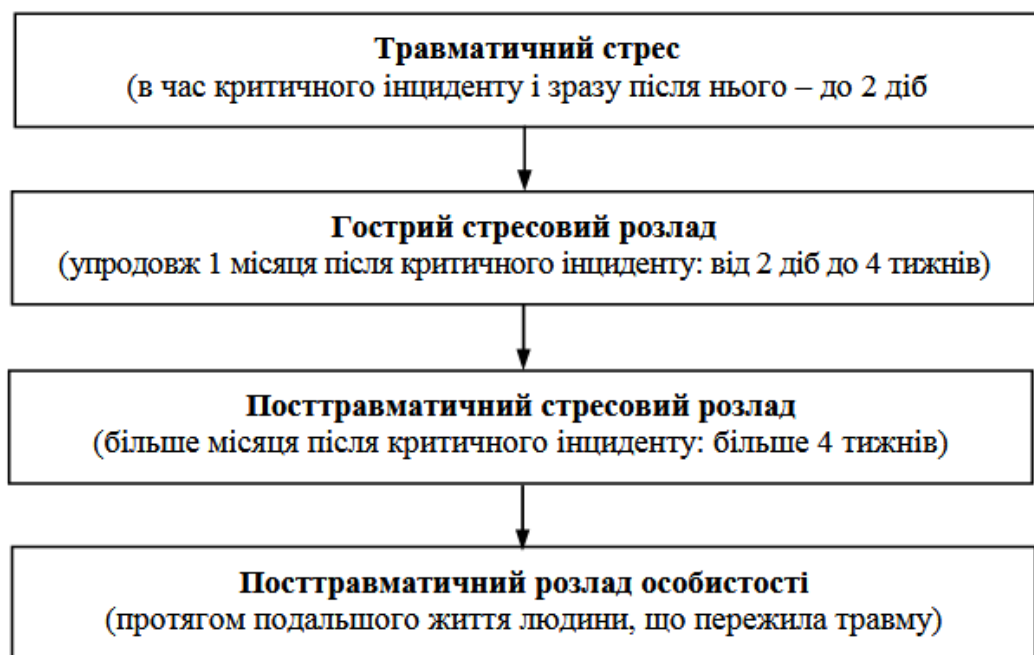


Рис. 1.1. Стадії формування постстресових порушень

Таким чином, ПТСР – це комплексний, потенційно виснажливий психічний стан, що виникає внаслідок переживання або свідчення події, яка несе загрозу життю, серйозного поранення або сексуального насильства.

На відміну від звичайної пам'яті, травматичний досвід зберігається у формі фрагментованих сенсорних відбитків (зображення, звуки, запахи, тілесні відчуття), які не інтегровані в особистісний наратив і не мають чітких часових рамок («до» і «після»). Це спричиняє:

1. Постійну присутність загрози. Людський мозок, особливо його відділ, що відповідає за емоції (лімбічна система), сприймає травму як таку, що відбувається «тут і зараз».

2. Гіперзбудження. Хронічна готовність організму до реакції «боротьба або втеча», що виявляється у підвищеній тривожності, дратівливості та порушенні сну.

3. Уникнення / Дисоціація. Це спроба психіки блокувати нестерпні спогади, що призводить до емоційного оніміння та відчуженості.

Таким чином, ПТСР не є просто спогадом про погану подію, а є станом постійного біологічного та психологічного перевантаження, що вимагає специфічного корекційного втручання.

1.2. Специфіка проявів, механізми розвитку та діагностика ПТСР у дітей старшого дошкільного віку.

Старший дошкільний вік (5 – 7 років) є критичним періодом у формуванні довільності, саморегуляції та базової структури особистості. Травматичний досвід, отриманий у цей час, може мати руйнівні наслідки, оскільки психіка дитини ще не володіє достатніми когнітивними ресурсами для інтеграції екстремального досвіду.

Ключовий механізм розвитку ПТСР, як зазначає Бессел ван дер Колк [15], полягає у незавершеній інтеграції травматичної пам'яті. У дошкільників це має особливі наслідки:

1. Тілесна природа травматичної пам'яті. Пам'ять про травму зберігається переважно не у вербальній, а в сенсорній та тілесній формі (запахи, звуки, відчуття напруги, м'язові затиски). Оскільки префронтальна кора, відповідальна за логіку та мовлення, ще незріла, дитина не може «розповісти» про травму, натомість «проживає» її через тіло та неконтрольовані реакції.

2. Дизрегуляція лімбічної системи. Травматична подія призводить до хронічної гіперактивації мигдалеподібного тіла (амигдали), яке відповідає за реакцію страху. Як наслідок, дитина постійно перебуває у стані хронічної біологічної готовності до небезпеки (гіперзбудження), що є основою для симптомів гіперпильності та дратівливості.

3. Порушення базового відчуття безпеки та прихильності. Травма, особливо в умовах втрати або розлуки з близькими, руйнує базову довіру до світу та фігури прихильності. Це може призвести до тривожної прихильності або, навпаки, до уникаючої поведінки та відчуженості.

Стресові ситуації, травматичні події, кризи можуть мати серйозний вплив на дошкільника. Батьки повинні навчити дитину соціальним навичкам, сприяти навичкам спілкування, таким як прохання про допомогу, вираження своїх потреб і бажань, підтримувати дружні відносини з іншими дітьми та ін. Важливо навчити дитину простим способам вирішення проблеми (наприклад, звернутися до дорослого, коли щось не вдається). Потрібно розвивати у дитини навички самодопомоги, заохочувати самостійність у побуті (наприклад одягання, прибирання іграшок). Навчити простими способами зайняти напругу, такими як малювання або слухання музики, розглядання картинок у книжці). Проте наявність певних навичок може допомогти членам родини справлятися зі стресом і підтримувати здорові відносини. У період стресу у родині важливо забезпечити дитині стабільність, підтримку та навички подолання стресових ситуацій. Щоб допомогти дошкільнику впоратися зі стресом можна забезпечити стабільність і рутину. Важливо дотримуватися розкладу дня, включаючи час для їжі, сну та ігор. Пояснювати дитині, що відбувається, використовуючи мову та слова, яку вона зрозуміє за віком.

В. Зливков, С. Лукомська, Н. Євдокимова, С. Ліпінська виділяють типові симптоми ПТСР у дітей та підлітків – це «психосоматичні симптоми, спалах гніву, страх розлуки, втрата зосередженості і дратівливість, уникнення, відтворення травмивної події» [12, С. 41-42]. Віковими

особливостями у дітей до 5 років є: відмова залишатися без своїх батьків чи опікунів, тремор кінцівок та голосу; кататонія: «замерзання» в одній позі, небажання говорити (мутизм); нетримання сечі (рідше – калу); сосання великого пальця; поведінковий регрес – дії, характерні для менших дітей; фобії темряви, замкнутого простору або, навпаки, відкритого [10, С. 42].

О. Плетка вказує: «серед дітей, які пережили воєнні дії, в 53,5% розвиваються тривожні розлади; в 76,7% спостерігається тривожність при розлученні з батьками; в 5,9% – ПТСР» [37, С. 19].

Таблиця 1.2.

Специфіка посттравматичного розладу у дітей-війни [10]

	Ризик	Профілактика
Пов'язані з травмою	1) Вплив травмівних подій, пов'язаних із війною: – численні травмівні події – тяжкість травми, наприклад, насильницька смерть члена сім'ї або були свідками поранення, катування чи вбивства – сприйняття ступеня особистої загрози – рівень особистої участі у подіях, пов'язаних з війною 2) Невідома доля зниклих безвісти членів сім'ї	
Індивідуальні характеристики	Хронічна вразливість: – попередні поведінкові проблеми – попередні хронічні соматичні захворювання	1) Диспозиції: – флегматичний або сангвіністичний темперамент – позитивна самооцінка; – здатність адаптуватися до нових ситуацій 2) Системи переконань – патріотизм і відданість власній країні – буддійські вірування

Продовження Таблиці 1.2.

Сім'я	1) Погане психічне здоров'я батьків – депресивні розлади у матері – політичні переслідування та ув'язнення батька 2) Відсутність сім'ї	Роль сім'ї – згуртованість – адаптивність до нових ситуацій, гнучкість виховних стратегій
Післяміграційне середовище	1) Низький рівень соціальної підтримки 2) Постміграційні стреси – сам процес пошуку притулку – переговори з імміграційними органами – невирішений статус біженця чи переселенця – фінансові труднощі – безробіття – відсутність житла чи погані житлові умови – часті переїзди – мовні проблеми – соціальна ізоляція – стрес адаптації до нової культури	Високий рівень соціальної підтримки

У клінічній практиці посттравматичний стресовий розлад класифікується за кодом 6B40 у Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду, за винятком гострої стресової реакції (QE84) та ускладненого ПТСР (6B41) [31].

Відповідно до п'ятого видання американського Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5) [10], діагностика ПТСР ґрунтується на наявності симптомів, що належать до чотирьох обов'язкових кластерів (Табл.1.3).

Для встановлення діагнозу симптоми мають тривати понад один місяць та викликати значний дистрес або порушення соціального, освітнього чи іншого важливого функціонування.

Таблиця 1.3.

Діагностика ПТСР у дітей дошкільного віку

Кластер симптомів	Опис проявів	Специфіка для дошкільників (до 6 років)
<i>А. Вториння (Intrusion)</i>	Нав'язливі, мимовільні та дистресові спогади (флешбеки), нічні кошмари, інтенсивні фізіологічні чи психологічні реакції на тригери (нагадування про травму).	Невротична повторювальна гра (відтворення травматичної події у грі без відчуття страху), кошмари без чіткого змісту, але з відчуттям тривоги.
<i>В. Уникнення (Avoidance)</i>	Стійке уникнення думок, почуттів або зовнішніх нагадувань (людей, місць, предметів), пов'язаних із травматичною подією.	Уникнення конкретних ігор, іграшок, місць; виражене регресивна поведінка (наприклад, повернення до смоктання пальця, нетримання).
<i>С. Негативні зміни когніцій та настрою (Negative alterations in cognitions and mood)</i>	Нездатність пригадати важливі аспекти травми (дисоціативна амнезія), стійкі негативні переконання про себе чи світ («Я винен», «Світ небезпечний»), відчуття відчуженості.	Значне зниження позитивного настрою, обмеження здатності до вираження позитивних емоцій, соціальна ізоляція.
<i>Д. Зміни збудження та реактивності (Alterations in arousal and reactivity)</i>	Дратівливість, спалахи гніву без видимої причини, гіперпильність (постійна настороженість), проблеми з концентрацією, порушення сну, надмірна реакція переляку.	Часта плаксивість, вибухи люті, проблеми із засинанням та нічні пробудження, підвищена чутливість до гучних звуків.

Отже, основним методом діагностики ПТСР у дітей дошкільного віку є: спостереження, аналіз продуктів діяльності, бесіда.

Міжнародна класифікація хвороб (ICD-11) [21] пропонує більш спрощений підхід, виділяючи лише три основні кластери симптомів, які становлять основу розладу:

1. Повторне переживання травми. Мимовільні та жваві спогади (флешбеки) або кошмари, які знову переживаються «тут і зараз».
2. Уникнення. Уникнення думок, спогадів та ситуацій, що нагадують про травму.

3. Відчуття поточної загрози. Постійний стан підвищеної настороженості, підвищена реакція переляку та надмірний контроль за оточенням (гіперпильність).

Дану модель вважаємо корисною для роботи з дітьми, оскільки фокусується на ключових, помітних поведінкових проявах, що дозволяє практичним психологам ЗДО швидше ідентифікувати ядро проблеми без необхідності глибокого аналізу когнітивних змін, які у дошкільників ще не повністю сформовані.

Н.Пророк указує, що при роботі з дітьми та підлітками ключовим етапом є обов'язкове вивчення впливу на них потенційно травмівних подій. Для цього фахівці можуть використовувати методики «Напівструктуроване інтерв'ю для оцінки травматичних переживань дітей», «Батьківська анкета для оцінки травматичних переживань дітей». У випадку підтвердження факту впливу такого досвіду, необхідно провести комплексне обстеження дитини на наявність симптомів ПТСР за допомогою наступних діагностичних інструментів: «Дитячий модифікований варіант Місісіпської шкали оцінки посттравматичних реакцій» (М.Г. Магомедова) і «Модифікована шкала оцінки впливу травматичної події для дітей - CRIES-8» [25].

Таким чином, для ефективної корекції ПТСР у дошкільників, практичні психологи та вихователі ЗДО повинні фокусуватися на невербальних проявах та використовувати ігрові та арт-терапевтичні методи, які є природними засобами для опрацювання травми в цьому віці.

1.3. Психолого-педагогічні засоби корекції ПТСР у дітей дошкільного віку.

Причиною розвитку ПТСР є специфічне функціонування пам'яті. Механізм, що мав забезпечити виживання людини через запам'ятовування травми, перетворюється на чинник хвороби. Навіть після того, як небезпека

минає, емоційно забарвлені та чіткі травматичні спогади не просто зберігаються, а стають нав'язливими й інвазивними, постійно вторгаючись у свідомість. Зауважимо, якщо травма в дошкільному віці одразу не спричинила розвиток ПТСР, то його прояви та наслідки можуть виявлятися в підлітковому і дорослому віці. Вікові особливості дітей від 3 – 6 років впливають на способи вираження ними пережитої травми. Хоча дошкільник уже здатен вербалізувати, йому складно усвідомлено висловити власні емоції. Симптоми ПТСР у цьому віці часто проявляються через повторюване відігравання травматичної події в іграх / малюнках, через відхід у власний уявний світ. Виникають посттравматичні дисоціативні симптоми (наприклад, мутизм) та нові, неспецифічні страхи, пов'язані з травмівною подією (наприклад, страх перед незнайомими людьми або певними тваринами) [20].

Арт-терапія (лікування мистецтвом) визнається одним із найбільш ефективних та безпечних психологічних засобів для роботи з травматичним стресом у дітей старшого дошкільного віку. Її провідна роль у корекційних програмах обґрунтовується глибокою відповідністю між віковими особливостями дитини та основними терапевтичними механізмами методу.

Уважаємо, що арт-терапія є високоефективним і безпечним методом корекції ПТСР у дітей старшого дошкільного віку. На цьому етапі вербальні навички дитини ще недостатньо розвинені, щоб повноцінно висловити травматичний досвід, тому мистецтво стає ключовим каналом комунікації та самовираження. Для дитини малюнок, ліплення, колаж чи конструювання є природним, первинним засобом комунікації, що дозволяє виразити те, що неможливо описати словами. Таким чином, замість того, щоб змушувати дитину «розповідати» про травму (що може ретравматизувати), арт-терапія дає можливість «показати» її символічно.

Дослідниця О. Біда зазначає, що основною перевагою використання арттерапії в процесі коригування ПТСР у дітей є матеріальне поле – малюнок, танець, мелодія тощо, що в арттерапевтичному процесі є основою метафоричної взаємодії і дозволяє по-новому поглянути на ситуацію та

знайти шлях до їх вирішення [6]. Тобто педагог створює безпечне поле, в якому дитина може усвідомити й виявити свої деструктивні патерни взаємодії (наприклад, агресію, ізоляцію, уникнення). Можливість трансформації цих патернів безпосередньо у творчому процесі (наприклад, перемалювати страх, змінити фінал травматичної історії)

У старшому дошкільному віці формується *почуття гумору*, яке проявляється, зокрема, у випробувальних ситуаціях, часто через дії чи висловлювання, що йдуть урозріз із прийнятими нормами. Розвивати у дітей уміння бачити і чути смішні речі, жартувати і реагувати на них, сміятися самим і смішити інших, виховувати в них таку цінну якість, яка, коли вони виростуть, стане їхньою стійкістю, яка буде допомагати усуненню будь-якої несприятливої обстановки та підняття її над дрібницями [32]. Сміх є способом розслаблення та подолання внутрішньої напруги. Діти інтуїтивно використовують його для звільнення від бурхливого емоційно-морального тиску, що створюється дорослими у процесі виховання. У відповідь на критику чи вказівки сміх може бути змішаним зі сльозами. Головна особливість сміху – його спонтанність і непередбачуваність

Заземлення є простою практикою, яка формує навичку саморегуляції і дозволяє відновити внутрішній баланс і стійкість, навіть коли зовнішні обставини є абсолютно непередбачуваними. Лише після того, як дитини починає відчувати цю стійкість, вона зможе повернути собі почуття безпеки.

Для «заземлення» негативних емоцій дошкільнятам пропонуються різноманітні ігри та техніки, що включають [23].

- роботу з папером: рвати або м'яти його, грати в «паперові сніжки».
- фізичну розрядку: боксувати м'яку подушку.
- регуляцію крику: «крик без крику» (кричати, але без голосу) або «стаканчик/мішечок крику» (кричати з обмеженням гучності).

У посібнику Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварової [8] пропонують виконувати вправи на розслаблення, дихальні вправи, «які можна запланувати впродовж дня як веселу перерву» [8, С. 61].

М. Томченко у роботі «Посттравматична педагогіка в умовах воєнних викликів: інноваційні методики підтримки дітей, які пережили бойові дії та вимушене переселення» [33] зауважила, що під час переживання травми війни (ПТСР) дітьми старшого дошкільного та молодшого шкільного віку найбільш актуальними та ефективними є невербальні, тілесно-орієнтовані та ігрові методики (Табл. 1.4).

Таблиця 1.4.

Методики та техніки роботи з дітьми у посттравматичній педагогіці

МЕТОДИКА / ПІДХІД	ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА	МЕТА ЗАСТОСУВАННЯ	ФОРМИ РОБОТИ	ПЕРЕВАГИ	ОБМЕЖЕННЯ
«Діти та війна: навчання технік зцілення» (TF-SBT)	Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), доказова база.	Подолання симптомів ПТСР, тривожності, відновлення відчуття контролю.	Групові заняття з дітьми та батьками.	Доказова ефективність, офіційна адаптація в Україні, включення сім'ї.	Потребує спеціально підготовлених тренерів; не завжди доступна в сільських школах.
Арттерапія (малювання, ліплення, колажі)	Гуманістична психологія, юнгіанські методи роботи.	Вираження несвідомих емоцій, зниження тривожності, невербальне опрацювання травми.	Індивідуальні та групові заняття.	Доступність, простота, ефективна для дітей молодшого віку.	Обмежена для старших підлітків, які скептично ставляться до творчості.
Ігрова терапія / Рольові ігри	Теорія гри (Піаже) травмотерапія	Безпечне «програвання» травматичних сюжетів для зниження інтенсивності переживань.	Індивідуальні ігри, групові заняття.	Допомагає відновити відчуття контролю, природна для дітей.	Не завжди підходить підліткам; вимагає професійного супроводу.
Казкотерапія	Нарративна психологія, психодинамічні підходи.	Опрацювання травматичного досвіду через символи та сюжети, формування адаптивних стратегій.	Читання, створення власних казок, обговорення символів.	Розвиває уяву, навички самовираження, підтримує дитину символічно.	Може бути складною для дітей із затримками мовлення.

Продовження таблиці 1.4.

Пісочна терапія	Аналітична психологія К. Юнга.	Невербальне вираження досвіду, опрацювання травми через створення мініатюрного світу.	Індивідуальна робота з піском і мініатюрами.	Корисна для інтровертів та дітей з ПТСР, сприяє структуруванню хаосу.	Потребує спеціального обладнання (пісочниця, колекція мініатюр).
Музично-релаксаційні техніки	Музикотерапія, нейропсихологія.	Зниження рівня стресу, регуляція емоцій, відновлення нервової системи.	Колективні заняття, індивідуальні і вправи (прослуховування, спів).	Доступні в шкільному середовищі, приємні дітям, не вимагають вербалізації.	Не всі діти однаково реагують на музику; ефект може бути тимчасовим.
Терапія м'якою іграшкою	Концепція перехідного об'єкта (Д. Віннікотт).	Формування відчуття безпеки, розвиток резильєнтності, встановлення довірчого контакту.	Індивідуальні та групові заняття.	Символ безпеки, допомагає встановити контакт і висловити почуття через іграшку.	Потребує систематичного використання, не є універсальною панацеєю.

Хібукі-терапія (лялько-терапія) визнана ефективним інструментом для побудови стійкого психологічного захисту в дитячому віці. Дана терапія дозволяє дітям дошкільного віку перепроєктувати свої внутрішні переживання на зовнішні об'єкти, зокрема ляльки, що сприяє зниженню рівня тривожності та стресу.

Програма розроблена спеціально для посттравматичного психологічного відновлення та була створена Американським єврейським об'єднаним розподільчим комітетом («Джойнт») у співпраці з ізраїльським Міністерством освіти, службою психологічного консультування та факультетом психології Тель-Авівського університету. Ця ізраїльська програма була створена для надання допомоги дітям після Другої ліванської війни у 2006 р., потім у 2011 р., була використана у роботі з японськими дітьми (для зниження рівня впливу травми від цунамі, яке обрушилося на Японію), програма має назву «Хібукі», що на івриті означає «обіймашка» [18].

Центральним елементом програми є м'який плюшевий песик Хібукі – «іграшка, що ожила» з сумною мордочкою та довгими лапками. Він є симпатичним провідником, який обіймає дітей і спонукає їх ділитися своїми страхами та проблемами.

Отже, в умовах воєнного часу та міграційних процесів виникає нагальна потреба у педагогічних методах, які мають доведену ефективність і можуть бути легко інтегровані в українські школи та заклади дошкільної освіти. Арт-терапія слугує потужним засобом для вивільнення заблокованої енергії травми та інтегратором фрагментованої пам'яті, що є основою для успішної корекції ПТСР у дошкільному віці.

Висновки до розділу 1

У першому розділі кваліфікаційної роботи було опрацьовано психолого-педагогічну літературу з досліджуваної проблеми: «Психологічні засоби корекції ПТСР у дошкільників». Психологічна допомога особам, які постраждали внаслідок війни, набула критичного значення та гострої актуальності для сучасного українського суспільства в останні одинадцять років.

Однією з найбільш вразливих категорій населення до деструктивного впливу емоційної напруги, порушення цілісності та безпеки навколишнього середовища, а також різного роду втрат, є діти. Цей факт вимагає першочергової уваги фахівців та системного підходу до надання кваліфікованої психолого-педагогічної підтримки.

Проаналізовано ключові поняття: «стрес», «травматичний стрес», «травматична подія», «посттравматичний стресовий розлад»; наукові підходи до інтрепретації «стресу» (стрес як зовнішній стимул, як внутрішній процес, як фізіологічна реакція), з'ясували, що стрес набуває ознак травматичного стану; виявили ключову різницю між «травматичним стресом» та «травматичною подією»; формування постстресових порушень у дітей; механізми розвитку ПТСР.

ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) не є самою травмою, а є наслідком травматичної події, тобто це діагностований психічний розлад, який розвивається через травму. Психологічна травма тлумачиться як значне психоемоційне порушення, що може розвинутиися внаслідок переживання екстремальних стресових чинників, наприклад: акти насильства, природні чи техногенні катастрофи або військові конфлікти. Цей стан справляє глибокий деструктивний вплив на психічну сферу дитини, викликаючи суттєві зміни у її емоційному реагуванні, поведінкових патернах та загальній соціальній адаптації.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ПТСР У ДОШКІЛЬНИКІВ

2.1. Обґрунтування вибору та опис психодіагностичних методик для дослідження ПТСР у дітей старшого дошкільного віку.

Арт-терапія визначається як специфічний напрям ігрової терапії. Ігрова діяльність є провідною активністю дитинства, яка закладає основи експресивно-емоційної сфери дитини. Для дошкільників, які не мають достатнього життєвого досвіду, а також повністю сформованих когнітивних чи мовленнєвих здібностей, щоб транслювати свої думки та почуття вербально, уявна гра є природним засобом комунікації. Оскільки дитина перебуває на етапі становлення своєї здатності розуміти, структурувати та виражати внутрішній світ, гра виступає як спроба впорядкувати власний досвід. Така діяльність дозволяє дітям відреагувати те, що їх турбує та непокоїть, реалізувати свою внутрішню енергію та знайти полегшення від болю і страхів. У безпечному середовищі гри дитина відчуває контроль над ситуацією і може досягти вищого рівня майстерності (успішності), що, у свою чергу, зміцнює її внутрішнє відчуття самовідповідності [35].

З огляду на те, що гра є провідною діяльністю дітей дошкільного віку, саме арттерапія визнана найкращим засобом для профілактики та подолання страхів. Через гру дитині найлегше розкрити та виявити значущі аспекти свого життя.

Арт-терапія представляє собою форму психотерапії та психологічного коригування, яка ґрунтується на мистецтві та творчих процесах. Першим цей термін використав британський педагог і художник Андріан Гілл у 1938 р., описуючи свою діяльність, після чого він швидко набув популярності. У більш обмеженому значенні арт-терапія зазвичай означає лікування за допомогою візуальних мистецтв, спрямоване на дослідження та сприятливий вплив на емоційний та психічний стан індивіда [2].

Джоан Бюргес Уеллс [35] вважає, що арт-терапевтична діяльність відкриває прямий шлях до внутрішнього простору дитини. Для дошкільників, які пережили травматичний стрес, цей метод забезпечує зцілення, психологічне преображення, відновлення та сприяє духовному благополуччю.

Створення художніх образів чи мистецьких доробок допомагає значно зменшити рівень стресової напруги, сприяє полегшенню тяжких емоційних переживань та знижує відчуття смутку. Це є потужним механізмом комунікації саме для тих дошкільників, які ще не володіють розвинутими вербальними навичками, необхідними для чіткого формулювання своїх складних внутрішніх відчуттів за допомогою слів [35].

Арт-терапія класифікується за видами мистецтв [2]:

- терапія образотворчими мистецтвами (арт-терапія у вузькому розумінні);
- музикотерапія;
- драматерапія;
- танцювально-рухова терапія;
- піскова терапія;
- бібліотерапія (казкотерапія – як один з її методів).

Для дітей, які пережили травматичні події, вербалізація болю може бути ретравматизуючою або просто неможливою. Тому вважаємо, що малюнок і пісок дає можливість висловити те, що було витіснене або не має слів. Саме піскова та образотворча арттерапія буде розглянута більш детальніше. Саме ці види арттерапії знімають обмеження, пов'язані з віком, рівнем мовленнєвого розвитку чи культурними бар'єрами.

Образотворча діяльність виступає як потужний засіб зближення людей, створюючи своєрідний «міст» між педагогом та дитиною. Ця властивість особливо цінна у випадках взаємного відчуження, при утрудненні в налагодженні контакту або коли предметом обговорення є надто складна та делікатна тема.

Арт-терапевтичний процес поєднує в собі дві фундаментальні цілі. З погляду мистецтва, його головна мета полягає у отриманні задоволення від творчого процесу та розкритті внутрішнього потенціалу особистості. Натомість, із психологічної позиції, арт-терапія є терапевтичною дією, що надає інструменти для вирішення внутрішніх психологічних проблем та конфліктів.

Для досягнення цієї комплексної мети арт-терапія вирішує низку важливих завдань. Серед основних можна виділити наступні:

- Подолання відчуття безпорадності та знедоленості.
- Стимуляція яскравих та позитивних емоцій.
- Формування нових практичних навичок та знань.
- Навіювання надії на звільнення від болю, страждань та психологічних мук.
- Забезпечення безпечного каналу для виходу агресії та негативних емоцій (катарсис).
- Надання цінного матеріалу для психологічної діагностики стану клієнта.
- Сприяння та полегшення загального процесу лікування та відновлення.
- Розвиток механізмів самоконтролю та саморегуляції.
- Сконцентрування уваги на власних почуттях та емоціях та ін. [37, С. 272].

Девід Рід Джонсон, клініцист і головний редактор журналу *The Arts in Psychotherapy* (США), стверджує, що арт-терапія є найкращим засобом для роботи з дітьми та підлітками, які пережили травматичні події. Це пояснюється тим, що художнє вираження є невербальним інструментом для дослідження травми, який не вимагає словесного пояснення болісних переживань, що надзвичайно складно для травмованих дітей [3].

«Арт–терапія в системі дошкільної освіти (кінець XX – початок XXI ст.). Арт–терапія поступово впроваджується у практику дошкільного навчання як метод розвитку емоційної сфери, зниження тривожності,

подолання адаптаційних труднощів. В Україні починає активно розвиватися з початку 2000-х рр., зокрема в роботі О. О. Савченко, О. М. Міщук, І. В. Тарасової» [3, с. 9].

Робота з художньо-творчими засобами в контексті арт-терапії виконує низку функцій, що є життєво важливими для гармонійного розвитку та психологічного відновлення дошкільників:

1. Функція корекції. Вона спрямована на подолання поведінкових, емоційних та соціальних труднощів у дітей. Арт-терапія ефективно знижує рівень тривожності, агресії та страхів, сприяючи загальній нормалізації психоемоційного стану дитини.

2. Функція розвитку. Забезпечує стимуляцію загального психічного розвитку, зокрема, сприяє інтенсивному формуванню творчого мислення, уяви, фантазії, а також покращує дрібну моторику, мовлення, пам'ять та емоційний інтелект.

3. Функція діагностики. Творчий процес є джерелом інформації про внутрішній світ, актуальні потреби та емоційний стан дитини, що особливо цінно у дошкільному віці, коли можливості вербального самовираження обмежені. Продукт творчості є «унікальним документом», який дозволяє фахівцю, шляхом спостереження, отримати дані про естетичний розвиток, індивідуальні особливості, інтереси та цінності, а також виявити проблеми, що потребують спеціальної корекції, та уточнити соціальний статус дитини у колективі. Важливо: творчість не є прямою основою для клінічного діагнозу.

4. Функція профілактики. Запобігає виникненню та закріпленню психологічних труднощів, комплексів і внутрішніх конфліктів. Сприяє формуванню стійкої, здорової особистості, розвитку позитивної самооцінки та встановленню адекватних способів взаємодії з оточуючими, запобігаючи неадекватним формам поведінки, тривожності, агресивності та скутості.

5. Функція соціалізації. Формує ключові навички комунікації та співпраці, вчить дітей ефективно взаємодіяти в груповому середовищі, проявляти ініціативу та враховувати позиції інших однолітків.

6. Функція катарсису. Забезпечує емоційне очищення та звільнення психіки від накопичених негативних станів та переживань.

7. Освітньо-виховна функція. Спрямована на засвоєння дитиною дійсності та розвиток особистості через мистецтво. Це передбачає набуття знань про мистецтво та практичних художньо-творчих навичок, а також закладання морально-естетичних та комунікативно-рефлексивних основ, необхідних для соціокультурної адаптації [3, с. 12].

Основними цілями арт-терапевтичного втручання вважаємо:

1. Стабілізація та відновлення безпеки. На першому етапі робота спрямована на зниження гіперзбудження, заземлення та створення «безпечного місця» у внутрішньому світі дитини.

2. Експресія та опрацювання афекту. Допомога дитині у вираженні та звільненні від заблокованих емоцій (гніву, страху, суму) без необхідності вербалізації.

3. Відновлення контролю. Повернення дитині відчуття компетентності та здатності впливати на своє життя через керування творчим процесом.

4. Інтеграція травматичного досвіду. Символічне «переписування» або «завершення» травматичної історії у безпечній формі.

Швейцарський юнгіанський аналітик Дора Калфф, учениця К. Юнга та Маргарет Ловенфельд у 1950–ті рр.. розробила концепцію «вільного та захищеного простору», де дитина може вільно творити свій світ у піску, відчуваючись у повній безпеці [3]. Д. Калфф підкреслювала символічне значення створених образів та їхній зв'язок із архетипами колективного несвідомого. Саме Д. Калфф запровадила загальновизнану назву методики – «Sandplay Therapy» (Піскова (пісочна) терапія). Завдяки її роботі цей метод набув міцного теоретичного підґрунтя, що зробило його визнаним інструментом, особливо ефективним у роботі з дітьми дошкільного віку, завдяки його орієнтації на символічну гру та невербальне вираження.

Піскова гра (метод сендплею) надає широкі можливості для організації інтегрованої діяльності дошкільнят. Використання пісочниці забезпечує комплексний вплив, що включає навчальний, терапевтичний та виховний ефекти [7]. Саме тому робота з піском може бути органічно вплетена в освітньо-виховний процес, що, своєю чергою, сприяє розвитку творчого потенціалу дітей.

В основі піскової терапії лежить принцип «вільного та захищеного простору». Пісочниця створює унікальне середовище, де дитина може без страху та осуду матеріалізувати свій внутрішній світ.

Коли дитина взаємодіє з піском та мініатюрними фігурками, активуються п'ять основних механізмів [3] :

1. Проектування – дитина несвідомо переносить свої внутрішні переживання, конфлікти, страхи та бажання на обраний сюжет і фігурки, які використовуються у пісочному пейзажі.
2. Символізація – фігурки та елементи ландшафту виступають як символи її думок, прихованих почуттів та складних стосунків, допомагаючи їх візуалізувати.
3. Вираження емоцій – накопичені емоції (гнів, страх, смуток) відреаговуються (вивільняються) через фізичні дії з піском – розсипання, копання, закопування фігурок.
4. Корекція – створюючи нові сценарії, розв'язуючи конфлікти та знаходячи альтернативні рішення у пісочниці, дитина несвідомо напрацьовує нові, адаптивні способи подолання проблем у реальному житті.
5. Розвиток – піскова терапія всебічно стимулює сенсорний розвиток, дрібну моторику, уяву, творче мислення та мовлення.

Ізотерапевтичні заняття сприяють більш ясному, тонкому вираженню своїх переживань, проблем, внутрішніх протиріч, з одного боку, а також творчого самовираження – з іншого. Творчий процес дозволяє дитині набагато яскравіше і наочніше проявити себе, ніж у ході діалогу. Ізотерапевтичні заняття сприяють швидшому переживанню супутніх

негативних емоцій [5]. Це особливо важливо для дітей дошкільного віку, оскільки висловити фантазії у творчості легше, ніж розповісти про свої переживання та роздуми. Фантазії, зображені на папері часто прискорюють і полегшують подальше обговорення переживань.

Узагальнимо ключові арт-терапевтичні методи для дітей дошкільного віку (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Ключові арт-терапевтичні методи для дошкільників

Техніка (Метод)	Застосування у контексті ПТСР	Терапевтичний механізм
Малювання та графіка (фарби, олівці, крейда)	Створення «Малюнка жаху / гніву», «Малюнка безпечного місця» або «Малюнка моїх почуттів». Робота з розміром, формою та кольором.	Винесення недиференційованого страху назовні (екстерналізація), зниження тривоги, розвиток кольорової експресії.
Ліплення та робота з глиною/пластиліном	Ліплення «захисника», «сильної тварини», «монстра, якого треба перемогти». Робота з агресивними почуттями через активне стискання матеріалу.	Тілесно-орієнтований вплив, зняття м'язового затиску, вивільнення агресії та відновлення відчуття контролю над фізичним об'ємом.
Колаж та аплікація	Створення «Карти бажаного світу» або «Колажу моєї родини після травми». Використання готових вирізок для побудови нової історії.	Структурування хаотичного досвіду, формування нового, позитивного образу майбутнього (репарація), розвиток навичок прийняття рішень (вибір матеріалів).
Казкотерапія з малюванням	Створення історії-метафори, де дитина є героєм, що долає труднощі, з подальшим ілюструванням ключових епізодів.	Формування зв'язного, безпечного нарративу, інтеграція травматичної події у загальний життєвий досвід.

Використання цих методів дозволяє встановити / визначити приховані страхи, спостерігаючи за повторюваними елементами у малюнках (наприклад, затемнені зони, відсутність фігур, агресивні символи), і водночас надавати корекційну допомогу шляхом символічної зміни або завершення травматичного сюжету.

Для дітей віком 6 - 7 років оптимальна тривалість арт-терапевтичного заняття становить 30–40 хвилин. У цей період дитина вже здатна до вищого рівня абстракції та контролю, що дозволяє застосовувати більш комплексні та структуровані техніки. Форми арт-терапії: групова, індивідуальна та сімейна.

Основі правила проведення арт-терапевтичної роботи з дітьми дошкільного віку наведено у Додатку В.

Специфічні особливості та завдання [3].

1. Складніші тематичні завдання. Робота спрямована на вираження абстрактних понять, внутрішніх ресурсів та соціальної взаємодії. Приклади включають малювання «мого улюбленого місця», «моєї мрії» або сюжетів на тему «як я допомагаю іншим».

2. Робота з тілесною схемою. Включає техніки, що допомагають усвідомити власне тіло та локалізувати емоції, наприклад, малювання обрисів тіла дитини та зображення емоцій безпосередньо на ньому.

3. Арт-сторітеллінг. Розвиток наративних навичок через створення власних історій, де малюнки слугують деталізованими ілюстраціями до придуманого дитиною сюжету.

4. Опрацювання конфліктів. Використання малюнка для візуалізації конфліктних ситуацій та пошуку конструктивних шляхів їх вирішення (наприклад, перемальовування фіналу конфлікту).

5. Мандалотерапія. Застосування мандал (малювання або викладання з природних матеріалів) як засобу гармонізації внутрішнього стану, концентрації та досягнення емоційної рівноваги.

6. Колективні проєкти. Залучення до більш складних групових робіт, що потребують співпраці, розподілу ролей та узгодження спільних дій, сприяючи соціалізації.

Використання арт-терапевтичних підходів у закладах дошкільної освіти характеризується інтегрованим поєднанням педагогічних,

психологічних та творчих компонентів, що є необхідною умовою для гармонійного розвитку дитини дошкільного віку.

1. Ігровий та творчий характер. Завдяки органічному поєднанню з ігровими та художніми видами діяльності (малювання, ліплення, аплікація, музикування, драматизація) арт-терапія ефективно реалізується у ЗДО. Такий підхід повністю відповідає віковим особливостям дошкільників і сприяє їхньому максимальному залученню, наприклад, через створення «емоційного дерева» для візуалізації пережитих протягом дня почуттів.

2. Створення безпечного середовища для самовираження. Для дошкільного віку, коли вербальні навички ще недостатньо розвинені, арт-терапія надає унікальну можливість виразити емоції, страхи та переживання без використання слів. Це забезпечує безпечний простір; наприклад, ізотерапія із застосуванням фарб для малювання пальцями допомагає ефективно зняти тривожність.

3. Психокорекційна спрямованість. Методи арт-терапії спрямовані на вирішення поведінкових, емоційних та соціальних труднощів дітей у м'якій формі. Це досягається, зокрема, через казкотерапію, яка може слугувати засобом подолання агресивності або страху (через спільне обговорення та аналіз поведінки казкових героїв).

4. Індивідуалізація підходів. Організація занять може бути гнучкою, охоплюючи групові й індивідуальні форми роботи. Такий підхід дозволяє максимально врахувати емоційні та особистісні потреби кожної дитини; наприклад, дитині після емоційної травми педагог може індивідуально запропонувати створити власну «Книжку почуттів».

5. Інтеграція з іншими видами діяльності. Арт-терапія легко і природно поєднується з іншими напрямками освітнього процесу: розвитком мовлення, ознайомленням із навколишнім світом, розвитком мислення та дрібної моторики. Наприклад, під час вивчення пори року діти можуть створювати колективну аплікацію «Осінній настрій», паралельно слухаючи тематичні вірші [3, с. 13].

Отже, вважаємо, що арт-терапія, зокрема, техніка ізотерапія та піскова терапія дозволяє, через ненав'язливе спостереження за спонтанною творчістю дитини, краще зрозуміти її життєві цінності, особистісні інтереси, індивідуальні риси та емоційний стан. Кожна з них пропонує унікальні переваги й можливості для психотерапевтичної роботи, що безпосередньо впливає на психічне здоров'я та особистісний розвиток дитини.

2.2. Зміст, структура та обґрунтування програми психологічної корекції ПТСР у дітей старшого дошкільного віку.

Оскільки для дітей 6 – 7 років характерна провідна роль гри та складність у словесному вираженні глибоких емоцій, наш фокус був зміщений саме на цю вікову групу. Цей факт логічно обґрунтовує застосування невербальних методів (арт- і сендплей-терапії), які є найбільш доступною для дитини формою комунікації.

З'ясуємо сутність ключового поняття «корекція». Корекція широко використовується в освіті, психології та соціальній роботі. У закладах дошкільної освіти вона допомагає дітям дошкільного віку досягати гармонійного розвитку. Ефективність залежить від своєчасності, комплексності та індивідуалізації підходів. Проблему корекції у дітей віку вивчали Т. Антипенко, І. Ганжала, Е. Гіл, Л. Джуринська, К. О'Райан, О. Сидоренко та ін. Корекція буває таких видів: психологічна, педагогічна, соціальна, медична.

«Корекція – це комплекс психолого-педагогічних заходів, спрямованих на виправлення негативних проявів у поведінці та емоційному стані дитини, з метою її гармонійного розвитку та адаптації до соціального середовища» [1].

Корекція (від лат. *correctio* – виправлення) – це процес виправлення, коригування або відновлення певних аспектів поведінки, емоційного стану, знань чи навичок людини з метою досягнення бажаного результату. У

психології та педагогіці корекція часто розуміється як комплекс заходів, спрямованих на усунення негативних проявів та розвиток позитивних якостей.

Корекція дітей дошкільного віку з ПТСР є надзвичайно важливою та актуальною, оскільки раннє втручання допомагає запобігти хронізації симптомів, таких як тривога, агресивність чи ізоляція, які можуть негативно вплинути на емоційний та соціальний розвиток. У цьому віці діти особливо вразливі до травматичних переживань, тому психолого-педагогічні методи корекції, зокрема гра-терапія та емоційна підтримка, сприяють відновленню внутрішньої гармонії та формуванню стресостійкості. За даними досліджень Е. Гіл та К. О'Райан, такі підходи інтегрують техніки, що дозволяє дітям переробити травму в безпечному середовищі, покращуючи їхню адаптацію до суспільства. Загалом, ефективна корекція забезпечує гармонійний розвиток особистості, знижуючи ризик майбутніх психічних розладів та сприяючи успішній соціалізації.

Ми здійснили комплексний аналіз програмних та методичних матеріалів (табл. 2.2.), що дозволило нам створити інтегровану програму «Відновлення через гру». Проаналізовані матеріали забезпечили теоретичне обґрунтування, структурний каркас та практичне наповнення для кожного з трьох етапів нашої інтегрованої програми «Відновлення через гру».

Таблиця 2.2.

Комплексний аналіз програмних та методичних матеріалів

Джерело	Основний фокус матеріалу	Ключовий принцип, запозичений для програми	Внесок у фази програми
Збірник «Простір арттерапії: єднання у творчій співдії» [26]	Невербальні, експресивні методи, символізм, корекція страхів.	Невербальне вираження травми: використання художньої творчості як основного каналу	Фаза II (невербальна корекція): надання теоретичного обґрунтування для технік

		для опрацювання травматичного досвіду, що є природним для дітей.	сендплею та арт-сторітеллінгу.
Довідник вихователів дошкільних навчальних закладів і вчителів загальноосвітніх навчальних закладів «Психологічна допомога дітям в умовах воєнного стану» [27]	Кризова психологічна допомога, структуровані інтервенції, протоколи безпеки.	Пріоритет стабілізації та структури: необхідність починати роботу з відновлення базового почуття безпеки та застосування чіткої, поетапної структури (як у ТФ-КПТ).	Фаза I (стабілізація та безпека): обґрунтування включення тілесно-орієнтованих технік та ігор на заземлення.
Навчально-методичний посібник «Безпечний простір. Корекційно-розвиткова програма формування стійкості до стресу в дітей дошкільного віку та школярів» [4]	Актуальні психологічні техніки, робота з резильєнтністю та адаптацією в умовах освітнього середовища.	Розвиток резильєнтності та адаптації: фокус на закріпленні нових навичок та соціальній інтеграції після опрацювання травми.	Фаза III (резильєнтність та адаптація): наповнення змістом блоку через ресурсне малювання та колективні проекти для соціалізації.

Програма «Відновлення через гру» для старших дошкільників (6 – 7 років) є інтегративною моделлю, що поєднує структурну доказовість TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy) з експресивними методами (арт- та сендплей-терапія), яка створена для умов ЗДО.

Ключові компоненти інтегрованої програми «Відновлення через гру»:

1. TF-CBT як структурний каркас. Даний підхід забезпечує доказову основу, засновану на когнітивно-повідінкових принципах. Він включає фази:

стабілізацію (навчання навичок саморегуляції), обробку травми (ідентифікація та переосмислення негативних переживань) та інтеграцію (підтримка та профілактика рецидивів).

2. Арт-терапія як експресивний метод використовується для невербального вираження емоцій. Діти малюють, ліплять або створюють колажі, що символізують їх переживання. Це інтегрується з TF-CBT, наприклад, у фазі допомоги розладу: малюнок після візуалізації «погані спогади», а потім обговорюється в контексті когнітивної техніки (як «переписування» історії).

3. Сендплей-терапія як експресивний метод. Гра з піском дозволяє створити мініатюрні сцени, які відображають внутрішній світ дитини. Це сприяє символічному обробленню травми, де фігури у піску представляють конфлікти чи емоції.

Інтегрована програма «Відновлення через гру» розрахована на 3 місяці (16 занять) (*Табл. 2.3.*) тому, що психологічна корекція ПТСР (хронічного розладу), особливо через невербальні канали, вимагає часу для усвідомлення та інтеграції нового досвіду на рівні психіки. Швидкі протоколи можуть призвести до ретравматизації або поверхневих змін.

У дітей дошкільного віку з сукупністю симптомів виснажливого психічного стану довіра до дорослого (вихователя / практичного психолога) порушена. Три місяці регулярних зустрічей дають дитині час для налагодження довірливих емоційних взаємин (що підтверджує аналіз методичних рекомендацій). Також це оптимальний період для того, щоб дитина дошкільного віку не просто освоїла техніки релаксації та копінгу, а й змогла узагальнити їх та почати застосовувати в реальному житті (*Фаза III*). Відповідно неквапливий темп запобігає емоційному перенавантаженню і дозволяє дитині комфортно працювати із складним та делікатною проблемою.

Важливо, щоб дорослий, який працює з дошкільником, усвідомлював: симптоми, які проявляє дитина, є адаптивними реакціями на травматичні

обставини, а не патологією; це розуміння підкріплює віру в потенціал дитини до відновлення. Надання дитині вибору (матеріалів, виду діяльності) та організація безпечної взаємодії в ігровому / художньому середовищі розширює її можливості, сприяючи відновленню відчуття контролю та усвідомлення власної компетентності. Ключовими елементами такої взаємодії є: безумовне прийняття дитини, її чуйна присутність та глибока повага до її унікального шляху переживання травми.

Таблиця 2.3.

Модульна структура інтегрованої програми «Відновлення через гру»

Модуль	Назва	Тривалість (приблизно)	Загальна кількість занять
I	«Мій світ у безпеці» (Стабілізація)	1 місяць	5 занять
II	«Розповідь про складне» (Корекція)	1,5 місяці	7 занять
III	«Моя сила» (Резильєнтність)	0,5 місяця	4 заняття
Разом		3 місяці	16 занять

Тобто програма «Відновлення через гру» є інтегративною моделлю, де структура забезпечує безпеку відповідно до джерела [27], арт-терапія відповідно до джерела [26] забезпечує глибину корекції, а методики [4] — практичну адаптацію та реінтеграцію.

Вихователь / практичний психолог відіграє ключову роль у житті травмованих дітей, оскільки він моделює поведінку, критично важливу для їхнього відновлення. Навичка емпатії є фундаментальною для вихователя / практичного психолога; вона дозволяє глибоко зрозуміти внутрішній світ дитини, сприяючи її зціленню, змінам та психоемоційному зростанню.

Демонструючи чуйну присутність та реагуючи з розумінням на поведінкові реакції (наприклад, тривогу або уникнення) дитини, яка

пережила травму, дорослий суттєво зміцнює її відчуття психологічної безпеки в умовах ЗДО. Уважне слухання вимагає від вихователя / практичного психолога постійної зосередженості не лише на вербальному висловлюванні дитини, але й на її невербальних сигналах, щоб розпізнати та інтерпретувати приховані емоції.

У Додатку Г наведемо пріоритетні навички для спеціалістів, які надаватимуть допомогу дітям дошкільного віку [8, С. 56].

Метою інтегрованої програми «Відновлення через гру» (Додаток Д) є відновлення базового почуття безпеки та сприяння інтеграції травматичного досвіду.

Основні завдання інтегративної програми:

1. Навчання дітей навичкам саморегуляції та «заземлення».
2. Символічне вивільнення та корекція емоцій, пов'язаних із травмою, через творчість.
3. Розвиток резильєнтності (життєстійкості), соціальних навичок та відновлення ресурсної бази дитини.

Вікова група: старший дошкільний вік.

Форма та режим занять: індивідуальні, групові.

Час роботи: 30-40 хвилин, за потреби менше.

Структура занять: вступ (5 хвилин), основна частина (25-30 хвилин), рефлексія (до 10 хвилин).

У програмі ми використовуємо поняття «резильєнтність». Пояснимо його. Проте єдиного розуміння донині немає в науковій літературі.

У психологічній літературі резильєнтність визначається як можливість впоратися з негативними емоційними станами, спричиненими травмівною подією, задля нормалізації функціонування та запобігання дезадаптивним процесам (Р. С. Shastri, 2013). Цей феномен також розглядається як результат осмислення психотравматичного досвіду, що знаходить свій вияв у стійкості психіки (F. Luthans, G. R. Vogelgesang, P. B. Lester, 2006). Кінцевим результатом резильєнтності є позитивна адаптація до травмівних подій, яка,

зокрема, проявляється в усвідомленні нових можливостей та ресурсів, що відкрилися перед людиною завдяки пережитій психотравмі (М. Westphal, G. A. Bonanno, 2007; G. E. Richardson, 2002) [12, С. 33].

Резильєнтність — це термін, який пов'язують зі здатністю психіки ефективно відновлюватися після впливу несприятливих та важких умов. Питання про те, яким чином деякі індивіди не лише здатні вижити та одужати, але й психологічно зростають, стаючи сильнішими після пережиття життєвих негараздів, викликає глибокий інтерес у фахівців: психологів, психотерапевтів та їхніх фахівців. Дослідження феномену життєстійкості (резильєнтності) є актуальним і важливим, оскільки усвідомлення людської спроможності до позитивної психологічної адаптації у складних обставинах дозволяє фахівцям розробляти цілеспрямовані психо-педагогічні заходи. Ці заходи спрямовані на профілактику, а також на розвиток стресостійкості та здатності самостійно долати кризові й стресові ситуації.

Погоджуємося і звертаємо увагу на те, що «опанування конкретними видами арт-терапії, такими як ізотерапія, піскова терапія, використання метафоричних карт, ігротерапія, лялькотерапія тощо потребує окремого навчання на відповідних курсах підвищення кваліфікації та сертифікації спеціалістів, що планують їх застосовувати» [19, С. 27].

Таким чином, розроблена програма психологічної корекції ПТСР «Відновлення через Гру» для дітей старшого дошкільного віку (6–7 років) є інтегративною моделлю, що ґрунтується на принципах Травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (TF-CBT) та активно використовує експресивні методи (Арт- та Сендплей-терапію). Трифазна структура програми (Стабілізація, Корекція, Резильєнтність) логічно обґрунтована етапами зцілення від травми і спеціально адаптована до провідної діяльності дітей цього віку — гри.

Висновки до розділу 2

У другому розділі кваліфікаційної роботи було проаналізовано поняття «арт-терапія», «корекція», «резильєнтність», види арт-терапії, функції арт-терапії при роботі з дітьми дошкільного віку, обґрунтовано основні цілі арт-терапевтичного втручання та основні арт-терапевтичні техніки, які варто використовувати для роботи з дітьми дошкільного віку. Вважаємо, що елементи арт-терапії є ефективним психологічним засобом корекції дитячого ПТСР завдяки своїй невербальній природі. Вони дають змогу дитині безпечно вивільнити заблоковані афекти та травматичну енергію, не залучаючи при цьому свідомі когнітивні механізми, які часто блокуються.

У роботі здійснено добір та обґрунтування інструментарію для визначення рівня прояву ПТСР у дітей старшого дошкільного віку. Проаналізувавши джерела [26; 27; 4], ми створили інтегровану програму «Відновлення через гру» для старших дошкільників (6 – 7 років) тривалістю 3 місяці (16 занять). Це зумовлено тим, що психологічна корекція ПТСР, особливо при використанні невербальних каналів (елементів арт-терапії), потребує достатнього часового проміжку для усвідомлення, інтеграції та закріплення нового, більш адаптивного психічного досвіду. Застосування надто швидких або скорочених протоколів корекції може призвести до ретравматизації дитини або ж спричинити лише поверхневі, нестійкі зміни у її психоемоційному стані.

У межах другого розділу було розроблено та теоретично обґрунтовано інтегративну програму психологічної корекції ПТСР «Відновлення через Гру» для дітей старшого дошкільного віку (6–7 років). Програма побудована за трифазною модульною структурою (Модуль I – Стабілізація, Модуль II – Корекція, Модуль III – Резильєнтність), що відповідає доказовому протоколу Травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (TF-CBT). Ця послідовність є критично важливою, оскільки забезпечує безпеку роботи та запобігає ретравматизації, починаючи корекцію лише після відновлення базового почуття контролю та безпеки.

Програма розрахована на 3 місяці (16 занять), що є оптимальним часовим проміжком для інтеграції нового, адаптивного психічного досвіду та закріплення навичок саморегуляції. Застосування модульного підходу гарантує, що робота є гнучкою, але структурованою, що критично важливо для досягнення стійких змін у психоемоційному стані дитини.

ВИСНОВКИ

Виконане дослідження, присвячене вивченню та обґрунтуванню психологічних засобів корекції посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей старшого дошкільного віку, дозволило зробити наступні ключові висновки:

Проблему «посттравматичного стресового розладу» досліджували науковці К. Василюк, Л. Дзюбко, С. Довбня, А. Коваль, І. Мельник, М. Оксютів, В. Сабадуха, К. Суятинова, Г. Цветкова, І. Чугуєва, Р. Шулигіна та ін. На основі аналізу наукових джерел з проблеми дослідження та знань з дошкільної педагогіки й психології дитячої було з'ясовано, що через суттєве обмеження вербалізації складних емоцій у старшому дошкільному віці, а також через провідну роль гри в 6 - 7 років, традиційні вербальні терапевтичні підходи є недостатньо ефективними.

Проаналізовано ряд ключових понять: ПТСР, стрес, травматичний стрес, травматична подія, наукові підходи до інтєпретації стресу, формування постстресових порушень у дітей; механізми розвитку ПТСР. Розмежували поняття «травма» та «ПТСР». Встановили, що ПТСР є комплексним психічним розладом (наслідком), що розвивається після пережитої травматичної події (першопричини). У дошкільників він проявляється специфічно, найчастіше через регресію, порушення сну, повторне відігравання травми в грі, що вимагає втручання, орієнтованого на вікові особливості.

З теоретичної точки зору, резильєнтність (життєстійкість) є ключовою можливістю психіки впоратися з негативними наслідками травми, запобігти дезадаптації та досягти позитивного психологічного зростання. Дослідження резильєнтності є важливим для розробки цілеспрямованих психотехнологій профілактики та розвитку стресостійкості у дітей.

У межах другого завдання кваліфікаційного дослідження було проаналізовано теоретичні засади та методичні підходи до корекції ПТСР у

дітей старшого дошкільного віку (6–7 років), які пережили травматичний досвід, зокрема в умовах війни.

Ми порівняли структурну доказовість Травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (TF-CBT) з терапевтичним потенціалом невербальних експресивних методів (арт-терапії та сендплей-терапії). Це порівняння дало змогу обґрунтувати необхідність інтегративного підходу, де чіткий трифазний каркас (стабілізація, опрацювання, резильєнтність) наповнюється ігровими та творчими техніками.

Доведено, що арт-терапія є високоефективним невербальним засобом корекції дитячого ПТСР. Її ефективність базується на можливості безпечно вивільнити заблоковані афекти (катарсис), екстерналізувати внутрішній хаос та відновити відчуття контролю, втрачене під час травми. Основні функції арт-терапії охоплюють корекційну, розвивальну, діагностичну та профілактичну.

Третім завданням було дібрати та обґрунтувати інструментарій для визначення рівня прояву ПТСР у дітей старшого дошкільного віку. Так, вибір експресивних методів (арт-терапії та сендплей-терапії) повністю виправданий віковими особливостями цільової групи (6 – 7 років), де гра є провідною діяльністю, а вербалізація складних емоцій утруднена. Завдяки творчості дитина здійснює екстерналізацію внутрішнього хаосу, перетворюючи нестерпні емоції на контрольований фізичний об'єкт (принцип «психологічного контейнера»). Це дозволяє провести символічну репарацію – «переписати» негативний сценарій травми на безпечний у захищеному просторі.

Використання арт-терапії в освітньому процесі закладу дошкільної освіти (ЗДО) характеризується інтеграцією педагогічних і психологічних компонентів. Це реалізується через ігровий, невимушений характер занять, створення безпечного ігрового середовища для самовираження та індивідуалізацію підходів. Вихователь / практичний психолог, відіграє

критичну роль, забезпечуючи чуйну присутність та сприяючи відновленню відчуття безпеки у дитини.

Четвертим завданням було укласти програму психологічної корекції ПТСР у дітей старшого дошкільного віку із застосуванням обраних засобів. Так, була створена інтегрована програма психологічної корекції «Відновлення через гру». Ми дослідили оптимальну модульну структуру програми, розрахованої на 3 місяці (16 занять), що є необхідним часовим проміжком для усвідомлення, інтеграції та закріплення нового, більш адаптивного психічного досвіду, уникаючи ризику ретравматизації.

Інтегрована програма «Відновлення через гру» не лише забезпечує безпечний, структурований та послідовний підхід до корекції ПТСР, але й активно сприяє винесення внутрішнього хаосу назовні через символічне опрацювання образів (наприклад, трансформація монстра страху), що є важливим для відновлення внутрішнього контролю та резильєнтності дитини. Таким чином, програма є надійним інструментом для сприяння соціальній адаптації та психоемоційному зціленню старших дошкільників.

Результати роботи мають практичне значення для розробки та впровадження інтегрованих корекційних програм, що поєднують ігрові та арт-терапевтичні методики, які можуть бути використані практичними психологами та вихователями ЗДО для роботи з травмованими дітьми.